

Histórias de formação de professores para a Classe Hospitalar

*Sandra Maia Farias Vasconcelos**

Resumo

O serviço hospitalar, antes exclusivo da saúde, hoje comporta propostas educativas cada vez mais frequentemente, com pesquisas realizadas por professores de universidades. Mas ainda um questionamento se põe: há necessidade de formação de professores para trabalhar com pessoas doentes? Quais as estratégias e quando utilizá-las? Como abordar indivíduos doentes e provocar-lhes interesse em aprender? Como estabelecer um método que respeite desigualdades e valorize pontos em comuns? Partindo dessas reflexões, tivemos como objetivo resgatar a história da Classe hospitalar e da formação de professores atuando em ambiente especial, também aportar conhecimentos acerca do tema, ainda incipiente no Brasil. Nossa pesquisa foi documental, com ênfase na Constituição de 1988 e na LDB, mas também resultante de nossa experiência acadêmica. A prioridade na formação de professores é tornar relevante a escolaridade no hospital, para o indivíduo e sua família. Classe hospitalar é prevista em lei, acontece em instituição de saúde, casa de repouso ou em residência e é dirigida a indivíduos que sofreram um rompimento na sua escolarização. A finalidade é mostrar ao paciente que ele mantém sua capacidade de aluno, com atividades que acionam suas habilidades. As atividades não negligenciam critério e sistematização. O professor hospitalar respeita a fragilidade desses alunos, seus níveis escolares e seu desejo de voltar à escola. Essa sensibilidade pode ser inerente aos professores quando escolhem este trabalho, mas nada os obriga a continuar se uma situação causar-lhes choque. Esta responsabilidade permite aos professores perceber que a formação docente é sempre presente em sua vida pessoal e profissional.

Palavras-chave: Classe hospitalar; Formação de professores; Legislação.

* Professora Doutora da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Stories of teacher training to education in hospital

Abstract

The hospital service has always been a health exclusive service, however, it comprises today's educational proposals more and more often, with research conducted by professors from universities. But a question arises: is there a need for training teachers to work with sick people? What are the strategies and when should they be used? How to approach patients and get them to be interested in learning? How to establish a method that respects inequalities and enhance common points? Based on these reflections, we aimed to rescue the history of hospital classes and teacher's training in special environment, also to provide knowledge on the subject, still in its infancy in Brazil. Our research was documental, with emphasis in 1988's Constitution and the LDB, but also due to our academic experience. The priority in teacher's training is to make schooling relevant in the hospital, to the individual and his family. Hospital education is provided by law, takes place in healthcare facilities, nursing homes or at people's residences and it is aimed towards individuals who have suffered a disruption in their schooling. Its purpose is to show the patients that they maintain their student capacity, with activities that trigger their skills. The activities do not neglect criterion and systematization. The hospital teacher respects these student's fragility, their school levels and their desire to return to school. This sensitivity can be inherent to the teachers when they choose this work, but nothing forces them to continue if the situation shocks them. This responsibility allows teachers to realize that teaching is always present in their personal and professional lives.

Keywords: Hospital Education; Teacher training; Legislation.

Primeiras palavras

O serviço hospitalar foi, por muito tempo, serviço exclusivo da saúde. Atualmente outros serviços são oferecidos e propostas de serviços educativos são cada vez mais frequentes, graças aos trabalhos de investigação realizados por professores de universidades. A insuficiência de profissionais de educação especial no Brasil, notadamente em hospitais, para doentes crônicos, alguns em estado terminal, incentiva a criação de um intenso movimento de formação de professores nas universidades atendendo à reivindicação da sociedade. O artigo 214 da Constituição Federal afirma que as ações do Poder Público devem conduzir à universalização do atendimento escolar. O documento "Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar", publicado pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação (2002) traz, em sua apresentação, a informação de que foi a partir dos movimentos internacionais que começou a acontecer a "implantação de uma política de inclusão de alunos com necessidades especiais no sistema regular de ensino". Isso se torna fato, embora a história dos povos trate sobre abordagem educacional a leprosos, doentes mentais e deficientes físicos ainda na Idade Média (ARIÈS, 1976).

Algumas questões, todavia, se põem na contramão desse movimento: é necessária uma formação de professores para trabalhar com crianças doentes? Quais são as estratégias e em que momento utilizá-las? Como se aproximar de indivíduos doentes e provocar seu interesse em aprender? Como estabelecer um método para um grupo diversificado sem ferir as desigualdades, valorizando os pontos em comum? A realidade do público pode influenciar fortemente o seu pensamento de maneira que, com um público de internação, é necessário considerar restrições, como horários de intervenções médicas e, sobretudo, seu estado de saúde. A escolha do método é função do público que se deseja acompanhar.

Nossa abordagem na formação docente para o atendimento escolar em hospital é interacional, sob a perspectiva de Goffman (2011), que trata sobre a maneira como duas pessoas, embora intuitivamente, conduzem uma conversação de qualidade. O que temos chamado em nossos estudos de “conversação de qualidade” adapta-se à aprendizagem de conceitos, defendidos por Paulo Freire (1979), e à qual adicionamos a preservação de face. Freire argumenta que o papel fundamental do professor é “dialogar” com o aluno sobre situações concretas e, a partir delas, construir conhecimento. A função interacional é inerente à linguagem e ao discurso, como defende Bakhtin em sua obra, e o grande interesse da linguística russa pela língua falada atribui importância às situações de vida e do cotidiano, que atribuem significado à aprendizagem pela valorização da realidade do aluno. No contexto específico deste estudo, a realidade impressa pela rotina medicamentosa não pode ser ignorada, uma vez que o estado de saúde e de disposição do aprendiz será determinante para a intervenção docente.

Assim como diz Freire, a “educação não pode ser feita a partir do exterior para o interior. Pelo contrário, de dentro para fora, pelo próprio aprendiz, ajustado pelo professor” (1979; 72). A aprendizagem deve nascer da experiência do sujeito. No hospital, a escolarização é um fato distanciado da realidade, mas não expõe o aluno a uma situação de desvantagem. Apesar de nunca haver-se referido à educação hospitalar, Freire disseminou no Brasil a consciência de uma educabilidade possível nas situações mais improváveis. Intervenção escolar no hospital pode ser uma maneira diferente de ver o mundo e de construir uma nova autoimagem, respeitável, sem medo de ser rejeitado por outros. Isso acontece quando escolaridade é entendida como instrumento de liberdade, tal como defendido pelo educador. Em seus conceitos, o indivíduo presume-se ser aprisionado pela ignorância, pela falta de oportunidade.

Partindo dessas reflexões, tivemos como objetivo resgatar a história da Classe hospitalar e da formação de professores que atuam em ambiente especial, bem como aportar conhecimentos acerca do tema, ainda incipiente em nosso país. Nossa pesquisa foi documental e bibliográfica, mas também nascida de uma experiência pessoal de nossa pesquisa acadêmica. Vale ressaltar que tratamos aqui de Classe Hospitalar, objeto específico no domínio da Educação Especial, vez que concerne à intervenção escolar para crianças, cuja enfermidade não implica necessariamente déficit intelectual.

À procura de teoria e prática na Classe Hospitalar

Na formação dos professores, é difícil conceber classe hospitalar se não começarmos por nos sensibilizar com a situação do sujeito com o qual vamos trabalhar, já que o corpo encontra-se nas palavras e as palavras no corpo. Então, por que uma escolarização em hospital para crianças doentes? E qual é o papel do professor? Algumas respostas que formulamos em estudo anterior (MAIA-VASCONCELOS, 2010; 23) podem ser dadas a título geral:

- Compensar as lacunas e devolver um pouco de normalidade ao modo de vida da criança;
- Ser guardião global da criança para que ela possa ser tratada de seu problema de doença, sem esquecer suas necessidades como pessoa;
- Manter laços que o ajudem a encontrar seu caminho de volta para seu mundo através da linguagem;
- Ser uma espécie de agência educacional para que a criança hospitalizada possa desenvolver atividades que a ajudem a construir um percurso cognitivo, emocional e social, a fim de manter uma ligação com sua vida familiar e a realidade no hospital;
- Assegurar o reconhecimento da sua identidade;
- Fornecer um percurso cognitivo apropriado a sua idade para compreender a realidade do hospital;
- Oferecer situações de jogos e diversões;
- Assegurar a continuidade educativa com a escola de origem;
- Ajudar a criança e a família a empreender novos ritmos e novos projetos, quando o projeto de antes tornou impossível.

Neste, contexto se inserem as contribuições de escolaridade e formação de professores para atuação em hospitais. A questão central na formação de professores é tornar relevante a escolaridade no hospital, a partir da visão atual que a criança doente tem da escola, onde agora está ausente, em relação à de escola atual dentro do hospital. Os processos de ensino operados no cotidiano hospitalar não são os mesmos que aqueles realizados em uma escola regular. As condições estão fora dos modos de trabalho educativo da escola, onde normalmente a saúde é um requisito, onde a palavra não é necessariamente uma prioridade e onde o silêncio muitas vezes é equivalente à atenção.

Para a execução deste trabalho, indicamos aos educadores o desenvolvimento de algumas competências sugeridas por Paré(1977, III), a saber:

- Estar atento às crianças;
- Considerá-las o centro do trabalho, não a doença;

- Ter autenticidade e autoconfiança;
- Ser flexível – o que envolve a auto-superação;
- Não temer derrotas;
- Adaptar-se a sua realidade;
- Estar aberto a mudanças de humor dos pacientes;
- Ser disponível, espontâneo e descontraído.

Essas habilidades não dizem respeito apenas ao ensino no hospital, mas também àquele realizado nas escolas. A classe hospitalar é apenas um ambiente diferente onde a escolarização trará, frequentemente, mais embaraço ao profissional que aos alunos-pacientes. Contudo, a criação da classe hospitalar constitui uma necessidade para o hospital, é uma questão social e deve ser vista com a mesma seriedade e o mesmo engajamento que a promoção da segurança pública. A classe hospitalar se dirige às crianças, mas deve se estender às famílias, sobretudo àquelas que não acham pertinente falar sobre doenças com seus filhos. Atinente aos objetivos, acreditamos ser importante observar que a escolaridade toma elementos que, em geral, estão ausentes do ambiente escolar. Isto é, devido aos imperativos da pessoa internada que são diferentes, pois essa pessoa tem, entre outras coisas, necessidade de recuperar a sua imagem. A finalidade da classe hospitalar é dar ao paciente as condições de sentir-se inserido no mundo dos não-doentes, mostrando-lhe que não perdeu suas capacidades intelectuais, por meio de atividades que acionam suas habilidades. Isso pode garantir-lhe uma valorização dos conhecimentos prévios, enquanto reduz a evasão escolar e a exclusão social.

A evasão causada pela doença é bastante constante. No entanto, algumas ações começaram a ser desenvolvidas ao longo do século passado, com o objetivo de modificar o quadro. Na França, desde 1929, a preocupação dos profissionais para que crianças e adolescentes hospitalizados tivessem uma continuidade de sua escolaridade fez surgirem duas associações, em Paris e Lyon, em acordo com a administração dos hospitais, a fim de aliviar a lacuna escolar dessas pessoas (Delorme, 2000). É em 1948 que a Educação Nacional se engaja no projeto de classe hospitalar e cria o primeiro cargo de professor em ambiente hospitalar.

A Classe Hospitalar tem seu início em 1935, quando Henri Sellier inaugura a primeira escola para crianças inadaptadas, em Paris. Seu exemplo foi seguido em outros países, a fim de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas. Pode-se ainda considerar como marco a Segunda Guerra Mundial. O grande número de crianças atingidas, mutiladas e impossibilitadas de ir à escola engajou, sobretudo, médicos, que hoje são defensores da escola em seu serviço. Foi Marie-Louise Imbert que transformou o sentimento de ansiedade de maneira prática, quando fundou a primeira associação de ensino no hospital. Na época, o interesse repousava sobre a reeducação das vítimas da guerra, para dar-lhes a oportunidade de serem vistos como pessoas inteiras, capazes de aprender e assim aliviar muito de sua dor. Isso foi no início um trabalho filantrópico. Outras associações foram criadas desde então e, em

1992, elas somavam 14, o que tornou possível a criação da Federação para o ensino dos doentes em domicílio e em hospital (FEMDH). Na França, atualmente, o número de associações é 36, nos 31 departamentos do país. O objetivo principal deste trabalho é apoiar a vida e garantir o direito à educação de crianças e adolescentes, pois a escola, diz Delorme (2000), significa normalidade. No hospital, vemos claramente que essa normalidade é o primeiro passo para outros interesses a buscar.

O ensino escolar no hospital é, ainda hoje, gratuito, individual e aberto a todas as crianças hospitalizadas. As aulas são asseguradas por educadores voluntários competentes, que trabalham junto aos médicos e às instituições escolares onde esses pacientes estão matriculados. Os contatos desempenham um papel semelhante àquele do preceptor, uma vez que o aluno-paciente recebe aulas em todas as disciplinas da escola de origem e pode ter vários professores por semana. A educação hospitalar acontece em instituição de saúde, clínica ou hospital ou mesmo abrigo; é dirigida a indivíduos que sofreram uma ruptura na sua escolarização. Segundo Delorme (2000), o ensino oferecido à jovens pacientes ultrapassa uma contribuição de conhecimentos antes negligenciados ou adiados: é essencial à continuidade do desenvolvimento, contribuindo para o processo de cura; é a garantia de equilíbrio e desenvolvimento, independentemente de futuro, pois, através dele, as necessidades básicas da pessoa permanecem preservadas ou restauradas: a necessidade de autonomia, de expressão, de socialização.

A introdução da escola no hospital é uma realidade em vários países da Europa e no Brasil. Ainda que alguns registros mostrem a intervenção educativa para deficientes desde a antiguidade, os projetos registrados aconteceram conforme mostra o quadro abaixo. Mantivemos os nomes originais dos projetos por questões éticas. No quadro, vemos que o público e os objetivos deste trabalho são semelhantes:

País	França	Espanha	Itália	Brasil
Projeto	Ecole à l'hôpital	Pedagogia Hospitalária	Scuola in Ospedale	Classe Hospitalar
Data de criação	1929	?	1970	1950
Público	Crianças e adolescentes doentes crônicos e hospitalizados			

Quadro demonstrativo das Classes Hospitalares

Em 1939, é criado o C.N.E.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes, nos arredores de Paris, tendo como objetivo a formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais. Também em 1939, é criado o Cargo de Professor Hospitalar pelo Ministério da Educação na França. O C.N.E.F.E.I. tem como missão mostrar que a escola não é um espaço fechado. O Centro promove estágios em regime de internato dirigido à professores e diretores de escolas, à médicos de saúde escolar e à assistentes sociais. A Formação de Professores para atendimento escolar hospitalar tem duração de dois anos. Desde 1939, o C.N.E.F.E.I. já formou mais de 3.000 professores, aproximada-

mente trinta por turma. Anualmente ingressam 15 novos professores. Isso resulta que hoje todos os hospitais públicos na França tenham em seu quadro quatro professores: dois de ensino fundamental e dois de ensino médio. Cada dupla trabalha em expedientes diferentes, de segunda a sexta-feira.

A intervenção escolar em hospitais no Brasil

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado reconheceu, através da Resolução n. 41 de outubro de 1995, no item 9, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”. Em 2002, a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação elaborou um documento de estratégias e orientações para o atendimento nas classes hospitalares, assegurando o acesso à educação básica. Segundo esse documento, a educação é a chave para reconstituir a integralidade e a humanização nas práticas de atenção à saúde; para efetivar e defender a autodeterminação das crianças diante do cuidado; para propor outro tipo de acolhimento das famílias nos hospitais, inserindo a sua participação como uma interação de aposta no crescimento das crianças; para entabular uma educação do olhar e da escuta na equipe de saúde mais significativa à afirmação da vida.

De acordo com as diretrizes da LDB – Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 9.394/96, a educação é considerada direito de todos. Conforme o exposto na Constituição Federal de 1988, item da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I, artigo 205:

a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Se a educação é, por lei, um direito de toda e qualquer criança e adolescente, podemos, por analogia, deduzir que crianças e adolescentes que estejam hospitalizadas também devem ter esse direito garantido. Nessa lacuna, algumas leis foram decretadas, como a Lei n. 1.044/69, que dispõe sobre tratamento excepcional para alunos portadores de enfermidades, em suas residências, e a Lei n. 6.202/75, que trata sobre atividades escolares propostas em domicílio às estudantes gestantes. Não havia, até então, nada específico acerca das classes hospitalares. Somente na década de 1990 criaram-se, no Brasil, leis específicas para a Classe Hospitalar, como um olhar peculiar para esta necessidade. Dentre essas leis específicas, têm-se o Direito da Criança e do Adolescente, em especial, o artigo 9º, que trata do direito à educação: Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde.

E têm-se, também, a lei dos Direitos das Crianças e Adolescentes Hospitalizados, por meio da Resolução n. 41 de 13/10/1995. Essas leis visam resguardar a infância e a juventude, constituindo-se num instrumento para tentar garantir uma sociedade mais justa.

A Classe Hospitalar está implantada na LDB 9.394/96 como educação especial, e é vista na perspectiva da educação inclusiva. Sabemos, entretanto, que a educação inclusiva atende alunos com necessidades educacionais especiais em sentido amplo, a saber, os deficientes mentais, auditivos, físicos, com deficiências motoras e múltiplas, síndromes em geral e alunos que apresentam dificuldades cognitivas, psicomotoras e de comportamento, além daqueles alunos que se encontram em situação de doença que os impede de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

O que aparece de mais recente em relação à Classe Hospitalar e ao atendimento pedagógico domiciliar foi publicado em 2002, no Brasil. Esta publicação destaca que:

Têm direito ao atendimento escolar, os alunos do ensino básico internados em hospital, em serviços ambulatoriais de atenção integral à saúde ou em domicílio; alunos que estão impossibilitados de frequentar a escola por razões de proteção à saúde ou segurança, abrigados em casas de apoio, casas de passagem, casas-lar e residências terapêuticas.

No Brasil, a Classe Hospitalar começou em 1950, com a inauguração da Classe Hospitalar Jesus, no Rio de Janeiro, e onde as primeiras experiências foram registradas. Hoje, elas são em número aproximado de 100, nos 26 Estados do país. Em Fortaleza, no Nordeste do Brasil, alguns trabalhos já mostram resultados satisfatórios. No hospital onde realizou-se esta pesquisa, o projeto “ABC + Saúde” teve início em 1995, tendo como objetivo oferecer intervenção escolar à crianças e adolescentes hospitalizados. As atividades têm caráter educativo, recreativo e ocupacional. As estratégias implantadas estabelecem relação entre a atividade e as múltiplas aprendizagens das crianças hospitalizadas.

Os trabalhos eram, como na França, produzidos por professores voluntários, geralmente aposentados. A partir de 1997, alguns cursos de Pedagogia de Fortaleza começaram a inserir, em seus programas, a possibilidade de estágio em hospital. As atividades começaram, assim, a tomar outro papel, mais relacionados à educação formal, num ambiente informal. Estamos ainda longe de ter o sistema organizado como na Europa, cujas atividades escolares aplicadas em hospital são enviadas pela escola de origem. Os hospitais ainda não contratam professores, mas aceitam suas presenças como necessárias ao desenvolvimento da criança em tratamento. Mas sempre podemos sonhar...

A abordagem clínica para chegar ao diálogo

O trabalho dos professores no hospital se realiza sistematicamente no leito dos pequenos pacientes, onde esses professores vêm para a prática da sua formação. Um dos objetivos específicos desta intervenção no hospital é a formação pela narrativa. A narrativa de experiências dos personagens de ficção em atividades, frequentemente, leva os aprendentes a contar suas próprias experiências. Não pretendemos aqui fazer um arrazoado da prática, senão uma reflexão acerca da formação para o trabalho.

A palavra clínica já é dupla em sua origem: *clinucus* do latim e do grego *klinikos*, aquele “que visita os doentes no leito”, a raiz *klines* significando leito. Disso, mais tarde, vem a expressão “inclinação”, inclinar-se. Podemos então pensar sobre o movimento de inclinar-se para ver de perto aquele que está no leito. Ver de perto, obviamente, no sentido próprio e no sentido metafórico. É, provavelmente, neste sentido metafórico que a expressão passou da Medicina à Psicologia e à Sociologia e, a partir da década de 1990, também às Ciências da Educação.

Guy de Villiers (1989) nos informa que o adjetivo clínico pode descrever uma situação cada vez que uma prática coloca a ciência em contato com o homem concreto. Resumindo, a real e direta relação entre o observador e o observado como objeto empírico da ciência. Deste modo, descobrimos que, na abordagem clínica, o sujeito epistêmico não é o ideal para a pesquisa. De acordo com Imbert (1995), é impossível ao indivíduo deixar de estar envolvido no processo e suas palavras devem ser consideradas tais quais são expressas. É, novamente, o sujeito real que é defendido por Imbert, que assegura não haver clínica sem a interação dos sujeitos envolvidos. Portanto, estamos muito longe do conceito original médico de clínica.

É em Blanchard-Laville (1999) que a abordagem clínica aprofunda-se em Ciências da Educação, na década de 1990, desta vez, defendida como uma possibilidade de engajamento psicanalítico das situações de transferências entre pesquisador e objeto de pesquisa. A relação entre estes dois elementos implica a constituição de um caminho, cuja dinâmica é o ponto chave para a formação do professor. Essa dinâmica é formadora de uma relação nova de conhecimento. Abordagem não muito científica, nem completamente praxiológica, Blanchard-Laville defende o relevo de inspiração psicanalítica para sugerir uma compreensão menos enganosa do termo. Implicação é, talvez, o termo adequado para a abordagem clínica. Mas estar implicados - ou envolvidos - pode confundir cientistas rígidos, aqueles que acreditam unicamente no valor da pesquisa em que o pesquisador se distancia do objeto. Particularmente, receio infinitamente ter um olhar míope, se ficar longe de meus sujeitos. É por esta razão, inclusive, que considero muito apropriado o termo *klinikos*. Inclinando-se sobre meu “objeto”, eu o vejo melhor.

Lani-Bayle (2002) prefere o termo “dinâmica clínica” à “abordagem clínica” pelo sentido do movimento “da implementação de um processo que se desenvolve enquanto se faz”. A autora defende seu ponto de vista pelo fato de que em ciências da educação tocamos a formação de pessoas. Então é mais adequado pensar em um termo que indique, ao mesmo tempo, construção e temporalidade. E, além disso, o “educador clínico” deve permanecer aberto às surpresas dos “momentos clínicos” anunciados pela autora. Lani-Bayle diz que não há clínica sem experiência de interação ou “co-construção”. Isso é o que marca, portanto, segundo a autora, a linha que separa a abordagem clínica da abordagem psicanalítica.

A dinâmica clínica exige contato em que as trocas podem ser feitas. Ao escolher a abordagem clínica como metodologia de formação docente, presumimos estar preparados para esses compromissos interpessoais, que rompem com a onipotência

do formador em relação a seu aprendiz. A dinâmica clínica não funciona em linha reta, é o efeito de *loop* que inclui a sua dinâmica e incorpora sua complexidade. Isto permite não só um vai e vem, mas os contornos, as rondas de movimentos que podem expressar a organização do assunto. Este movimento irá envolver estreitamente o formador, porque está em seu trabalho, está em sua escrita. Não há, na verdade, escritura sem autor, nem autor sem escritura. Mesmo que este autor acredite ser posto à distância, ele está lá, ele passa através da extensão de seu braço que segura esta mão que escreve.

Jean Blanc(1999; p. 48) assegura que “o pesquisador clínico não pode (...) sonhar com uma linguagem objeto, um instrumento cortado de sua experiência”. A escrita requer a inclusão do pesquisador em seu texto. Então, a escolha metodológica de dinâmica é um duplo desafio, que começa bem antes do compromisso sensorial completo do pesquisador – não apenas à escuta – com seu objeto de pesquisa e de aprendizagem, e o fato de fingir terminar pela escrita aquilo que definiu pesquisar, já que uma pesquisa nunca está acabada; uma pesquisa, assim como uma aprendizagem, pode ficar em *stand-by*. A dinâmica clínica permite esta avaliação do fato que “não há uma ação perfeita que seja garantida antecipadamente” (CIFALI, 2001). A clínica responde e corresponde a uma dinâmica do encontro entre o observador e o observado.

Neste registro, Vincent de Gaulejac (1993; p. 76) defende a necessidade de observar a interação psicossocial do sujeito-objeto, a fim de compreender o seu funcionamento. Gaulejac concebe o fenômeno social como a origem do fenômeno psicológico, isto é, o meio determina, de alguma forma, “inclinações” e “gostos”. Por isso, nos afirma o autor que o “psiquismo que é produzido para o social, produzirá mais tarde este social”. Isso é o que Edgar Morin chamou recursividade, estes movimentos de vaivém constantes que põem em relação integral inúmeros aspectos da vida, mantendo-os distintos e formadores da complexidade.

A opção metodológica foi fundamentada sobre a valorização das falas dos pacientes, por intermédio de uma abordagem clínica com base na afetividade. Os educadores são estimulados a realizar uma intervenção em que predomine uma escuta sensível, baseada nos conceitos de Barbier (1997). É o paciente que, relatando suas histórias, reflete sobre sua condição atual, sobre o seu passado, sobre as mudanças que a doença lhe provoca cotidianamente. Em outras palavras, em vez de lhe mostrar aquilo que ele era capaz de fazer no passado, os professores os incentivam a pensar e dizer suas oportunidades do presente.

Isso nos leva ao *loop* da relação (MAIA-VASCONCELOS, 2010; 74) e ao termo mesmo de “dinâmica clínica” pelo sentido de inclinação, em movimento de curvar-se para ver a pessoa de perto em sua totalidade. De minha parte, com adolescentes com câncer, com quem trabalhei durante dez anos, e na formação de professores para este atendimento tão especial, ousou dizer, metaforicamente, que este ciclo se fecha quando, me “inclinando” para vê-los, também vejo meus pés e percebo que o corpo humano não comporta extremidades físicas, sociais ou psicológicas. Tudo é

composto de um grupo misto, que nem por isso nega a individualidade – esta indivisível dualidade – do sujeito:



Figura 1: *Loop* da relação (MAIA-VASCONCELOS, 2010; 74).

Diante de um sujeito que enfrenta uma doença grave e a iminência da morte, as ações devem ser precisas e rápidas. O profissional não é, talvez, nunca preparado com antecedência. Isso corresponde ao que Lani-Bayle (1999) chama de uma dinâmica clínica, neste sentido do movimento. Mireille Cifali (1993), afirma que “não há na abordagem clínica oposição entre conhecimento e ação”. Tais ações, segundo Cifali, são produtoras de conhecimento. Essas definições nos revelam uma metonímia da abordagem clínica: o texto pelo contexto e vice-versa. Transformar o indivíduo de quem estamos falando em um conceito é estigmatizante e contra todas as considerações do humanismo. O assunto deve ser visto e aceito em toda sua dimensão, a fim de realmente ser reconhecido.

Em busca de uma reflexão...

O professor hospitalar é incentivado a levar em conta a fragilidade de alunos especiais, seus níveis escolares e seu desejo de voltar à escola no futuro. As aulas, embora flexíveis, não acontecem sem critérios e exigem qualidade a fim de permitir revelar as capacidades destes alunos. Uma tarefa bem sucedida pode ser vivida pelo paciente como a crença na cura. Se parece muito imprudente pensar em cura, pode-se desenvolver a capacidade de buscar soluções.

Outro fator de destaque é a socialização da criança pela escolarização. Em vez de serem isolados do mundo, esses indivíduos interagem com outras pessoas, fazem amigos pertencentes ao mesmo contexto, mas com quem ele poderá trocar experiências, novas e antigas. No hospital, o ensino impele o indivíduo a aprender uma nova maneira de viver, conhecer outros colegas e esforçar-se, sobretudo, na comunicação. As lições em contato direto como professor têm como objetivo oferecer ao aluno simultaneamente a responsabilidade e o orgulho de saber resolvê-las.

O professor chega para lembrar que o corpo sofrido e doente do paciente abriga um ser capaz de aprender e desenvolver suas aptidões e habilidades intelectuais. Destarte, esse contato mostra que a escola acontece na verdade no encontro entre o Professor e seu aluno, não apenas numa área murada. Em qualquer local, independentemente de um diretor, um supervisor e mesmo de conteúdos, a escola une potencial e realidade. Isso não impede o desenvolvimento de um plano adequado às possibilidades do estudante. O fato de que esta prática de escola seja aplicada em hospital não implica que as atividades negligenciem critério e sistematização. Ao contrário, elas seguem um plano. Essas habilidades podem já estar no espírito dos professores no momento em que escolhem este meio para vir trabalhar, mas também

podem desenvolvê-las durante o treinamento oferecido anteriormente. Este é o momento decisivo, em que educadores também podem declinar de sua decisão. Nada os obriga a continuar o trabalho no caso de uma situação causar-lhes um choque.

Entendemos este processo como essencial à formação docente, como a recorrência positiva do processo de reconhecimento humano. Nesta abordagem, concebemos o indivíduo em constante aprendizagem e por isso necessitando ser reinserido continuamente em seu ambiente para não se tornar um estranho. Desse modo, a abordagem clínica apresenta-se como uma estratégia para formação de profissionais de educação que trabalham com pessoas que estão vivenciando uma situação que consideramos limite, e que põe esses profissionais também em situação limite, porque estar nesse trabalho implica assumir responsabilidades em duplo sentido - do professor para o paciente e do paciente para o professor. Esta responsabilidade permite aos professores em formação perceber que a formação docente é sempre presente em sua vida pessoal e profissional. Estamos ainda engatinhando na formação de professores para atuarem em situações diferentes do corriqueiro, e talvez seja esse não saber constante o que mais nos mantém estáveis.

Referências

- ARIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.
- BAKHTIN, M. [1929]. **Marxismo e filosofia da linguagem**. Trad. LAHUD, M.; VIEIRA, Y. F. col. WISNIK, L. T. e CRUZ, C. H. D. C. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BARBIER, R. **L'Approche transversale: l'écoute sensible en sciences humaines**. Paris: Anthropos, 1997.
- BLANC, J. **La relation au langage dans la communication d'une recherche clinique**. Laboratoire GRE. Université de Provence. Les Cahiers. 1999.
- BLANCHARD-LAVILLE, C. L'approche clinique d'inspiration psychanalytique: enjeux théoriques et méthodologiques. / **Revue française de Pédagogie**, n. 127, p. 9-22, avril-mai-juin 1999.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. / Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC; SEESP, 2002. 35 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer sobre Diretrizes Curriculares para a Educação Especial**. Conselho Nacional de Educação. 2002. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 30 maio 2013.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 30 maio 2013.
- Brasil. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC; SEESP, 2002.
- CIFALI, M. **Accompagner un élève souffrant**. Les Cahiers Pédagogiques, n. 399, décembre 2001.
- CIFALI, M. **Démarche clinique** – Salon des apprentissages individualisés et personnalisés. Novembre de 1993.
- DELORME, O. **Etre malade et apprendre**. Col. Comprendre les personnes. Lyon: Chronique Sociale, 2000.
- De GAULEJAC, V.; ROY, S. **Sociologies Cliniques**, Epi – Desclée de Brouwer, 1993.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. Coleção Educação e Comunicação, v.1. (Education et Changement).
- GOFFMAN, E. **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Tradução Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. Petrópolis: Vozes, 2011.
- IMBERT, F. A propos de la démarche clinique. **Cahier pédagogique**, n. 234, p. 148, mai. 1995.
- LANI-BAYLE, M. **L'enfant et de son histoire: vers une clinique narrative**. Ramonville Saint-Agne: Erès, 1999(a).

- LANI-BAYLE, M. **Les sciences de l'éducation en question**. Recueil de Cahiers, 23, 29, 31 et 37. 2002.
- LAROUSSE. **Dictionnaire étymologique et historique du Français**. Paris: Larousse, 1964, 1993.
- MAIA-VASCONCELOS, S. F.; PENHA, G. T. C. Relações parentais e paradoxo: psicodinâmica da autonomia do adolescente. Fortaleza: **Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria**. Out., 2000.
- MAIA-VASCONCELOS, S.F. **Penser l'école et la construction des savoirs**. Berlim: Editions Universitaires Européennes, 2010. v. 01. 454p .
- MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade** (debate). Lisboa: Europa América, 1985.
- PARÉ, A. **Créativité et pédagogie ouverte**: organisation de la classe et intervention pédagogique. V. III. Québec: NHP, 1977(c).
- VILLIERS, G. La démarche clinique en sciences humaines, In: RENAULD d'ALLONES, C et al . **Histoire de vie comme méthode clinique**. Paris: Dunod, 1989.

Correspondência

Sandra Maia Farias Vasconcelos – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Letras Vernáculas. Avenida Treze de Maio. Benfica, CEP: 60420-070 – Fortaleza, Ceará – Brasil.

E-mail: sandramaiafv@gmail.com

Recebido em 03 de abril de 2014

Aprovado em 10 de outubro de 2014

