

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Carine Imperator Weber

**ENTRE EDUCAÇÃO, REMÉDIOS E SILÊNCIOS:
TRAJETÓRIAS, DISCURSOS E POLÍTICAS DE ESCOLARIZAÇÃO DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Norman
Rothwell

Porto Alegre
2009

Carine Imperator Weber

**ENTRE EDUCAÇÃO, REMÉDIOS E SILÊNCIOS:
TRAJETÓRIAS, DISCURSOS E POLÍTICAS DE ESCOLARIZAÇÃO DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Leni Vieira Dornelles

Linha de Pesquisa: Estudos sobre Infâncias

Porto Alegre
2009

Carine Imperator Weber

**ENTRE EDUCAÇÃO, REMÉDIOS E SILÊNCIOS:
TRAJETÓRIAS, DISCURSOS E POLÍTICAS DE ESCOLARIZAÇÃO DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 20 de maio de 2009.

Profa. Dra. Leni Vieira Dornelles – Orientadora

Profa. Dra. Nadia Geisa Silveira de Souza – UFRGS

Profa. Dra. Mariene Jaeger Riffel – UFRGS

Profa. Dra. Maria Isabel Edelweiss Bujes – ULBRA

*Para Ivo, Lena, Evandro, Guilherme e Crístian,
fundamentais nessa trama.*

AGRADECIMENTOS

A escrita é um processo solitário. Só quem viveu as dores e os sabores de escrever uma dissertação ou uma tese sabe o quão difícil é colocar no papel as idéias, as palavras que parecem certas, mas que insistem em escapar.

A escrita é um processo solitário. Não é tarefa fácil produzir e lapidar um objeto, optar por determinados autores e não outros, organizar o pensamento, e reorganizá-lo quantas vezes forem necessárias, enfim, viver a pesquisa.

A escrita é um processo solitário. Porém, não é uma solidão que se vive sozinho: é uma solidão que se vive em pares, que se divide com colegas e com quem pacientemente orienta nosso trabalho, seja na sala de aula ou nas mesas de bar, entre um cafezinho e outro. Se divide também com os professores, que de alguma maneira nos apresentam possibilidades, caminhos. E se divide especialmente com nossos familiares, nas presenças ou nas muitas ausências, nos cansaços, nas inspirações, nos devaneios, e principalmente nos sonhos.

A alguns destes “pares”, dedico esta Dissertação de Mestrado em Educação:

À Leni Vieira Dornelles, pela orientação, confiança, paciência, amizade, força, exemplo, conhecimentos, encaminhamentos para um “pensar diferente”, colos, caronas... Enfim, meu eterno agradecimento por ter feito deste “sonho” de mestrado uma realidade mais tranquila, mais colorida, mais alegre.

Às Fernandas da minha vida: Souza, Bizarro e Gilli, pela parceria, pelas sugestões, pelos risos, pela amizade.

Aos colegas que se fizeram amigos, em especial ao Antônio, Fernando, Francisco, Graciela, Janine, Jerônimo, Juliana, Leni, Magali, Melissa, Michele, Raphael, Ticiane e Taís.

Aos professores e colegas da Linha de Pesquisa Estudos sobre Infâncias, que fizeram parte desta trama, com trocas de conhecimentos e de vida.

À professora Maria Beatriz Gomes da Silva, pela amizade e carinho.

Às professoras doutoras Nádia Geisa Silveira de Souza, Mariene Jaeger Riffel e Maria Isabel Edelweiss Bujes, pela leitura cuidadosa, e pelas contribuições para este estudo.

Ao Crístian, meu companheiro de vida, pelas madrugadas de estudos, pelas caminhadas desopilantes, pelo ouvido e pelo verbo, pelo amor, *por fazer parte*.

Àqueles que se fazem “condições de possibilidade” para meus estudos, para minha felicidade, para meu bem viver: Ivo, meu pai, meu companheiro; Lena, minha

“mama”, amiga e confidente de sonhos, amores, dores; Evandro e Guilherme, meus queridos irmãos, minhas “metadinhas”.

À minha maravilhosa família, agradeço pelo apoio, pela compreensão das muitas ausências, pelo carinho e pelo amor. Agradeço a eles não só esta, mas todas as conquistas que virão.

Escolhas

Apesar do medo,
escolho a ousadia.
Ao conforto das algemas, prefiro
a dura liberdade.
Vôo com meu par de asas tortas,
sem o tédio da comprovação.
Opto pela loucura, com um grão
de realidade:
meu ímpeto explode o ponto,
arqueia a linha, traça contornos
para os romper.
Desculpem, mas devo dizer:
eu
quero o delírio.

Lya Luft (2005a, p. 111).

RESUMO

Partindo da emergência das políticas de educação para as crianças hospitalizadas no Brasil, esta Dissertação de Mestrado em Educação traz alguns recortes históricos que tentam dar conta da visibilidade desta infância hoje. Este escrito se trama nas minúcias dos discursos sobre a invenção da infância moderna, da escola e do hospital, e ainda do encontro dessas instituições, materializadas em uma modalidade de atendimento específica de poder sobre a vida: as Classes Hospitalares. Entende-se que esta modalidade faz parte de uma rede de estratégias de afirmação da vida das crianças no hospital. Faz-se uso do pensamento de Michel Foucault, sobre as relações de poder/saber/verdade, que se imbricam nas disciplinas sobre as crianças, como a pediatria e a puericultura, e que atravessam os discursos na/sobre a escola no hospital. Buscou-se, desta forma, analisar os enunciados de alguns textos oficiais brasileiros, como a *Política Nacional de Educação Especial* (1994), os *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados* (1995), e ainda o documento do Ministério da Educação, intitulado *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações* (2002). Estes documentos foram tencionados com alguns textos acadêmicos especializados, que tratam da captura e normalização, pela escolarização, destes seres que parecem estar duplamente fugidios: por serem crianças e, ainda, doentes.

Palavras-chave: Infância. Criança hospitalizada. Escolarização. Classe hospitalar. Disciplina. Biopolítica. Foucault, Michel.

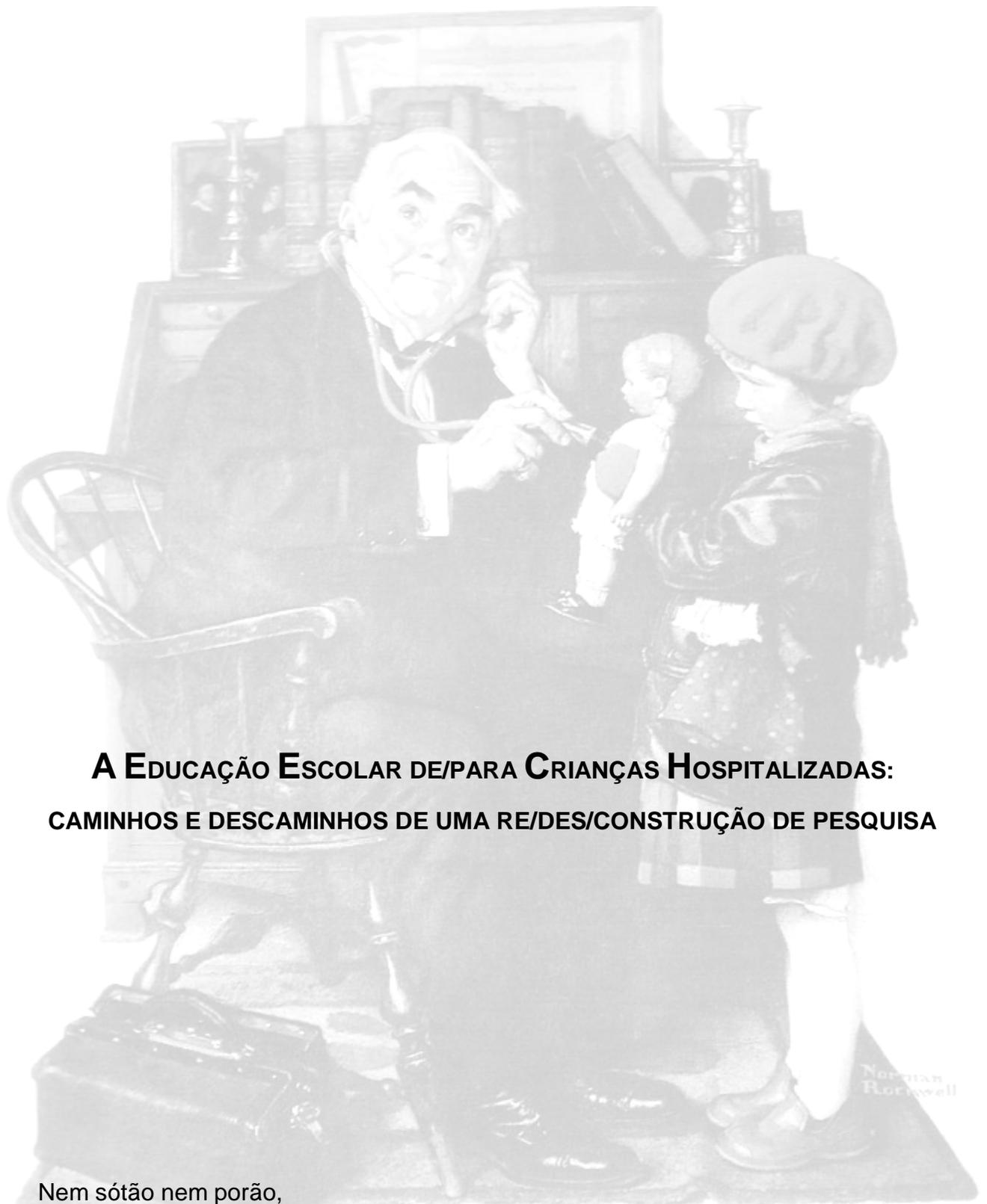
ABSTRACT

Beginning from the emergence of education politics for hospitalized children in Brazil, this paper for Master Degree of Education brings some historical clippings, trying to handle the visibility of childhood today. This writing whether the plot details of the speeches on the invention of modern childhood from school or hospital, and in the meeting of these institutions, materialized in a modality of treatment, specific of on life power: the Hospital Classes. Such modality is realized as being part of a network of life assertion strategies by children in a hospital. Using the Michel Foucault's thought, on relations of power/knowledge/truth that imbricates in disciplines about the children like pediatrics and childcare, and that crosses discourses in/about school in the hospital. So, this work aimed to analyze the statements from some official Brazilian documents, as the National Policy for Special Education (1994), the Declaration of Rights of the Hospitalized Children and Adolescents (1995), as well as the document by the Ministry of Education so called - Hospital class and home pedagogical care: strategies and guidance (2002). Such documents have been planned together with some specialized academic texts, which concerned with capture and normalization by schooling, these beings which appear to be doubly elusive: because children and patients are too.

Keywords: Childhood. Child hospitalized. Schooling. Hospital classes. Discipline. Biopolitics. Foucault, Michel.

SUMÁRIO

A EDUCAÇÃO DE/PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UMA RE/DES/CONSTRUÇÃO DE PESQUISA	10
1 A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS:	
SITUANDO O TERRENO DE PESQUISA	11
1.1 “DITOS” SOBRE A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	13
1.2 CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UMA RE/DES/CONSTRUÇÃO DE PESQUISA	19
INFÂNCIAS, ESCOLA E HOSPITAL:	
FRAGMENTOS DE UMA HISTÓRIA DO PRESENTE	36
2 UMA HISTÓRIA DAS INFÂNCIAS	37
2.1 AS CIÊNCIAS HUMANAS E OS SABERES SOBRE AS CRIANÇAS	45
3 UMA HISTÓRIA DA ESCOLARIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS	51
4 UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL E DO CUIDADO À CRIANÇA	57
4.1 DO NASCIMENTO DA CLÍNICA MÉDICA OU DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DOENÇA	57
4.2 A ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDADO DE “SERES FRÁGEIS”: A PEDIATRIA E A PUERICULTURA	62
INFÂNCIAS + ESCOLA + HOSPITAL: A CLASSE HOSPITALAR	72
5 ENTRE PUNÇÕES, REMÉDIOS E SILÊNCIOS:	
A ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	73
5.1 A CLASSE HOSPITALAR COMO POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO	76
5.2 A CLASSE HOSPITALAR COMO DIREITO DAS CRIANÇAS	83
5.3 A CLASSE HOSPITALAR COMO POLÍTICA DE (E SOBRE A) VIDA	87
6 ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS:	
(IN)CONCLUSÕES OU DAS LENTES DE UM OLHAR DIFERENTE	94
REFERÊNCIAS	97



**A EDUCAÇÃO ESCOLAR DE/PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS:
CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UMA RE/DES/CONSTRUÇÃO DE PESQUISA**

Nem sótão nem porão,
na minha casa real. Nem mar:
porém as águas chegavam,
varando as negativas e os silêncios.
Não havia como não embarcar.

Lya Luft (2005a, p.105.).

1 A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: SITUANDO O TERRENO DE PESQUISA

O hospital como cenário de dor, procedimentos invasivos, morte.

A escola como espaço de desenvolvimento, aprendizagens, vida.

A criança hospitalizada como sujeito que precisa, ou não pode deixar de, ser escolarizado.

Estes são os três objetos que compõem uma modalidade de atendimento educacional que, embora já existente há algumas décadas, só recebeu visibilidade no Brasil a partir de 1990: a *Classe Hospitalar*.

As Classes Hospitalares, ou escolas hospitalares, emergiram da preocupação com as crianças e adolescentes que, em função de internação, são afastados dos bancos escolares para o tratamento. Desta forma, as Classes constituem um atendimento pedagógico-educacional de crianças durante o período de internação, para que possam acompanhar os conteúdos escolares em uma sala especial, ou no próprio leito. Entendo que esta modalidade de atendimento faz parte de uma rede de estratégias de afirmação da vida dessas crianças no hospital, em parceria com os projetos de contação de histórias, oficinas artísticas, grupos de animadores (palhaços e recreadores) e brinquedotecas.

No interesse sobre a vida, ou na minimização dos danos ocasionados pela hospitalização, criaram-se no país Leis Federais que asseguram à criança hospitalizada o “direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, [e] acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 1995).

Sob o estatuto de direito, a temática ganhou relevo nas investigações acadêmicas que, tentando organizar e orientar as Classes hospitalares, criaram uma série de saberes sobre estas práticas. Entra em cena então uma nova categoria de escola que, embora parceira das escolas regulares, é justificada por sua singularidade.

No contexto desta legislação, e destes saberes produzidos sobre as Classes hospitalares, abre-se um amplo campo de discussão sobre as implicações de tais práticas na vida das crianças nos hospitais. Interessou-me, porém, explorar o que a legislação e os discursos “especializados” apontam sobre essa educação de

crianças no ambiente hospitalar, ao passo que é a partir dos ensinamentos destes ditos que se fundamentam as Classes em funcionamento no país. É pensando na atualidade da problemática que busquei entender historicamente como se tornou possível o encontro hospital-escola-infância, materializado em políticas educacionais postas em funcionamento dentro das enfermarias pediátricas.

Nesta pesquisa, as instituições *hospital* e *escola* são entendidas como invenções que fazem parte de uma série de dispositivos criados na modernidade para governar a vida da população: o hospital como espaço de contenção dos corpos que precisam ser corrigidos, normalizados, curados; a escola como captura da população infantil que precisa ser adestrada, disciplinada, educada. A infância também é entendida como uma invenção, atravessada por saberes e poderes que a criaram como categoria relativa a um grupo populacional específico: as crianças.

Esta investigação não pretende fixar verdades sobre a educação de crianças hospitalizadas, tão pouco pretende desqualificar a prática que faz parte de minha formação e atuação profissional. A direção que é dada à análise é uma tentativa de entender como as Classes Hospitalares emergiram na atualidade, funcionando de uma determinada maneira e não de outras.

Em meio a vários possíveis objetos de análise que tratam da hospitalização na infância, escolhi como *corpus* de pesquisa documentos oficiais do governo, específicos sobre os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, criados a partir de 1994, a saber:

1. *Política Nacional de Educação Especial* (BRASIL, 1994).
2. Resolução Nº 41, de 13 de outubro de 1995, relativa aos *Direitos da criança e do adolescente hospitalizados* (BRASIL, 1995).
3. *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. (BRASIL, 2002).

É sobre estes documentos, e ainda uma série de trabalhos de relevância publicados sobre a temática, que localizo meu escrito.

Essa escolha se deu por considerar que tais políticas de e sobre a vida das crianças agregam uma série de mecanismos que, juntamente com outras estratégias, buscam investir numa tentativa de capturar os seres que me parecem duplamente fugidios: por serem crianças, e, ainda, doentes.

Através dos caminhos que esta perspectiva de análise possibilita, acredito ser este um trabalho difícil, por trilhar linhas que se diferem não só de tudo que já havia

realizado em minha vida acadêmica e profissional, mas também por ir em outra direção que não a de muitas das produções até hoje publicadas sobre o tema no Brasil. Assim, não pretendo, com este trabalho, apontar caminhos estáveis, tão pouco demarcar fronteiras em torno de verdades e/ou metodologias. Intento pensar esta investigação como uma das ações que tentam borrar as fronteiras dos saberes que disputam o direito de dizer a verdade sobre a criança e sua escolarização, especialmente em um momento tão singular como a situação de hospitalização.

Assumindo tais pressupostos, a infância é teorizada como uma invenção, produzida por um grupo específico em determinado tempo histórico, atravessada por uma série de poderes e saberes que instituem modos de ser criança. As instituições escola e hospital, instituições sociais modernas, são percebidas como *lócus* onde estes saberes e poderes circulam e são produzidos.

Início esta Dissertação discutindo a relevância da pesquisa para o campo educacional, bem como meu interesse pelo objeto de estudo: a escolarização das crianças hospitalizadas. É na seção que segue que apresento minhas questões de pesquisa, a partir da conexão entre os campos teórico-metodológicos e a temática escolhida.

1.1 “DITOS” SOBRE A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

[...] cavo palavras nas minas do silêncio: não para apaziguar, mas provocar; não para responder, mas porque não cesso de indagar. Embrulho em fases todas as minhas dúvidas [...]. (LUFT, 2005b, p. 58).

Foi a partir dos silêncios, do que já estava pronto, acomodado, instituído, que se movimentaram minhas indagações. Através do que Luft sugere, procurei *embrulhar em fases* todas as minhas dúvidas sobre os discursos que produziram e produzem a educação das crianças no hospital, como, por exemplo, de que

Na impossibilidade de frequência à escola, durante período de tratamento de saúde ou de assistência psicossocial, as pessoas necessitam de formas alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde. (BRASIL, 2002, p. 11).

Este trecho faz parte de um documento organizado no ano de 2002, pelo Ministério da Educação, intitulado *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar¹: estratégias e orientações*, resultado da iniciativa de um grupo de pesquisadores das áreas da saúde e da educação.

Do modo como este e outros documentos que tratam dos direitos das crianças hospitalizadas são apresentados, as propostas neles contidas posicionam a criança (e também o adolescente) como seres em desenvolvimento, e a escola como principal agente desse processo. Daí a *necessidade* de se ofertar uma modalidade de ensino específica quando há a hospitalização do aprendiz.

Walkerdine (1998) chama a atenção quanto aos avanços e as mediações acerca do desenvolvimento infantil, afirmando que esses possibilitaram a invenção de uma pedagogia do indivíduo. Esta pedagogia objetiva uma progressão normalizada e regulada que procede por estágios. A autora assume que foi em especial a Psicologia do Desenvolvimento que tornou legítima e possível a pedagogia individualizada, pois legitimou e tornou científica “a idéia do processo de conhecimento concebido como desenvolvimento” (WALKERDINE, p. 178).

Assim, a necessidade de se continuar aprendendo aquilo que a escola tem a ensinar, mesmo em um leito hospitalar, é justificada pela importância desta instituição para que a criança continue sendo criança, em um processo de humanização dos hospitais.

Por considerar que os efeitos de tais discursos produzem modos de ser criança e ser paciente, é que discuto e problematizo, nesta pesquisa, alguns dos mecanismos e estratégias acionadas pelos processos sociais, culturais e políticos, os quais se articulam em torno de significados construídos para a infância na contemporaneidade.

A escolha da escolarização de crianças hospitalizadas como tema de pesquisa emergiu de uma prática docente que se iniciou ao princípio de minha graduação em Pedagogia – Especialização em Educação Infantil. O ingresso como professora em um projeto de atendimento ludo-pedagógico para crianças hospitalizadas me produziu como curiosa e interessada na temática. Assim, foi sob estes discursos de *educação escolar necessária* que me fiz professora dentro do

¹ “Atendimento pedagógico domiciliar é o atendimento educacional que ocorre em ambiente domiciliar, decorrente de problema de saúde que impossibilite o educando a frequentar a escola ou esteja ele em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar e/ou outras estruturas de apoio da sociedade”. (BRASIL, 2002).

hospital. Desde então, garimpo as produções acadêmicas que circulam como saberes, como verdades sobre essa prática.

Contudo, não posso deixar de dizer que, ao me aprofundar nos estudos pós-estruturalistas e culturais, um “novo medo” se impôs: será necessária, em um momento particular, individual, de dor, medo, invasão sobre o corpo, perda de controle sobre si etc., a “educação no hospital”?

Observo que alguns dos estudos mais conhecidos no Brasil surgiram a partir de práticas instituídas em Porto Alegre, como o livro organizado por Ceccim & Carvalho (1997), intitulado *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Os autores apresentam um conceito de atendimento integral à criança hospitalizada, e falam de uma *escuta pedagógica* que se diferencia de um acompanhamento escolar, considerando que

[...] ambos são necessários, mas enquanto o último se preocupa precipuamente de questões e calendários letivo-curriculares (suplência escolar), o primeiro se ocupa das operações cognitivas e das operações pedagógicas de agenciamento do aprender, podendo, inclusive, intervir nos problemas de aprendizagem. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 83).

Este trabalho compõe uma série de movimentos da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, organizados especialmente pelos professores Ricardo Burg Ceccim e Maria Carmem Silveira Barbosa, a partir do ano 1990, pela implantação do *Projeto de Extensão: Atendimento pedagógico às crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria e de Oncologia Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)*.

Stefanie Kulpa (2001), em sua Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Educação desta universidade, apresenta uma cartografia do encontro entre a saúde e a educação neste projeto. A autora apresenta, fundamentada nas teorias do desenvolvimento, sua trajetória como estagiária de pedagogia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e alguns relatos do trabalho realizado com as crianças.

Ao se pensar acerca das teorias do desenvolvimento que embasam estes documentos, não posso deixar de lembrar aquilo que acena Rose (1999): “as inscrições psicológicas da individualidade permitem que o governo opere sobre a subjetividade” (ROSE, 1999, p. 39). Desse modo, é importante também considerar

na análise dos documentos que tratam das Classes Hospitalares, o quanto estes, de algum modo, exercem uma cuidadosa administração da vida da criança doente.

Outros estudos realizados no Rio Grande do Sul, também ancorados na Psicologia do Desenvolvimento, são importantes para a mínima produção acadêmica sobre o tema, como o das professoras Leodi Conceição Meireles Ortiz e Soraia Napoleão Freitas, sobre o trabalho pedagógico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria. No livro *Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação* (ORTIZ; FREITAS, 2005), as pesquisadoras falam sobre os desafios das práticas educativas das Classes Hospitalares, fazendo uma abordagem não somente sobre a situação de hospitalização, mas preocupada com o regresso das crianças à escola pós-internação:

O escolar portador de enfermidade tem que reconstruir, após a alta hospitalar, grande parte da sua vida cotidiana, assumindo riscos que a maioria das crianças niveladas por idade não vivenciam. A inclusão na escola tradicional constitui uma dessas vivências que devem ser enfrentadas e reconquistadas pela criança oriunda de um período de hospitalização, pois a escola é vista dentro das representações de normalidade e a sua frequência denota o *status* de igualdade com as demais crianças. (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 73).

Daí, pergunto novamente: de que tipo de inclusão estamos tratando? Será que estamos trabalhando para incluir na exclusão como questiona Veiga-Neto (2001)? Será que, como afirma Foucault (2002, p. 57), nesta inclusão existem “diferenças sutis [...] entre os indivíduos que estão doentes e os que não estão”? Vê-se estabelecer neste processo que busca incluir as crianças no hospital aquilo que Foucault (2002) chama de poder positivo, ou seja, um poder que fabrica, organiza, observa, sabe, multiplica ações a partir de seus efeitos.

É interessante pensar sobre a pedagogia hospitalar como nova área de atuação profissional, e esta é enfatizada pela professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Elizete Moreira Matos, e outros colaboradores. No livro *Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde* (MATOS; MUGIATTI, 2006), as autoras situam o papel do pedagogo no hospital e a necessidade de uma formação que contemple esta modalidade, integrando-a aos preceitos de humanização hospitalar. Sobre esta denominação *pedagogia hospitalar*, as autoras afirmam que:

Verificada a necessidade da existência de uma *práxis* e uma técnica pedagógica nos hospitais, confirma-se a existência de um saber voltado à criança/adolescente num contexto hospitalar envolvido no processo ensino-aprendizagem, instaurando-se aí um corpo de conhecimentos de apoio que justifica a Pedagogia Hospitalar. (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 85).

De acordo com Rose (1999), não se pode deixar de pensar que quando se inventa um corpo de conhecimentos para gerenciar a vida do sujeito-doente-infantil se produz uma determinada forma de *expertise*. *Expertise* entendida como “uma família inteira de novos grupos de profissionais, cada um afirmando seu virtuosismo no que diz respeito ao eu, ao classificar e medir a psique, ao predizer suas vicissitudes, ao diagnosticar as causas de seus problemas e ao prescrever remédios” (ROSE, 1999, p. 32). Pode se inferir que “tais remédios” aviados para as crianças são atravessados também pelo saber pedagógico, que deverá compor sua vida na Classe Hospitalar.

Eneida Simões da Fonseca, professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, se destaca como pesquisadora da temática no Brasil. Foi participante da organização de documentos para o MEC, como o *Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional* (BRASIL, 1999) e *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações* (BRASIL, 2002), o que a tornou referência para os pesquisadores da temática.

De algum modo, se passam a construir dossiês sobre a situação da criança no hospital no país. Assim, preocupada com a implantação e divulgação desta modalidade de atendimento, e imbricada nos movimentos de legitimação do trabalho acadêmico, Fonseca apresenta dados importantes sobre as Classes Hospitalares no Brasil, disponibilizando um mapeamento para a compreensão do funcionamento destas no país. Quanto à legitimação e/ou validação das Classes Hospitalares, ao avaliar uma proposta pedagógico-educacional, a pesquisadora expõe que:

Os resultados evidenciaram que participar das atividades desenvolvidas na escola hospitalar tinha papel importante não apenas no desempenho escolar das crianças que delas se beneficiavam, mas também repercutia em período de internação mais breve do que o que ocorria com as crianças que não dispunham do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. (FONSECA, 2008, p. 18).

Ao mesmo tempo em que me aproximo das problematizações mais amplas colocadas por tais estudos, em minha investigação exploro a escolarização de crianças hospitalizadas por outro ângulo e colocando-me outras questões.

Meu estudo inspira-se, principalmente, na perspectiva dos Estudos Culturais e nas vertentes que têm se aproximado do pós-estruturalismo e dos estudos de Michel Foucault. Tem como objetivo analisar os discursos destes entre outros estudos sobre a temática da educação de crianças hospitalizadas no Brasil, bem como as políticas educacionais sobre a vida dessas crianças.

As produções acadêmicas que circulam no país seguem um mesmo viés de análise, amalgamadas às teorias psicológicas do desenvolvimento infantil, e preocupadas com a captura destas crianças que se apresentam dentro dessas verdades como anormais, como seres que precisam ser normalizados, regulados, capturados.

A obrigatoriedade de fornecimento desta modalidade de atendimento pelas instituições de saúde, em parceria com o governo, se configurou em políticas públicas. Desta maneira, entrou em cena na história da infância, da escola e do hospital moderno de maneira que se faz fundamental discutirmos a temática de outras maneiras que não as já instituídas.

Em muitos momentos desta Dissertação, coloco em questão algumas definições e lugares ocupados pelas crianças nessa rede de saberes, e indago sobre quem, o que e para quem falam estes saberes e o que significa tornar visível alguns aspectos envolvidos nessa produção. Interessa-me tomar a infância e sua educação como um produto cultural de uma determinada época e sociedade, ou seja, a do Brasil contemporâneo. Colocá-la sob o prisma de provisoriedade e de contingência pode significar a alteração de algumas crenças do projeto de construção da sociedade moderna, das grandes verdades sobre a infância e sobre as práticas nela investidas.

A maneira escolhida para realizar essa discussão foi por meio da análise das formas que pretendem fixar e ensinar algo acerca do ser criança nos hospitais em nossa sociedade, tal como isso se dá na própria legislação sobre a escolarização da infância.

É sob estas reflexões que se apresentam as questões que direcionaram este trabalho:

- Como foi possível, historicamente, o encontro entre as instituições escola e hospital, que parecem tão distintas?
- Quais as condições de possibilidade que deram visibilidade à criança como ser que precisa ser educado pela escola mesmo quando hospitalizado?
- Que discursos se articulam para que pensemos a Classe Hospitalar da maneira que a percebemos hoje?

É a partir das questões aqui propostas que apresento, na seção seguinte, os caminhos teórico-metodológicos que me possibilitaram desenvolver esta investigação.

1.2 Caminhos e descaminhos de uma re/des/construção de pesquisa

Somos os doidos, os palhaços, os atores de nossa própria vida: escrevemos com sangue – nas paredes, nas páginas e nas telas dos computadores: tudo só existe na medida em que tiramos das nossas tripas e parimos dos nossos sonhos. (LUFT, 2005b, p. 170).

A escrita desta Dissertação implicou traçar alguns caminhos teórico-metodológicos importantes para a condução do meu trabalho de investigação. Estes caminhos não estão comprometidos com paradigmas universais e estáveis, mas inseridos em campos teóricos que buscam enfatizar dimensões de especificidade e contingência, e de uma forma de pesquisar que incorpora posicionamentos e interesses por questões muitas vezes silenciadas na contemporaneidade.

Trilhar por estes caminhos de pesquisa significou, também, romper com algumas limitações impostas pelo formalismo metodológico instaurado pela ciência moderna, que apontava/aponta para procedimentos ancorados nos atributos de neutralidade e objetividade conceitual. A inserção em um campo teórico que assuma uma forma de pesquisar, a qual pressupõe a provisoriidade do conhecimento, supõe uma disposição permanente para o questionamento e a instabilidade de verdades, inclusive as nossas (LOURO, 2004).

Para realizar esta análise dos ditos que compõem os documentos acerca das políticas de escolarização de crianças hospitalizadas, foi preciso escrever um outro texto, diferente daqueles que li nos documentos oficiais sobre as Classes

Hospitalares, ou ainda das produções acadêmicas que fazem circular verdades sobre tais práticas. Isso significou entrar na experiência de um pensar diferente, não apenas diferente dos outros, mas de mim mesma. Assim, me alio a Foucault (1998, p. 11) quando afirma que “existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para se continuar a olhar ou refletir”.

É no exercício de pensar de outra maneira que reflito acerca dos discursos sobre a criança em situação de hospitalização, sua educação no ambiente hospitalar e a legislação brasileira como gestão da vida infantil.

A aproximação com os estudos sobre as infâncias e os estudos pós-estruturalistas lançou à baila os questionamentos que apresento como perguntas de pesquisa, que só puderam ser formuladas a partir de uma outra maneira de conceber as relações entre saber e poder. Foram estes caminhos de investigação que me permitiram discutir a infância, derivando dela o meu problema de pesquisa.

Os conceitos de criança e infância são aqui entendidos de maneira mais abrangente do que aquela que nos conta a modernidade. Acredito não haver a invenção da infância ou o descobrimento deste sentimento em um único tempo e espaço, como nos propunha Philippe Ariès², em sua clássica publicação *História Social da Criança e da Família* (1981).

Por outro lado, Bossard afirma que “a história da infância não foi escrita nunca [e] é duvidoso que se possa escrevê-la um dia devido à escassez de dados históricos acerca da infância” (BOSSARD In: deMAUSE, 1982, p. 18, tradução nossa). Porém, Ariès (1981) nos apresenta idéias ou sentimentos sobre a criança que, como construções histórico-político-sociais, se modificaram (e ainda se modificam) em diferentes tempos e lugares, sempre imbricados com a cultura onde os sujeitos viviam (e vivem).

A partir daí se pode inferir que as crianças sempre existiram, e o que está em transformação são os modos de ser criança, sua visibilidade e suas possibilidades de interação, construções estas vinculadas estreitamente aos adultos. Neste

² Em seu livro sobre a história da infância e da família, Ariès apresenta um “surgimento” da infância no Ocidente a partir do século XVI. Segundo ele, até este período não havia para a criança um espaço separado do mundo adulto: a criança era vista como um “adulto em miniatura”, participando livremente do contexto dos adultos, como festas, guerras, trabalho, morte, enfim, da vida pública. Ariès parece acreditar que a idéia ou sentimento de infância emerge a partir do século XV, evoluindo linearmente durante os séculos XVI e XVII, tomando uma forma acabada e hegemônica a partir do século XVIII.

sentido, Müller nos alerta, logo ao início de seu livro *Histórias de crianças e infâncias*, sobre estes conceitos historicamente produzidos sobre a criança, afirmando que

[...] a história da infância não existe, posto que existem em tempos e lugares específicos diferentes histórias para crianças que se diferenciavam por sexo, por condição social, pela idade, pela cultura, pelo lugar onde nasciam, por sua relação com os adultos. (MÜLLER, 2007, p. 18).

Ao assumir esta pluralidade das concepções de criança e infância, remeto-me também à multiplicidade de fatores que determinaram a constituição do infantil dentro das diferentes histórias que se pode tensionar. Estas muitas “invenções” da infância produzem uma análise um tanto complexa, por transitarem através de discursos que definem certas formas de ser criança, e que excluem outras, “discursos que definem o que pode ser dito e pensado; quem pode falar e quando isso deve ocorrer” (BUJES, 2002, p. 22). As tramas discursivas são diretamente atravessadas por *relações de poder*, entendendo-se, sob as lentes de Foucault, o poder como uma ação sobre as ações. Nesta rede de discursos, e assim em relações de poder que orientam políticas de identidade, os infantis são subjetivados, possibilitando ainda

[...] entendimentos particulares sobre como se delineiam as relações de força na sociedade, as relações de poder – eficazes, mas invisíveis – que modelam certos modos de ser criança, de viver esta idade e de nela “descobrir o mundo”. (BUJES, 2003, p. 20).

A partir da pesquisa realizada, posso inferir que o que define a pedagogia infantil no hospital não está, muitas vezes, no que é explícito, dito, visível no trabalho com a criança doente ou mesmo no como se age diretamente com a criança, mas está naquilo em que ela é convidada a agir sobre sua própria ação de “estar doente”.

Como Dornelles (2005) faz questão de sublinhar, esse caráter inventado da infância, e da produção de saberes e poderes tentam capturá-la, e assim gerenciá-la. É pensando na criança hospitalizada que busquei transitar por este campo de discursos sobre a infância, a escola e o hospital, fazendo possíveis conexões entre as práticas dessas instituições, articuladas com o gerenciamento da vida das crianças.

Meyer e Soares (2005), ao discutirem os movimentos da investigação na perspectiva pós-estruturalista, nos lembram que falamos de determinados lugares – estes móveis e instáveis – que se delineiam na “tessitura entre referenciais teóricos e interesses políticos, exigências acadêmicas e emoções” (MEYER; SOARES, 2005, p. 30). As autoras afirmam que a investigação é sempre “interessada”, por desenvolver-se em torno de indagações e questionamentos “feitos por alguém, que só consegue formular determinadas perguntas a partir de um lugar e em um tempo específicos” (MEYER; SOARES, 2005, p. 30).

Como interessada na infância hospitalizada, e a partir desse “lugar teórico”, analiso as políticas de educação das crianças no hospital como um aparato cultural, pensando não apenas em mostrar o que é dito sobre estas práticas, mas discutir como elas foram produzidas em nossa cultura, e ainda os significados que foram sendo construídos e fixados sobre a criança nas instituições escola e hospital. A partir desse movimento, penso nas Classes Hospitalares num determinado contexto histórico e cultural, que não pode ser entendido distante das relações de poder que a constituíram/constituem.

Caminhando por discursos de diferentes áreas, como saúde e educação, e pensando no não balizamento destes [des]encontros discursivos, minha escolha aproxima-se da perspectiva pós-estruturalista, e do campo dos Estudos Culturais, por

[...] serem [estes] um conjunto de abordagens, problematizações e reflexões situadas na confluência de vários campos já estabelecidos, [...] buscarem inspiração em diferentes teorias, [...] romperem certas lógicas cristalizadas e hibridizarem concepções consagradas. (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003, p. 40).

Desta forma, os Estudos Culturais abarcam múltiplos discursos, que se localizam em diferentes tempos, em diferentes lugares, enfatizando a parcialidade e particularidade dos regimes de verdade. A realidade, assim, não tem apenas uma versão, ela pode ser isso e aquilo, pode ser muitas coisas e ter muitas direções (MEYER; SOARES, 2005).

Neste terreno de investigação, analiso os discursos que emergem a partir daquilo que produzi como *corpus* desta pesquisa interessada que marca, veicula e privilegia determinados sentidos, e não outros. O que me interessa saber, a partir de uma historicização das instituições hospital, escola, e da própria infância, é como as

práticas escolares chegaram a receber o estatuto de lei para as enfermarias pediátricas, e o que falam sobre a criança hospitalizada.

Sobre esta trama, Veiga-Neto, (2007) nos remete a Foucault, ao pesquisar as relações *ser-saber*, *ser-poder* e *ser-consigo* não tem como objetivo fazer uma história das instituições, ou dos saberes e poderes que se construíram nestes espaços. Como o próprio Foucault afirma, em seu texto *O sujeito e o poder*, seu “objetivo [...] foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos [e, assim,] não é poder, mas o sujeito que constitui o tema [de sua] pesquisa” (FOUCAULT In: DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 231).

Em uma de suas entrevistas publicadas no livro *Microfísica do Poder* (2007), Foucault nos apresenta uma ferramenta importante para a análise do que são então esses sujeitos, objetivo de seus estudos:

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta do sujeito na trama histórica. É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta dos saberes, dos discursos, dos domínios do objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história. (FOUCAULT, 2007, p. 7).

É pensando sobre o sujeito infantil que busco compreender sua entrada em cena na história, sua emergência. Acredito que este sujeito não pode ser pensado deslocado da cultura na qual se insere, e assim, das práticas de significação que atribuem sentidos, estabelecem códigos que passam a ser compartilhados e permitem a comunicação dentro de um determinado grupo, no seu regime de verdade. Como aponta Foucault (2002), existem discursos de verdades, porque os discursos com estatuto científico são formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica, no caso deste escrito, o hospital e a escola.

Entendo, assim, que os significados de cada cultura, conectados a políticas de verdade que, nos termos de Foucault (2006a), são *deste mundo*, são constantemente renegociados e colocados em ação na sociedade. A cultura então é vista não somente como um reflexo dos processos econômicos e/ou políticos, mas sim como constitutiva do mundo social.

A análise que se apresenta, a Análise Cultural, inserida no campo dos Estudos Culturais e fundamentada nas vertentes que têm se aproximado do pós-estruturalismo, de algum modo faz crítica ao essencialismo, à fixação de significados. Buscando preocupar-se com a maleabilidade das construções discursivas, pelas quais a cultura se articula com a linguagem, o poder e o conhecimento, as idéias sobre uma interculturalidade da infância moderna fazem parte de uma nova concepção que foi possível após a virada linguística.

Essa virada linguística reivindica que o mundo social é constituído na linguagem e pela linguagem. Colocam-se em questão alguns dos mais caros conceitos que nos foram legados pelo Iluminismo como, por exemplo, autonomia, soberania, liberdade e consciência (BUJES, 2003; VEIGA-NETO, 2007). Concordo com Bujes (2003, p. 21) quando afirma que “a linguagem não faz a mediação entre o que vemos e o pensamento, ela constitui o próprio pensamento”. A linguagem, para a autora que se inspira em Foucault, não é apenas uma forma de descrever e interpretar o mundo: ela constitui as práticas e as identidades sociais, o modo como as pessoas ou eventos são representados nas instituições, modela as formas como os sujeitos concebem a si, aos outros e ao mundo em que estão inseridos.

Pensando a linguagem e, assim, os discursos, faço uso dos estudos de Foucault, (1997a), Bujes (2003) e Fischer (2001), para perguntar sobre os modos pelos quais a constituição da infância moderna está relacionada à continuada elaboração de discursos sobre o que significa ser criança dentro e fora dos hospitais.

É aliada a esses autores que entendo o discurso como prática social que sempre se produz em razão das relações saber-poder, em movimentos do macro para o micro e o seu contrário, formando sistematicamente o objeto de que falam (FOUCAULT, 2007). Dessa forma, o sujeito do discurso é, ao mesmo tempo, falante e falado, porque através dele outros discursos se atravessam. O discurso é, assim, o lugar da multiplicação discursos e da multiplicação dos sujeitos, onde estes últimos são também feitos discursivos, pois na medida em que o social é significado, os indivíduos envolvidos no processo também o são. No discurso há uma dispersão e uma descontinuidade do sujeito em si mesmo (FISCHER, 2001).

No referencial escolhido para esta análise, o discurso, mais do que descrever, produz os sujeitos e a própria realidade onde estes estão imbricados, instituindo o que é aceito como verdade. Assim, ao trabalhar com o conceito foucaultiano de

discurso, Fischer (2001) indica a não tranquilidade de se permanecer ao nível das palavras e das coisas. Nesse sentido, a autora alerta que é preciso tentar desprender-se de um longo e eficaz aprendizado, o qual ainda nos faz olhar para os discursos como se eles fossem apenas conjuntos de signos ou significantes, que se referem a determinados conteúdos, como se carregassem tal ou qual significado, que estaria quase sempre escondido, oculto, dissimulado. Para Fischer, analisar os discursos, em muitos campos do saber, tem sido um trabalho de garimpar aquilo que está por ser desvelado, o que está por trás, as reais intenções do que é dito, nos seus conteúdos e representações não visíveis imediatamente, como se no interior de cada discurso, ou anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade para ser descoberta então pelo estudioso.

Sob as lentes de Foucault, não há nada a ser descoberto ou descortinado. Não existem verdades ou intenções ocultas: “há enunciados³ e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento” (FISCHER, 2001, p. 198). Analisar o discurso, nessa perspectiva, “seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” (FISCHER, 2001, p. 198). A autora indica como exemplo que analisar textos oficiais, e aqui me reporto aos textos oficiais sobre as Classes Hospitalares,

[...] significará, antes de tudo, tentar escapar da fácil interpretação daquilo que estaria ‘por trás’ dos documentos, procurando explorar ao máximo os materiais, na medida em que eles são uma produção histórica, política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas. (FISCHER, 2001, p. 199).

Desse modo, me interessa entender estes discursos não como um conjunto de signos, como elementos significantes que remetem a conteúdos e representações, mas no entendimento que lhe dá Foucault, ou seja, como “práticas que formam sistematicamente o objeto de que falam” (FOUCAULT 1997a). Os discursos engendram relações discursivas que, por sua vez, estão no limite do discurso. Isso significa dizer que elas, as relações discursivas, oferecem objetos de

³ Para Foucault (1997a), o enunciado não é uma proposição, nem uma enunciação, tampouco um ato discursivo. É, a primeira vista, “um grão que aparece na superfície de um tecido de que é o elemento constituinte: como um átomo do discurso. [...] O enunciado não é, pois, uma estrutura, é uma função de existência que pertence exclusivamente aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles ‘fazem sentido’ ou não, segundo que regra se sucedem ou justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra realizado por sua formulação (oral ou escrita)” (FOUCAULT, 1997a, p. 90-99).

que o discurso pode falar, “determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los, etc” (FOUCAULT, 1997a, p. 52).

Neste sentido, as políticas sobre a educação de crianças hospitalizadas, como os outros textos analisados neste estudo, são entendidas não como significados soltos, à espera de serem descobertos – o que levaria a um entendimento de uma existência desses significados antes de sua enunciação, mas como parte de diferentes discursos, passando a existir somente a partir do momento em que foram enunciados.

Através de ensaios sobre uma história da infância ocidental, da educação e do próprio hospital, acredito que a criança, quando hospitalizada, situa-se num campo que parece deslizar dos muitos discursos que instituem formas de ser criança “normal” (a criança-aluno-saudável, promessa de futuro).

Os discursos que fazem da criança um objeto de conhecimentos, de saberes e de poderes, só foram possíveis na trama histórica a partir de articulações entre poderes e saberes, naquilo que Foucault chamou de governamentalidade.

A *governamentalidade* inaugurou-se com a invenção do conceito de população. Esta invenção implicou transformações políticas consideráveis para toda uma rede de preocupações com os indivíduos, em especial no que se refere à criação de mecanismos e dispositivos de governo da população.

Embora a governamentalidade tenha emergido a partir da preocupação com o corpo enquanto espécie, as formas de governo que a antecederam não desapareceram, pelo contrário, se modificaram e passaram a atuar de outra maneira nesta nova forma de governo.

Na Idade Média, a *soberania* funcionou como teoria e prática da regência monárquica, do Estado de justiça – século V até finais do século XVI, aproximadamente – caracterizando-se pelas constituições e leis, sendo aplicada aos sujeitos. O objeto desse poder centra-se em uma autoridade do soberano sobre os sujeitos, dentro de um território definido, onde o exercício do poder consiste em demarcar um território ou conquistá-lo. O Estado não ordena, ele proíbe, e na ordem do direito sustenta-se a Lei Penal, o castigo e os suplícios.

Ao início da Idade Moderna, ou do Estado Moderno, foi introduzida, no Ocidente, uma nova forma de governo, a que Foucault denomina Estado administrativo, num *poder disciplinar* – séculos XVII e XVIII. A disciplina se

caracteriza como um conjunto de dispositivos e mecanismos⁴, que tem como objeto de governo o corpo dos indivíduos, com saberes e poderes aplicados sobre e através deles, potencializando suas forças, regulando-os, controlando-os nos menores atos, ordenando-os. O poder disciplinar age através de uma *polícia*, instituindo um controle, uma observação, um esquadrinhamento dos espaços, uma classificação dos indivíduos pertencentes ao território. A sociedade, nesta tecnologia de poder, é a soma desses espaços esquadrinhadamente arquitetados, e as disciplinas se dão no interior de cada um desses espaços. Esse disciplinamento, que visa “maximizar” as forças dos corpos para uma maior produção de riquezas, acontece, em especial, em instituições disciplinares criadas para a captura, para o sequestro dos indivíduos, como os hospitais, hospícios, escolas etc.

É a partir do século XVIII, com a emergência do conceito de população, que entra em cena um outro modo de governo: *o poder da seguridade*. Nesta forma de governo, o objeto não é somente o corpo-máquina, o conjunto de indivíduos, mas um novo corpo, o da população, o corpo-espécie, “corpo com múltiplas cabeças, se não infinito pelo menos numerável” (FOUCAULT, 1999, p. 292). Esta forma de poder faz uso de dispositivos e mecanismos da disciplina, e também da soberania, articulada agora com uma economia⁵ de governo, não só dos gastos, mas do próprio poder. A seguridade apóia-se nos detalhes como processos naturais, para agir ao nível da população, com uma regulação dos elementos da realidade mais implícita e incorporada que no poder disciplinar. A segurança e a prevenção ganham forças, uma vez que é mais barato prevenir do que remediar os males. Assim os saberes científicos assumem um importante papel, emergindo a estatística como uma tecnologia governamental capaz de ordenar, controlar, categorizar, calcular a vida da população.

A governamentalidade funciona como uma bricolagem destas formas de governo. Conforme Foucault (2007), com esta palavra pretende dizer três coisas:

⁴ A saber, os dispositivos incluem as instituições, os saberes, os discursos e os mecanismos disciplinares. Já os mecanismos são as ações investidas no e através do corpo-máquina (indivíduo).

⁵ O sentido de “economia” abarcado por Foucault se refere ao utilizado por Rousseau, como sendo o sábio governo da casa, para o bem da família. Assim, o bom governante é aquele que sabe administrar a casa, e com o surgimento da população, a economia passa a ser composição da política. (FOUCAULT, 2007, p. 281).

I – o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança.

II – a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.

III – o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (FOUCAULT, 2007, p. 291).

Como sanciona Foucault (2007, p. 292), “vivemos na era da governamentalidade”, de uma governamentalização do Estado que permitiu a sobrevivência deste.

Nessa trama, meu interesse maior nos atravessamentos da governamentalidade se situa nas tecnologias e nos dispositivos específicos direcionados ao corpo da população, em especial da população infantil e da criança hospitalizada, uma vez que esta passa a ser, na contemporaneidade, objeto das ciências como um ser que precisa conhecer e ser conhecido.

Foucault, ao tratar do governo da população, apresenta um deslocamento do poder sobre a vida e a morte, do poder soberano para a governamentalidade. Na soberania, o poder era o “direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida” (FOUCAULT, 2009, p. 148) e, assim:

O direito de vida e de morte só se exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Em última análise, o direito de matar é que detém efetivamente em si a própria essência desse direito de vida e de morte: é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida. [...] É o direito de fazer morrer ou de deixar viver. (FOUCAULT, 1999, p. 286).

É a partir da Época Clássica, com a necessidade de fortalecimento dos Estados, que se inaugurou no Ocidente “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las”, e assim “o direito de morte tenderá a se deslocar ou, pelos menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 2009, p. 148). Desta forma, um poder inverso ao da soberania se configurou a partir de uma estatização da vida, no século XIX: o direito de fazer viver ou deixar morrer.

Essas duas formas de poder sobre a vida não se anulam, e sim se complementam, se modificam. Porém, a transformação do direito sobre a vida e morte dos indivíduos não se deu repentinamente, e é no nível dos mecanismos, das técnicas, das tecnologias de poder que Foucault debruçará sua análise.

A partir do século XVII e XVIII, apareceram técnicas de poder centradas no corpo dos indivíduos, no corpo-máquina. Essas técnicas, através de dispositivos e mecanismos de controle, tinham por função a separação dos corpos dos indivíduos, seu alinhamento, sua vigilância, para que esses corpos se tornassem dóceis e úteis, pela otimização de suas forças através do exercício, do treinamento. Esses dispositivos de contenção, como “técnicas de racionalização e economia estrita de um poder” deveriam “se exercer de maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios” (FOUCAULT, 1999, p. 288). A essa tecnologia, de instituições, saberes e ações sobre o corpo-máquina, Foucault chama de *disciplina*. É a disciplina que cuida da multiplicidade de homens na sua individualidade, com saberes e ações precisas sobre o seu corpo, nos detalhes, nas minúcias, vigiando-os, treinando-os, utilizando-os, e punindo-os quando necessário – uma “*anátomo-política do corpo humano*” (FOUCAULT, 1999, p. 289). Desta forma, aparecem então as instituições específicas para o disciplinamento, como a escola, o quartel, o presídio, o hospital, o hospício, bem como saberes especializados sobre esse corpo individual.

Assim como o detento, a criança na escola, o doente no hospital, o trabalhador na fábrica, o soldado no quartel, todos estão presos a discursos – pedagogia, medicina, tática militar, economia – cujas técnicas minuciosas e ínfimas (distribuição espacial, controle do tempo, aprendizagem progressiva, maximização das habilidades) inauguram um certo tipo de investimento político e detalhado sobre o corpo. (PINHO, 1998, p. 186).

É durante a segunda metade do século XVIII, que, conforme Foucault, viu-se aparecer uma outra tecnologia de poder, que não exclui a disciplina, mas que tendo outra superfície de atuação irá modificá-la e integrá-la. Essa outra superfície é o corpo vivo: sobre o homem vivo, sobre o corpo-espécie que atua essa nova técnica de poder, a que Foucault chama de *biopoder*. É sobre o conjunto de indivíduos, sobre a população que o biopoder exerce suas técnicas, nos “processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (FOUCAULT, 1999, p. 289), uma *biopolítica da espécie humana*. A biopolítica trata-se assim de

[...] uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; de uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. (FOUCAULT, 1999, p. 297).

Neste controle sobre os eventos da vida, os cálculos de probabilidade foram possíveis com a invenção de uma tecnologia chamada *estatística*. Assim, surgiram os primeiros estudos demográficos, preocupados não só com a natalidade, mas também com a morbidade, pois a vida passou a ser de total interesse ao Estado, para seu fortalecimento.

A biopolítica atua basicamente sobre três domínios: o primeiro se refere às doenças predominantes em determinadas populações, naquilo que Foucault chama de *endemias*, “ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração [e] a intensidade” dessas doenças (FOUCAULT, 1999, p. 290). Como abordarei nas seções que compõem esta Dissertação, na biopolítica a medicina vai ter como função a saúde pública, “com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto da campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (FOUCAULT, 1999, p. 291).

O segundo domínio da biopolítica é o conjunto de fenômenos universais e/ou acidentais que incapacitam as pessoas de atuarem como força de trabalho no processo de industrialização, os acontecimentos aleatórios, como a velhice, as anomalias, os acidentes e, por que não dizer, a hospitalização. Para dar conta dessa população “desviante”, a biopolítica coloca em funcionamento uma série de instituições que já existiam, como os hospitais e os hospícios, mas agora com uma roupagem diferenciada: antes essencialmente vinculadas à Igreja Católica, e agora numa racionalidade de Estado, mais sutil e econômica.

O terceiro domínio diz respeito à relação da população com o meio, emergindo então o problema da cidade, da geografia, do clima, das doenças associadas aos pântanos, enfim, dos efeitos do meio.

Tendo como superfície de ação a população, a biopolítica terá funções diferenciadas daquelas da disciplina:

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar, sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade, vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se, sobretudo, de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeóstase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de providência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar [...] um estado de vida: mecanismos [...] como os mecanismos disciplinares, destinados em suma a maximizar forças e a extraí-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes. (FOUCAULT, 1999, p. 293).

Enquanto a disciplina atua no nível do detalhe, a biopolítica “mediante mecanismos globais, [age] de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade” (FOUCAULT, 1999, p. 294). Desta forma, a biopolítica leva em conta “a vida, os processos biológicos do homem-espécie e [assegura] sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (FOUCAULT, 1999, p. 294). A esse novo poder contínuo e científico de fazer viver e deixar morrer, Foucault vai avocar como poder de regulamentação, num tecido de desqualificação da morte e de valorização da vida.

[...] agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no ‘como’ da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém, sobretudo nesse nível, para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. (FOUCAULT, 1999, p. 296).

A morte, nessa nova forma de governo, é externa ao poder, foge, escapa dos domínios do Estado, exceto pelas estatísticas que visam calcular não a morte, mas a mortalidade.

Na preocupação com a vida, com a higiene das famílias, das cidades, com os cuidados com as crianças, a medicina, como saber-poder, se situa como importante elemento do século XIX,

[...] dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. (FOUCAULT, 1999, p. 301).

A medicina tem como superfície de saberes e mecanismos não só a população, mas também o corpo, os processos biológicos, tendo assim efeitos disciplinares e regulamentadores. “O elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, [...] que permite a um só tempo controlar a ordem e disciplinar o corpo e os acontecimentos aleatórios [...], esse elemento é a *norma*” (FOUCAULT, 1999, p. 302).

A norma é “um princípio de comparação, de comparabilidade, uma medida comum, que se institui na pura referência de um grupo a si próprio, a partir do momento em que só se relaciona consigo mesmo” (EWALD, 1993, p. 86), numa relação sem exterioridades. A norma pode, então, ser compreendida como uma “medida que simultaneamente individualiza, permite individualizar incessantemente, e ao mesmo tempo torna comparável” (EWALD, 1993, p. 86). Aparecem, nessa normatização da vida, a figura do normal, e do outro em sua comparação, o anormal.

[...] a norma, ao mesmo tempo em que permite tirar da exterioridade selvagem, os perigosos, os desconhecidos, os bizarros – capturando-os e tornando-os inteligíveis, familiares, acessíveis, controláveis – ela permite enquadrá-los a uma distância segura a ponto que eles não se incorporem ao mesmo. Isso significa dizer que, ao fazer de um desconhecido um conhecido anormal, a norma faz desse anormal mais um caso seu. Dessa forma, também o anormal está na norma, está sob a norma, ao seu abrigo. O anormal é mais um caso, sempre previsto pela norma. Ainda que o anormal se oponha ao normal, ambos estão na norma. É também isso que faz dela um operador tão central para o governo dos outros; ninguém escapa dela. (VEIGA-NETO, 2001, p. 115).

É pensando nessa sociedade de normalização, que articula a norma da disciplina e a norma da regulamentação (FOUCAULT, 1999), que penso nas políticas de educação para as crianças hospitalizadas como dispositivos de normalização, numa esfera de políticas sobre a vida dessas crianças que não podem escapar.

A norma age sob diferentes técnicas e dispositivos, como a escola, a família, o hospital, o hospício, a prisão. Dessa forma, entendo que as Classes ou escolas hospitalares são atravessadas por múltiplos discursos sobre o ser criança, ser aluno, ser (bom) paciente.

Entendo que as políticas sobre a temática da criança hospitalizada, bem como os textos que escolhi para esta análise, funcionam como um dispositivo de normalidade, como um conjunto de práticas discursivas e não discursivas, que

circulam em um determinado momento histórico e que estão implicadas em relações de poder, produzindo um regime de verdade.

Essa escolha se impôs como um grande desafio, não somente no âmbito da pesquisa, da escrita, mas de uma mudança de foco, de pensamento sobre a necessidade de se escolarizar as crianças, mesmo quando estas estão internadas para tratamento médico. As dificuldades dessa mudança de olhar se evidenciaram na ruptura, na quebra de saberes que me fizeram pedagoga na instituição hospitalar, como, por exemplo, os ditos de Fonseca (2008):

Muitas vezes a criança sofre porque a hospitalização, mais do que a problemática de saúde em si, gera falta às aulas. Este fato pode contribuir para o aumento de suas dificuldades em acompanhar os conteúdos escolares, levando à probabilidade de grande defasagem no ano do ciclo que vinha cursando em sua escola regular. (FONSECA, 2008, p. 33).

O “medo” de que a criança “perca o ano” em função da doença, quando legitimado nos Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), ganha uma visibilidade nas pesquisas acadêmicas, em especial nas áreas da educação e da psicologia. Os discursos produzidos por essas áreas são ancorados no conceito de saúde promovido pela OMS, que a define como sendo o “*completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente e não apenas na ausência de doença, ou enfermidade*” (CAMPOS, 2002, p. 4). Tais discursos receberam um *status* de verdades absolutas sobre a infância hospitalizada, o hospital e a educação. Pode-se pensar, como possíveis agenciadores desta nova prática, os discursos de humanização, as determinações de *educação e saúde para todos* da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ou ainda os estudos oriundos, em especial, da psicologia e sua *expertise* (ROSE, 1999, p. 32), como modo de produção da subjetividade humana

Esta é a preocupação maior quando se analisa documentos que tratam da saúde das crianças e dos modos de lhes fazer viver. Ou seja, tentar se imiscuir em suas frestas, levando em conta que os discursos que compõem tais documentos estão atravessados por modos de se administrar a vida de crianças no momento de sua fragilidade e doença.

É colocando estas verdades como contingentes, de um tempo e lugares específicos, que pergunto sobre os enunciados desses discursos, para saber quais

as regularidades que aparecem, e ainda como foi possível a entrada da escola no ambiente hospitalar.

Iolanda Universina Montano dos Santos (2006), ao abordar a temática da saúde escolar como formação de bons hábitos para a produção de sujeitos saudáveis e normais, sinaliza uma *entrada da saúde na escola*, e da educação sanitária que irá incorporar os currículos desde a educação básica, até a formação de professores nos cursos Normais e na própria Pedagogia.

A partir da pesquisa de Santos (2006) sobre a essa entrada da saúde na escola, pergunto-me sobre as condições de emergência que possibilitaram, ao final do século XX, um caminho diferente, e ao mesmo tempo complementar: *a entrada da escola no hospital*.

Assim, incluo neste escrito dois blocos: o primeiro vai tratar de uma história dos elementos que compõem a Classe ou educação hospitalar (infâncias, escola e hospital); e o segundo articulará esta modalidade de educação como bricolagem destas disciplinas (pedagogia e pediatria), e as políticas sobre elas como biopolíticas, ou seja, como políticas da/sobre a vida dessas crianças.

No bloco intitulado *Infâncias, escola e hospital: fragmentos de uma história do presente*, apresento recortes históricos dessas instituições inventadas na Modernidade, para tentar dar conta desta emergência da entrada da escola no hospital, como governo da crianças hospitalizada. É sobre *Uma história das infâncias* que trato no primeiro capítulo, como uma invenção que permitiu criar saberes e poderes específicos para esta população. A educação institucionalizada das crianças é apresentada em *Uma história da escolarização das infâncias*, considerando esta uma das muitas instituições modernas de sequestro das crianças. A invenção do hospital moderno, e de uma especialização no cuidado de “seres frágeis”, é tema do capítulo *Uma história do hospital e do cuidado à criança*.

Na trama do bloco *Infâncias+escola+hospital: a Classe Hospitalar*, procuro dar visibilidade à Classe Hospitalar como um possível encontro entre as histórias apresentadas e os discursos que produzem esta/e que são produzidos nesta prática. No capítulo *Entre punções, remédios e silêncios: a escolarização de crianças hospitalizadas*, localizo temporalmente as escolas/classes hospitalares no Brasil, apontando alguns dos enunciados que as produziram/produzem no contexto nacional. Em *A Classe Hospitalar como possibilidade de humanização*, percorro alguns dos ditos que validaram a educação no hospital como “resgate do humano” e

quebra dos “silêncios” dos corredores da pediatria, através de movimentos como as Classes, brinquedotecas e grupos de recreação. É no capítulo *A Classe Hospitalar como direito das crianças*, que trago à luz excertos dos documentos oficiais de nível nacional que, no Brasil, acenam com o direito à educação às crianças hospitalizadas, e ainda aqueles específicos sobre o tema. Em *A Classe Hospitalar como política de (e sobre a) vida*, apresento alguns enunciados que tratam do gerenciamento da vida das crianças, pelo dispositivo da educação no hospital, como uma tentativa de captura desse ser fugidio: a criança hospitalizada.



**INFÂNCIAS, ESCOLA E HOSPITAL:
FRAGMENTOS DE UMA HISTÓRIA DO PRESENTE**

Aqui não cabe a poesia. Aqui ficam à mostra às tripas da nossa dor milenar. Aqui fala-se de desencontro e impossibilidade, onipotência e utopia. Aqui se cantam as verdadeiras feridas do amor.

Lya Luft (2005a, p. 93).

2 UMA HISTÓRIA DAS INFÂNCIAS

Escrevendo descobri que a gente teve várias infâncias: a que os outros viam; a que eles imaginavam que a gente estava vivendo; a que a gente mesma pensava ter; e a real, que é sempre o mais indefinido. (LUFT, 2005b, p. 68).

Esta pluralidade de infâncias da qual nos fala Lya Luft, esta instabilidade de conceitos e olhares, faz pensar naquilo que Dornelles (2005) acena como “emergência ou entrada em cena” do sentimento de infância na história, ou seja, da sua invenção em diferentes tempos e espaços.

Caminhar pela história das infâncias, em seus diferentes momentos, é fundamental para buscar compreender os discursos que tentam dar conta do sujeito criança na contemporaneidade. Porém, chamo a atenção para as palavras de Müller (2007, p. 17), quando, *pra começo de conversa*⁶, nos fala sobre o não aparecimento da criança na história tradicional geral, ou seja, naquela que nos é ensinada durante a educação básica, ou até mesmo em alguns cursos de graduação. A história que conhecemos é uma história de adultos, vivenciada e registrada por estes em diferentes espaços. Essa história interessada com e na criança parece surgir apenas no século XX, com uma preocupação com a vida privada e com as mentalidades de época.

Mesmo interessada na criança e suas relações, as histórias que apontarei a seguir também são contadas por adultos, pois a criança não se registra sozinha, não se conta sozinha nas obras que buscam tecer histórias sobre infância, vida privada, lugares, saberes.

Quanto aos conceitos de criança e infância, faço uso da diferenciação proposta ainda por Müller:

⁶ “Para começo de conversa” é o título do capítulo introdutório de seu livro *História de Criança e Infâncias: registros, narrativas e vida privada*. Petrópolis: Vozes, 2007.

A infância se refere exatamente a um conjunto de seres humanos que têm características próprias e que, usado o termo, já se sabe de quem falamos, das crianças e seu mundo. Não de cada sujeito, mas da *categoria* onde se encontram estes sujeitos. A infância é referência absoluta ao que há de mais comum aos sujeitos no início de sua vida, considerando aspectos da natureza biológica, da natureza relacional e de linguagem, da forma de estar com adultos e crianças, de apreender o mundo, de reinventá-lo e significá-lo. A *criança* é o *sujeito* que existe concretamente. (MÜLLER, 2007, p. 18).

Assim, nos ensaios que apresento a seguir, não pretendo falar sobre a criança na sua individualidade, mas nas histórias sobre a categoria infância e sua visibilidade na modernidade.

São muitas as concepções de infância que assistimos ou vivemos hoje. Para muitos, a infância é um período preparatório, um vir a ser; para outros é apenas mais uma fase de desenvolvimento que acontece progressivamente. Nem sempre é vista como um período importante do desenvolvimento humano, com características e singularidades que a diferenciam da adultez.

Na história da sociedade Ocidental, as crianças não receberam um olhar atento que buscasse descrevê-las ou, ao menos, situá-las nos espaços. Por muito tempo, os sentimentos de infância, como os entendemos hoje, não existiam, parecendo surgir apenas a partir do século XV, como nos conta Ariès (1981).

Pioneiro nos estudos sobre uma história da infância no Ocidente⁷, Ariès verificou, principalmente iconograficamente, que a criança era, há alguns séculos, vista como um adulto em miniatura, um ser incompleto.

Para Ross (1982), pouco se sabe da vida cotidiana das crianças até o século XVI e o autor afirma que

[...] sobre as atividades domésticas da criança, como e onde comia, dormia, defecava, jogava, sabemos muito pouco. Nem sequer a arquitetura doméstica que subsistiu revela muita coisa sobre a utilização dos espaços habitáveis para fins mais íntimos. (ROSS In: deMAUSE, 1982, p. 237, tradução nossa).

Mas para Áries (1981), não havia, até o século XVI, um espaço para a criança separado do mundo adulto, participando livremente do contexto público. Ainda afirma o autor, que as roupas e acessórios das crianças eram versões menores das vestimentas dos adultos, isto para as crianças nobres. Às crianças pobres cabia a

⁷ Este pioneirismo é posto em questão por haverem outros estudos que contemplam a infância, anteriores aos estudos de Ariès.

reutilização das vestes de seus irmãos maiores e/ou seus pais, em tamanhos desproporcionais ao seu corpo.

Sobre as vestimentas, Ross (1982) nos revela que se deveriam vestir meninos e meninas com sensibilidade, com trajes decentes e com discrição, desde os seus três anos. Para o autor:

Não há de se conhecer outra distinção entre menina e menino que do vestido e os cabelos. Daí em diante não é importante lhe fazer carícia, nem lhe dar beijos, nem abraços até seus vinte e cinco anos. Supõe-se que não surgirá nenhum pensamento, nem movimento natural antes dos cinco anos. [...] não deixeis de cuidar que seja casto e modesto sempre e que esteja coberto em todo lugar com a mesma modéstia quando se tratar de uma menina. (ROSS In: deMAUSE, 1982, p. 234, tradução nossa).

Áries (1981) mostra as crianças como incapazes de pensar, de agir por conta própria e, assim, poucos resistiam e sobreviviam a esta, talvez, indiferença. Parecia não haver preocupações nem cuidados com as crianças, que viviam e conviviam com os adultos em todas suas atividades. As crianças mais velhas, mais independentes, cuidavam das mais novas, e tinham a liberdade de transitar pelas ruas da cidade e casas dos familiares e vizinhos.

[...] a criança não é apenas o traje, as brincadeiras, a escola, nem mesmo o sentimento de infância (ou seja, modalidades históricas empiricamente perceptíveis); ela é uma pessoa, um processo, uma história, que os psicólogos tentam reconstruir, ou seja, 'um termo de comparação'. (BESANÇON *apud* ARIÈS, 1981, p. 13).

Sabemos assim, através das histórias sobre as infâncias, que esta invenção moderna não aconteceu de forma igualitária, em um único tempo e espaço. O sentimento de infância pesquisado por Ariès refere-se à Europa (em especial à França), no Antigo Regime, através da análise de pinturas, esculturas e objetos, e mesmo nesta análise tão pontual, já percebemos diferentes infâncias, a nobre e a pobre. Müller (2007) e Dornelles (2005) afirmam assim que não é possível se tratar sobre a história da infância, visto que ela não existe. Entendo, assim, que possam existir, em tempos e lugares específicos, as *histórias das infâncias*, que se diferenciam por sexo, condição social, idade, cultura, relações etc.

Esta multiplicidade de histórias *de* e *sobre* as crianças nos faz pensar no quão líquidos são os conceitos que fechamos acerca das infâncias, sendo necessário tomá-las como "infâncias paradoxais, que emergem de narrativas que impõem em

muitos momentos um duplo sentimento, que desliza entre a piedade, a rejeição, o abandono e a sedução” (DORNELLES, 2005, p. 100).

Neste sentido, não pretendo mapear a história das infâncias em seu surgimento, até mesmo porque ele não parece existir em um único lugar. Foram, inclusive, muitas as críticas recebidas pelo trabalho de Ariès ao tentar buscá-lo. Assim, o autor adverte, no prefácio da reedição de 1981 de seu livro *História Social da Criança e da Família*, que deveria ter tomado mais cuidado quanto à tentação de buscar a origem absoluta, o ponto zero, porém preservando as “grandes linhas”.

Ao determinar como ponto de partida do surgimento da infância o final do século XVI, Ariès desconsidera qualquer tipo de sentimento da infância em tempos e lugares anteriores. Segundo outros autores, é possível encontrarmos marcas de algum tipo de sentimento quanto à infância em tempos mais remotos. Contudo, é preciso considerar mudanças significativas no panorama social referentes às crianças e às infâncias que emergiram a partir da obra de Ariès.

Quando mostra um novo modo de significar a infância, que se dá a partir do Mercantilismo, Ariès (1981) nos apresenta uma referência para situarmos e articularmos as narrativas sobre a infância, os sentimentos de família e a nova estrutura social que se apresenta.

Antes vista com indiferença, a criança não era percebida com necessidades diferentes das do adulto. O estudo que Ariès apresenta se ocupa de imagens da infância burguesa, e mostra como se dão as transformações do sentimento moderno de infância e de família. Embora “nascido” no contexto burguês, este sentimento sustenta-se na mudança de inserção da criança na sociedade, que deixa de assumir um papel produtivo direto, passando a ser merecedora de cuidados e de educação desde o momento em que consegue sobreviver, havendo então mudanças significativas nas relações no meio social.

Pode-se pensar, a partir de deMause (1982), acerca do sentimento dos pais em relação aos filhos e como este também teve representações distintas, em lugares e espaços diferenciados nas sociedades. O autor mostra que por volta do século XVIII há uma mudança radical em relação à taxilogia das formas contemporâneas de criação das crianças. Afirma que:

A criança já não estava em meio a tantas projeções perigosas, e no lugar de limitar-se a examinar suas entranhas com enemas, os pais se aproximavam mais dela e tratavam de dominar sua mente com a finalidade de controlar seu interior, suas traquinagens, suas necessidades, sua masturbação, suas vontades. As crianças criadas pelos pais eram amamentadas pela mãe, não usavam faixas, não lhe punham sistematicamente enemas. Sua educação higiênica começava muito cedo. [...] era castigada por masturbar-se, mas se fazia obedecer pronta ou imediatamente às ameaças e acusações que lhes eram feitas por outros métodos de castigo. Como esta criança agora era menos perigosa, era possível uma verdadeira empatia. Isto será uma possibilidade para o nascimento da pediatria que juntamente com uma melhora geral dos cuidados por parte dos pais, acaba reduzindo a mortalidade infantil, base para a transição demográfica do século XVIII. (deMAUSE, 1982, p. 89, tradução nossa).

Mas Áries (1981), por outro lado, vai mostrar um sentimento contraditório, que vai se desenvolvendo ao longo da história moderna e que atribui à criança a ingenuidade e a inocência e, ao mesmo tempo, a imperfeição e a incompletude. Esse pensamento transformou as atitudes sociais em moralização, que acabam por se refletir como oposições fundamentais na orientação dos modos clássicos de inserção dos novos sujeitos na sociedade. Ao descrever as *idades da vida*, o autor nos fala destes *infans*:

A primeira idade é a infância que planta os dentes, e dessa idade aquilo que nasce é chamado de *enfant*, que quer dizer não falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois ainda não tem seus dentes bem ordenados nem firmes. (ÁRIES, 1981, p. 36).

Entendo que a divisão etária da infância (bebês, crianças menores/maiores), para fins de educação (berçário, maternal, jardim etc.), faz parte de uma estratégia de governamentalidade. Tal meta inter-relaciona as práticas educativas infantis aos artefatos e técnicas culturais que confirmam e afirmam a divisão etária, possibilitando, também deste modo, a produção de sujeitos infantis fragmentados e cada vez mais individualizados.

Percebo assim que, etimologicamente, o termo infância (do latim *in-sem fans-voz*) produzido na modernidade, significa um vir a ser, algo a ser, que ainda não é por completo, e que precisa ser protegido, tutelado, cuidado para se tornar. No entanto, pretendo refletir sobre o conceito de infância de forma mais ampla. Sobre este conceito, me alio a Kuhlmann Jr., ao afirmar que:

Infância tem um significado genérico e, como qualquer outra fase da vida, esse significado é função das transformações sociais: toda sociedade tem seus sistemas de classes de idade e a cada uma delas é associado um sistema de status e de papel. (KUHLMANN JR., 1998, p. 16).

Ao interpretarmos os acontecimentos locais, de cada sociedade, de algum modo estamos buscando saber, e àqueles que sabem, conferimos certo poder. Fazendo uma interpretação desses acontecimentos, e da situação social da infância do período analisado por Ariès e outros autores, aos dias de hoje, percebo que esses mantêm contornos extremos. O mito da “infância feliz” esbarra cotidianamente com a violência, com o abandono, com a doença etc., que mostram um outro lado infantil dos sonhos da humanidade. O “imaginário” sobre a infância é uma construção sócio-política e cultural que se modificou (e ainda se modifica) ao longo do tempo, estando vinculado estreitamente ao adulto.

A infância [...] conseguiu criar um lugar para si. Um lugar – espaço, território – no qual diversas falas e dizeres vêm travando uma disputa em torno dela. Essas falas não são falas quaisquer. São as falas a partir das quais cada sociedade, com cada cultura e de cada tempo cria e assassina a infância conforme as necessidades e os interesses específicos. A criança não é mais do que a fala que o social diz que ela é. É o Outro do discurso que estabelecerá as formas, os limites e as condições de e para ser. (MEDRANO, 2004, p. 54).

Esse *Outro* do discurso que nos fala Medrano, o adulto, parece organizar cada vez mais a vida da criança, em função de suas expectativas e pretensões. E assim a criança, mesmo tendo conquistado um espaço particular no mundo social e cultural, mais do que participar dele, muitas vezes, torna-se depositária de novas projeções. Na sociedade adultocêntrica, a criança é promessa e potencialidade, uma condição a ser ultrapassada, e o adulto se relaciona, portanto, com um futuro adulto, e não com uma criança concreta.

Se pudermos traçar linhas paralelas desta história no mundo moderno, e parece que também em muitos lugares de se ser infantil na Antigüidade, a inocência infantil, vista como um momento de preservação, e a violência contra a criança, convivem no mesmo espaço. Muitas vezes o direito de compartilhar do mundo adulto representa de fato uma ausência de direitos da criança, em especial da criança pobre.

Em diferentes lugares, nas diversas histórias contadas por Müller (2007), crianças tiveram (e ainda têm) uma infância que difere, por condições de existência

adversas ao mundo infantil, do exercício do sonho e da liberdade. A miséria, a fome, o abandono, a criminalidade, e até mesmo a morte, estavam de certa forma naturalizados, aceitos, autorizados em alguns contextos, e parecem existir ainda na contemporaneidade.

O trabalho precoce também aparece como uma das mazelas da sociedade capitalista, produzindo uma passagem forçada à vida adulta que lembra o conceito de “infância curta” de Ariès, na qual a criança passa antecipadamente para o mundo do trabalho e dos adultos. No que se refere à vida da criança na escola, o êxito e o sucesso da educação vêm a ser associados a uma infância de longa duração, ao sentido de particularidade infantil, e a criança que estuda reedita a imagem da infância do Antigo Regime, mergulhada em uma sociabilidade densa. Pode-se afirmar assim que as condições de possibilidades para esta invenção, que tem como base um pensar de inspiração genealógica da infância, parte do estudo de sua proveniência e emergência⁸, ou de sua entrada em cena.

Pensando neste interstício, Dornelles (2005) nos mostra resumidamente que as condições da emergência do sentimento de infância, como o vemos hoje, só foram possíveis a partir da Época Clássica (séculos XVI e XVII) graças à:

⁸ Ao usar os termos “proveniência” e “emergência”, o faço no sentido proposto por Foucault (2005). Ao recorrer à proveniência, se busca “descobrir todas as marcas sutis, singulares, subindividuais, que podem se entrecruzar nele [num indivíduo, num pensamento, num sentimento] e formar uma rede difícil de desembaralhar. [...] A proveniência também permite reencontrar, sob o aspecto único de características ou um conceito, a proliferação dos acontecimentos através dos quais eles se formaram. [...] Seguir o filão complexo de proveniência é [...] manter o que se passou na dispersão que lhe é própria; é situar os acidentes, os íntimos desvios – ou, pelo contrário, as completas inversões – os erros, as falhas de apreciação, os cálculos errôneos que fizeram nascer o que existe e que tem valor para nós; é descobrir que, na raiz do que conhecemos e do que somos, não há absolutamente a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente” (FOUCAULT, 2005, p. 265). Por sua parte, a emergência como ponto de surgimento, é “o princípio e a lei singular de um aparecimento que acontece num determinado Estado de forças”. A “emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua irrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores ao palco. Cada uma com o vigor e a jovialidade que lhe é própria. [...] Enquanto a proveniência designa a qualidade de um instinto, sua intensidade ou seu desfalecimento e a marca que ela deixa num corpo, a emergência designa um lugar de confrontação; é [...] um não lugar, [...] ninguém é, portanto, responsável por uma emergência, ninguém pode se atribuir a glória por ela; ela sempre o produz no interstício.” (FOUCAULT, 2005, p. 267).

[1] Imposição do controle da família à criança, visto que segundo Ariès [...], essa “não tinha função efetiva” [...] sobre sua vida. Fez-se necessário para imposição desse controle que a família se “tornasse instrumento privilegiado de governo da população” [...]; [2] Instituição da escola, que vai “substituir a aprendizagem como meio de educação” [...] e “tornar-se um aparelho de aprender” [...]; [3] Normalização imposta pelas Ciências Humanas que “se preocupavam mais cedo com as crises [das crianças]” e se efetivará através do “grande esforço de disciplinarização e normalização realizado pelo século XIX”. (DORNELLES, 2005, p. 14).

Produzida como um ser frágil, dependente de cuidados específicos, incapaz de se governar por si mesma, de controlar-se, a infância emerge como um objeto de saberes necessários para sua gestão e governo. Talvez aí se instaure uma análise não dedicada por Ariès, e que podemos pensar a partir de Foucault: a relação infância e poder.

Como sublinha Bujes (2000, p. 27), “mudam as relações entre adultos e crianças, numa sociedade que se organiza sob novas bases, em que o poder soberano perde a sua potência e é substituído por uma nova forma de governar”. Dornelles (2005), ao escrever sobre as condições de possibilidade da invenção da infância moderna, como citado anteriormente, faz uma articulação com a obra de Ariès (1981) e os estudos de Foucault, mostrando o quanto estas se articulam e se complementam. Assim, podemos pensar, a partir de Foucault, nas questões que Ariès não abordou: as mudanças sociais, políticas e econômicas que aconteciam no período analisado.

Foucault debruçou-se, durante grande parte de sua vida, sobre as diferentes formas de governo na sociedade ocidental, nas minúcias das tecnologias governamentais que emergiram em diferentes tempos, mas que não substituem umas às outras, pelo contrário, se complementam e se articulam. O termo governo permanece. O que se modifica são os significados a ele atribuídos, a sua forma.

Estes movimentos em torno do conceito de governo, que se reformularam nos últimos séculos, permitem uma melhor compreensão do que Dornelles (2005) aponta como a necessidade de *inventar* para *governar*, e a invenção da população, certamente, é característica fundamental da governamentalidade.

A invenção do conceito de população é entendida por Foucault como questão central para a nova economia que se estabelecia. A população pode ser entendida como a:

Multiplicidade de indivíduos que estão, e só existem profunda, essencial, biologicamente, ligados à materialidade dentro da qual existem. Através desse meio se tentará atingir o ponto onde, justamente, uma série de acontecimentos produzidos por estes indivíduos, população e grupos interferem com acontecimentos de tipo quase natural que sucedem ao redor deles. (FOUCAULT, 2006c, p. 42, tradução nossa).

Pensando no surgimento da noção de população enquanto objeto a ser governado, e na necessidade de se conhecer os indivíduos que a compõem, a criança passou a receber um *status* que a diferencia do adulto, com características específicas.

É importante, contudo, pontuar que o governo é aqui entendido “no sentido amplo de técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens: governo das crianças, governo das almas ou das consciências, governo de uma casa, de um Estado ou de si mesmo” (FOUCAULT, 1997b, p. 101). Governar é agir sobre a ação dos outros, dirigindo a conduta dos indivíduos ou grupos.

Para gerir a vida desse indivíduo criança, a família passou a constituir-se como um objeto privilegiado para o governo da população. O próprio sentimento de família parece ter emergido neste contexto, e preocupações com o crescimento da população, como as taxas de natalidade e mortalidade, passaram a se configurar como objetos de controle e gerenciamento do Estado.

Este sentimento de criança, de família, enfim, a população como objeto de governo implica na necessidade de conhecimentos sobre estes para que possam assim ser administrados (DORNELLES, 2005; FOUCAULT, 2007). “Os corpos e as mentes infantis tornam-se objetos da ciência” (BUJES, 2000, p. 29), constituindo um foco de saberes que tentam descrever, normalizar e ainda produzir novos saberes e, conseqüentemente os sujeitos de que falam.

Seriam estas algumas condições de possibilidade da invenção da infância moderna e da sua entrada em cena na história, desenhada principalmente pelos ditos das Ciências Humanas e seus saberes, como pontuarei a seguir.

2.1 As ciências humanas e os saberes sobre as crianças

Era esse o jogo que eu queria jogar quando fosse adulta. Aprenderia a inventar gente (seriam todos minúsculos, eu que mandaria neles, pois, quando criança, sempre achei que se mandava demais em mim) e brincar com palavras – sua música vibrando em meu pensamento ou pronunciadas em voz alta quando achava que ninguém podia ouvir. (LUFT, 2005b, p. 67).

Ao fazer este recorte do livro de Luft, uma questão saltou-me aos olhos: *quando criança, sempre achei que se mandava demais em mim*. Essa multiplicidade de ditos e saberes que se fazem discursos, que relacionam crianças e adultos, além de ditar regras do que pode ou não ser feito pelas e para as crianças, atuam como constituintes da própria infância.

Como abordei na seção anterior, o surgimento da necessidade da construção de saberes sobre as crianças (e também sobre os outros indivíduos), enquanto parte da população a ser governada, fez emergir no século XIX, um tipo específico de saber: as Ciências Humanas. Estas ciências, como a medicina, a psicologia, a pedagogia etc., tentam descrever, explicar e direcionar soluções para os males da população, para assim melhor governá-la (MACHADO, 2007; DORNELLES, 2005; BUJES, 2003).

Esse saber não neutro, e sim interessado no corpo individual e coletivo, busca a homogeneização, a normalização para que estes sujeitos objetivados e subjetivados pelo saber sejam melhor regulados e controlados. Quando falo em *objetivados*, trato do momento em que a criança é cuidada, descrita, controlada; e *subjetivados*, na medida em que novas práticas sociais e econômicas procuram produzir as crianças de uma determinada forma. Os sujeitos passaram a se tornar, assim, mais úteis e produtivos na economia que então se estabelecia.

A invenção da infância foi produzida, assim como produziu uma série de saberes, instituídos como verdades sobre esta, segundo novas normas e regras disciplinares sobre as quais a criança assumiu um estatuto de infantil, uma visibilidade que só foi possível a partir da modernidade. O processo de invenção de saberes e, assim, normatização dos infantis, disseminou-se na modernidade, principalmente nos/através dos discursos das ciências humanas.

As Ciências Humanas, enquanto um dispositivo de governo, objetivam o sujeito; o sujeito torna-se objeto, e objeto de si mesmo. Ou seja, o objeto é o próprio sujeito, de tal forma que o sujeito é ao mesmo tempo o que conhece e o que é conhecido. (DORNELLES, 2005, p. 53).

Os saberes que produziram os (e que são produzidos nos) campos da psicologia, da medicina e da pedagogia etc., ao descrever, classificar, comparar, hierarquizar a população infantil, instituíram também formas de ser criança, de ser sujeito infantil. Estes saberes, em especial os que circulam na pedagogia, se propagaram nas últimas décadas do século XIX. Conforme do Ó (2003):

A pedagogia ou a ciência da educação tomara-se da ambição de agir sobre o espírito e o corpo das crianças e dos jovens. Surgiu, pois, como mais uma versão do biopoder. O seu método, reafirmaram-no os vários investigadores da época, consistia tão só em observar os factos da vida física e moral do homem. [...] Era, sobretudo, a psicologia infantil que iria responder à necessidade de conhecer as três faculdades da alma laica – sensibilidade, vontade e inteligência – porque se obrigava a reconhecer a diversidade dos caracteres individuais. (Ó, 2003, p. 114).

A norma, no sentido foucaultiano, está intimamente ligada à noção de disciplina, às técnicas disciplinares que descrevem, hierarquizam e classificam. A norma tem por função “articular os mecanismos disciplinares (que atuam sobre o corpo) com os mecanismos regulamentadores (que atuam sobre a população)” (VEIGA-NETO, 2007, p. 74).

Dornelles (2005) nos lembra que a norma diz respeito tanto às instituições disciplinares quanto às tecnologias investidas no corpo. É a norma que vai servir como medida, que individualiza e torna comparável. Com referência a norma, tem-se a figura do normal e do anormal, onde

[...] o normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma. Ele multiplica a regra, ao mesmo tempo em que a indica. Ele requer, portanto, fora de si, a seu lado e junto a si, tudo que ainda lhe escapa. [...] Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr em pé, endireitar. “Normar”, normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho. Conceito polêmico, realmente, esse conceito [de norma] que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão. (CANGUILHEM, 2006, p. 201).

Nesta ordem de normalização, surgiram formas de vigilância das condutas e contenção dos corpos que escapam, em instituições específicas, como as prisões, os hospitais, os hospícios, e ainda as escolas (FOUCAULT, 2006d). Podemos pensar, assim, que a criança, enquanto corpo que nasce, *escapa* dessa ordem, assim como os loucos e os doentes, sendo necessário “adestrar os corpos, torná-los

dóceis e úteis, mas, ao mesmo tempo, garantir sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (BUJES, 2000, p. 28).

Estes mecanismos regulam condutas, objetivam e subjetivam o corpo-espécie (todos) e o corpo-máquina (cada um), através de saberes que circulam por instituições, como a escola, que assume um importante papel na educação das crianças.

Veiga-Neto (2007, p. 15) acena para a possibilidade de perceber “a escola como uma eficiente dobradiça capaz de articular os poderes que aí circulam com os saberes que enformam e aí se ensinam, sejam eles pedagógicos ou não”. A pedagogia vai elaborar assim uma análise de uma infância muito particular, a infância em situação escolar, estabelecendo um recorte específico, a partir do qual busca identificar padrões de normalidade quanto ao desempenho das crianças, e estabelecer regularidades para a orientação da prática dos educadores. Narodowski (1994, p. 24) se refere a esta infância como o “suposto universal da ação e da produção pedagógica”, considerando a criança como ser biológico, que percorre etapas etariamente definidas (conhecidas como teorias do desenvolvimento) e, assim, encobrendo-se sua vinculação social e histórica, e tomando o que é particular pelo universal. Os saberes da pedagogia se fazem também a partir da observação das crianças e sua aprendizagem, estabelecendo padrões e normatizações que depois serão utilizados para normalizar as condutas. A pedagogia

[...] se formou a partir das próprias adaptações da criança às tarefas escolares, adaptações observadas e extraídas do seu comportamento para tornarem-se, em seguida, leis de funcionamento das instituições [escolares] e forma de poder sobre as crianças. (FOUCAULT, 1996, p. 122).

A pedagogia se configura como ciência trazendo para si saberes de outras ciências como a psicologia e a medicina, que ao contrário de se preocupar com um único objeto – no caso da pedagogia, o aluno – vão se preocupar com as dimensões mais gerais da infância, como um momento particular do ciclo vital. A “natureza infantil” proposta pela psicologia, ou ainda as orientações da medicina que instituem o normal, o deficiente, o atrasado, vêm integrar os saberes pedagógicos, passando às escolas o caráter espacial da circulação e da articulação destes saberes.

A delimitação da infância, como já dito, tem se dado a partir de um recorte etário definido por oposição do adulto, pelo outro do discurso. A falta de idade, de

maturidade, ou ainda a incompletude dos infantis, tem sido alvo de muitos tratados desde os finais do século XIX. Contudo, carecemos de estudos que problematizem os discursos de verdade, propostos em especial pelos campos da sociologia e antropologia. Também algumas abordagens da psicologia e da medicina, no que se refere à criança doente, necessitam de uma rede de conexões, multiplicidades, diferenças que saiam do estabilizado, do já dito, do etário dos projetos educativos das Classes Hospitalares.

Observa-se que, num tempo em que os contextos desiguais emergem cada vez mais no interior da pedagogia, assim como em outras ciências, soluções condizentes com os princípios humanitários se fortalecem na virada do século. Tais princípios dão vez à individualidade, resultando numa fértil diversificação de projetos educativos. Estes projetos educativos, como aponta Marín-Díaz (2009), se articulam por meio de duas técnicas de governo das crianças:

[...] a primeira, orientada a colocar todas as crianças dentro de um grupo populacional definido por características etárias comuns – a infância; e a segunda para produzir um aspecto psicológico próprio das crianças que garantiria seu autogoverno, sua governabilidade. (MARÍN-DÍAZ, 2009, p. 154).

Para Narodowski (1994), surge aí um paradoxo: a sociedade que idealiza a criança como forma de ressuscitar seus sonhos e revelar suas fragilidades ocultadas, acompanha o que alguns autores como Postman (1999) chamam de “desaparecimento do tempo da infância”, passando para a modernidade, um tempo que acaba sendo sufocado por uma sociedade que recusa a incerteza e os “horrores sociais do nosso tempo” (POSTMAN, 1999, p. 24).

A crítica à universalização da infância, enraizada pela e na pedagogia, vai ser recentemente apontada por aqueles que enfatizaram e reconheceram a sua heterogeneidade, decorrendo em escolas pedagógicas que proclamam o respeito “às características propriamente infantis e às diferenças presentes nas diferentes idades ou etapas da mesma infância como parte dessas características” (NARODOWSKI, 1994, p. 27, tradução nossa).

A incorporação destes conceitos de infâncias plurais, heterogêneas, por autores que se situam nas vertentes pós-estruturalistas, passa a integrar mais recentemente, no Brasil, as diferentes áreas de conhecimento que se preocupam com a infância, dentro de seus âmbitos específicos e planos de atuação. Incluem-se,

aos poucos, elementos relativos à diferença e à possibilidade de se estar frente a outros contextos na construção da diversidade, da alteridade, como afirmação positiva e contrária ao estabelecimento dos padrões de normalidade estabelecidos.

Para tentar dar conta desses sujeitos infantis, diferentes tecnologias de captura foram sendo organizadas, divulgadas e tidas como verdades sobre as crianças. Assim, procuro mostrar na seção que segue, mesmo que brevemente, aspectos sobre a invenção das instituições escolares como espaço de educação das crianças.

3 UMA HISTÓRIA DA ESCOLARIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS

[...] antes de sermos adestrados pela escola, achávamos que o jardim de nossa casa era encantado. (LUFT, 2005b, p. 125).

Essa captura da criança pela escola, para poder melhor adestrá-la, melhor governá-la, disseminou-se por toda a sociedade ocidental na Modernidade e assumiu um estatuto de verdade inquestionável. A escola deverá ser para todos, e parece não ser mais possível estar fora dela.

Os discursos das Ciências Humanas instituíram formas de ser sujeito, em uma trama estrutural de práticas de normalização contingentes. Como bem pontua Canguilhem (2006),

[...] a normalização dos meios técnicos da educação, da saúde, do transporte de pessoas e de mercadorias é a expressão de exigências coletivas cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos. (CANGUILHEM, 2006, p. 200).

A escola como espaço de produção de sujeitos dóceis e úteis nem sempre existiu, e só foi possível seu aparecimento a partir de uma série de condições históricas. Estas condições são apresentadas por Varela & Alvarez-Uria (1992), em um texto que considero necessário para pensarmos a escola sob esta perspectiva: *A maquinaria escolar*. Como sugerem os autores, esta maquinaria moderna de governo da infância funcionou (e funciona) como um “conjunto de máquinas encarregadas de criar sujeitos disciplinados num e para um novo tipo de sociedade que se gestava após o fim da Idade Média” (VEIGA-NETO, 2006, p. 30).

Varela & Alvarez-Uria (1992), ao fazerem uma “genealogia da escola”, apresentam cinco condições sociais de aparecimento desta instituição:

a definição de um estatuto de infância; a emergência de um espaço específico destinado à educação das crianças; o aparecimento de um corpo de especialistas da infância dotados de tecnologias específicas e de ‘elaborados’ códigos teóricos; a destruição de outros modos de educação; [e] a institucionalização propriamente dita da escola. (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 69).

É a partir dessa ordenação, e apoiada nesses autores, que aceno os recortes sobre a história da escola moderna.

A *definição de um estatuto de infância*, como aceno nas seções anteriores, foi possível somente a partir do século XV, com uma visibilidade dada à criança como ser diferente do adulto. É a partir deste período que se configuraram movimentos de educação das crianças em instituições específicas para este fim, inicialmente em colégios para os futuros príncipes e crianças das famílias mais distinguidas. As crianças e jovens pobres, por sua vez, eram recolhidos e doutrinados em instituições beneficentes e caritativas. Porém, ambas as instituições eram vinculadas à Igreja Católica, sendo atravessadas pela educação moral da doutrina cristã, para a aprendizagem da fé e dos bons costumes (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992). Conforme os autores caracterizaram-se assim diferentes “infâncias”, que necessitariam de programas educativos diferenciados: “a *infância angélica e nobilíssima* do Príncipe, [...] a *infância de qualidade* dos filhos das classes distinguidas, e a *infância rude* das classes populares” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 71). As características que concebiam essa etapa da vida como diferente da adulez são

[...] maleabilidade, de onde se deriva sua capacidade para ser modelada; fragilidade (mais tarde imaturidade) que justificou sua tutela; rudeza, sendo então necessária sua ‘civilização’; fraqueza de juízo, que exige desenvolver a razão, qualidade da alma, que distingue [o] homem dos animais; e, enfim, natureza em que se assentam os germens dos vícios e das virtudes. (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 71).

Ante a necessidade de modelar, tutelar, enfim, governar essas crianças, emergiu uma série de dispositivos institucionais que deveriam dar conta desta categoria, como os hospícios, os hospitais, albergues, colégios, as escolas, e também a família nuclear. Às famílias mais distintas, foi atribuída a função de administrar a casa, as finanças, os criados, e também a nutrição, cuidado e educação dos filhos⁹, em parceria com os colégios. Já para as crianças pobres, as instituições de caridade passaram a ser as responsáveis por sua educação.

Desta maneira, a infância de qualidade aparece, desde seu início, estreitamente vinculada à família – poder da família – enquanto a infância pobre foi, inicialmente, resultado de um programa de intervenção direta do governo – poder

⁹

Esta invenção da família nuclear será abordada posteriormente.

político, na esfera do público. O sentimento de infância para as classes populares, e assim o sentimento de família, “não existirá [...] até bem entrado o século XIX, sendo a escola obrigatória um de seus instrumentos constitutivos e propagadores” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 73). No Brasil a escola pública e obrigatória foi instituída no início do século XX, mais precisamente na década de 30, a partir de movimentos liderados pelo educador Anísio Teixeira.

Quanto à *emergência de um dispositivo institucional*, de um *espaço fechado* para a educação da infância, os autores nos fazem pensar sobre diferenças entre as instituições de sequestro da nobreza e da pobreza. Embora ambas tenham como função a ordem e a regulação, à minoria rica cabia a instrução, com dedicação aos estudos literários, como gramática, retórica, dialética, que eram proibidas à formação dos pobres. A estes cabia o enclausuramento e moralização, o adestramento a um ofício, uma ocupação, uma formação como “súditos virtuosos” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992). Emergiu assim uma divisão, não somente por entre ricos e pobres, mas também por sexo e por idade, com um encaminhamento específico para cada aptidão¹⁰, materializada mais tarde como uma política de recolhimento dos pobres em espaços não só de contenção, mas de esquadrinhamento, de disciplinamento para a fabricação de corpos úteis para uma economia política que então se estabelecia.

Essa nova ordem implicou a necessidade de *formação de um corpo de especialistas*, inicialmente nas ordens religiosas, como o caso dos jesuítas, mas sempre atravessada pela própria constituição da infância, pois:

¹⁰ O médico “Pérez de Herrera apresenta [...] um plano diferenciado [que se aplicará parcialmente no século XVII] em função da idade e sexos das crianças: os de tenra idade serão distribuídos por prelados e corregedores entre gente rica que os crie e os ponha logo em ofícios ou os utilize como serventes. Se com esta medida não estiverem todos já colocados como pupilos, serão criados em casas de expostos ou em albergues até os 7 ou 8 anos, momento em que passarão às casas de doutrina ou aos seminários. Aos de maior idade, meninos e meninas, a justiça encarregar-se-á de pô-los com amos e aprender ofícios; convém acomodar algumas meninas nos mosteiros a fim de que ali se façam virtuosas e prestem serviços a anciãos e desvalidos. Aos meninos de 10 a 14 anos, com boa saúde e força, se lhes dará distintas aplicações: uns irão para a marinha, outros trabalharão nas casas de armas, outros aprenderão a fabricar tapeçarias, tecidos e telas, outros, enfim os mais hábeis, irão para seminários de mais alto nível [...] nos quais se lhes ensinará não tanto o latim, como a matemática, a fim de que logo se dediquem à edificação, à artilharia, e a outras atividades necessárias para a fortificação, a conquista e o ataque” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 78).

Será nos colégios que se ensaiarão formas concretas de transmissão de conhecimentos e de modelação de comportamentos que, mediante ajustes, transformações e modificações ao longo de pelo menos dois séculos, suportarão a aquisição de todo um acúmulo de saberes codificados acerca de como pode resultar mais eficaz a ação educativa. Somente assim poderá fazer seu aparecimento a pedagogia e seus especialistas. (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 79).

O campo de especialidades sobre a educação das crianças implicou algumas modificações no que se refere ao papel do educador, às práticas investidas sobre o corpo dos alunos, e também aos espaços onde essa educação vai acontecer.

O educador, cuja “autoridade baseava-se [na era medieval] fundamentalmente na posse e na transmissão de determinados saberes” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 79), configura-se, na figura de professor jesuíta, como um modelo de virtude, como autoridade moral. Mas é a partir de um interesse no Estado, de acordo com interesses da burguesia, que se impõe uma escolarização também para os filhos da população pobre, e a formação dos especialistas passará a ser controlada pelo Estado e fornecida em instituições específicas, como as Escolas Normais, com o objetivo de que estes desempenhassem funções de acordo com a nova sociedade industrial. Entre esses interesses, era dever do professor impor às crianças das classes populares “hábitos de limpeza¹¹, regularidade, compostura, obediência, diligência, respeito à autoridade, amor ao trabalho e espírito de poupança” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 82).

Para que esse interesse do Estado se solidificasse, se fez necessária a *destruição de outras formas de socialização*, inicialmente com o aparecimento dos colégios de jesuítas, a partir do século XVII. Nestas instituições, o saber assumiu um papel essencial: somente o professor passou a ser o detentor do saber verdadeiro, neutro, objetivo, e assim é nos colégios que passou a circular a verdade, o saber verdadeiro, absoluto, não contaminado pelos conhecimentos vulgares das massas. Porém, é somente a partir da imposição da escola obrigatória na Sociedade Burguesa para as crianças e jovens pobres, a partir do século XIX, que estes saberes da massa foram abafados.

¹¹ Como veremos nas seções que seguem, esses hábitos fazem parte de uma ordem higienista que atravessa diferentes instâncias sociais, mas que se debruça em especial sobre a população infantil e as instituições disciplinares para esta categoria.

A escola servirá para preservar a infância pobre deste ambiente de corrupção, livrá-la do contágio e dos efeitos nocivos da miséria, desclassificá-la enfim, e individualizá-la, situando-a em uma *no man's land* social onde é mais fácil manipulá-la, para seu próprio bem, e convertê-la em ponta de lança da propagação da nova instituição familiar e da ordem social burguesa. (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 87).

Aos poucos, conforme bem pontuam os autores, a maquinaria escolar começou a produzir seus efeitos sobre as crianças e jovens, que passaram a funcionar como mercadorias desta instituição. O disciplinamento destes corpos produz seres úteis economicamente, ou seja, trabalhadores adestrados, governados.

A *institucionalização da escola obrigatória e o controle social* estão intimamente imbricados, surgindo aos finais do século XIX e no início do século XX uma série de mecanismos de controle social sobre a população pobre. Criaram-se, por exemplo, as escolas também para adultos, uma disseminação de cartilhas instrutivas higiênicas e consultórios de puericultura, a assistência social, a especificação das instituições para presos e loucos, enfim, toda uma ordem social.

A infância, em especial a trabalhadora, passou a ser alvo dessa nova ordem de institucionalização da escola, em um movimento de professores e de outros especialistas, como os higienistas e os puericultores, com a função de aplicar as noções de especificidade e singularidade da infância. São os discursos pedagógicos e médicos que se debruçam sobre as famílias populares, a fim de intervir nos hábitos e nas relações, que para esta população terá um caráter de proibição, de imposição de verdades desses campos de saberes. Assim, capturam-se estas crianças das ruas, do trabalho infantil, e será a escola, o ambiente escolar, o espaço onde todas as crianças devem estar.

Surgem então algumas questões, em especial no que se refere ao espaço físico e relacional das escolas, pois estas em nada se parecem com os ambientes em que estas crianças estavam inseridas: do coletivo das ruas, as crianças passam para o quadriculamento da escola, enquanto instituição disciplinar, onde “cada indivíduo [deve estar em] seu lugar; e em cada lugar [deve estar] um indivíduo” (FOUCAULT, 2006d, p. 123). Essa escola que fragmenta, que divide os estudantes em classes – por idades, raças, aptidões – faz um investimento sobre os corpos nas suas minúcias, nos detalhes, na mente infantil.

Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico. (FOUCAULT, 2006d, p. 123).

A escola como espaço analítico de técnicas disciplinares, onde os indivíduos são vigiados, examinados, treinados, produz “efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo” (FOUCAULT, 1999, p. 297). A criação das carteiras escolares, a disposição dos alunos nas salas de aula, as filas, a postura, constituem uma série de técnicas destinadas ao isolamento, imobilidade corporal e individualização.

Varela & Alvarez-Uria (1992) procuram então apontar como foi possível a invenção da escola moderna, atravessada pelas condições de possibilidades aqui apresentadas, acenando que, na trama saber-poder, a escola emergiu como uma maquinaria inventada pela burguesia para “civilizar” os filhos dos trabalhadores, e que mais tarde se fixou como um pretendido direito: o direito de todos à educação.

Como a escola, o hospital também emergiu como instituição de contenção dos corpos enfermos que, assim como os indivíduos das populações pobres, escapavam da ordem social moderna. Assim, buscarei apontar, na seção seguinte, aspectos dessa invenção para tentar compreender como estas instituições se articulam na contemporaneidade, na educação das crianças hospitalizadas.

4 UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL E DO CUIDADO À CRIANÇA

Abro a gaveta, e salta uma palavra: dança sedutora sobre meu cansaço, veste-se de indefinições, vagueia no labirinto das ambiguidades. Acha graça de mim, que espero à frente encontrar a solução dos meus enigmas. (LUFT, 2005a, p. 115).

Embora os hospitais estejam presentes em nossa sociedade há muitos séculos, é importante pensarmos que nem sempre estes tiveram a mesma função. Assim como a educação, a saúde e a doença apresentam-se com novas configurações a partir do século XVIII, com o aparecimento do hospital como espaço de cura. Entendo que é importante fazer uso de sua invenção para tentar dar conta de como esta instituição vai também fazer parte da vida de muitas crianças.

Em *El nacimiento de la clínica*, Foucault (2006b) faz uma arqueologia desta “virada” médica, e da institucionalização do hospital como espaço para reclusão e tratamento das doenças. Esta virada médica, segundo ele, se dá no século XVIII, quando a preocupação com a saúde da população passa a ser necessária para o fortalecimento dos Estados.

Busco fazer um recorte dos escritos de Foucault nesta e outras obras, para tentar compreender como o hospital surge como um dispositivo de cuidado e saberes médicos, como as especializações se especificam nesse jogo de *fazer viver*, para tentar dar visibilidade às crianças que são atendidas em tais instituições.

3.1 Do nascimento da clínica médica ou da institucionalização da doença

A mim, sempre buscando explicações e significados porque tão pouco entendo, me ocorre falar ou escrever exatamente sobre aquilo que menos sei. (LUFT, 2005b, p. 33).

A medicina, a saber, é uma das atividades mais antigas da humanidade, e possui um discurso de atualização produtiva e de necessidade de informações constantes. Scliar (1996) faz questão de sublinhar esta arte desde a era pré-cristã até a contemporaneidade, pontuando algumas das vertentes que ancoraram a prática nos diferentes tempos. A medicina religiosa, a invocação de divindades para

a cura nos gregos, e ainda os estudos de anatomia e da terapêutica – ancorados à metafísica, foram substituídos, na Idade Média, pela religião em detrimento da alma imortal. As doenças e a morte eram também preocupações da medicina, mas não exclusivamente dela. O que não havia, contudo, era um espaço específico de reclusão da doença. O lugar dos doentes era junto às famílias e a medicina era domiciliar.

Até o século XVIII, as instituições hospitalares eram construídas e mantidas por entidades religiosas, e a assistência era de cunho caritativo, realizada por um pessoal leigo ou religioso que buscava a salvação de suas almas. A atividade médica era apenas mais uma entre outras funções religiosas e sociais. Funcionavam estes primeiros hospitais como substitutos das famílias, dando assistência aos pobres e desvalidos. A pobreza era assim acolhida e disciplinada, e as anomalias administradas (FOUCAULT, 2006b).

Um exemplo que podemos citar neste modelo de assistência no Brasil são as Santas Casas de Misericórdia, incluindo-se a de Porto Alegre¹², que como todos os hospitais ou hospícios eram instituições assistencialistas e humanitárias, voltadas para os pobres, em especial (FRANCO; STIGGER, 2003). Acolhiam assim não só os doentes, mas todos os necessitados, como as crianças rejeitadas, os velhos, os loucos, os inválidos, as prostitutas, os estrangeiros etc. (WADI, 2002, p. 85).

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. [...] 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. (FOUCAULT, 2007, p. 101).

Para Foucault, a necessidade de preservação dos indivíduos, a partir da nova estrutura de Estado capitalista, começa no corpo biológico, um corpo que deve ser cuidado para um melhor rendimento – o corpo-máquina, corpo de trabalho, de produção. Assim surgiu a medicalização do hospital, uma medicina da sociedade, onde a ciência médica assumiu o papel de ciência das doenças, e a técnica passou a ter mais valor que o cuidado e atenção aos atendidos. A circulação dos médicos

¹² A Santa Casa de Porto Alegre, fundada em 1803, era dividida em setores, como Cemitério Extramuros – já que se preocupava ainda com a morte de seus internos; Presos, Expostos, Testamentos, Capela, Obras, Botica e Hospital.

dentro da instituição configurou-se como um mecanismo de controle sobre os corpos doentes, e a disciplina assumiu a base das ações, sendo considerada

[...] o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. (FOUCAULT, 2007, p. 107).

Foucault (2007, p. 107) conclui que é a partir da “introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que será possível sua medicalização”. A relação entre Estado, políticas de saúde e economia ganha relevo uma vez mais, ao passo em que o esquadramento disciplinar a que foram submetidos os hospitais está diretamente ligado ao desejo de evitar que as epidemias se propagassem e à preocupação com o custo dos indivíduos doentes. Porém, a visão de doença enquanto um evento natural passou a ser associada às contribuições do meio sobre o indivíduo. Assim, a intervenção médica passou a ser uma intervenção também sobre o meio: a água, o ar, a alimentação, as condutas de risco etc. No espaço hospitalar, evidencia-se, portanto, um novo saber médico e os médicos passam a ser os principais responsáveis pela organização hospitalar.

O saber médico que se centra no corpo agora também se preocupa com o meio no qual este corpo-doente está inserido: o hospital. Percebe-se, porém, que esta nova ordem do saber médico, com o cunho preventivo, passa a ser uma ciência, que atua também sobre o corpo social: os lares, as escolas, os ambientes públicos, mas é à família que se dedica uma especial atenção. O saber médico focado na cura do corpo-máquina-doente (indivíduo) atua na instituição hospitalar, enquanto o saber médico sobre o corpo-espécie (população) atua na sociedade.

Emergiu aí a *medicina social*, e uma *polícia médica* que fixou mecanismos de observação e estatísticas de natalidade e morbidade, a fim de prevenir e intervir, como medida de segurança, não dos indivíduos, mas do próprio governo, da ordem social. A normatização também ganhou espaço nessa nova ordem, onde à formação dos médicos coube a aplicação das noções de normalidade, não só dos doentes, mas dos próprios médicos e seus saberes. A prática médica passou a ser subordinada ao Estado, seja na sua regulamentação, seja na contratação de médicos para o atendimento público (FOUCAULT, 2007).

Na nova configuração social que se estabeleceu com o fim do feudalismo, e com o processo de urbanização, vivenciou-se um grande crescimento populacional, e no jogo do *fazer viver*, entrou em cena uma política sanitária que deu ordem ao urbano.

Foram muitas as medidas sanitárias que podemos verificar nos ditos de Foucault, por exemplo: foi preciso acabar com os cemitérios ao ar livre que contaminam águas e proliferam doenças; foi preciso o cuidado com a higiene do corpo, das crianças, da alimentação. Estas, entre outras atitudes sanitárias, se ampliaram por todo o Estado e suas instâncias, como, por exemplo, nas escolas, nas famílias etc. A vida sadia passou a ser preocupação do governo, e a intervenção do Estado assumiu novas posições ante aquelas do Estado soberano.

O poder sobre a vida, no Estado da soberania, se exerce “do lado da morte”, ou seja, ao soberano, ao Estado, o direito sobre a vida só existe porque ele pode matar. Assim, na soberania existe o direito de fazer morrer ou deixar viver. É a partir do Estado disciplinar que este poder se complementa ou se transforma, lentamente, em um poder onde a vida é objetivada: se “faz viver ou se deixa morrer” (FOUCAULT, 1999, p. 286).

Esta nova política da vida, a que Foucault chama de *biopolítica*, vai se exercer sobre os corpos dos indivíduos e das populações. A medicina emerge como uma estratégia de biopolítica, ao passo em que tenta fazer viver mais, controlando e higienizando a vida no Estado.

A esta configuração de governo de Estado, centrado na vida da população, Foucault vai chamar de *biopoder* (Foucault, 1997b), ou seja, poder sobre a vida, pois

[...] para gerir a vida dos indivíduos, é preciso agir sobre as populações. Estimula-se ou bloqueia-se a taxa de natalidade, previne-se a mortalidade, controlam-se fluxos populacionais, em suma: passa-se a entender a população como sujeito de necessidades e aspirações. (BUJES, 2003, p. 34).

No que se refere ao governo dos homens nessa nova racionalidade Estatal moderna, a razão de Estado¹³, o poder é exercido através de técnicas que se constituíram no século XVII, que foram chamadas de polícia. O conceito de polícia a que se faz referência é bem diferente de nossa concepção atual. *Polícia*, no sentido dos estudos de Foucault, refere-se a uma técnica de governo essencialmente estatal, que possibilita a intervenção do Estado sobre domínios e objetivos que lhe são próprios (FOUCAULT, 2003). A polícia não é nem uma instituição, nem um mecanismo existente no interior do Estado, mas uma das tecnologias de governo que, através de “técnicas específicas permitiam governar o povo sem perder de vista a grande utilidade dos indivíduos para o mundo” dirigindo o Estado “concomitantemente com a justiça, o exército e as finanças” (FOUCAULT, 2006e, p. 311). Desta forma, governam-se homens e coisas em suas relações, pois:

O que interessa à polícia é a coexistência dos homens em território, suas relações de propriedade, o que eles produzem, o que é trocado no comércio, e assim por diante. Ela também se interessa pela maneira como eles vivem, pelas doenças e acidentes aos quais eles estão expostos. Em suma, é de um homem vivo, ativo e produtivo que a polícia cuida. (FOUCAULT, 2006e, p. 311).

É deste homem produtivo, seus prazeres, sua comodidade, sua qualidade moral e, principalmente, sua saúde e abastecimento que vai se ocupar a polícia, intervindo não pela lei, mas de maneira específica e positiva na conduta dos indivíduos.

Pensando sobre estas técnicas políticas que se ocupam com a vida, busco pontuar algumas cenas sobre a história da criança nessa nova técnica disciplinar que se instaura sobre os corpos na política do fazer viver, e ainda as novas estratégias de controle e vigilância destes corpos.

13

Essa razão de Estado é o tipo de racionalidade predominante no poder Estatal, que tem como tecnologia de poder a governamentalidade, e é responsável pelo fortalecimento dos Estados que se dá a partir do século XVI (FOUCAULT, 2007). A forma de governo predominante até este período era o *poder pastoral*, onde a tecnologia de poder centrava-se no “todos e cada um”, com um tipo de racionalidade de pastoreio. O poder do pastor se exerce sobre o rebanho, e não sobre o território, e tem como características a busca pela salvação individual, o auto-sacrifício em nome do rebanho, o cuidado pessoal com cada indivíduo e um profundo conhecimento da mente das pessoas. A condução das ovelhas por seu pastor segue pelas estratégias da busca da verdade de si, através de técnicas como a confissão. No texto “Omnes et singulatim”, Foucault (2003) debruça-se sobre esta forma de governo, acenando o seu não desaparecimento, mas a reconfiguração e articulação com a governamentalidade.

4.2 A especialização no cuidado de “seres frágeis”: a pediatria e a puericultura

[...] passamos do extremo antigo, de achar que a criança não pensa ao outro extremo: criança é complicação e nos tiraniza. Receitas de como tratar do bebê ao adolescente atormentam gerações de pais aflitos. (LUFT, 2005b, p. 172).

Na preocupação que vem se perpassando através dos adultos com as crianças, como aponta Luft, Foucault chamava a atenção para o corpo-máquina (do indivíduo) e o corpo-espécie (da população), e é como grupo populacional específico que a infância passa a ter um lugar diferenciado.

Como procurei mostrar anteriormente, a população infantil e a preocupação com estes “seres frágeis” é uma invenção recente, que suscitou uma série de saberes e mecanismos de controle sobre a criança, para que se pudesse governá-la, como promessa de um novo tempo.

Modos diferenciados dos atuais de se perceber as crianças, até os finais do século XIX, talvez expliquem os altos índices de mortalidade e abandono dessa população infantil. Neste contexto, a prática de infanticídio era comum, na Europa na Idade Média, como chamou atenção Müller (2007). Mas, esta prática de deixar morrer, quando não fazer morrer, se evidencia também em outros tempos e outros espaços¹⁴.

Os motivos eram muitos para que se fizesse morrer, como relata Orlandi (1985), e de diferentes formas que hoje consideramos perversas, pois as crianças eram

¹⁴ Não poderia deixar de falar sobre as mortes autorizadas que ainda ocorrem em nossa sociedade. Crianças morrem diariamente em favelas, por balas perdidas, atropelamentos, espancamentos, em guerras, enfim, poderíamos elencar inúmeros modos de fazer morrer ainda na atualidade. Contudo, parece-me que estas mortes são autorizadas somente para um determinado público: anônimo, pobre, e em determinados contextos sócio-geográficos. Tomo como ponto para uma possível discussão sobre o infanticídio na atualidade, pensando na repercussão midiática e na revolta da população quando uma menina de 6 anos, de classe média, moradora de uma zona nobre de São Paulo, é defenestrada (talvez) pelo pai e madrasta e lançada pela janela do apartamento. Não questiono o modo como esta criança morreu, tão pouco os motivos que levaram ao homicídio. Penso sim nas muitas mortes de crianças que acontecem diariamente, e que passam despercebidas. Outro fato bastante divulgado no Brasil no ano de 2008 foi, quando em um único final de semana, morreram 12 recém-nascidos em um hospital em uma capital do nordeste do país. O que chama a atenção neste fato é que as autoridades da área da saúde daquele local, ao prestarem depoimento à mídia, alegaram que este número de mortes está dentro dos padrões considerados aceitáveis pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

[...] atiradas nos rios, deixadas em esterqueiras e valas, fechadas no interior de vasos para que morressem de fome, outras vezes abandonadas em caminhos ou montes para que servissem de alimento aos animais selvagens ou de presas para as aves. Toda criança que não fosse perfeita em forma ou tamanho, ou que chorasse demais ou muito pouco, geralmente era morta. (ORLANDI, 1985, p. 25).

Nessa rede em que poucas crianças “vingavam”, deixava-se viver os primogênitos, em especial, quando do sexo masculino. As meninas tinham pouco valor, assim como os bastardos, os doentes, enfim, muitas crianças acabavam submetidas às práticas de infanticídio.

No livro *Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil*, Orlandi (1985) faz um recorte histórico dessas práticas de violência à criança, e da virada das práticas de cuidado com estes seres, com o nascimento da medicina social.

Como na nova ordem moderna já não se pode mais fazer morrer, as crianças negadas passaram a ter um espaço depositário: as Rodas dos Expostos¹⁵. A prática que surgiu na Europa aos finais do século XVIII chegou ao Brasil no século XIX, e se perpetuou até metade do século XX nas Santas Casas de Misericórdia.

A Roda foi descrita por Donzelot (1986) como

[...] um cilindro cuja superfície lateral é aberta em um dos lados e que gira em torno do eixo da altura. O lado fechado fica voltado para a rua. Uma campainha exterior é colocada nas proximidades. Se uma mulher deseja expor um recém-nascido, ela avisa a pessoa de plantão acionando a campainha. Imediatamente, o cilindro, girando em torno de si mesmo, apresenta para fora o seu lado aberto, recebe o recém-nascido e, continuando o movimento, leva-o para o interior do hospício¹⁶. Dessa forma o doador não é visto por nenhum servente da casa. E esse é o objetivo: romper, sem alarde e sem escândalo, o vínculo de origem desses produtos de alianças não desejáveis, depurar as relações sociais das progenituras não conformes à lei familiar, às suas ambições, à sua reputação. (DONZELOT, 1986, p. 30).

Parece-me que as Rodas vêm a complementar as formas de exclusão de filhos indesejados. Tais crianças recebiam a denominação de *enjeitados* ou *expostos*, e eram abrigados em instituições de cunho caritativo, mesmo que muitos viessem a morrer ainda nestes espaços. A alta taxa de mortalidade era relacionada,

¹⁵ Alguns estudos, a saber, são interessantes no que se refere à invenção deste dispositivo de controle e seu funcionamento entre eles Marcílio (1997), Donzelot (1986), Orlandi (1985), Corazza (2004) e Eschiletti (2005).

¹⁶ Como já citado, os hospitais também recebiam o nome de hospícios. Somente no século XIX é que a nomenclatura “hospício” designará os espaços de contenção dos loucos. (WADI, 2002).

pelos médicos higienistas, ao *aleitamento mercenário*: as crianças eram entregues – não somente nas Casas da Roda, mas nas próprias famílias, para serem amamentadas por “amas-de-leite escravas, sujas e ignorantes” (ORLANDI, 1985, p. 66).

Como estas crianças eram entregues, no Brasil, de forma anônima, sem contato do doador ao pessoal que às acolheria, era prática se dar nome às crianças e batizá-las assim que chegassem, a fim de que fossem purificadas antes de sua possível (e provável) morte: “deixava-se morrer o corpo de alma salva, para que a criança obtivesse a condição de anjo do Senhor” (RIFFEL, 2002, p. 50):

Os dispositivos da Roda e do Batismo, conjugados, configuravam o ingresso da criança em uma nova vida de salvação e, no mesmo momento, decretavam a morte de uma identidade. Através da Roda, as crianças expostas entravam em outro espaço, não mais desordenado e sujeito aos “fados”, como o da exposição indiscriminada, mas em um espaço cujo esquema suscitava um policiamento tático, não tão rígido quanto o da educação escolar que a substituiria junto ao corpo infantil, mas que efetivava seu disciplinamento. A criação de tal dispositivo e a institucionalização de seus mecanismos incitaram o recolhimento das crianças, o impedimento de identificar os genitores, e uma especificação da prática de expor em relação às diversas formas de infanticídio. (CORAZZA, 2004, p. 92).

A necessidade de batizar as crianças muito cedo, dentre outras coisas, tem como interesse primeiro salvar sua alma, como vimos acima. Por outro lado, se garantiria também que a alma infantil não escapasse de um processo educativo, como afirma Marín-Díaz (2009), pois cuidando dessa alma se pode

[...] observar as tendências naturais para produzir uma ordenação tal que se garanta o desenvolvimento do processo educativo e se leve ao indivíduo a formação do caráter moral, assunto do nível da sua alma. (MARÍN-DÍAZ, 2009, p.165).

Na Casa da Roda, as crianças recebiam a educação básica. As meninas brancas aprendiam as primeiras letras e as tarefas domésticas para auxiliarem no cuidado dos menores e depois serem encaminhadas ao casamento, e os meninos, após os oito anos, eram matriculados no arsenal de guerra para aprenderem um ofício.

No Brasil foram criadas treze Rodas de Expostos, nas Santas Casas de Misericórdia. No Rio Grande do Sul foram três: em Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande, porém somente a de Porto Alegre funcionou até o século XX¹⁷.

Segundo Marcílio (1997), a manutenção financeira dos enjeitados era feita pelas próprias Santas Casas, ou por homens proprietários que, preocupados com a salvação de suas almas, faziam doações para a instituição. A partir do Iluminismo, da medicina higienista e das novas formas de filantropia e liberalismo, a manutenção dos expostos neste tipo de assistência para os desvalidos sofreu drásticas reduções de recursos, e mesmo a manutenção por doações não foi mais suficiente, então a responsabilidade de custeio passou às irmãs de caridade. É ao final do século XIX que estas Rodas começaram, aos poucos, a ser abolidas na Europa¹⁸, pois eram consideradas imorais e contra os interesses do Estado. No Brasil,

[...] igualmente iniciou-se movimento para sua extinção. Ele partiu inicialmente dos médicos higienistas, horrorizados com os altíssimos níveis de mortalidade reinantes dentro das casas de expostos. Vidas úteis estavam sendo perdidas para o Estado. (MARCÍLIO, 1997, p. 67).

A partir desta preocupação higienista com a população infantil apareceram, no século XIX, os primeiros movimentos políticos de proteção à infância, e a família foi alvo central desta ordem médica. O sentimento de família e a função desta enquanto formadora de filhos não para si, mas para o Estado – criança cidadã – se solidificou, e parecem ter surgido, neste momento, os grandes traços do amor materno, ou ainda da *mãe higienista, amante dos filhos e aliada dos médicos* (COSTA, 1999; DONZELOT, 1986). Esta lição de amor dada pela mãe aos seus filhos, e seu papel na boa educação e formação integral destes aparece também no clássico livro *Emílio ou da educação*, de Rousseau (1973):

¹⁷ A roda dos expostos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre funcionou até o ano de 1940. Ainda hoje, conforme a matéria *A construção de uma família*, publicada na revista “Santa Casa Notícias” (Ano 22, n.113, jul./set. 2007), pessoas perguntam onde fica o berçário dos enjeitados, na busca por adoção dos mesmos.

¹⁸ Atualmente, há em alguns países, como Itália, Alemanha e Suíça, um movimento de retorno das Rodas de Expostos, que busca acolher os recém-nascidos filhos de imigrantes, provindos principalmente leste europeu. A saber, a Revista Veja publicou, no ano de 2007, uma matéria sobre as novas “Rodas dos Expostos” na Europa. Disponível em: http://veja.abril.com.br/070307/p_073.shtml Acesso em 04/05/2009.

A educação primeira é a que mais importa, essa primeira educação cabe incontestavelmente às mulheres¹⁹: se o Autor da natureza tivesse querido que pertencesse aos homens, ter-lhes-ia dado leite para alimentarem as crianças. Falai, portanto às mulheres, de preferência, em vossos tratados de educação [...]. Suas condições são mais seguras que as dos pais, seus deveres mais penosos, seus cuidados têm mais importância para a boa ordem da família; geralmente elas se apegam mais as crianças. (ROUSSEAU, 1973, p. 9).

Nesta ordem familiar, em especial dirigida à conduta da mulher-mãe como *educadora natural*, se deu a circulação de saberes sobre a higiene e a educação das crianças (GONDRA; GARCIA, 2004). Surgiu, então, uma prática de cuidados que só foi possível com o advento da medicina social e sua preocupação com os seres frágeis infantis: a *puericultura* (ORLANDI, 1985). Esta *estratégia* ou *ciência*²⁰ se ocupa com os cuidados com o ser humano em desenvolvimento, em especial com a criança pequena.

Para Orlandi (1985) a invenção da puericultura se dá por volta de 1865, pelo médico francês Caron, com a obra *La puériculture ou la science délever hygieniquement*. Já Bonilha & Rivorêdo (2005) apontam um tratado que não teria muita repercussão já no ano de 1762, do suíço Jacques Ballexserd.

Conforme definição do Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (FERREIRA, 1993), a puericultura é a “arte de assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, da gestação à puberdade”. É com este objetivo que surgiram, no século XIX, os primeiros manuais de puericultura, inicialmente na Europa, e em seguida no Brasil²¹.

É a partir do modelo francês que, em 1889, a puericultura chegou ao Brasil pelo médico higienista Arthur Moncorvo Filho, ao fundar o Instituto de Proteção e

¹⁹ Sobre este sentimento de maternagem, Barbosa (2005) nos apresenta um estudo sobre as representações da infância no Brasil através de sons, textos e imagens. Estas imagens são grandes telas que retratavam a infância desde o século XIX, e nestas evidencia-se a relação corporal mulher-criança, seja pela mãe, avó ou mucama. A figura masculina não é contemplada, e quando aparece é em grupos e em relações de trabalho, nunca em relação de afeto ou cuidado. Em breve busca na Internet, verifica-se que as imagens que sugerem algum contato físico, ou uma proximidade considerável entre o homem e a criança, na sua maioria representam homens cuidadores qualificados, ou seja, médicos ou curandeiros, como nas telas “O médico e a boneca” (Norman Rockwell, 1929), “Difteria” (Francisco Goya, 1812) e “The Doctor” (Samuel Luke Fildes, 1891).

²⁰ Bonilha & Rivorêdo pontuam no texto “Puericultura: duas concepções distintas” (2005), dois diferentes discursos que definem a puericultura: como ciência e como arte ou estratégia articulada a contextos políticos, econômicos e culturais. Limitar-me-ei, porém, a pensá-la como estratégia biopolítica nessa técnica de poder sobre a vida, aos olhos do aporte teórico escolhido.

²¹ Estes manuais, destinados geralmente às mães, circulam até hoje em nossa sociedade. Livros que ensinam formas de cuidado com o bebê, como o clássico “A vida do bebê”, do pediatra Rinaldo De Lamare, já foi reeditado mais de 40 vezes no Brasil, e outros tantos que ensinam modos de criar meninas e meninos, por exemplo.

Assistência à Infância do Rio de Janeiro. O Instituto surgiu como uma atividade focada essencialmente na saúde pública, e mais tarde firmou-se como uma complementação da pediatria personalizada.

As contribuições de Moncorvo Filho para as políticas de atendimento à infância no Brasil foram essenciais. Na década de 1880, quando a prática de cuidado com a criança ainda dava seus primeiros passos, Moncorvo Filho publicou mais de 400 obras em defesa da infância e da responsabilização do Estado, que lhe valeram reconhecimento internacional.

Wadsworth (1999) investiga os modelos ideológicos e institucionais propostos pelo médico higienista, e que se espalharam por todo o Brasil. As organizações idealizadas por Moncorvo Filho deveriam

[...] inspecionar e regular as amas de leite, estudar as condições de vida das crianças pobres, providenciar proteção contra o abuso e a negligência para com menores, inspecionar as escolas, fiscalizar o trabalho feminino e de menores nas indústrias. Seus outros objetivos eram: campanha de vacinação, disseminação de conhecimentos sobre doenças infantis, como a tuberculose; criação de institutos orientados para a assistência das crianças, fundação de um hospital para menores carentes, manutenção do Dispensário Moncorvo²² e a criação de outras instituições semelhantes, além do estabelecimento de cooperação com os governos federal, estadual e municipal, visando à proteção dos jovens e apoio a todo tipo de iniciativa que pudesse maximizar a proteção à infância. (WADSWORTH, 1999, p. 3).

O novo modelo de assistência inaugurada por Moncorvo Filho no Brasil foi fundamental para uma série de medidas políticas que vieram consolidar as leis de proteção à infância no país. Em 1927, o governo brasileiro criou o primeiro *Código de Menores*, pelo Juiz de Menores Mello Mattos. As preocupações que suscitaram este código foram fundamentadas nos discursos de higiene de Moncorvo Filho, que fez uso de “cálculos de custo econômico dos problemas sociais como estratégia para tentar despertar a consciência da necessidade de reformas” (WADSWORTH, 1999, p. 6).

²²

“O Dispensário Moncorvo, afiliado ao Instituto, oferecia vários tipos de serviços, de ginecologia à cirurgia dentária, incluindo distribuição de leite, creches, consultas para lactantes, aulas sobre a saúde, assistência para os recém-nascidos, vacinação, terapia de massagem, eletroterapia, banhos medicinais, tratamento de doenças infantis dos olhos, nariz, garganta e dente, além do dispensário infantil e pré-natal”. (WADSWORTH, 1999, p. 3).

O autor cita ainda duas falas importantes de Mello Mattos, a partir de um estudo desenvolvido em 1929 por Alvarenga Netto²³:

O menor é para o Estado um valor econômico e um valor social; contribui para o desenvolvimento do povoamento, do solo e para a manutenção da integridade e da independência da Pátria; por isso, além de outras razões, a vida dos menores é preciosa à nação. [...] A criação e a educação do menor interessam no mais alto grau a ordem pública, da qual o Estado é o guarda. Por isso, ele deve intervir com a sua proteção aos menores nas ruas e nas oficinas, na exploração, pelos pais e pelos patrões, na fiscalização dos divertimentos comercializados, no uso de tóxicos, na disseminação dos vícios etc. (ALVARENGA NETTO, 1929 *apud* WADSWORTH, 1999, p. 6).

A relação entre o direito e medicina, então, se solidifica, estabelecendo “conexões entre infância, nação e a ideologia do Estado sobre a assistência” (WADSWORTH, 1999, p. 6). A ordem da higienização do corpo passou a ser incorporada às instituições de proteção e cuidado à infância: família, medicina, direito e educação.

Nessa nova técnica do biopoder, do poder sobre a vida, os discursos de higienização assumiram um papel fundamental nas famílias, na vida pública, nos hospitais, e também nas escolas. Os corpos saudáveis passaram a ser controlados e vigiados por uma polícia médica²⁴ que instituíram formas de cuidar do corpo, da alma, do meio, enfim, da vida da população, por uma necessidade de fortalecimento da força de trabalho e, conseqüentemente, da estrutura de Estado na nova economia que se estabelecia.

Gondra (2002), ao analisar as representações da infância produzidas e veiculadas na formação médica no Brasil oitocentista, nos fala desta *ciência da higiene social*:

²³ Wadsworth anuncia, nas notas de texto, não ter encontrado outra fonte sobre esses comentários de Mello Mattos. Segundo ele, “Netto não oferece qualquer referência além de uma nota esclarecendo que a declaração foi feita no Rio de Janeiro no dia 30 de março de 1929 pelo juiz da corte de apelação, Mello Mattos”. Estas citações que Wadsworth apresenta estão em ALVARENGA NETTO. *Código de Menores: Doutrina, legislação e jurisprudência*. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1929, p. 109.

²⁴ Sobre a polícia médica e o desafio político da saúde, Machado (1978) nos apresenta uma série de instrumentos de análise dessa estratégia de saber. O livro por ele organizado, intitulado “Danação da norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria Social no Brasil”, é considerado uma das maiores obras sobre o saber médico social, a normatização dos corpos e condutas, e, conseqüentemente, as práticas e invenções psiquiátricas no país.

A radicalidade expressa nesta posição [da ordem médica] convive com uma perspectiva colonizadora desse saber, em cuja órbita foram instalados temas tais como o quartel, hospital, clima, topografia, águas, ar, bordel, cidade e escola. Ou seja, tratava-se de uma racionalidade que também deveria se ocupar da infância, colocando-a no âmbito do extenso projeto de modelação higiênica dos sujeitos e do social. No que se refere à infância, tratava-se de prescrever procedimentos, cujo início se daria no controle das condutas anteriores dos pais, estendendo-se até a “idade dos colégios”, demarcando fronteiras e instituindo empréstimos entre o espaço da casa e o da escola. (GONDRA, 2002, p. 290).

Como já referido, a polícia médica e seus discursos de higienização se apoiaram, então, primeiramente sobre a família nuclear, responsabilizando-a pelo cuidado com as crianças pequenas. Quando a criança se torna o sujeito-aluno das instituições escolares, a estas será atribuído o mesmo caráter normalizador dirigido às famílias. A polícia médica é recrutada para agir na escola, e para tal deveria não só cuidar da higiene física do aluno, mas, também de sua preservação moral. O médico escolar deveria cuidar muito especialmente da alma dos indivíduos visto que, para do Ó (2003, p. 443), “um corpo pode ser robusto e são e abrigar uma alma fraca, viciosa ou doente”, e cabia ao médico escolar descobrir esses “estados doentios [e] ensinar os meios físicos e morais apropriados para os combater”.

A pedagogia, desde a Grécia Antiga – *paidós* (criança) e *agogé* (condução) – tem sido vista como responsável pela condução e educação²⁵ das crianças em idade escolar, e agora é amalgamada às novas políticas de escola para todos, como vimos na seção sobre a educação das crianças.

Pensando nessa condução dos seres infantis em todas suas instâncias (física, moral e intelectual), os saberes médicos entraram na escola

[...] não em detrimento da saúde coletiva, mas com ênfase nos procedimentos que cada indivíduo deveria operar sobre si mesmo, desde si, para manter-se sadio e asseado e no refinamento da atenção médica a ser dirigida a cada indivíduo em particular. (STEPHANOU, 1999, p. 156).

A escola como invenção moderna, passou a ser responsável pela formação de crianças e jovens, “futuros cidadãos, produzindo práticas individuais e coletivas” intimamente relacionadas com a preocupação da constituição de sujeitos preocupados com sua saúde e higiene (STEPHANOU, 2005, p. 150).

²⁵

Estas duas funções estão intimamente relacionadas. Segundo Stephanou (2005), o termo educar tem origem latina, e provém de *dux*, *ducis* que “significa guia, chefe, de onde *ducere* designa conduzir, comandar e os compostos, *educere* – ‘conduzir para fora de’, *educare* – ‘criar homens ou animais, formar, instruir’.” (STEPHANOU, 2005, p. 145).

A ação destes e outros saberes que atravessam a escola vão influenciar diretamente a subjetividade infantil, como promessa de uma infância feliz, através dos discursos tidos como verdadeiros na disciplina médica.

[...] uma disciplina não é a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa; não é nem mesmo o conjunto de tudo que pode ser aceito, a propósito de um mesmo dado, em virtude de um princípio de coerência ou sistematicidade. [as disciplinas] são feitas tanto de erros como de verdades, erros que não são resíduos ou corpos estranhos, mas que têm funções positivas, uma eficácia histórica, um papel muitas vezes indissociável daquele das verdades. (FOUCAULT, 2006d, p. 31).

Essa “vontade de verdade” sobre os corpos infantis na disciplina médica, passou a funcionar nas escolas e nos próprios ditos da puericultura, como importantes estratégias subjetivantes do ser infantil.

A puericultura deve cuidar de ensinar às crianças os caprichos nos hábitos de comer, vestir-se, dormir, não deixar engordar as meninas etc. (deMause, 1982). A puericultura funciona como uma “arte” complementar à nova especialidade médica que se institucionaliza: a *pediatria*. Enquanto a puericultura age num aspecto preventivo e instrutivo, a pediatria emerge como uma especialidade médica dedicada à assistência à criança e ao adolescente, da prevenção (puericultura) à terapêutica das mais diferentes patologias específicas da infância ou não. Contudo deMause (1982) frisou que os romanos, muito especialmente nas regiões orientais do Império, fizeram registros consideráveis sobre o corpo das crianças. Galeno, por exemplo, tratou “sobre a primeira infância, a nutrição e a disciplina” (deMAUSE, 1982, p. 99, tradução nossa).

Com esta nova especialidade de cuidado à criança, criaram-se nos hospitais alas específicas para o atendimento e internação das crianças, separadas dos adultos. A necessidade de adaptação de técnicas e instrumentos ao corpo diferenciado das crianças, fez emergir a invenção de artefatos específicos para o atendimento infantil²⁶: instrumentos, mobiliário etc.

A criança passou a ter um espaço próprio nos hospitais gerais quando necessária sua internação. O setor, que recebeu a mesma denominação da

²⁶

Na Sociedade Brasileira de Pediatria, fundada em 1910 no Rio de Janeiro, encontra-se o *Memorial da Pediatria Brasileira*, onde estão expostos importantes documentos e artefatos da história da pediatria. É possível visualizarmos um pouco desta história no link http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=83&id_detalhe=1844&tipo_detalhe=s Acesso em 29/03/2009.

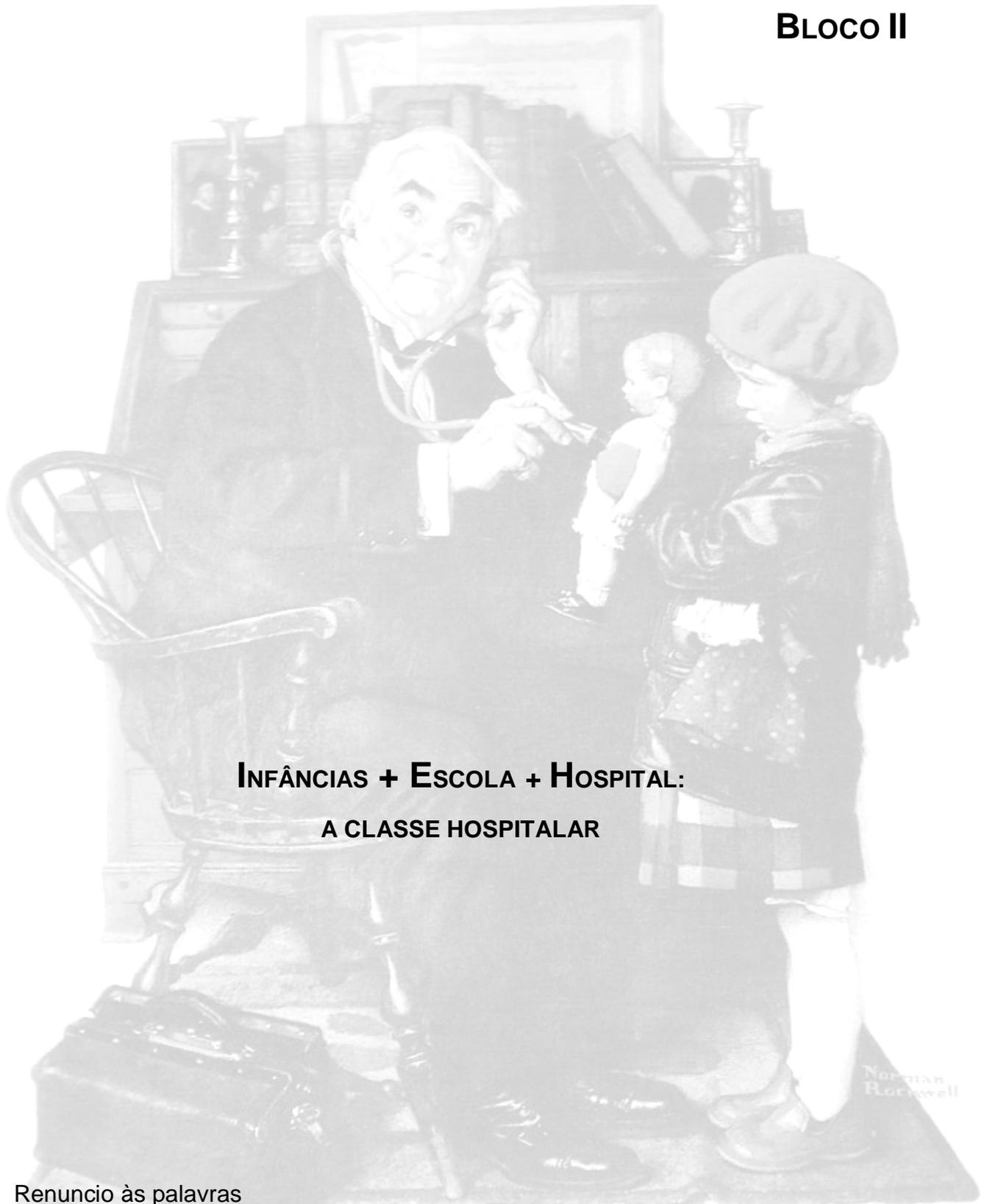
especialidade que o sustenta, fez ainda, no decorrer do século XX, a criação de hospitais específicos para este público: os hospitais infantis ou pediátricos²⁷.

É no interior das instituições hospitalares, pediátricas ou gerais, que se dará o encontro das tramas históricas aqui apresentadas – do hospital, da escola e da infância, materializada em políticas de educação escolar para as crianças hospitalizadas. É a partir da visibilidade dada a esta categoria muito precisa da infância, a infância hospitalizada como população a ser governada, que se materializa uma proposta educacional muito específica: a Classe ou Classe Hospitalar.

Portanto, buscar a historicidade do espaço hospitalar de cuidado para com as crianças me permitiu entender como funcionam e os efeitos destas políticas do fazer viver os infantis, e o quanto foi necessário cada vez mais se produzir não só um espaço, mas saberes específicos (pediatria, puericultura) que garantissem a vida da criança. São estes saberes, procedimentos e medicalização que fortaleceram o movimento das Classes Hospitalares. É o que tratarei a seguir.

27

A história dos hospitais pediátricos no Brasil ainda precisa ser contada. Não foram localizados registros organizados que elencassem as instituições e dados sobre as inaugurações, tão pouco o número de hospitais específicos para crianças no país. No Rio Grande do Sul existem apenas dois hospitais pediátricos, ambos localizados na capital Porto Alegre: o Hospital da Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição; e o Hospital da Criança Santo Antônio, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. O Hospital da Criança Conceição, conforme rasos dados do *site* da instituição, foi inaugurado no ano de 1969. O Hospital da Criança Santo Antônio foi inaugurado em 1953, sendo reinaugurado no ano de 2002 em novo prédio e endereço, através de uma grande campanha de arrecadação de fundos que mobilizou empresários e civis do Estado, assumindo a condição de mais moderno e bem equipado centro pediátrico brasileiro. (FRANCO; STIGGER, 2003).



**INFÂNCIAS + ESCOLA + HOSPITAL:
A CLASSE HOSPITALAR**

Renuncio às palavras
e as explicações.
Ando pelos contornos,
onde todos os significados
são sutis, são mortais.

Lia Luft (2005a, p. 37).

5 ENTRE PUNÇÕES, REMÉDIOS E SILÊNCIOS: A ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

[...] aqui e ali até conseguimos saltar degraus de dois em dois, como quando éramos crianças e muito mais livres, mais ousados e mais interessantes. (LUFT, 2005b, p. 142).

É na trama de verdades instituídas sobre a educação das crianças que, a partir da década de 1990, ganhou forças no Brasil um movimento de escolarização das crianças que, em função da hospitalização, estão impedidas de frequentar a escola. Esta prática escolar e/ou pedagógica é denominada *Classe Hospitalar*.

Embora a prática nos pareça recente, Vasconcelos (s/d) aponta uma possível emergência de educação das crianças hospitalizadas na década de 1930, na Europa:

A classe hospitalar tem seu início em 1935, quando Henri Sellier inaugura a primeira escola para crianças inadaptadas, nos arredores de Paris. Seu exemplo foi seguido na Alemanha, em toda a França, na Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas. Pode-se considerar como marco decisório das escolas em hospital a Segunda Guerra Mundial. O grande número de crianças e adolescentes atingidos, mutilados e impossibilitados de ir à escola, fez criar um engajamento sobretudo dos médicos, que hoje são defensores da escola em seu serviço²⁸. (VASCONCELOS, s/d, p. 2).

A primeira Classe Hospitalar do Brasil entrou em funcionamento no ano de 1950, no Hospital Municipal Jesus, hospital público infantil do município do Rio de Janeiro, funcionando até hoje.

Sobre as Classes, ou ainda outras modalidades de atendimento pedagógico nos hospitais, Fonseca (1999; BRASIL, 1999), elaborou um dossiê que mapeava a realidade destas no país, com dados construídos a partir de pesquisa de âmbito nacional. Até 1997, conforme a autora, apenas 30 hospitais do país ofereciam atendimento educacional às crianças e adolescentes internados, totalizando cerca

²⁸

“Em 1939 é criado o C.N.E.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes, tendo como objetivo formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais. Em 1939 é criado o Cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério da Educação da França. O C.N.E.F.E.I. tem como missão até hoje mostrar que a escola não é um espaço fechado. O centro promove estágios em regime de internato [residência] dirigido a professores e diretores de escolas; a médicos de saúde escolar e a assistentes sociais. [...] A Formação de Professores para atendimento escolar hospitalar tem a duração de dois anos. [...] hoje todos os hospitais públicos na França têm em seu quadro 4 professores: dois de ensino fundamental e dois de ensino médio.” (VASCONCELOS, s/d, p. 2).

de 1500 atendimentos por mês. O grupo prioritário deste atendimento era o de alfabetização e 1ª à 4ª série (66%), seguido da educação infantil (18%) e da educação básica e nível médio (16%).

De acordo com os dados do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 65956 crianças receberam atendimento escolar em sala específica ou próprio leito hospitalar no ano de 2007, em 850 hospitais que oferecem o serviço, num total de 8000 hospitais no país.

Fonseca, através das pesquisas realizadas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, abriu campo de discussões que mais tarde, como veremos na seção sobre os direitos das crianças e dos adolescentes hospitalizados, vão funcionar como dispositivos legais da organização da prática escolar no hospital. A pesquisadora coordena ainda um *site* sobre Classes Hospitalares²⁹, onde são postadas informações e textos sobre a temática.

Ceccim (1999) acena para uma Classe Hospitalar que deve sustentar-se como “atendimento pedagógico-educacional, [apoiado] em propostas educativo-escolares, e não em propostas de educação lúdica, educação recreativa ou de ensino para a saúde” (CECCIM, 1999, p. 43). Para o autor, é da educação formal escolarizada (e por que não dizer rotinizada, pedagogizada) que deve tratar a Classe Hospitalar.

[A Classe Hospitalar] visará à continuidade do ensino de conteúdos da escola de origem da criança e/ou o trabalho educativo com conteúdos programáticos próprios a cada faixa etária das crianças hospitalizadas, levando-as a sanarem dificuldades de aprendizagem e/ou à oportunidade da aquisição de novos conteúdos intelectivos. (CECCIM, 1999, p. 43).

Porém, nas palavras do autor:

Esse embasamento em uma proposta educativo-escolar não torna a classe hospitalar uma escola formal, mas implica que possua uma regularidade e uma responsabilidade com as aprendizagens formais da criança, um atendimento obrigatoriamente inclusivo dos pais e das escolas de origem de cada criança, a formulação de um diagnóstico para o atendimento e a formulação de um prognóstico à alta, com recomendações para a casa e a escola ao final de cada internação. (CECCIM, 1999, p. 43).

O atendimento escolar no hospital se caracteriza, nos estudos de Ceccim e Carvalho (1997), como um “atendimento integral de *escuta* à vida”.

O termo *escuta* provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a *escuta* se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. [...] A *escuta* não se limita ao campo da fala ou do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram 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 sua interpretação. Uma *escuta em saúde* é mais genérica, mas também mais 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 ao tratamento [...]. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 31).

É sob o aporte teórico escolhido para esta Dissertação que penso nesta *escuta* como uma técnica de si, como uma tecnologia da subjetividade sobre os infantis em situação de hospitalização, como tática de governo das crianças, no que Foucault chama de governamentalidade.

Foucault (2007) utiliza o termo governamentalidade para denominar o conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas, que permitem o exercício dessa forma de poder muito particular, embora complexa, que tem como seu alvo essencial e específico a população. A governamentalidade diz respeito, também, ao modo como o poder se exerce sobre o eu, como conduz o si mesmo.

É pensando no governo de si que Riffel (2005) nos fala desta *escuta* como uma prática de confissão, o sujeito como um ser confesso, sob os discursos agora do “humano”. Ao se narrar, o ser confesso, ou *escutado*, subjetiva-se, produz-se de uma determinada maneira, governa-se ao mesmo tempo em que é governado.

O falar de si, o ser *escutado*, aparece nos escritos de Ceccim & Carvalho (1997) aqui analisados como contribuição para que a criança expresse e entenda melhor o processo da doença e da hospitalização, e, desta forma aceite melhor os procedimentos, o que facilita o tratamento e (talvez) diminua o tempo o tempo de internação. Como os autores ratificam, esta é a *escuta pedagógica como escuta à vida das crianças*, silenciadas na hospitalização. Esta *escuta* parece ser uma tecnologia da subjetividade, pois, nos ditos de Rose (1999):

As tecnologias da subjetividade existem, pois, numa espécie de relação simbiótica com aquilo que poderíamos chamar de “técnicas do eu”: as formas pelas quais nós somos capacitados através das linguagens, dos critérios e técnicas que nos são oferecidos, para agir sobre nossos corpos, almas, pensamentos e conduta a fim de obter felicidade, sabedoria, riqueza e realização. (ROSE, 1999, p. 43).

Aparecerá ainda como técnica de governo de si, a psicopedagogia no hospital, onde:

O fazer psicopedagógico dentro do ambiente hospitalar tem como temática o corpo, o corpo que aprende sobre si, sobre o que está ao seu redor e sobre o seu mundo, a função do psicopedagogo é reconhecer e atender às alterações da aprendizagem sistemática e/ou assistemática. (MEDINA, 2001, p. 43).

Pensando sobre o tipo de sujeitos infantis que são produzidos no interior dessas práticas, faço uma breve categorização das crianças hospitalizadas, para representar o quão deslizantes são estas práticas, e o quão discutíveis são os “saberes escolares” ensinados no hospital: *aquelas que internam por um curto espaço de tempo*, em função de traumas e viroses; *aquelas que internam por longos períodos*, e mantêm uma rotina de altas e baixas hospitalares, geralmente em função de tratamentos quimioterápicos; e *aquelas residentes na instituição hospitalar*.

A partir destas categorias de crianças que passam pelas enfermarias pediátricas, pergunto sobre a necessidade de um atendimento escolar que ensine conteúdos da escola regular, com planejamento e avaliação das atividades, para crianças que não tem condições biológicas de viver fora do hospital³⁰. E para as crianças que tiveram que se afastar da escola para o tratamento? A escola terá o papel formador? Ou funcionará como um auxiliar terapêutico, tornando o espaço mais “humano”?

É sobre essa “humanização” que tratarei agora.

5.1 A CLASSE HOSPITALAR COMO POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO

Pensar pede audácia, pois refletir é transgredir a ordem do superficial que nos pressiona tanto. (LUFT, 2005b, p. 22).

³⁰

Não há uma estatística sobre o número de crianças que, em função da doença, moram no hospital, por necessitarem de acompanhamento e artefatos médicos para a manutenção de suas vidas.

Pensar que pede audácia é pensar diferente, é pensar para a curiosidade, e desconstruir conceitos. Para Foucault:

É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. (FOUCAULT, 1998, p. 13).

Daí ser curiosa com o termo humanização que é geralmente utilizado para designar um modelo de assistência “que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais” (DESLANDES, 2004, p. 8). A humanização “implica ainda a valorização do profissional e do diálogo entre as equipes” (DESLANDES, 2004, p. 8).

Conforme um dos documentos oficiais sobre a humanização do SUS³¹ - o *HumanizaSUS*, a humanização funciona como uma “política transversal”, e “supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004, p. 7). Assim,

[...] a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. [...] Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca [...]. (BRASIL, 2004, p. 8).

A partir desta concepção, com a entrada de outros profissionais na instituição hospitalar e na circulação nestes espaços de outros saberes que não os médicos, poderia se pensar na produtividade destes discursos no que se refere à entrada de um sujeito ativo hospitalizado. Este *ativo* é no sentido de que seus saberes, seus anseios, sua vida anterior à entrada no hospital poderia assim ser considerada pelos médicos, desnaturalizando o conceito da objetividade médico-científica, o de fazer curar um conjunto de peças anatomoclínicas do corpo-máquina.

³¹ O SUS – Sistema Único de Saúde – foi instituído no Brasil, em 1990, pela Lei Federal Nº 8080, a partir dos movimentos da Constituição Federal de 1988, onde a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado. O SUS garante o acesso público e universal à saúde à população.

O médico, tal qual outros cientistas da natureza que lidam com objetos complexos, viu-se obrigado a ampliar seu universo de leitura e decodificação, a introduzir elementos antes considerados extra-sistêmicos em sua anamnese, a alargar seu alerta perceptivo e enxergar com isto um outro paciente, que tem um primeiro corpo-suporte, sobre o qual projeta e amalgama as distrofias de seu outro corpo, o corpo matéria, informacional, cultural, social, histórico, um corpo semiótico, feito de sinais e símbolos, de histórias e lendas, de imaginação e fantasia, de sonhos e brincadeiras, de jogos e papéis sociais, de personagens imaginárias, de mitos e crenças, do vivido e do desejado, dos saberes e dos sabores, dos seus temores e ansiedades, enfim, um corpo feito também de suas paixões. (BAITELLO JR., 1997, p. 115).

Sobre esse corpo feito também de paixões, desse *outro paciente*, Riffel (2002; 2005) estuda a “humanização” como uma *política da vida*, a partir dos documentos referentes ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento, organizado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Esta *política da vida* das gestantes e bebês, segundo a autora, estaria intimamente articulada com a nova tecnologia de poder sobre a população: o biopoder, ou melhor, o poder sobre a vida, como tratei anteriormente ao me referir às políticas sanitárias para o *fazer viver*.

Embora em sua pesquisa Riffel tenha se debruçado sobre as políticas de parto humanizado, penso que seu olhar sobre estes discursos funciona como um desestabilizador para as questões da Classe Hospitalar que me propus a estudar. Penso nos ditos que qualificam as Classes e brinquedotecas hospitalares, talvez, como afirmação da própria vida da criança.

Riffel (2005) entende que a humanização

[...] traz consigo as lutas em torno das ‘verdades’ relacionadas às suas práticas. A escolha do termo ‘humanização’ para designar uma política de governo tem a forma de uma história construída desde a Grécia Antiga³² em torno do ser humano (do bom, do belo, do verdadeiro). (RIFFEL, 2005, p. 34).

É em torno do ser humano, em torno da vida que emergem os discursos de humanização a que Riffel (2005) faz referência, entendendo que a vida,

³²

Riffel apresenta uma história dos discursos de humanização e da noção de humanismo proposta pelas ciências humanas, e sua articulação e movimentação nas políticas da vida na área da saúde e educação. Estes escritos estão presentes tanto em seu projeto como em sua tese de doutorado, intitulados “A humanização do parto como política da vida” (RIFFEL, 2002, p. 20) e “A ordem da humanização do parto na educação da vida” (RIFFEL, 2005, p. 47), respectivamente.

[...] entra na história como um acontecimento que surgiu no mundo ocidental, a partir do século XVIII, ligado a emergência do capitalismo e [é] regulada por preceitos e modos de intervenção governamental que constituem a gramática [da humanização] que capturou a própria vida. (RIFFEL, 2005, p. 35).

Nessa regulação sobre a vida da criança, talvez possível a partir do momento da invenção da própria infância moderna, a educação das crianças no hospital parece funcionar como um tipo de captura destas que mostram estar duplamente fugidias ou silenciadas: por serem crianças, e ainda, doentes. Este fisgar é justificado pelos ditos do “humano” que agora ecoam pelas instituições escolares e hospitalares, articulando-se em práticas que parecem inovadoras na arte da cura que valoriza a saúde integral.

Ao tratar de obras sobre as brinquedotecas e as Classes Hospitalares como movimentos humanizadores, três escritos parecem-me de grande valia para a discussão. Os dois primeiros, um de Laranjeira e outro de Viegas, estão na primeira publicação brasileira específica sobre as brinquedotecas hospitalares: *Brinquedoteca hospitalar: Isto sim é humanização* (VIEGAS, 2007). O terceiro estudo é, da mesma maneira, uma publicação pioneira no país, desta vez sobre a pedagogia no hospital. O livro intitulado *Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde* (MATOS; FUGIATTI, 2006), acena breves recortes sobre a história da medicina e a possibilidade da atuação do pedagogo neste espaço, da formação à atuação do profissional, dentro das políticas de *multi/inter/transdisciplinaridade*.

Laranjeira (In: VIEGAS, 2007, p. 45), em sua assertiva sobre uma *desumanização hospitalar* do atendimento dos profissionais da saúde, faz uma crítica ao corpo médico. Afirmar estar fundamentado na formação destes o modelo biomédico instituído no século XVII, o modelo cartesiano, onde corpo e mente deveriam ser separados. Segundo a médica pediatra, uma humanização da medicina

[...] baseia-se no médico ideal, [...] aquele que é capaz de aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e, ao mesmo tempo, colocar-se na posição do paciente e de seus familiares, buscando entender e trabalhar suas angústias e necessidades. (LARANJEIRA In: VIEGAS, 2007, p. 46).

A autora afirma ainda que não é possível desvincular o emocional e os aspectos como a religiosidade e a recuperação da saúde orgânica do paciente, sem

que se acene para algumas funções do médico no atendimento à criança e à família durante a internação hospitalar.

Entendo que esta é uma forma de se buscar capturar o paciente como um todo a ser governado, ou melhor, controlar suas emoções, seu corpo, sua alma, sua saúde, sua vida, para que o doente entre “de forma direta no discurso político (de saúde) e na prática de governo” (ROSE, 1999, p. 31).

Entre posturas de atenção, conforto e respeito ao paciente infantil, Laranjeira (In: VIEGAS, 2007, p. 46) trata da alegria, do sorriso “como um instrumento de cura dos doentes”. Esta questão remete-me a dois movimentos que ganharam visibilidade midiática no Brasil e no mundo, e parecem ter dado novos olhos “mais humanos” ao atendimento às crianças e adultos em situação de hospitalização.

O primeiro movimento é o de uma *terapia do amor*, fundada pelo médico norte-americano Patch Adams, e divulgada mundialmente pelo filme “Patch Adams: O amor é contagioso” (1998). Neste movimento, onde a atenção e o amor fazem-se cuidados terapêuticos, médicos e profissionais de todo o mundo passaram a seguir a filosofia do médico Patch, que se veste de maneira lúdica para atender seus pacientes³³.

O outro movimento que se pode citar é o grupo “Doutores da Alegria”, que atua no Brasil desde meados da década de 1990, em um modelo trazido dos Estados Unidos: a entrada de palhaços em hospitais³⁴. Embora o trabalho por eles desenvolvido se estenda apenas a São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, a terapia do riso desenvolvida pelos palhaços ganhou grande repercussão, e grupos de contadores de piadas e histórias passaram então a procurar principalmente as unidades pediátricas de todo o país para esta atividade³⁵.

³³ Embora o filme produzido pela Universal fale de uma cura pelo riso, Patch fez uma advertência em sua última visita ao Brasil, no programa Roda Viva exibido em 05/11/2007 pela TV Cultura: o médico afirmou que seu trabalho diferencia-se dos Doutores da Alegria, por exemplo. Enquanto Patch e seus “seguidores” são médicos que se figuram (ou não) como palhaços e atuam na política do amor ao paciente, os Doutores da Alegria constituem um grupo de palhaços que se vestem de médicos e desenvolvem uma terapia do riso. Para Patch, essa diferenciação evidencia-se uma vez mais ao passo em que, em sua filosofia, o *cuidar* importa mais que o *curar*.

³⁴ Algumas informações constam no site do grupo Doutores da Alegria: www.doutoresdaalegria.org.br. Porém, as informações que pontuo no texto foram produzidas em conversa com Ângelo Bandini, ator e palhaço fundador do grupo, em encontro promovido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 30/11/2007.

³⁵ Esta afirmação fundamenta-se no grande número de pessoas que procuram a instituição hospitalar em que atuei. O sistema de voluntariado, embora limitado pelo controle de infecção, permite a entrada de interessados em prestar serviços, desde que mediante projetos com objetivos e metodologias definidas, e concordadas com os interesses da instituição.

Esses dois movimentos que, de certa forma, acionam o lúdico como canal facilitador no processo de cura, possibilitam o que Viegas (2007) vem a apontar como exemplos de humanização hospitalar, principalmente no que se refere ao “estímulo ao brincar: palhaços ou profissionais voluntários, brinquedotecas, contadores de histórias, músicos, pintura e classe hospitalar” (VIEGAS, 2007, p. 50).

A humanização sublinhada por Viegas, está estritamente relacionada à noção de *sensibilidade*, pois para ele, o médico tem o enorme poder sobre a vida e a morte, e “a sensibilidade é ter interesse real pelo paciente, como ser humano” (VIEGAS, 2007, p. 48). Assim:

Humanização é respeitar alguém fragilizado, com naturalidade, sem parecer superior. No caso de pessoas doentes, procurar aliviar o seu sofrimento, ter compaixão no bom sentido, com atitudes positivas. Não é esmola, é realizar realmente alguma coisa para melhorar a sua qualidade de vida – um tratamento, um gesto de amizade, um conforto, uma atenção, uma palavra, um sorriso, uma esperança ou a explicação com delicadeza de uma situação grave. No caso dos doentes sem possibilidades de viver, deixá-los morrer com dignidade. (VIEGAS, 2007, p. 49).

Tais “terapeutas do amor e do riso” podem ser vistos também como “engenheiros da alma humana, [que] parecem expressar algo profundamente novo nas relações de autoridade sobre o eu” (ROSE, 1999, p. 33).

Reafirmando esta “engenharia” da *qualidade de vida*, Matos & Mugiatti (2006) ensinam sobre o encontro da saúde e da educação integradas pela humanização nos hospitais. Para as autoras, o papel do educador nesta nova pedagogia, a *pedagogia hospitalar*, é resgatar a criança em situação de hospitalização de uma “enfermidade social”, ou seja, da “triste exclusão imposta pela doença” (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 26). Conforme as autoras, esta exclusão social é principalmente vinculada à privação do acesso à escola que a hospitalização implica. E isto de algum modo, acarreta sérios “prejuízos ao desenvolvimento da criança/adolescente, no seu todo, e à recuperação integral tão zelosamente pretendida pelas equipes especializadas” (MATOS; MUGIATTI, 2006 p. 26).

Matos & Mugiatti (2006) afirmam, através de estudos realizados pelas pesquisadoras, que:

A vivência prática tem demonstrado que a privação da escola do convívio salutar com seus companheiros pode acarretar ilimitados prejuízos à criança (ou adolescente) hospitalizada, traduzidos em traumas e, muitas vezes, até na alteração de conduta, diante das limitações impostas pelo ambiente hospitalar. (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 27).

A hospitalização na infância e adolescência rompe, ainda na esteira desses estudos, com o *processo vital* de aprendizagem desta fase, e, nas palavras das autoras, esse *período de privação* da escola

[...] se prolongado indevidamente, passa a manifestar um comportamento típico dos estados de anomia, de ausência de normas sociais, de comportamentos sociais desviados, diferenciados das condições de normalidade. (Matos; Mugiatti, 2006, p. 28).

Entendo que o papel da educação escolar que se evidencia nestes discursos funciona como uma política que pretende humanizar a vida não pelo momento da criança quando hospitalizada, mas na tentativa de capturá-la da aparente fuga da normalidade que a submeteria a hospitalização.

A noção de risco, de fuga desta criança hospitalizada de um estado normal de ser infantil, está estritamente ligado à concepção de criança-aluno, ou seja, as Classes Hospitalares, bem como os outros movimentos apresentados tomam por foco o aprendiz, não a criança em si.

As propostas aqui apresentadas enunciam verdades que atravessam esses ditos qualificados sobre a escolarização da criança no hospital, reafirmando uma flagrante idealização da escola e de seus efeitos no processo de cura das crianças.

Questiono: será que em função destas propostas, não se está deixando escapar o que aponte em páginas anteriores, quanto à discussão da necessidade de no momento da doença ainda se manter a criança doente sob o suposto “cuidado” da aprendizagem escolar? Será a escola redentora também no fazer viver? Não será possível, na hora de dor, de necessidade de cuidado, atenção e carinho pela criança, que esta fique afastada dos ensinamentos institucionalizados da escola?

Alguns estudiosos do tema vão se preocupar não só com a educação da criança hospitalizada, mas com seu retorno à escola pós-hospitalização. Ortiz & Freitas (2002) escrevem que

[...] a escola é vista dentro das representações de normalidade e sua freqüência denota o “status” de igualdade com as demais crianças. [...] o escolar que superou a hospitalização passa a ser um possível candidato a ter instabilidade emocional na inclusão escolar, devido à preocupação que carrega no resguardo de suas diferenças frente aos companheiros de classe. Por isso, a sensação de bem-estar será garantida pela receptividade vinda por parte dos colegas e dos professores. (ORTIZ; FREITAS, 2002, p. 98).

Sobre isto Fontes (2005), ao discutir o papel da educação no hospital, trata de uma outra possibilidade da pedagogia hospitalar. Para a autora, esta pedagogia difere da pedagogia tradicional, “uma vez que se dá no âmbito hospitalar e que busca construir conhecimentos sobre esse novo contexto de aprendizagem que possam contribuir para o bem-estar da criança enferma” (FONTES, 2005, p. 29). Desta forma, Fontes reafirma o que Rose (1999), vai nos indicar sobre a necessidade da constituição de uma *expertise* onde determinado profissional vai inventar saberes com vistas a agir sobre a criança doente.

É pensando sobre estas possibilidades da educação escolar e da intervenção pedagógica e lúdica no espaço hospitalar que se faz necessário pensar na visibilidade que é dada a estas práticas de governo dos infantis. Como a infância tornou-se foco da legislação brasileira, e as políticas que agora fazem da criança hospitalizada um sujeito de direitos, é o que apresento na seção que segue.

5.2 A CLASSE HOSPITALAR COMO DIREITO DAS CRIANÇAS

Que sociedade esquisita esta nossa, em que é preciso decretar que em qualquer idade gente é gente. [...] decretaram que não se pode maltratar crianças. Que criança merece casa, comida, escola. [...] Deveriam também ter decretado que é preciso dar às crianças carinho, colo, atenção e alegria. (LUFT, 2005b, p. 137).

Na nossa *esquisita sociedade*, se inventaram políticas específicas para assegurar direitos àqueles sujeitos que, como vimos, foram inventados na modernidade: os sujeitos infantis.

A necessidade de administrar a vida da criança atravessa documentos oficiais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a Política Nacional de Educação Especial (1994) e os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado

(1995). A criança, vista como cidadão de direitos, é incorporada aos objetivos e aspirações dos poderes públicos constituindo assim um “nexo ao nível de estratégias sociais e políticas e de instituições e técnicas de administração e regulação” (ROSE, 1998, p. 31), sobre a vida da criança enferma.

Vejamos o que enunciam os documentos:

Com o *Código de Menores*, de 1927, inaugura-se uma legislação de assistência à infância no Brasil, mas é a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, que se pensará a questão da criança e do adolescente com seus direitos à saúde, educação e lazer. Assim, em 13 de julho de 1990, é sancionada a Lei Federal 8.069, o *Estatuto da Criança e do Adolescente*³⁶ – ECA, que “dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente” (BRASIL, 1990, p. 9).

Em seu Capítulo IV, que trata *Do direito à Educação, à cultura, ao esporte e ao lazer*, o ECA nos apresenta o direito à educação para todas as crianças e adolescentes:

Art. 53 A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: I. Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. (BRASIL, 1990, p. 19).

É a partir dessa *igualdade de condições de acesso e permanência na escola* que a criança em situação de hospitalização emerge como uma nova população que precisa ser contemplada em políticas de educação específicas, pois:

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

Assim, em 1994 a Política Nacional de Educação Especial propõe que:

³⁶ Art. 2º Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela pessoa entre doze e dezoito anos de idade. (BRASIL, 1990, p. 9).

A educação em hospital se faça através da organização de classes hospitalares, devendo-se assegurar oferta educacional não só às crianças com transtornos no desenvolvimento, mas também às crianças e adolescentes em situação de risco, como é o caso da internação hospitalar, uma vez que a hospitalização determina restrições às relações de convivência, às oportunidades sócio-interativas escolares, ou seja, a relação com colegas e relações de aprendizagens mediadas por professor e a exploração intelectual dos ambientes de vida social. [...] Classe hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar. (BRASIL, 1994, p. 20).

Embora o movimento da educação no hospital se dê no Ministério da Educação, na Secretaria de Educação Especial, é a partir de uma articulação conjunta do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Sociedade Brasileira de Pediatria que, em outubro de 1995, é aprovada a Resolução nº 41, que dispõe sobre os *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*.

Em seu item 9, o Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizados assegura “o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 1995).

Esse direito à educação no hospital será ainda assegurado no Estatuto da Pessoa com Deficiência³⁷, na Seção II que se refere à educação básica, Art. 40, item IX, onde se assegura a

[...] continuidade do processo educacional dos alunos com deficiência impossibilitados de freqüentar as aulas, mediante atendimento educacional adequado àqueles que, em razão da própria deficiência ou de tratamento de saúde em unidades hospitalares ou congêneres, estejam afastados do ambiente escolar. (BRASIL, 2007, p. 22).

Considerando a preocupação ainda com a recreação nos hospitais, em 21 de março de 2005 é sancionada a Lei Nº 11.104, de autoria de Luiza Erundina de Souza, que *dispõe* “sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação”.

Quanto aos movimentos recentes sobre essa legislação, a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados em Brasília, colocou em tramitação o Projeto de Lei 4191/2004 (apensado ao Projeto de Lei 4610-2004), que “altera a Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), que “Dispõe sobre o

³⁷

Estatuto substitutivo ao Projeto de Lei do Senado, Nº 6 de 2003, sobre a instituição do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências”, para garantir acesso à educação a crianças e adolescentes internados em hospitais e demais instituições de atendimento à saúde”³⁸.

Atenta aos discursos dessas políticas que se fazem verdades sobre a necessidade de escolarizar as crianças hospitalizadas, acredito ser importante pensar os efeitos dos “preceitos de cidadania”, ao passo em que me parece que o caminho desses enunciados é firmar que, embora hospitalizada, a criança ainda é cidadã. Talvez seja no *status* de criança cidadã que ela precisa ser controlada, governada, para que gere menos custos ao Estado. Assim, um argumento para a validação e legitimação das políticas de atendimento escolar nos hospitais ancora-se na contribuição destas na redução do tempo de internação, como Matos & Mugiatti (2006) ratificam:

[Consolida-se, então] a necessidade de um projeto emergente que, além de atender ao estado biológico e psicológico da criança, atenda também as obrigações escolares do educando no aspecto pedagógico. Tais alternativas, se processadas num ambiente diferenciado, irão beneficiar sua saúde mental, refletindo positivamente nos aspectos da saúde física e contribuindo, sensivelmente, para diminuir o tempo de internação. (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 71).

É pensando com Hickmann (2004) que pergunto sobre essas políticas, sua emergência na contemporaneidade como discurso verdadeiro e necessário:

[...] por ter uma intencionalidade de prevenção e de proteção da criança ao fazer uso do direito e ao colocá-la na posição de sujeito de direitos e no estatuto de cidadã, principalmente com a ação das práticas pedagógicas escolares. Prevenção para que a criança não seja capturada pelo universo da contravenção e seja tomada a partir da lógica do risco, ao se referir às crianças que encontram-se em situação de vulnerabilidade. (HICKMANN, 2004, p. 2).

Pode-se pensar a educação escolar para a criança em situação de hospitalização e seus ditos de *proteção* como uma estratégia biopolítica, que tem o intuito de normalizar essa criança fugidia, em risco social? É neste sentido que se trama a seção que apresento a seguir.

³⁸

Disponível em http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=272736
Acesso em 18 de janeiro de 2009.

5.3 A CLASSE HOSPITALAR COMO POLÍTICA DE (E SOBRE A) VIDA

O normal é ser atualizado, produtivo e bem-informado. [...] Quem não corre com a manada praticamente nem existe, se não se cuidar botam numa jaula: um animal estranho. (LUFT, 2005b, p. 41).

Na ordem dos saberes e poderes produzidos sobre a população infantil, a escola imbuu-se de um papel fundamental: parece impossível pensarmos a escola sem a criança, e a criança sem a escola, numa noção de coexistência plena.

Desta forma, ao ser hospitalizada e, conseqüentemente, afastada da escola, a criança entra no que Matos & Mugiatti (2006) chamam de uma “enfermidade social”, pois, conforme as autoras, os referenciais de normalidade dessa criança passam a ser borrados pelo período de internação.

Esta enfermidade social pode ser agravada, não somente pelo ato, pelo tempo de internação, mas pelo risco da criança não querer voltar à escola após a alta médica, tanto pela maior proximidade dos pais em que a hospitalização implica, como pelas marcas dos procedimentos, como gessos, perda de cabelo, medo, fragilidade física etc.

Tal discurso referendado pelas autoras vai, mais tarde, mostrar a necessidade de se manter o atendimento pedagógico-educacional durante a internação, para que as crianças não percam seus referenciais, para que continuem vivendo “normalmente”.

É sob esta ótica que as políticas sobre a escolarização emergiram como políticas da/sobre a vida das crianças no hospital, através da obrigatoriedade da implantação de Classes Hospitalares no Brasil, funcionando estas, em parceria a escola de origem da criança³⁹, como mantenedoras de vida.

³⁹ Na Revista Nova Escola (mar. 2009), a estagiária de jornalismo Bianca Bibiano apresenta, na matéria “Ensino nas horas difíceis”, algumas informações sobre a ligação entre a escola regular e a escola hospitalar. Como não aparecem publicados em documentos oficiais, os excertos que apresento a seguir foram, conforme contato via e-mail com a estagiária, fornecidos por Martinha Dutra dos Santos, coordenadora geral da SEESP-MEC, através da assessoria de imprensa do Ministério da Educação: “Assim que um estudante chega para tratamento, o titular da classe hospitalar deve chamar a família e o futuro aluno para conversar sobre sua situação. Normalmente, um coordenador pedagógico articula esta fase. Em seguida, o docente entra em contato com a escola para solicitar o currículo que a criança seguiria e também as atividades já realizadas. Cabe à unidade de ensino encaminhar todas as tarefas previstas para que o aluno faça em sua internação – inclusive as provas, que serão devolvidas para a correção pelo educador da turma regular. [...] o MEC sugere articular a programação de atendimento em dois momentos. No primeiro, o docente trabalha com conteúdos definidos num currículo próprio, geral, que tem por base os Parâmetros Curriculares

A escola, portanto, apresenta-se, para o enfermo, como mobilizadora da construção de modos positivos de vida. A ruptura com esta instituição significa a negação de estímulos de vida e o sepultamento de sua força motriz de investividade: é a falência de seus processos de cognição e de sua humanização. (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 42).

Os enunciados presentes nos discursos que produzem a educação hospitalar, assim como são produzidos por ela, são basicamente atrelados à noção de risco social e de ruptura do desenvolvimento integral das crianças (FONSECA, 2008; MATOS; MUGIATTI, 2006; ORTIZ; FREITAS, 2005; CECCIM; CARVALHO, 1997), situando a hospitalização como um momento especial, que necessita de uma educação também especial⁴⁰.

A criança hospitalizada, ao ser retirada da escola, da casa, do “seio” da família para um tratamento, escapa aos padrões de normalidade instituídos na modernidade, e, portanto, penso que passará a pertencer àquele grupo que Foucault chama de *anormais*. A hospitalização pode ser considerada um dos *acontecimentos aleatórios* (FOUCAULT, 1999, p. 291), que incapacita as pessoas de atuarem na sociedade, como força de trabalho ou, no caso deste escrito, como futura força de trabalho preparada pela escola.

Penso que é para dar conta dessa população desviante que se colocam, na atualidade, as Classes e brinquedotecas hospitalares como instituições de seqüestro, por contribuírem para uma disciplina do corpo e da mente das crianças, mas também como dispositivos de segurança, como estratégias biopolíticas. Entendo que estas instituições e suas práticas apresentam-se como dispositivos de segurança aliando-me ao pensamento de Foucault, pois na impossibilidade de se sanar um problema social, no caso a doença e a hospitalização infantil (que, assim como a morte, foge dos domínios do poder), se elabora um sistema de compensação para evitar o caos, para minimizar os prejuízos da internação no curso “normal” da vida das crianças. Não se pretende erradicar os prejuízos da hospitalização, ou a evasão escolar pós-alta. O que se propõe nesta sociedade de segurança é uma trama que faça com que os danos sejam os menores possíveis,

Nacionais. [...] No segundo, já de posse da papelada, a equipe do hospital adapta o trabalho pedagógico de acordo com o histórico do aluno, muitas vezes lançando mão de uma avaliação inicial” (REVISTA NOVA ESCOLA, 2009, p.82-83).

⁴⁰ Talvez isso esclareça o motivo pelo qual o desenvolvimento de políticas de educação das crianças hospitalizadas tem se dado na Secretaria de Educação Especial – SEESP, do Ministério da Educação (MEC), e não em outras secretarias, como na de Educação Básica – SEB, que abarca a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, esteira de atuação das escolas hospitalares.

dentro de um nível considerado aceitável: um nível de evasão escolar, um nível de analfabetismo, um nível de repetência etc.

A hospitalização na infância como um evento da vida, parece funcionar como um fenômeno acidental, que incapacita as crianças de atuarem no seu papel social: o papel de aluno. Para dar conta desta população desviante, emergiram as Classes Hospitalares e brinquedotecas como estratégias biopolíticas, postas em funcionamento em instituições já existentes, mas reorganizadas para este fim: a escola e o hospital. Estas instituições disciplinares são adaptadas para dar conta da criança hospitalizada, para que sua escolarização não sofra maiores riscos, não a ponto de que estes sejam sanados, mas que sejam reduzidos, compensados. Esta é uma das diferenciações que Foucault (1999) acena entre disciplina e biopolítica.

A disciplina atua no nível do detalhe, e assim podemos pensar nas estratégias disciplinares também postas em funcionamento nas Classes Hospitalares: a organização das salas de aula, o conteúdo ensinado, seja ele a continuidade dos conteúdos da escola de origem, seja ele “ensinamentos” sobre a postura que a criança deve ter no hospital (ensinar que deve aceitar os procedimentos, que o hospital é lugar de ficar quietinho, de não correr etc.).

A biopolítica que atua no nível de uma regularidade sobre a população, em especial a infantil, trata de uma intervenção no nível daquilo que são as determinações de uma regularidade na vida: neste escrito a escolarização obrigatória das crianças. Assim, é como intervenção quando a não possibilidade dessa ordem natural de escolarização que a biopolítica atua, aqui materializada em Classes Hospitalares.

Essa necessidade de uma intervenção dos poderes públicos na vida dessas crianças no momento da hospitalização, apresenta-se nas políticas aqui apresentadas, seja nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, seja na Lei de Brinquedotecas, ou ainda naqueles documentos que tentam capturar os *anormais* da educação especial. Esta imposição legal, legitimada em textos produzidos por *expertises* no corpo e na alma infantil, mostra o modo pelo qual os poderes públicos exercem o poder sobre a vida das crianças, com tecnologias específicas para gerir e controlar a vida dos cidadãos, neste caso, as crianças no hospital. Para além do fazer viver as crianças, interessa ao biopoder também o *como* vivem estas crianças, para que se aumente a vida, se controle os acidentes,

os acontecimentos aleatórios, aquilo que foge à normalidade, como a ruptura da escolarização em função de uma hospitalização na infância.

A escola no hospital é percebida como um bem, tanto para o período de internação, como para o seu retorno à vida sadia. Sobre isso, Ceccim (1999) ratifica que

[...] para a criança hospitalizada, o estudar emerge como um bem da criança sadia e um bem que ela pode resgatar para si mesma como um vetor de saúde no engendramento da vida, mesmo em face do adoecimento e da hospitalização. (CECCIM, 1999, p. 44).

Um aspecto interessante de ser analisado é justamente quanto ao “tipo” de atendimento pedagógico que a criança deverá receber no hospital. Se de um lado temos uma série de estudos que acionam o lúdico como comunicação desta prática (FUNGHETTO; FREITAS; OLIVEIRA, 1999; VIEGAS, 2007; entre outros), por outro, alguns pesquisadores, como Fonseca e Ceccim, afirmam que há uma precariedade no atendimento quanto ao foco no brincar: para eles, a Classe Hospitalar deve funcionar como escola mesmo, com planejamento, ordenação das atividades (início, meio e fim), conteúdos e carga horária, preferencialmente igual ao da escola regular, e, é claro, avaliação. Quanto a isso, a função do professor⁴¹ de Classe Hospitalar

[...] não é a de apenas ‘ocupar criativamente’ o tempo da criança para que ela possa ‘expressar e elaborar’ os sentimentos trazidos pelo adoecimento e pela hospitalização, aprendendo novas condutas emocionais, como também não é de apenas abrir espaços lúdicos com ênfase no lazer pedagógico para que a criança “esqueça por alguns momentos” que está doente ou em um hospital. O professor deve estar no hospital para operar com os processos afetivos de construção de aprendizagem cognitiva e permitir aquisições escolares às crianças. (CECCIM, 1999, p. 43).

A avaliação na Classe Hospitalar deverá acontecer, além dos testes enviados pela escola de origem, por registro diário, de “suas impressões e observações sobre o desempenho de cada criança nas atividades propostas”, o que vai contribuir para “a elaboração de um relatório de desempenho mais completo após a alta hospitalar

⁴¹

“O professor deverá ter a formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas, ter noções sobre as doenças e condições psicossociais vivenciadas pelos educandos e as características delas decorrentes, sejam do ponto de vista clínico, sejam do ponto de vista afetivo. Compete ao professor adequar e adaptar o ambiente às atividades e aos materiais, planejar o dia-a-dia da turma, registrar e avaliar o trabalho pedagógico desenvolvido”. (BRASIL, 2002, p. 22).

da criança” (FONSECA, 2008, p. 53). Sobre isso, a matéria *Ensino nas horas difíceis*, da Revista Nova Escola (mar. 2009), aponta que:

A montagem bem feita de uma pasta ou arquivo, com toda a documentação sobre o período de internação, também é essencial. Devem ser reunidos os exercícios feitos, os exames aplicados e os relatórios com a carga horária total do atendimento, os conteúdos abordados e as principais dificuldades encontradas, inclusive com as observações feitas pelo docente. A aplicação de provas para medir o nível do aluno em seu retorno não é defendida pelo MEC. O ideal, para o órgão, é que a equipe pedagógica estude os materiais enviados pelo hospital para chegar a um diagnóstico. (REVISTA NOVA ESCOLA, 2009, p. 83).

Este dossiê formulado por *experts* que estão autorizados a administrar a vida das crianças é “calculado pela força e potências humanas, em busca dos objetivos da instituição” (ROSE, 1999, p. 32). Deve ser organizado com vistas a operar sobre os processos da alma e da cognição das crianças que frequentam as Classes Hospitalares. Tal avaliação será, inclusive, sobre a conduta da criança, uma avaliação a partir da observação cuidadosa sobre o agir do aluno (FONSECA, 2008), tanto nas atividades relacionadas como na própria ação da hospitalização. Assim, o professor das Classes Hospitalares terá acesso aos prontuários médicos das crianças, “seja para obter informações, seja para prestá-las do ponto de vista de sua intervenção e avaliação educacional” (BRASIL, 2002, p. 19).

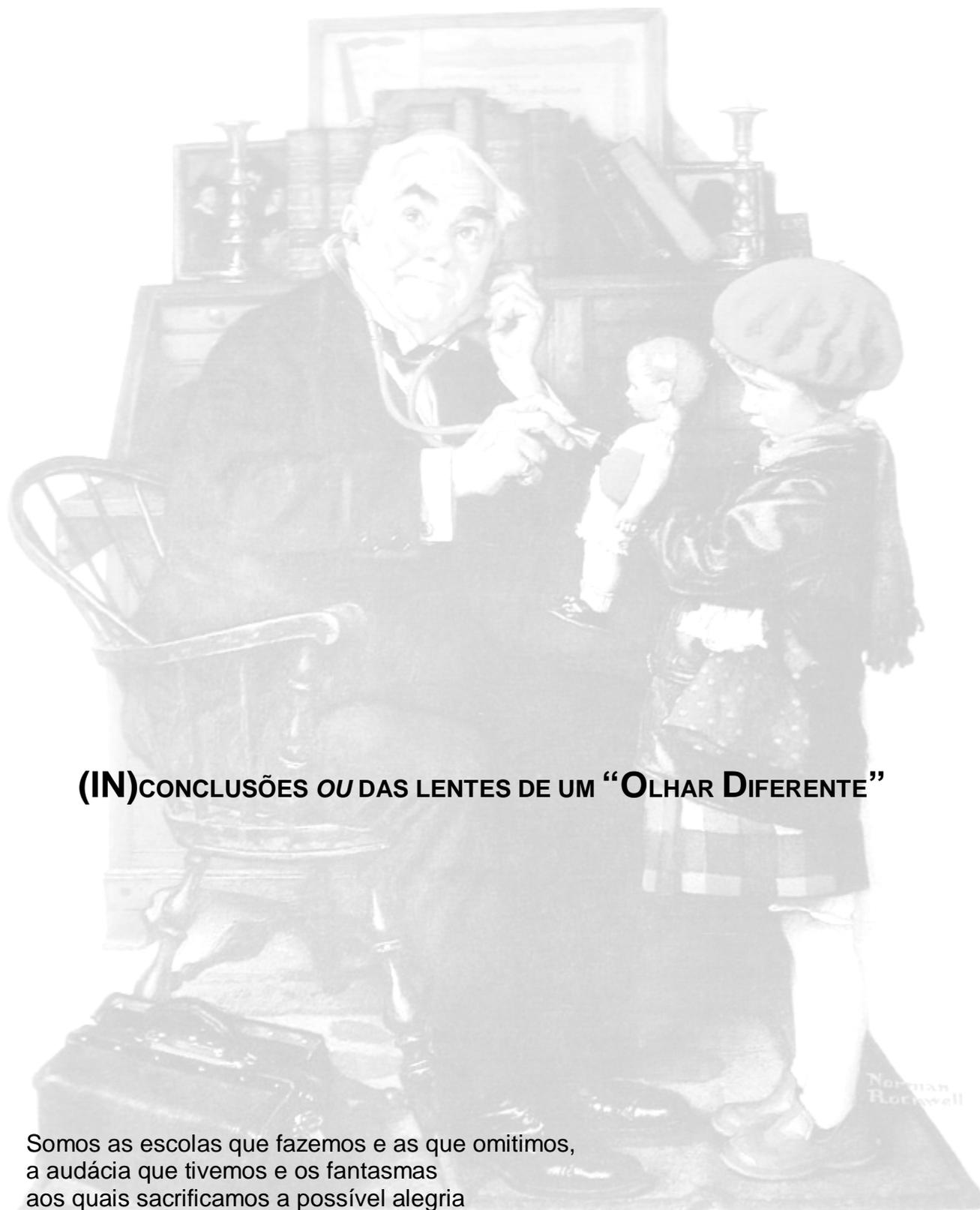
Percebo, a partir destes excertos, que o gerenciamento da vida da criança dentro do hospital se dará de duas maneiras: por um lado, sob as biopolíticas, sob uma normatização materializada em políticas de garantia de um atendimento educacional para esta população infantil hospitalizada, e de uma tentativa de normalização dessa criança fugidia, através da ação destas políticas; por outro, acredito haver um forte investimento também no corpo da criança, enquanto indivíduo, enquanto máquina, tanto pelos exames⁴² à que é exposta (os clínicos, os físicos, escolares), como pela disciplina que atravessa esta prática: disciplina, tanto pela instituição e saberes nela investidos, como pelo adestramento para que sejam dóceis, tomem os remédios, aceitem os procedimentos, fiquem comportadas, façam silêncio, não façam grandes movimentos – tudo isso para potencializar o tratamento e minimizar o tempo de internação. Isto também é conteúdo da Classe Hospitalar.

⁴²

Para Foucault (2007), o *exame* é uma técnica do poder disciplinar, articulando a *vigilância hierárquica*, que é um controle e um registro constante e permanente das ações, com a *sanção normalizadora*, que é a aplicação de micropenalidades com a função de reduzir os desvios da norma. São estas três técnicas que se ocuparão da docilização dos corpos.

Se, por um lado, não devemos tratar a criança hospitalizada como alguém extremamente debilitado a ponto de ter impedida a possibilidade de responder adequadamente às demandas de uma escolarização, por outro lado não podemos descaracterizar a necessidade da existência do atendimento pedagógico-educacional para aquelas crianças que se hospitalizam por poucos dias. Assim, a valia desta modalidade de ensino se traduz não apenas na interferência que causa no desempenho acadêmico da criança, mas, concomitantemente, na visão que essa mesma criança possa ter de sua doença e das perspectivas de cura. (FONSECA, 2008, p. 19).

É a partir desse alargamento da compreensão dos enunciados sobre as classes hospitalares, que entendo os atravessamentos das macropolíticas – sobre a população infantil hospitalizada, e das micropolíticas – sobre o corpo dessas crianças, como importantes acontecimentos que devem suscitar um olhar mais afinado, mais minucioso, mais atento nas pesquisas acadêmicas, já que classe/escola hospitalar, enquanto objeto de conhecimento, terá sempre o sentido que dermos a ela.



(IN)CONCLUSÕES OU DAS LENTES DE UM “OLHAR DIFERENTE”

Somos as escolas que fazemos e as que omitimos,
a audácia que tivemos e os fantasmas
aos quais sacrificamos a possível alegria
e até pessoas a quem amamos;
a vida que abraçamos e a que desperdiçamos.
Em suma,
fazemos a escritura da nossa complicada história.

Lya Luft (2005b, p. 57).

6 **ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: (IN)CONCLUSÕES OU DAS LENTES DE UM “OLHAR DIFERENTE”**

Não é preciso inventar algo novo. Inventar o real, o que já existe, é conquistá-lo: é o dom dos que não acreditam só no comprovado, nem se conformam com o rasteiro. (LUFT, 2005b, p. 184).

Ao aceitar o desafio de analisar a educação de crianças hospitalizadas por outro aporte teórico, passei a navegar por águas turvas, sem saber a que lugar chegaria, tão pouco quais os efeitos que a pesquisa teria no meu pensamento. E assim, como nos lembra Luft, não foi preciso inventar algo novo, mas sim o real, o que já estava lá. Foi preciso ajustar as lentes para perceber os acontecimentos em torno dessa realidade contemporânea da escolarização das crianças no hospital.

As Classes ou escolas⁴³ hospitalares, como procurei mostrar no corpo desta Dissertação, já existem no Brasil há algumas décadas e, portanto, já fazem parte da agenda de pesquisa de alguns estudiosos da educação. O que propus fazer foi um outro texto que abrisse, alargasse, ampliasse os textos oficiais e os textos acadêmicos que escolhi para a análise.

No trânsito de curiosa para pesquisadora da infância, e em especial da criança hospitalizada, precisei construir um aparato histórico sobre o hospital, a escola e a própria infância. Busquei compreender como foi possível, na atualidade, o encontro destas instituições, já que, como nos conta a modernidade, o hospital não parece ser lugar de criança, e também não parece ser lugar de escola. É sobre esse encontro de instituições e saberes que a escolarização das crianças hospitalizadas emergiu como uma ação positiva, de proteção, de cuidado, de atenção integral aos pequenos pacientes:

⁴³ O uso dos dois termos neste escrito foi intencional. Embora a legislação nos fale de uma “Classe Hospitalar”, alguns autores acreditam ser esta uma denominação equivocada. Segundo Fonseca, “a expressão mais adequada é escola hospitalar (atendimento escolar no ambiente hospitalar), e não classe hospitalar, como determinou o MEC. ‘Segregador, o termo sugere que a escola para as pessoas que estão doentes tem de ser essencialmente diferente daquela frequentada por outras pessoas’ [...]”. (Pátio, fev./abr. 2007)

O encontro de educação e saúde é fundamental no desejo que a sociedade ocidental pleiteia: o acesso e permanência da escolarização para a infância. O ensino nos espaços da saúde protegem o desempenho escolar bem-sucedido das crianças, reintegrando-as à escola após a alta. Frequentar as aulas, usufruir das relações interpessoais, conquistar aprendizagens e conhecer sentidos demarcam prazeres oriundos da ambiência escolar, e a criança hospitalizada almeja esta aceitação de normalidade. (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 46).

A partir de uma aproximação dos estudos de Michel Foucault, em especial quanto às relações de poder que atravessam as instituições analisadas, foi possível concluir, mesmo que provisoriamente, que as Classes Hospitalares funcionam como um investimento sobre a população infantil que, em função de internação para tratamento, precisa se afastar da escola, pois

[...] a escola hospitalar serve como uma oportunidade extra de resgate da criança para a escola, a partir da qual, exercendo seu direito de cidadão, terá condições de aprender. (FONSECA, 2008, p. 19).

É interessante pensar o quanto esse discurso se fortaleceu, assumindo um estatuto de verdade inquestionável. A escola deverá ser para todos, mesmo quando hospitalizados, mesmo quando não puderem sair do leito para ir à sala específica, mesmo quando estiverem no CTI (Centro de Tratamento Intensivo), quando internados por quebrar a perna, por um câncer, ou por uma doença crônica que os faça moradores do hospital, sem, talvez, jamais conhecer o mundo para além das paredes desta instituição. Ninguém escapa da norma. Ninguém escapa das tramas da escola, pois a modernidade atribuiu a ela a função mais importante: a de educar.

Pode-se compreender a educação – certamente aí incluída a educação escolar – como o processo pelo qual os outros são trazidos ou conduzidos para a nossa cultura, sejam eles os recém-chegados – crianças e estrangeiros de todo tipo –, sejam eles os ‘inclusíveis’ – anormais e estranhos. Ao educar o outro, nós nos aproximamos da nossa morada, do nosso domínio, graças a variadas formas de dominação que estabelecemos *com* ele e, muitas vezes, *sobre* ele [...] de modo a incorporá-los aos códigos, saberes, crenças, práticas, representações, valores e tudo o mais que compõe uma cultura. (VEIGA-NETO, 2006, p. 29).

A visibilidade, que condicionou a criação de leis específicas para as Classes Hospitalares, brinquedotecas e toda uma rede de cuidados mais humanizados no hospital, só foi possível a partir de um determinado momento histórico, e hoje ganha relevo como um direito, exercido por pessoas livres. Desta forma, é necessário entender o poder como um constante fluxo, circulação, rede, fragmentos,

desvinculando-o do poder de Estado, e que age em todos os lugares em que se estabelecem relações entre os indivíduos, agindo sobre a ação de uns sobre os outros, sobre as coisas, e sobre si mesmo. O poder só pode ser exercido e produzir seus efeitos “por meio de técnicas, táticas e estratégias se houver uma relação de liberdade entre os indivíduos” (Hickmann, 2004, p.4). É a liberdade que age como condição de existência e funcionamento do poder, e é sobre este aspecto que a escolarização da criança no hospital será efetivada como direito, como vida, como verdade.

Ao imbricar toda essa trama de saberes, instituições, enunciados, biopolíticas, pleiteei apontar uma outra lente para a temática, sem pretender, contudo, fixar verdades, conceitos, ou modos de se fazer uma educação no hospital, tanto por um interesse pessoal de não fazê-lo, como pelo aporte teórico escolhido, pois

[...] as perspectivas pós-estruturalistas ao apontarem para a configuração de múltiplas ‘verdades’ no mundo e para o caráter contingente das mesmas, problematizam a crença da existência de um único ‘lugar’ a chegar, ou de que se possa previamente definir o final a ser alcançado. (SOUZA, 2000, p. 97).

Entre propostas lúdicas e pedagógicas, a criança, mesmo quando hospitalizada, aparece como aluno, como aprendiz. Nos excertos que foram analisados nesta Dissertação, a escola não pode deixar de fazer parte da vida das crianças, mesmo num momento de dor e sofrimento como o da internação num hospital. O que propus com este escrito não foi de apontar um lugar a chegar, mas que a análise aqui desenvolvida funcionasse como uma alavanca para novas concepções de *ser criança hospitalizada*.

Como educadora, parti de uma formação voltada para o desenvolvimento infantil como função quase que exclusiva da escola. A partir desta pesquisa, penso que à escola foi atribuída uma função que talvez não seja só dela, a de *educar e fazer ser* as crianças.

Destas (in)conclusões, destes múltiplos lugares que foi possível percorrer, aproximar, afastar, estranhar, desconstruir o que tramam os discursos sobre as Classes Hospitalares, fica a novidade de uma mudança efetiva: a das minhas lentes, do meu pensamento, do meu lugar de pedagoga da infância.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BAITELLO Jr., Norval. Síndrome da máquina. In: CASTRO, Gustavo de; Carvalho Edgard de Assis; ALMEIDA, Maria da Conceição de (Orgs.). **Ensaios de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997, p. 115-121.

BARBOSA, Maria Carmem Silveira. Atendimento pedagógico às crianças em idade escolar internadas no HCPA. **Prospectiva**, 20, p. 36-37, 1991.

_____. Fragmentos sobre a rotinização da infância. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 93-113, jan./jun. 2000.

_____. Refletindo sobre a infância no Brasil através de sons, textos e imagens. **Reflexão & Ação**. Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 1, p. 151-171, jan./jun. 2005.

BONILHA, Luís; RIVORÊDO, Carlos. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13, jan./fev. 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC; SEESP, 1994.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução Nº41, de 13 de outubro de 1995, relativa aos **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Brasília: CNDCA, Imprensa Oficial, 1995.

_____. **Atendimento pedagógico educacional para crianças e jovens hospitalizados**: realizado nacional. Série Documental: Textos para Discussão. Brasília: INEP, 1999. 25 p.

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

_____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei Nº 11.104**, de 21 de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que

ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília: Diário Oficial, 2005.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069/90. Coordenação: André Arruda. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2007.

_____. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**: Substitutivo ao Projeto de Lei do Senado Nº 6, de 2003. 7ªed. Brasília: Senado Federal, 2007.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. O fio e a trama: as crianças nas malhas do poder. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 25-44, jan./jun. 2000.

_____. A invenção do eu infantil: dispositivos pedagógicos em ação. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n. 21, p. 17-39, set./out./nov./dez. 2002.

_____. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. Educação e saúde: interações e perspectivas para uma equipe multiprofissional. **Revista FAPA**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 4-5, 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6 ed. Tradução: Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

_____. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio**, Porto Alegre, ano 3, n. 10, p. 41-44, ago./out. 1999.

CORAZZA, Sandra Mara. **História da infância sem fim**. 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n. 23, p. 36-61, mai./ago. 2003.

deMAUSE, Lloyd. **Historia de la infancia**. Versión española de Maria Dolores López Martinez. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

do Ó, Jorge Ramos. **O governo de si mesmo**. Lisboa: Educa, 2003.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2 ed. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DORNELLES, Leni Vieira. **Meninas no papel**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Tese [Doutorado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. **Infâncias que nos escapam**: da criança de rua à criança cyber. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. Infans em la Modernidad. **In-fan-cia**: educar de 0 a 6 años. Barcelona, p. 30-38, marzo/abril. 2006.

ESCHILETTI, Homero Farias de. **Figlio di Nessuno**: Filho de Ninguém. Porto Alegre: EST, 2005.

EWALD, François. **Foucault, a norma e o direito**. Lisboa: Vega, 1993.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, 1910-1989. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FONSECA, Eneida Simões. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, jan./jun. 1999.

_____. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Memmon, 2008.

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n. 29, p. 119-138, mai./ago. 2005.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault - Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução: Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997a.

_____. **Resumo dos Cursos do Collège de France 1870-1982**. Tradução: Andréia Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997b.

_____. **História da sexualidade**. O uso dos prazeres. v.II. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Em defesa da sociedade.** Tradução: Maria Hermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Omnes et singulatim: uma crítica da Razão Política. Tradução: Selvino J. Assmann. In: _____. **Ditos & Escritos.** Estratégia, poder-saber. v.IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 355-385.

_____. **Ditos & Escritos.** Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. v. II. 2 ed. Tradução: Selvino J. Assmann. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **A ordem do discurso.** Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 14 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006a.

_____. **El nacimiento de la clínica:** uma arqueologia de la mirada médica. Traducción: Francisca Perujo. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2006b.

_____. **Seguridad, territorio, población.** Curso en El Collège de France (1977-1978). Tradução: Horácio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006c.

_____. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. Tradução: Raquel Ramalhe. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2006d.

_____. Tecnologia política dos indivíduos. In: _____. **Ditos & Escritos.** Ética, sexualidade, política. v.V. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006e, p. 300-319.

_____. **Microfísica do poder.** Tradução e organização: Roberto Machado. 23 ed. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **História da sexualidade.** A vontade de saber. v. I. 19 ed. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. **Santa Casa 200 anos:** Caridade e Ciência. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2003.

FUNGHETTO, Suzana Schwerz; FREITAS, Soraia Napoleão. Classe hospitalar: uma vivência através do lúdico. **Pátio**, Porto Alegre, ano 3, n. 10, p. 45-47, ago./out. 1999.

GONDRA, José; GARCIA, Inára. A arte de endurecer 'miolos moles e cérebros brandos': a racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. **Revista Brasileira de Educação.** São Paulo, n. 26, p. 69-84, mai./ ago. 2004.

_____. Modificar com brandura e prevenir com cautela: Racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, Marcos César de; KUHLMANN Jr., Moisés (Orgs.). **Os intelectuais na história da infância.** São Paulo: Cortez, 2002, p. 289-318.

HICKMANN, Roseli Inês. **O discurso da criança como sujeito de direitos**: prevenir é melhor que remediar. Porto Alegre, 2004, 6f. (Texto digitado).

KUHLMANN Jr., Moysés. **Infância e educação infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998.

KULPA, Stefanie. **Entre a cura e a morte, a vida**: cartografia de um encontro entre saúde & educação. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação [Mestrado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever... In: V Anped Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, Curitiba/PR, 2004, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Anped Sul, 2004, 10 p.

LUFT, Lya. **Para não dizer adeus**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005a.

_____. **Pensar é transgredir**. 12 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005b.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: FREITAS, Marcos César (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 53- 79.

MARÍN-DIAZ, Dora. **Infância**: problematizações contemporâneas sobre pedagogia e governamentalidade. Dissertação [Mestrado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia Hospitalar**: A humanização integrando saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

MEDINA, Luciana Borges. Hospitalização em pediatria e as situações de aprendizagem da criança: percepções da equipe de saúde em uma unidade hematológico-oncológica de um hospital universitário. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 37-59, 2001.

MEDRANO, Carlos Alberto. **Do silêncio ao brincar**: história do presente da saúde pública, da psicanálise e da infância. São Paulo: Vetor, 2004.

MEYER, Dagmar E. Estermann; SOARES, Rosângela de Fátima. Modos de ver e de se movimentar pelos 'caminhos' da pesquisa pós-estruturalista em Educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Orgs). **Caminhos Investigativos**. Riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. v. III. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

MÜLLER, Verônica Regina. **Histórias de crianças e infâncias**: registros, narrativas e vida privada. Petrópolis: Vozes, 2007.

NARODOWSKI, Mariano. **Infancia y poder**: La conformación de la pedagogia moderna. Buenos Aires: Aique, 1994.

ORLANDI, Orlando. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. **Cadernos de Educação Especial**. Santa Maria, n. 20, p. 97-103, 2002.

_____. **Classe Hospitalar**: caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria: Editora UFSM, 2005.

PÁTIO. Porto Alegre: ARTMED, ano XI, n. 41, fev./abr. 2007. **Atendimento que inspira cuidados**.

PINHO, Luiz Celso. As tramas do discurso. In: BRANCO, Guilherme Castelo; NEVES, Luiz Felipe Baêta. **Michel Foucault**: da arqueologia do saber à estética da existência. Rio de Janeiro: Nau; Londrina: CEFIL, 1998.

POSTMAN, Neil. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A humanização do parto como política da vida**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Projeto de Tese [Doutorado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese [Doutorado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Liberdades reguladas**: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 30-45.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. São Paulo: Difel, 1973.

SANTA CASA NOTÍCIAS. Porto Alegre, Ano 22, n. 113, jul./set. 2007. **A construção de uma família**.

SANTOS, Iolanda Universina Montano dos. A saúde entra na escola. **Ponto de Vista**. Florianópolis, n. 8, p. 97-120, 2006.

SCLIAR, Moacyr. **Cenas médicas**: pequena introdução à história da medicina. 2 ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996.

SOUZA, Nádya Geisa Silveira de. Representações de corpo-identidade em histórias de vida. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 95-116, jul./dez. 2000.

STEPHANOU, Maria. Governar ensinando a governar-se: discurso médico e educação. In: FARIA FILHO, Luciano Mendes de (Org.). **Pesquisa em história da educação**: perspectivas de análise, objetos e fontes. Belo Horizonte: HG Edições, 1999.

_____. Discursos médicos e a educação sanitária na escola brasileira. In: STEPHANOU, Maria; BASTOS, Maria Helena Câmara (Orgs.). **Histórias e memórias da educação no Brasil** – v.3, Século XX. Petrópolis: Vozes, 2005.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. **Classe hospitalar no mundo**: um desafio à infância em sofrimento. s/d. Disponível em:
<html:file://E\Classe%20Hospitalar%20no%20Mundo.mht> Acesso em 13/08/2007.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. A maquinaria escolar. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, n. 6, p. 68-96, 1992.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para excluir. In: SKLIAR, Carlos; LARROSA, Jorge (Org.). **Habitantes de Babel**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. Dominação, violência, poder e educação em tempos de Império. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

_____. **Foucault e a educação**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VIEGAS, Drauzio (Org.). **Brinquedoteca Hospitalar**: Isto sim é humanização. Associação Brasileira de Brinquedotecas. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 19, n. 37, 1999.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010201881999000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 10/12/2007.

WALKERDINE, Valerie. O raciocínio em tempos pós-modernos. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 207-226, jun./dez. 1995.

WEBER, Carine Imperator. **O pedagogo no ambiente hospitalar: desafios da interdisciplinaridade**. Passo Fundo: UPF, 2005. Trabalho de Conclusão [Curso de Graduação em Pedagogia – Habilitação em Educação Infantil] – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, 2005.

_____. **A criança hospitalizada e a pedagogia:** trazendo à baila esta discussão. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Trabalho de Conclusão [Curso de Especialização em Educação Infantil e 1º Ano do Ensino Fundamental] – Programa de Pós-Graduação em educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

_____. **Escolarizando a infância hospitalizada:** trajetórias, discursos e políticas de governamentalidade. Porto Alegre:UFRGS, 2008. Projeto de Dissertação [Mestrado em Educação] – Programa de Pós-Graduação em educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Sites de interesse

<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/>

Centro de Estudos sobre Recreação, Escolarização e Lazer em Enfermarias Pediátricas da Universidade Federal da Bahia.

<http://www.escolahospitalar.uerj.br/>

Núcleo de estudos sobre atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, sob a Coordenação de Eneida Simões Fonseca.

<http://www.doutoresdaalegria.org.br/>

Grupo de palhaços que atende hospitais do Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, com uma proposta de “besteirologia” para crianças e adultos internados.

Filme

Patch Adams – O amor é contagioso. Direção: Tom Shadyac; Estados Unidos; Universal ; 1998. DVD (115 min).