

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

RITA FRANCIS GONZALEZ Y RODRIGUES BRANCO

**CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR EM RELAÇÃO
PROFESSOR-ALUNO/PACIENTE NA PERSPECTIVA BALINTIANA**

Goiânia

2008

RITA FRANCIS GONZALEZ Y RODRIGUES BRANCO

CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR EM RELAÇÃO
PROFESSOR-ALUNO/PACIENTE NA PERSPECTIVA BALINTIANA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Doutor em Educação, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Maria Hermínia Marques da Silva Domingues

Goiânia

2008

Às moças do jaleco-cor-de-rosa, mulheres especiais, que fazem a diferença junto aos pacientes, ensinando-os, sobretudo, a viver, ainda que, algumas vezes, por pouco tempo...

AGRADECIMENTOS

A Michael Balint (in memoriam):

Por que foi através de seus textos que construí meu conhecimento a respeito da relação entre o profissional e seu paciente, aprendendo também, a entender o processo saúde/doença de forma sistêmica, em um verdadeiro contexto bio-psico-social.

A Boris Luban-Plozza (in memoriam):

Por que foi através de nossa correspondência, durante os anos 2000 e 2001, que aprendi que os grupos Balint podem e devem ser usados de forma criativa com vários profissionais, desde que estes estejam em contato com pacientes.

Ao Professor Dalson Borges Gomes:

Por que enquanto estive à frente da Superintendência do Ensino Especial da Secretaria de Educação do Estado de Goiás, sempre acreditou na possibilidade de uma melhor capacitação das professoras de classe hospitalar através da teoria Balint, favorecendo o início desse estudo.

À Professora Zilma Rodrigues Neto:

Por que como Coordenadora do Projeto Hoje, foi uma grande incentivadora desta pesquisa, possibilitando o desenvolvimento de todas as suas etapas.

À equipe do Programa Saudavelmente da Universidade Federal de Goiás

Por que muito me incentivaram e propiciaram condições para que eu terminasse esta tese.

Às Professoras de classe hospitalar:

Por que companheiras inestimáveis desta caminhada, acreditaram na possibilidade de uma construção nova da relação professor-aluno. Muito me ensinaram durante este estudo.

À minha orientadora Professora Dra. Maria Hermínia M.S.Domingues:

Por que como educadora reflexiva e ouvinte atenciosa possibilitou-me a construção desta pesquisa em meio a todas as adversidades que a vida me proporcionou nestes últimos anos.

A Deus:

Meu agradecimento maior – Pai carinhoso possibilitou-me sabedoria, ciência, mansidão e fortaleza para desenvolver esta pesquisa.

Raymond é um menino de nove anos. Sofre de malformação das vias urinárias e seu estado não tardará a ficar fora do alcance das possibilidades terapêuticas atuais. Desenha, ou melhor, tenta desenhar uma família e comenta:

___Vai ser difícil!

E o seu desenho nunca chega ao fim, pois é sempre corrigido e está sempre cheio de espaços em branco. Tenta em seguida, desenhar a sua própria imagem, sem maior sucesso:

___Nunca vi uma coisa assim. (...) Vou buscar minha borracha.

E desenha uma série de personagens que, de novo, são apagadas logo depois de terem sido traçadas. A borracha visa principalmente à parte inferior, deixando buracos nos lados, imagem perfeita do que a doença fez com ele.”

(Ginette Rimbault em A Criança e a Morte)

RESUMO

BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues. **Capacitação de professores de Classe Hospitalar em relação professor-aluno/paciente na perspectiva balintiana**. 2008. 180 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

Linha de pesquisa: Cultura e Processos Educacionais. Objeto de estudo: teoria Balint/grupos Balint na capacitação de professores de classe hospitalar. Objetivo: avaliar a capacitação para enfrentamento da morte com a teoria Balint/grupos Balint. Pesquisa-ação existencial com professoras do “Projeto Hoje” da SEE/GO. A partir dos dados organizou-se 5 agrupamentos para análise: identidade de professoras de classe hospitalar; ação-reflexão-ação; ato pedagógico; escuta pedagógica e transferência/contratransferência. Foi feita uma leitura das falas das professoras com o referencial teórico da teoria Balint. Conclusão: as professoras apresentaram: aumento de resiliência; refinamento da escuta pedagógica; percepção dos mecanismos de defesa; compreensão do processo de adoecimento; compreensão dos limites e possibilidades e, maior discernimento de sentimentos e afetos.

Palavras-chaves: Classe Hospitalar; Balint; Formação de Professores.

ABSTRACT

BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues. **Balint perspective qualification of hospital classes teachers in teacher/student relationship.** 2008. 180f. Thesis (Program of Postgraduate in Education) – Education College, Federal University of Goiás, Goiânia, 2008

Search line: Culture and Educational Processes. Search object: Balint theory/Balint groups in the qualification of hospital classes teachers. Objective: study the qualification through Balint theory/Balint groups. Existential action search with the teachers of “Projeto Hoje” from SEE/GO. The analysis of the results shows 5 groups for discussion: identity of the hospital classes teachers; action-reflection-action; pedagogical act; pedagogical listening and transference/contratransference. The discourse of the teachers was red about Balint theory. Conclusion: the teachers presented: the enlargement of the personal resilience; development of the pedagogical listening; the most perception of the defense mechanisms; comprehension of the illness process; comprehension of the limits and possibilities and the most discernment of the feelings.

Key words: Hospital Classes; Balint; Qualification of Teachers

SUMÁRIO

RESUMO	pg.06
---------------------	-------

ABSTRAT	pg.07
----------------------	-------

INTRODUÇÃO: DE COMO SE CONSTRUIU A TESE

3.1 UMA PEQUENA OBSERVAÇÃO A RESPEITO	pg.14
--	-------

A que se propõe a introdução. Norteadores para uma melhor compreensão do texto.

3.2 REFLEXÕES SOBRE A TESE	pg.14
---	-------

História da construção da tese. O encontro com as professoras de classe hospitalar.

O conhecimento da práxis das professoras dentro do Hospital das Clínicas/UFG.

De como se iniciou o movimento da pesquisa.

3.3 COMPREENDENDO O MÉTODO	pg.20
---	-------

A busca da metodologia mais adequada. Reflexão sobre a pesquisa-ação.

O convencimento da importância da pesquisa-ação através do diálogo com os autores.

3.4 A AÇÃO	pg.27
-------------------------	-------

Pesquisa-ação existencial. Delineamento do estudo (espiral proposta por René Barbier).

População estudada. A ação desenvolvida – o curso de extensão para as professoras de classe hospitalar. Texto final – súmulas dos capítulos e da conclusão.

CAPÍTULO I – ABRE-SE A CORTINA, UM NOVO CENÁRIO SURGE...

4.1. CONHECENDO A CLASSE HOSPITALAR	pg.35
--	-------

Conceito sócio-histórico das classes hospitalares.

Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar de acordo com a proposta do Ministério

da Educação.

Reflexão sobre o processo de adoecimento e sua complexidade.

Apresentação do cenário hospitalar como novo locus de ensino-aprendizagem.

Hospital: doença, dor, sofrimento e morte. A criança hospitalizada e o hospitalismo.

Ensino especial e pedagogia hospitalar.

Ensino em hospitais e segregação: história do ensino especial hospitalar.

Concepção recente das classes hospitalares. Legislação que embasa a Pedagogia Hospitalar.

Caracterização dos professores de classe hospitalar.

A classe hospitalar em Goiás: como se configurou e a situação atual.

4.2. A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR.....pg.49

Formação de professores. Formação e a identidade dos professores da classe hospitalar.

Saberes necessários aos professores de classe hospitalar. Profissionalização.

Perfil das professoras de classe hospitalar em diversas regiões brasileiras, em relação ao gênero, idade e formação.

Pesquisas acadêmicas sobre a profissionalização dos professores de classe hospitalar.

“Habitus” e “bricolage” no cenário das classes hospitalares.

A pedagogia hospitalar e os cursos de Pedagogia.

Como desenvolver a formação adequada para o professor de classe hospitalar?

Correlação teórico-prática em classe hospitalar.

Formação de professores: graduação ou pós-graduação?

Treinamento em serviço – atual formação de professores de classe hospitalar.

4.3. A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR EM GOIÁS.....pg.59

Projeto “Hoje”. Características das classes hospitalares em Goiás.

Capacitação das professoras goianas que desenvolvem atividade em classe hospitalar.

O fazer das professoras goianas em classes hospitalares.

Enfrentamento da dor, da morte e do sofrimento: a necessidade de grupos Balint.

CAPÍTULO II – APRESENTANDO BALINT ÀS PROFESSORAS DE CLASSE HOSPITALAR

5.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO.....pg.63

Reflexão sobre a relação professor-aluno e o processo ensino-aprendizagem.

Compreensão da relação professor-aluno vinculado ao processo de desenvolvimento infantil: algumas referências a Vigotsky, a Wallon.

Relação professor-aluno enquanto espaço vincular.

Emoções e sentimentos na relação entre o professor e seu aluno.

5.2 A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO

NO CENÁRIO DAS CLASSES HOSPITALARES.....pg.70

Reflexões sobre as características da relação professor-aluno em ambiente hospitalar.

Professor e aluno frente à dor, ao sofrimento, à morte e ao luto.

Peculiaridades do trabalho em cenário hospitalar: investimento afetivo como fator de risco para burnout.

Trabalhadores em hospital: Síndrome de Burnout.

Hospital, sofrimento mental e gênero, algumas reflexões teóricas.

A necessidade de teorias que possam auxiliar as professoras de classe hospitalar no enfrentamento do estresse laboral.

5.3 UM POUCO DE PSICANÁLISE NO ENTENDIMENTO DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO HOSPITALIZADO.....pg.79

Psicanálise e Educação. Categorias principais: id, ego e superego.

A compreensão da sexualidade infantil e sua importância no processo ensino-aprendizagem.

A compreensão da transferência e contratransferência no processo ensino-aprendizagem.

Aquisição de conhecimentos psicanalíticos como pauta de entendimento da relação professor-aluno.

5.4 APRESENTANDO BALINT ÀS PROFESSORAS DE CLASSE HOSPITALAR.....pg.84

Aspectos históricos da teoria Balint. Categorias fundantes da teoria Balint.

Grupo Balint: metodologia reflexiva. Grupos Balint: “training-cum-research”.

Características Essenciais e Desejáveis dos Grupos Balint.

Balint na graduação e pós-graduação de medicina: experiência em vários países.

Balint na graduação e pós-graduação de medicina: experiência no Brasil e, especificamente, em Goiás.

Balint como prevenção de Síndrome de Burnout.

Professores em grupo Balint: experiências em outros países.

CAPÍTULO III: BALINT PARA PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR: UMA POSSIBILIDADE DE CAPACITAÇÃO?

3.1. COMPREENDENDO E ANALISANDO OS DADOS DO “OBJETO ABORDADO”...pg.96

Análise dos dados referentes às professoras de classe hospitalar de Goiânia (cenário da pesquisa)

Dados referentes ao gênero

Dados referentes à idade

Dados referentes à religiosidade

Dados referentes ao local de trabalho

Dados referentes ao tempo de experiência docente

Dados referentes à formação acadêmica

Dados referentes à capacitação em classe hospitalar

Dados referentes à capacitação para o enfrentamento da dor, sofrimento e morte.

Dados referentes à motivação para trabalhar em classes hospitalares

Dados referentes às dificuldades encontradas nas classes hospitalares

3.2. COMPREENDENDO E ANALISANDO OS DADOS DO “OBJETO CO-CONSTRUÍDO”.....pg.98

Descrição do grupo pesquisado de professoras de classe hospitalar (sujeitos da pesquisa)

Descrição do curso de capacitação em teoria Balint (ação na pesquisa)

Dados referentes aos agrupamentos surgidos ao fim da pesquisa: (a) identidade de professores de classe hospitalar; (b) ação-reflexão-ação; (c) ato pedagógico; (d) escuta pedagógica e (e) transferência e contratransferência.

Análise dos dados encontrados através dos dois questionários, do relato de atendimento pedagógico, da avaliação semestral e dos grupos Balint.

CONCLUSÃO.....pg.132

REFERÊNCIAS.....pg.137

APÊNDICES..... pg.156

INTRODUÇÃO

DE COMO SE CONSTRUIU A TESE

Fazer uma tese significa, pois, aprender a pôr ordem nas próprias idéias e ordenar dados: é uma experiência de trabalho metódico; quer dizer, construir um “objeto” que, como princípio, possa também servir aos outros. (Umberto Eco)

Não queremos ação sem pesquisa, nem pesquisa sem ação. (Kurt Lewin)

INTRODUÇÃO

DE COMO SE CONSTRUIU A TESE

1. UMA PEQUENA OBSERVAÇÃO A RESPEITO...

Ao iniciar este texto, pretende-se apresentar uma breve reflexão sobre o significado de se construir uma tese, procurando desvelar sua história e seus movimentos, de forma que haja uma clara compreensão dos motivos que permitiram a pesquisa do tema. Da mesma forma, procura-se, nesta introdução, refletir sobre a escolha metodológica, discutindo-se sobre pesquisa-ação e suas implicações, apontando a opção feita nesse estudo. Sabendo-se que o rigor da ciência ordena a possibilidade de repetição das pesquisas, deixar claro os passos desenvolvidos para chegar-se às conclusões desta tese passa a ser, portanto, um dado essencial. Por fim, busca-se apresentar as súmulas de cada capítulo da tese, bem como de sua conclusão, no sentido de esclarecer melhor ao leitor sobre o texto final apresentado.

2 REFLEXÕES SOBRE A TESE:

A construção de uma tese não se faz em poucos minutos, mas ocorre a partir de um contexto de vida e experiência. O pesquisador caminha por veredas várias, questiona os dados que lhe surgem e, por fim, ao ficar curioso a respeito de assuntos que lhe são caros, acaba por desenvolver questões a serem respondidas e, daí nasce a pesquisa – a tese. Os anos de experiência, tanto teórica quanto prática, vem respaldar a curiosidade científica do pesquisador e, por isso, uma tese é geralmente construída em meio ao outono da vida, quando o pesquisador muito já fez, muito já viu, muito já leu e, muito já viveu.

*A tese é sempre de PhD, tese de Doutorado, e constitui um trabalho **original** de pesquisa, com o qual o candidato deve demonstrar ser um estudioso capaz de fazer avançar a disciplina a que se dedica. E, com efeito, ela não é elaborada aos vinte e dois anos, mas bem mais tarde, às vezes mesmo aos quarenta ou cinquenta anos. Por que tanto tempo? Porque se trata efetivamente de pesquisa **original**, onde é necessário conhecer a fundo o quanto foi dito sobre o mesmo argumento pelos demais estudiosos (ECO, 2002, p.2).*

Ora, sendo assim, uma construção ao longo da vida profissional do próprio pesquisador, toda tese encerra em si mesma sua própria história, o contexto em que foi gestada. A história da tese é de suma importância para a compreensão daqueles que a vão ler. Ler uma tese pressupõe conhecer os meandros da construção do problema, perceber os motivos que mobilizaram o pesquisador através do tema, enfim é, sobretudo, contextualizá-la na vida – na vida acadêmica, na vida profissional e na vida pessoal do pesquisador. A obra e o autor são interligados e não podem ser separados sob o risco de a tese perder sua “alma”, sua razão de ser.

A tese é, em primeira mão, uma descoberta da arquitetura reflexiva presente em toda investigação; logo, a ciência como atividade transforma-se na faina artística que inventa para revelar as dimensões invisíveis, incógnitas, submersas, recônditas, múltiplas, sensíveis, complexas. Ciência e arte dialogando concretamente no dia a dia de cada página que se volta nos fichamentos bibliográficos, em todo o conhecimento compilado na tradução de uma hipótese, na ousadia de uma montagem metodológica, na humildade de quem desconfia do que descobriu, na segurança de poder ir além: descoberta como invenção, resposta contida na pergunta e, sobretudo, o prazer do jogo. (FERRARA, 2002, p. XII).

Esta pesquisa que aqui se constrói enquanto uma tese de Doutorado em Educação, também tem sua história, o seu jogo, sua “alma”. História essa que se organiza em fases de conhecimento do objeto, sedução entre eu (pesquisadora) e o objeto de estudo, busca de caminhos epistemológicos, e, por fim, a decisão tomada de pesquisar novas abordagens e contribuir não só com as professoras de classe hospitalar da cidade de Goiânia, mas, sobretudo, deixar nos anais teóricos e acadêmicos, possibilidades epistemológicas de trabalho, pesquisa e estudo da teoria Balint nesta nova seara - a pedagogia hospitalar. Ampliar as possibilidades da teoria balintiana, apresentar às professoras novos caminhos teóricos, construir o tema original necessário a partir das pesquisas já feitas, eis os objetivos dessa tese que ora se completa.

Para que os leitores atentos desta pesquisa possam entender como ocorreu sua construção, passo agora a contar sua história, a jogar o seu jogo, a desvelar sua “alma” - suas

dimensões invisíveis, incógnitas, submersas, recônditas, múltiplas, sensíveis, complexas (FERRARA 2002, p. XII).

Em agosto de 2001, eu terminara meu Mestrado em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG), defendendo dissertação sobre o uso dos grupos Balint em aulas de relação médico-paciente na Faculdade de Medicina da mesma Universidade¹. A pesquisa fora desenvolvida com os alunos do terceiro ano letivo, durante a disciplina de Semiologia Médica². Após a prática nas enfermarias, os estudantes participavam, comigo, de grupos Balint, onde refletiam sobre os casos dos pacientes atendidos. O estudo demonstrara a importância dos grupos Balint no devir dos estudantes de medicina e no desenvolvimento da relação médico-paciente. Assim, a metodologia por mim utilizada nas referidas aulas, no curso médico, acabou por ficar bastante divulgada dentro do Hospital das Clínicas /UFG³.

Estando eu, freqüentemente, nas enfermarias de Pediatria⁴, encontrava médicos residentes, pediatras, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde interessados em participar de algum grupo Balint. Naquela época, início do século XXI, eu encontrara novos profissionais pelos corredores do Departamento de Pediatria e Puericultura – algumas *moças de jaleco cor-de-rosa*. Fiquei sabendo que eram professoras de classe hospitalar⁵, mas não me aprofundi no assunto.

¹ BRANCO, Rita Francis G. R. *O ensino na perspectiva dos grupos Balint: um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de Medicina com seu paciente*. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação Universidade Federal de Goiás. 2001.

² A Semiologia Médica é a disciplina responsável pelo processo ensino-aprendizagem do ato médico. Nesta disciplina o aluno aprende a atender o paciente, desenvolvendo habilidades de comunicação, de inspeção, palpação, percussão e ausculta para exame físico, atitudes éticas e conhecimentos sobre os sinais e sintomas que os pacientes possam apresentar.

³ Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, descreveu na década de 50 do século XX, uma teoria sobre a relação entre o médico e seu paciente, bem como desenvolveu também uma metodologia de grupo para capacitar os profissionais a terem uma boa relação médico-paciente. Esta técnica posteriormente ficou conhecida como Grupo Balint. Atualmente têm-se trabalhado sua teoria e seus grupos com outras categorias profissionais da área da saúde no sentido de melhorar a relação profissional-paciente.

⁴ Sou Cardiopediatra, o que me levava a desenvolver atividades ligadas ao Departamento de Pediatria e Puericultura da FM/UFG.

⁵ Segundo o Ministério da Educação as classes hospitalares têm como finalidade possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos, no âmbito da educação básica e que se encontram impossibilitados de freqüentar escola, temporária ou permanentemente, por estarem adoecidos e hospitalizados e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente (BRASIL, 2002).

Sempre muito presentes, as *moças de jaleco cor-de-rosa* passaram a conversar comigo sobre as atividades desenvolvidas com os pacientes. Trocávamos várias idéias sobre a relação entre a equipe e os pacientes e, sobre os profissionais da equipe, entre si. Com o tempo e, por causa de minha prática com os grupos Balint, eu era freqüentemente convidada a trocar algumas palavras com aquelas professoras sobre morte, sofrimento da mãe e da criança, enfim, sobre a relação com os pequenos alunos/pacientes.

Certo dia, estava eu prescrevendo na papeleta de meu paciente, quando assisti a uma cena de intensa dor existencial – uma das professoras entrou na Pediatria com um lindo presente, embrulhado em papel colorido com laço de fita. Ela trabalhara uma história infantil com um garoto em dias anteriores, e este gostara muito da atividade, confidenciara à professora que nunca possuía um livro de histórias e que gostaria muito de poder adquirir um só para si. A professora fora ao *Shopping Center* e passara horas nas livrarias escolhendo o livro que iria levar ao garoto, como presente seu. Assim, naquela manhã, ela estava particularmente feliz – daria o presente ao seu aluno! Ao adentrar à enfermaria encontrou o leito vazio, sem o lençol. O colchão dobrado⁶.

O paciente havia falecido naquela noite. Presenciei o choro e a dor da mestra, o olhar de desalento para o embrulho de presente. O sofrimento por estar ali, ensinando àquelas crianças que estavam doentes, às portas da morte.

Dias depois, vieram solicitar-me que desenvolvesse grupos Balint com as professoras, pois acreditavam que seria bom para o desenvolvimento de uma relação professora-aluno (paciente) mais adequada e menos dolorosa. No entanto, não pude desenvolver tal projeto, pois, naquela época, eu assumira a Diretoria Gestão de Pessoas do Hospital das Clínicas/UFG e não tinha um tempo livre para desenvolver a proposta. Outro motivo existia: há, aproximadamente, 10 anos eu desenvolvia grupos Balint com médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, fisioterapeutas, mas ainda não havia pensado em utilizar tal metodologia com profissionais que não fossem especificamente da área da saúde.

Movida pela curiosidade científica, fui buscar, na internet, algum indício do uso de grupos Balint com pedagogos. Assim, encontrei o estudo feito na Croácia, por Kulenovic e Blazekovic-Milakovic – *Balint Groups as a driving force of ego development*⁷. Os referidos

⁶ Em um hospital, o leito vazio, sem lençol, com o colchão dobrado têm, para a equipe de saúde, uma representação funesta, pois quase sempre significa que o paciente foi à óbito.

⁷ KULENOVIC, M.; BLAZEKOVIĆ-MILAKOVIC, S. Balint Groups as a driving force of ego development. *Coll. Antropol. Suppl* 1: 103-108 24 /jul/2000

autores citavam grupos que tinham a participação de pedagogos. No entanto, a falta de tempo e as atividades da Diretoria Gestão de Pessoas absorviam-me intensamente e os possíveis grupos Balint com as professoras acabaram por ficar “engavetados”.

Em dezembro de 2003, lancei meu livro⁸ sobre a relação com o paciente e, algumas professoras da classe hospitalar do Hospital das Clínicas/UFG deram uma “olhada por cima” nos capítulos. Nova solicitação para fazermos um trabalho sobre Balint com elas. Paralelamente, por estar na Diretoria Gestão de Pessoas, passei a entender melhor o fazer das *moças de jaleco cor-de-rosa*.

Durante esse período, participei ativamente do processo de humanização do hospital, o que estreitou os laços entre mim e as professoras. Partilhamos festas, alegrias e sonhos. A aproximação com as *moças de jaleco cor-de-rosa* permitia, cada vez mais, um espaço de escuta acolhedora do sofrimento e da dor dessas profissionais frente à morte de seus alunos. Fui, assim, construindo, dentro de mim, um desejo intenso de trabalhar a teoria Balint com aquelas professoras. Passei a pesquisar o que havia sobre tal assunto – Balint e classe hospitalar. Não encontrei absolutamente nada naquela época. Ainda que não percebesse, eu já estava fazendo o movimento da pesquisa, pois que, segundo Laville e Dionne,

O pesquisador tem o gosto por conhecer (...) Mas ser curioso e cético conduz a reconsiderações, a iniciar pesquisas com frequência. Esse procedimento exigirá trabalho e esforço, que somente empreendemos se estivermos convencidos de que nos levarão a um saber mais válido (1999, p.96).

Paralelamente a todo este movimento, fui convidada, por fazer pesquisas usando o método fenomenológico, a participar de uma aula com alguns colegas pesquisadores, na Faculdade de Educação/UFG sobre Fenomenologia e Pesquisa. Naquela aula estava presente a professora coordenadora das classes hospitalares dos hospitais públicos de Goiânia. Após a referida atividade, trocamos algumas palavras. Reencontramo-nos no Hospital das Clínicas/UFG e, assim, iniciamos uma parceria sobre o assunto. Eu buscava estudar cada vez mais sobre classe hospitalar, e ela fornecia-me os subsídios necessários. A partir deste encontro e, sendo ainda a Diretora Gestão de Pessoas do HC/UFG, passei a participar da Semana de Estudo sobre Pedagogia Hospitalar, que ocorria anualmente no referido hospital. Fazíamos questão de manter a parceria com a Superintendência do Ensino Especial da Secretaria da Educação do Estado de

⁸ BRANCO, Rita Francis G. R. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Goiás (SEE/GO), à qual as classes hospitalares estão vinculadas, abrindo-lhes as portas do hospital para que pudessem desenvolver tal capacitação. Minha participação foi ampliada para eventos da própria Superintendência de Ensino Especial da SEE/GO, sempre falando sobre a atuação da professora de classe hospitalar como um novo personagem da equipe de saúde. Fui, então, tecendo minha pesquisa em meio à minha ação.

Em 2004, após deixar o cargo de Diretora Gestão de Pessoas do HC/UFG, fui aprovada na seleção para o Programa de Doutorado da Faculdade de Educação da UFG, para dar continuidade à minha formação. A partir de minha aprovação, iniciei formalmente a pesquisa sobre o desenvolvimento de grupos Balint junto às professoras de classes hospitalares. Desta forma, tinha delineado o problema de minha pesquisa: “o estudo da teoria balintiana e o desenvolvimento de Grupos Balint com professores da Classe Hospitalar poderiam, à semelhança do que eu já havia demonstrado com alunos de medicina, propiciar uma melhor capacitação no que se refere à relação professor-aluno/paciente?”

*Quando nos propomos a iniciar uma atividade de pesquisa, nós a situamos dentro de um quadro de preocupações teórico-práticas. Ou seja, temos uma **Área de Interesse** que é um campo de práticas, onde as questões que incitam nossa curiosidade teórica se concentram (...) No interior dessa **Área de Interesse** que antecede e ultrapassa um projeto específico, se situa a questão da definição do Objeto ou a definição do Problema (...) Para o delineamento do objeto, a primeira tarefa a que nos propomos é um trabalho de pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir uma ordenação ainda imprecisa da realidade empírica. (MINAYO, 1998, p. 96-97) ⁹*

Assim, estava eu iniciando uma pesquisa dentro de minha **Área de Interesse** – a relação profissional-paciente na perspectiva Balint; já delimitara meu objeto de pesquisa ou mesmo meu problema – uso dos grupos Balint com professoras de classes hospitalares - e, já empreendia uma revisão bibliográfica sob três aspectos: (a) teoria Balint e grupos Balint, (b) classes hospitalares e, (c) relação professor-aluno.

Já que o próprio tema “classe hospitalar” é, ainda, desconhecido no âmbito da saúde e no âmbito da educação, percebi que teria que estudar tal assunto em sua complexidade: pedagogia hospitalar, legislação a respeito, diversidade, ensino especial, ensino inclusivo e formação de professores. Em relação à teoria Balint e seus grupos, pesquisei intensamente no sentido de encontrar mais experiências com professores ou pedagogos. No que diz respeito à

⁹ Grifo original do autor.

relação professor-aluno, passei a estudar com afinco, teóricos como Vigotsky e Walon. Meus conhecimentos prévios da teoria de Winnicott e de Pediatria passaram também a me embasar para tal discussão. Assim, tecendo conhecimentos de várias áreas, iniciei a minha pesquisa, pois:

Quando um pesquisador conscientiza-se de um problema, o faz a partir de uma observação do real ou de uma leitura sobre o real e por meio de um quadro de referência determinado. Esse quadro de referência lhe fornece a grade de leitura pela qual percebe o real. É composto de saberes adquiridos pelo pesquisador, mas este confere a esses saberes, devido a seus valores pessoais, um peso variável (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.95).

O início de uma pesquisa prevê um método de sistematização das idéias e dos conceitos. Assim, se fazia necessário construir uma pauta metodológica para que a pesquisa, de fato, se organizasse.

3. COMPREENDENDO O MÉTODO:

Uma vez delimitado o campo de conhecimentos necessários à pesquisa, era importante estabelecer a metodologia a ser desenvolvida. Naquele momento, a construção do projeto de pesquisa se fazia real e o método tornava-se uma necessidade para que se pudesse iniciar o estudo. Precisava, pois, delimitar o campo da pesquisa para poder trabalhar de forma sistematizada. Parecia-me claramente, que o estudo a se desenvolver era uma pesquisa-ação, pois que:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2007, p.16)

E afinal, todo o estudo não era fruto apenas de uma curiosidade científica minha enquanto pesquisadora, mas era conseqüente a uma questão que se vinha delineando no grupo de professoras de classe hospitalar e que, de alguma forma, eu estava em parceria com elas. Era um movimento de todas – as professoras e eu, em busca de solução para um problema real. Não havia uma formação específica de professores de classe hospitalar, e nem tampouco, um momento em que fosse trabalhada a questão da morte, do sofrimento e da dor.

A formação de professores é concebida em um contexto de vida, pois que a escola está posta onde as crianças vivem. O imaginário dos professores se faz em relação ao futuro: o

aluno será ou não aprovado, deverá terminar seus estudos, prestar vestibular e, assim por diante, sempre visando um futuro – a vida. Ao contrário, o ambiente hospitalar está representado pela morte, pela dor, pelo sofrimento, pois quem está hospitalizado, está adoecido e carece de uma atenção maior, pois pode vir a óbito (PITTA, 1999; BRANCO, 2001a).

Pressupondo que a teoria Balint poderia proporcionar tal capacitação, a proposta de desenvolver um curso nessa perspectiva vinha ao encontro do desejo daquelas professoras. Através dos grupos Balint, relatando experiências próprias do atendimento de cada aluno/paciente, cada professora, certamente, poderia ressignificar seus conceitos e aprender a conviver com situações altamente angustiantes. Os grupos Balint favorecem a capacitação dos estudantes de medicina e dos médicos em relação aos fenômenos psicodinâmicos que ocorrem no encontro com seus pacientes (BRANCO, 2001a; BALINT, 2005). Agora, talvez, fosse possível trabalhar a mesma dimensão com as professoras de classe hospitalar; e nós todas, eu, enquanto pesquisadora e as professoras, enquanto comunidade que enfrenta um problema real, desejávamos caminhar juntas por tal vereda. Desta forma, o estudo que se delineava parecia contemplar, plenamente, a afirmativa de que:

A pesquisa-ação é concebida como aliança estratégica de sujeitos coletivos inscritos em categorias singulares, que passam a produzir relatos sobre si e sobre suas tradições e posições socioculturais, inscrevendo suas identidades no horizonte mais amplo das culturas. (COSTA, 2002:94)

É sabido que esse tipo de pesquisa suscita questionamentos no âmbito acadêmico (THIOLLENT, 2007). Na área da saúde, em especial, a hegemonia da pesquisa quantitativa experimental ou dos estudos epidemiológicos, é mantida sob pena de se considerar uma pesquisa “menor” àquelas que se desenvolvem através de outros caminhos epistemológicos. A neutralidade, o afastamento entre sujeito e objeto, a observação empírica do fato e o tratamento estatístico dos dados são normas rígidas da pesquisa médica. Eu, enquanto médica, submetida ao estatuto da profissão, encontrava-me, agora, frente à possibilidade de desconstrução do discurso científico hegemônico em minha categoria e, poderia, com isso, criar uma ampla área de conflito epistemológico. Assim é que,

Dois elementos importantes que a pesquisa-ação introduz nos processos de investigação – a convivência e a participação. Tais componentes seriam indicativos de seu distanciamento dos cânones da concepção clássica, tradicional de ciência, na qual esta constitui um conjunto de conhecimentos

comprovados e objetivos produzidos por métodos rigorosos e supostamente neutros (COSTA, 2002, p.95).

No entanto, inscrevia-me aqui, agora, como educadora e, portanto, precisava compreender a pesquisa nesta seara. Embora na área da Educação, a possibilidade do uso de métodos qualitativos encontre maior respaldo, a pesquisa-ação ainda é bastante questionada no âmbito acadêmico (ZEICHNER, 2003). A pesquisa quantitativa experimental também conheceu seu apogeu, na seara da educação, e agora está cedendo lugar a outras possibilidades, como a dialética do materialismo histórico. O cenário epistemológico nas ciências humanas parece bastante complexo e, exatamente por isso, via-me na condição de necessidade de delimitar muito bem meu método, até mesmo para que meu estudo pudesse adquirir o respeito necessário dentro da academia. O diálogo com os vários teóricos da educação fez-se necessário para que eu pudesse ampliar minha percepção e a defesa do método que pretendia utilizar.

A reivindicação de um estatuto epistemológico próprio às ciências sociais, entretanto vem sendo feita com o enfrentamento de muitas dificuldades. No que se refere à educação, essas dificuldades se acentuam, devido à complexidade do fenômeno educacional e ao caráter de campo de confluência de várias disciplinas próprias da área. Essa complexidade de natureza e de composição provoca no campo da educação uma variedade de problemas, que vem desafiando seus pesquisadores (LÜDKE, 2003, p.25).

Ora, que complexidade pode ser maior do que a reflexão sobre a morte e sobre a dor em um cenário de sala de aula? Em classes hospitalares a complexidade é fator inerente, visto que as aulas ocorrem em meio às questões do processo saúde/doença. Assim é que, lápis e cadernos, tarefas, desenhos, e aprendizado se misturam ao sangue, à injeção, ao soro na veia e, muitas vezes, à transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e à morte do aluno/paciente. São várias as áreas do conhecimento que se imbricam para dar conta (se é que isso é possível...) de tanta complexidade sobre o ser humano e seus encontros.

Eu buscava, portanto, não só um método em que a pesquisa pudesse se fazer compartilhada entre eu e as professoras de classe hospitalar, mas, sobretudo tornava-se necessário poder abarcar tamanha complexidade: vida, morte, educação e adoecimento. Pensando assim, o meu estudo se configurava como uma pesquisa-ação existencial, pois que segundo Barbier:

A pesquisa-ação existencial é talvez a que mais diretamente aborda as situações-limite da existência individual e coletiva. A morte, o nascimento, a paixão, a doença, a velhice, a solidão, a excentricidade, a criação... são campos de investigação que ela apreende com habilidade e compreensão (2004, p.74).

As *moças do jaleco cor-de-rosa* estavam necessitando de algum suporte teórico-prático para um melhor enfrentamento das angústias vividas naquele novo cotidiano – no cenário da dor e da morte (PITTA, 1999). Por outro lado eu já havia demonstrado em meu estudo anterior com estudantes de medicina o quanto os grupos Balint, bem como sua teoria, podem ajudar na ressignificação desses conflitos no ambiente hospitalar (BRANCO, 2001a). Desta forma a pesquisa-ação existencial parecia bastante indicada, visto que, neste método, a mudança perseguida pelo grupo (pesquisador e os sujeitos do estudo) manifesta-se por “*flashes* existenciais”, como bem coloca Barbier (2004), que devem ser apreendidos pelo pesquisador no momento exato. Ora, no método Balint ocorre exatamente o mesmo: durante os grupos as pessoas vão refletindo sobre os casos relatados e tendo *insights*¹⁰, que são acolhidos pelo líder do grupo, ressignificando suas relações interpessoais de forma a promoverem mudanças de personalidade conforme o próprio Balint relata (2005).

Perseguindo esta meta, busquei em Costa, sua argumentação a respeito da capacidade apresentada pela pesquisa-ação de promover mudanças e subverter discursos, pois era esta a minha intenção.

Retorno ao meu argumento em favor do caráter participativo da pesquisa-ação e da sua produtividade na política cultural da representação para defender o diálogo como um caminho para a produção de saberes que subvertem os discursos hegemônicos e inscrevem no currículo, na escola e na sociedade narrativas que contêm histórias de novos sujeitos e novas histórias que desinstalem as velhas identidades de suas privilegiadas posições de referência e normalidade (COSTA, 2002, p.115).

Eu estava propondo uma atuação no âmbito do professorado de classe hospitalar no sentido de modificar sua prática, os sentimentos e os vínculos estabelecidos com seus alunos e, portanto, estava propondo uma ação sobre o atual cenário da pedagogia hospitalar, com a pretensão de uma mudança na práxis dessas profissionais.

Meu estudo trazia uma preocupação que permanentemente perpassa pelo meu discurso enquanto formadora de opiniões, educadora e pesquisadora: a relação profissional-paciente na perspectiva balintiana, procurando compreender o processo saúde-doença como algo organizado pelo paciente e ofertado aos profissionais que se lhe encontram em sua travessia por clínicas e hospitais (BRANCO, 2001a; BRANCO, 2001b; BRANCO, 2003a; BRANCO, 2003b;

¹⁰ Em psicanálise, este termo é compreendido como a capacidade para discernir a verdadeira natureza de uma situação, ocorrendo subitamente no momento da análise, permitindo uma compreensão dos fatos. (ABEL, Marcos Chedid. O insight na psicanálise. **Psicol. cienc. prof.**, dic. 2003, vol.23, no.4, p.22-31).

BRANCO, 2005; BRANCO, 2006). E, por pensar e agir dentro desta vertente teórica é que havia, em minha pesquisa, um fim pré-determinado a ser alcançado, assim como na pesquisa-ação:

A pesquisa-acção, tal como é usualmente apresentada, é uma perspectiva “normativa”, carregada de preocupações ideológicas – a pesquisa serve para atingir certos fins, pré-determinados à partida, de transformação social. (PONTE, 2005, p.125).

Na realidade, ao perguntar-me à guisa de problematização, se a teoria balintiana poderia capacitar as professoras de classe hospitalar para o encontro com seus alunos/pacientes, eu, enquanto pesquisadora, desejava que essa teoria realmente mudasse o fazer social dessas profissionais. Um fazer mais humanizado e humanizador, em que o vínculo afetivo fosse compreendido como parte integrante do ato pedagógico era, durante todo o delineamento da pesquisa, o meu desejo a ser perseguido.

Pesquisa-acção é um conceito com uma larga história, que compreende muitas variantes e tem conhecido inúmeras polémicas. Para o psicólogo social Kurt Lewin, considerado o pai do conceito, esta inclui uma sucessão de ciclos envolvendo: (i) a descrição do problema; (ii) a elaboração de um plano de acção; (iii) a colocação desse plano em prática; e (iv) a respectiva avaliação (PONTE, 2005, p.124).

Analisando minha caminhada até o momento da decisão por esse estudo, pude compreender que a descrição de Ponte, a respeito da pesquisa-ação, estava em total acordo com meus passos: a *descrição do problema* (a falta de um aporte teórico que capacite as professoras para um enfrentamento das angústias geradas pelo encontro com alunos/pacientes, podendo este aporte teórico vir a ser a teoria Balint), a *elaboração de um plano de ação* (a possibilidade de um processo ensino/aprendizagem da teoria Balint pelas professoras de classe hospitalar) e, por fim, a *colocação deste plano em prática com a respectiva avaliação* (a pesquisa em si mesma).

Como não sou uma professora de classe hospitalar, nem tão pouco uma pedagoga da Secretaria da Educação do Estado de Goiás, mas uma pesquisadora da academia que pretendia desenvolver uma ação em meio às professoras da rede estadual de ensino que desenvolvem atividades na rede hospitalar pública, poder-se-ia pensar que eu desenvolveria uma intervenção sobre o fazer das referidas professoras, podendo inclusive, ser à revelia de suas necessidades ou desejos. Assim sendo, preocupava-me com o que eu poderia estar tentando fazer ao delinear meu estudo, pois nas palavras de Zeichner,

Freqüentemente, o conhecimento, gerado por meio da pesquisa educacional acadêmica, é apresentado de uma forma que não leva os professores a nela se engajarem intelectualmente. A pesquisa educacional tem sido, estranhamente, muito anti-educativa. Seus resultados são simplesmente apresentados como certos e definitivos, ou usados como justificativa para impor algum programa prescritivo a ser seguido pelos professores. (2003, p.218).

Em nenhum momento eu desejara praticar um ato “anti-educativo” como menciona Zeichner, mas ao contrário, queria, em consonância com as professoras em questão, trabalhar a relação professor-aluno na perspectiva da situação de doença e de hospitalização. Pretendia que cada professora que participasse como sujeito da pesquisa assumisse, sobretudo, o papel de ator social capaz de, efetivamente, mudar a práxis de sua profissão. Queria, pois, sujeitos atuantes, que ao participarem dos grupos Balint, refletissem sobre suas ações de modo a transformá-las. Pretendia permanecer apenas como alguém que sugerisse o caminho, mas estava claro, para mim, que o caminho teria de ser percorrido por cada professora de modo a provocar mudanças substanciais em seu fazer.

Fiz-me então outra pergunta: como eu, sendo da academia, não vivenciando a realidade daquelas professoras a quem eu chamava de *moças do jaleco cor-de-rosa*, poderia desenvolver tal ação com inteiro protagonismo delas próprias? Fui, novamente, buscar a resposta nas palavras de Zeichner:

Acredito que podemos ultrapassar a linha divisória entre professores e os pesquisadores acadêmicos de três modos: 1) comprometendo-nos com o corpo docente em realizar ampla discussão sobre o significado e a relevância da pesquisa que conduzimos; 2) empenhando-nos, nos processos de pesquisa, em desenvolver uma colaboração genuína com os professores, rompendo com os velhos padrões de dominação acadêmica; 3) dando suporte às investigações feitas por professores ou aos projetos de pesquisa-ação, e acolhendo seriamente os resultados desses trabalhos como conhecimentos produzidos (2003, p.229-230).

De acordo com esse conceito, eu havia discutido com o grupo de professoras a relevância e o significado da teoria balintiana em vários momentos: desde os tempos de conversas informais na enfermaria de Pediatria até momentos mais formais durante os seminários desenvolvidos pela Secretaria de Educação, em parceria com o Hospital das Clínicas/UFG. Em relação à cooperação genuína com as professoras, era essa a prática desenvolvida por mim no cotidiano hospitalar e que pretendia permanecer durante todo o processo da pesquisa. Por fim, o

suporte às investigações feitas pelas professoras, não era possível por que elas ainda não se sentiam preparadas para tal¹¹.

Buscando compreender a perspectiva político-social da pesquisa em si mesma, vejo a importância genuína da pesquisa-ação. Vários estudos desenvolvidos na academia tornam-se tão distanciados do campo de pesquisa, que muitas vezes seus resultados não retornam à comunidade. De que valem os estudos tão densos e profundos, se não acrescentam absolutamente nada ao meio social onde foram gestados? De que valem resultados que somente transitam por revistas científicas sem que a população estudada tome conhecimento? De que vale a ciência sem ação?

A pesquisa-ação, ao contrário, antes mesmo de produzir um resultado final através da análise dos dados, produz modificação na práxis social dos sujeitos envolvidos (THIOLLENT, 2007). Durante todo o estudo, os sujeitos da pesquisa tornam-se protagonistas das mudanças possíveis. Antes mesmo da socialização dos resultados, a comunidade estudada sente, dentro de si mesma, as mudanças efetivadas.

A pesquisa-ação, além de ser um instrumento de desenvolvimento profissional para o professorado, é um instrumento fundamental para a implantação de reformas educacionais ou de transformações da escola (GERALDI; MESSIAS; GUERRA, 2003, p.255).

A pesquisa-ação existencial, em particular é um processo que apresenta não só um componente funcional, mas também um componente simbólico e imaginário, que segundo Barbier (2004, p.111), *é construído pelo pesquisador a partir de elementos interativos da realidade, aberta à mudança e necessariamente inscrito no tempo e no espaço*. Na pesquisa-ação existencial o processo de mudança vai se dando a partir dos “*flashes* existenciais” que apontam para uma compreensão mais clara dos fenômenos, permitindo uma ressignificação dos atos, exatamente concernente com a minha proposta junto ao grupo de professoras de classe hospitalar:

Por meio dos processos de ação, visando resolver questões existenciais, ao mesmo tempo pessoais e comunitárias, a pesquisa-ação deveria resultar num aumento de discernimento em cada participante. Não se trata, pois, de produzir mais “saber”, mas de melhor “conhecer” a realidade do mundo tal qual nós a percebemos nas nossas interações. (BARBIER, 2004, p.115)

¹¹ Ainda assim, ao final da pesquisa fui informada de que a experiência Balint ajudou uma das professoras e fazer sua monografia de final de especialização em psicopedagogia.

O que eu e as professoras visávamos era exatamente resolver questões existenciais – a relação professor-aluno na vigência do adoecimento e possibilidade de morte - sendo tais questões inerentes da comunidade de professoras de classes hospitalares, mas também se configurando em questões pessoais de cada uma delas. Nossa meta não era apenas aquisição de mais um saber na formação de professores, mas, sobretudo buscávamos um aumento de discernimento de cada uma sobre o processo de adoecimento, o processo de morte e o seu papel fundamental frente a cada aluno/paciente.

4. A AÇÃO¹²:

Partindo da concepção exposta por Barbier (2004) de que a pesquisa-ação existencial consiste em uma abordagem em espiral, o desenho metodológico deste estudo pode ser assim apresentado:

1. Ao que Barbier chama de *situação problemática de um pequeno grupo ocasionando um sofrimento, destruindo as relações humanas ou bloqueando a ação sobre a realidade* (2004, p.122), tem-se no presente estudo, a questão já anteriormente discutida das professoras de classe hospitalar sem uma capacitação adequada e enfrentando a dor, o sofrimento e a morte de seus alunos/pacientes;

2. O segundo passo da espiral, *o pedido de ajuda do sujeito (grupo) ou proposta de esclarecimento do pesquisador profissional interessado pela situação* (BARBIER, 2004, p.122), também já foi apresentado nesta introdução, quando as professoras insistiam em que eu, enquanto líder de grupos Balint, desenvolvesse, com elas, os referidos grupos;

3. Em relação ao terceiro passo da espiral, *a constituição do “pesquisador coletivo” com delimitação do grupo-alvo, a negociação da intervenção do pesquisador profissional e a contratualização* (BARBIER, 2004, p.122), em janeiro de 2006, durante a reunião geral das professoras de classe hospitalar de Goiânia, vinculadas ao “Projeto Hoje” da Superintendência do Ensino Especial da Secretaria de Educação do Estado de Goiás, foi explicado o projeto de pesquisa, apresentando-se a proposta de um curso de capacitação, de 80h/aulas, na área de relação professor-aluno/paciente na perspectiva teórica balintiana. Foi negociado com as professoras que o curso seria feito através da Faculdade de Educação da UFG junto à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) como um projeto de extensão, de forma a que elas

¹² Pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas/UFG em 25/08/2005 (Apêndice I).

recebessem um certificado ao final. Assim negociado de forma coletiva, todas as 24 professoras (a totalidade de profissionais de Goiânia), as duas coordenadoras de equipe e a coordenadora geral do “Projeto Hoje” assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II). As professoras que atuavam em cidades no interior de Goiás não entraram como sujeitos no estudo devido à dificuldade para participarem de um curso de extensão em Goiânia, durante um ano.

4. Em relação à *análise das implicações do pesquisador coletivo e estudo/informação sobre a situação problemática como totalidade ecossistêmica, questionamento, discussão e implementação de um dispositivo de pesquisa em relação ao problema a resolver e a escuta sensível das práticas, dos discursos e da vivência emocional no grupo-alvo* (BARBIER, 2004, p.122), além de toda a vivência compartilhada com as professoras, já descrita anteriormente, foi entregue a cada uma delas (24 professoras e três coordenadoras) um questionário (Apêndice III) que posteriormente serviu de base para a análise da situação atual e, para levantar questões subjetivas a respeito das facilidades e dificuldades encontradas durante a prática pedagógica em hospitais. Também a escuta atenta das falas durante os grupos Balint foi esclarecedora das questões existenciais das professoras envolvidas no processo.

Desta forma completou-se o que Barbier (2004) denomina de “objeto abordado”.

5. Dando continuidade à espiral metodológica, tem-se a primeira fase do “objeto co-construído”: *Hipóteses de esclarecimento existencial da lógica interna dos comportamentos do sujeito (grupo) em face da situação, bem como a questão do “sentido” existencial (diagnóstico) e confirmação das hipóteses junto ao grupo-alvo e novas questões a reintroduzir na pesquisa* (BARBIER, 2004, p.122).

Tal fase foi desenvolvida a partir da solicitação a cada professora e coordenadora que fizessem um relato escrito sobre um caso de um atendimento de um aluno/paciente procurando analisar sua ação pedagógica. Desta forma não só foi feito um diagnóstico da questão existencial, como cada professora ao escrever tomou conhecimento de sua situação. Neste momento, também, foi renegociado a carga horária do curso. Devido ao plano de carreira da Secretaria da Educação do Estado de Goiás, as professoras solicitaram que o curso de capacitação fosse de 120h e não de 80h apenas, o que foi prontamente atendido;

6. De acordo com a segunda fase do objeto co-construído, quando Barbier aponta para a necessidade de *referência a um corpus teórico existente, bem como uma segunda série de hipóteses apoiando-se sobre os pontos-chave da situação problemática e construção de um modelo de análise multirreferencial* (2004, p. 122), o curso montado para capacitação das

professoras (Apêndice IV) apresentou-lhes um aporte teórico desenvolvido a partir do livro “O Médico, seu Paciente e a Doença”, de Michael Balint, onde estão descritas suas principais categorias. A prática (que também serviu como um modelo de análise multirreferencial) foi desenvolvida através dos grupos Balint quando as professoras relatavam e discutiam os atendimentos pedagógicos feitos no cotidiano das classes hospitalares. Tal metodologia didática possibilitou o surgimento de novas hipóteses sobre os pontos-chave conforme demonstrado na leitura dos dados (capítulo III).

7. Já na fase final da espiral, de acordo com o proposto por Barbier: *novo tratamento dos dados encontrados durante a abordagem do objeto e novas questões; nova produção de dados e elaboração de um “atribuir um sentido” pelo pesquisador coletivo* (2004, p.122), os relatos feitos pelas professoras durante os grupos Balint foram anotados por mim imediatamente após os encontros, em um diário de campo. Outro diário passou a ser feito no sentido de anotar os pontos principais de desenvolvimento que foram percebidos por mim durante todo o curso. Assim, fui paulatinamente anotando o que de fato era recorrente no discurso das professoras e em suas atitudes e comportamentos, criando agrupamentos que serviriam posteriormente para uma análise do conjunto de professores (capítulo III);

8. A última fase da espiral, que prevê a avaliação da mudança ocorrida, a validação da análise pelos participantes e a escrita do trabalho final (BARBIER, 2004), foi feita ao encerramento do curso de capacitação, quando as professoras responderam a um segundo questionário (Apêndice V) possibilitando uma análise das mudanças em relação às dificuldades e facilidades encontradas por elas em seus atendimentos.

Do total de 24 professoras e três coordenadoras (27 sujeitos pesquisados) que participaram deste estudo, foram selecionadas para a leitura dos dados, apenas as treze profissionais que responderam ao primeiro questionário, fizeram o relato escrito do atendimento pedagógico no primeiro momento do estudo, participaram dos grupos Balint e por fim, responderam ao segundo questionário. Tal recorte da população pesquisada deveu-se ao fato de que tais profissionais tinham participado de todo o processo e poderiam ser melhor avaliadas quanto às modificações apresentadas após o curso de capacitação.

Pretendo, a partir de agora, estar detalhando cada passo dado no sentido de deixar claro o problema proposto e como, através de uma ação educadora e educativa, foram fornecidos novos conhecimentos e um novo instrumento didático – o grupo Balint – no sentido de ajudar as

professoras de classe hospitalar, da cidade de Goiânia, a trabalharem melhor suas angústias diante da dor e da morte, entendendo de forma mais abrangente e integrada, o processo saúde/doença de seus alunos/pacientes.

Com maior razão do que no caso dos demais trabalhos científicos, uma tese de doutorado deve realmente colocar e solucionar um problema demonstrando hipóteses formuladas e convencendo os leitores mediante a apresentação de razões fundadas na evidência dos fatos e na coerência do raciocínio lógico. Além disso, exige-se da tese de doutorado contribuição suficientemente original a respeito do tema pesquisado. Ela deve representar um progresso para a área científica em que se situa. Quaisquer que sejam as técnicas de pesquisa aplicadas, a tese visa trazer uma contribuição nova relativa ao tema abordado. (SEVERINO, 2000, p.151)

Assim, ao longo da tese, o leitor pode perceber que procurei apontar um novo caminho frente ao problema – a capacitação das professoras de classe hospitalar para o enfrentamento da dor, sofrimento e morte, para o convívio em ambiente hospitalar e, sobretudo, para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença – buscando um tema bastante original como o uso de grupos Balint com professoras de classe hospitalar e, através desta tese pretendo contribuir para o progresso da área científica a que ela se propõe, fornecendo condições de novas aplicações da teoria Balint enquanto metodologia didática.

O texto foi dividido em 3 capítulos e a conclusão de forma que:

O **Capítulo I** procura aprofundar os conhecimentos a respeito das Classes Hospitalares, termo ainda pouco conhecido dos educadores e profissionais da saúde, mostrando o processo histórico-social e político desta categoria, questões didáticas e a singular relação professor-aluno/paciente que se desenvolve neste locus. Para tanto foi feita uma ampla pesquisa a respeito do tema. Ainda nesse capítulo procura-se discutir as questões que perpassam o trabalho em hospitais e o adoecimento decorrente de tal atividade laboral. Discute-se ainda a inter-relação entre gênero, ambiente hospitalar e adoecimento procurando expor os riscos a que as professoras de classe hospitalar estão expostas, na tentativa de evidenciar as peculiaridades deste novo fazer pedagógico.

O **Capítulo II** faz uma ampla discussão teórica sobre a relação professor-aluno e procura analisar as contribuições possíveis da psicanálise na seara da educação. A partir da contextualização da psicanálise é feita uma apresentação de Michael Balint e sua teoria, para em seguida apontar o uso dos grupos Balint como uma metodologia capaz de instrumentalizar estudantes de medicina, médicos e outros profissionais da saúde para uma relação profissional-

paciente adequada e continente. Ainda dentro desse capítulo é apresentada a experiência dos grupos Balint junto a professoras argentinas demonstrando dentre outros benefícios a melhora na atuação em equipe, a maior capacidade de trabalho interdisciplinar e a prevenção da Síndrome de Burnout.

No **Capítulo III** são apresentados os dados desse estudo que aqui se faz tese de doutorado procurando conduzir o leitor pelos caminhos da pesquisa. A análise dos dados é feita com base na leitura dos relatos de atendimentos feitos pelas professoras, bem como o levantamento das respostas dadas aos questionários aplicados. Procurou-se trabalhar com as categorias da teoria Balint, analisando o desenvolvimento das professoras e a mudança na compreensão dos fenômenos psicodinâmicos da relação professor-aluno/paciente bem como na mudança comportamental das professoras.

Por fim, na **Conclusão** desse estudo, fecha-se a pesquisa apresentando-se os resultados alcançados e as sugestões para que o uso dos grupos Balint, bem como o conhecimento da teoria balintiana, seja cada vez mais socializada na seara educacional.

PESQUISA-AÇÃO EXISTENCIAL

ESPIRAL DE BARBIER

O B J E T O A B O R D A D O

Situação problemática de um pequeno grupo ocasionando um sofrimento, destruindo as relações humanas ou bloqueando a ação sobre a realidade: professoras de classe hospitalar sem uma capacitação adequada e enfrentando a dor, o sofrimento e a morte de seus alunos/pacientes.

Pedido de ajuda do sujeito (grupo) ou proposta de esclarecimento do pesquisador profissional interessado pela situação: insistência das professoras para que eu, enquanto líder de grupos Balint, desenvolvesse, com elas, os referidos grupos.

Constituição do “pesquisador coletivo” com delimitação do grupo-alvo, a negociação da intervenção do pesquisador profissional e a contratualização: negociação de um curso através da Faculdade de Educação da UFG junto à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) como um projeto de extensão, de forma que as professoras recebessem um certificado ao final. Assim negociado de forma coletiva, todas as 24 professoras (a totalidade de profissionais de Goiânia), as duas coordenadoras de equipe e a coordenadora geral do “Projeto Hoje” assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise das implicações do pesquisador coletivo e estudo/informação sobre a situação problemática como totalidade ecossistêmica, questionamento, discussão e implementação de um dispositivo de pesquisa em relação ao problema a resolver e a escuta sensível das práticas, dos discursos e da vivência emocional no grupo-alvo: questionário que serviu de base para a análise da situação atual e, para levantar questões subjetivas a respeito das facilidades e dificuldades encontradas durante a prática pedagógica em hospitais. A escuta atenta das falas durante os grupos Balint foi esclarecedora das questões existenciais das professoras envolvidas no processo.

PESQUISA-AÇÃO EXISTENCIAL ESPIRAL DE BARBIER

O B J E T O C O - C O N S T R U Í D O

Hipóteses de esclarecimento existencial da lógica interna dos comportamentos do sujeito (grupo) em face da situação, o “sentido” existencial (diagnóstico) e a confirmação das hipóteses junto ao grupo-alvo e novas questões a reintroduzir na pesquisa: solicitação a cada professora e coordenadora que fizessem um relato escrito sobre um caso de um atendimento de um aluno/paciente procurando analisar sua ação pedagógica (diagnóstico da questão existencial). Devido ao plano de carreira da Secretaria da Educação do Estado de Goiás, as professoras solicitaram que o curso de capacitação fosse de 120h e não de 80h apenas, o que foi prontamente atendido.

Necessidade de referência a um corpus teórico existente, bem como uma segunda série de hipóteses apoiando-se sobre os pontos-chave da situação problemática e construção de um modelo de análise multirreferencial: o curso apresentava um aporte teórico desenvolvido a partir do livro “O Médico, seu Paciente e a Doença”, de Michael Balint, onde estão descritas suas principais categorias. A prática (que também serviu como um modelo de análise multirreferencial) foi desenvolvida através dos grupos Balint quando as professoras relatavam e discutiam os atendimentos pedagógicos feitos no cotidiano das classes hospitalares. Tal metodologia didática possibilitou o surgimento de novas hipóteses sobre os pontos-chave.

Novo tratamento dos dados encontrados durante a abordagem do objeto e novas questões; nova produção de dados e elaboração de um “atribuir um sentido” pelo pesquisador coletivo: os relatos feitos pelas professoras durante os grupos Balint foram anotados em um diário de campo. Outro diário passou a ser feito no sentido de anotar os pontos principais de desenvolvimento que foram percebidos por mim durante todo o curso. Assim, fui paulatinamente anotando o que de fato era recorrente no discurso das professoras e em suas atitudes e comportamentos, criando agrupamentos que serviriam posteriormente para uma análise do conjunto de professores.

Avaliação da mudança ocorrida, validação da análise pelos participantes e escrita do trabalho final: feita ao encerramento do curso de capacitação, quando as professoras responderam ao 2º questionário, possibilitando uma análise das mudanças em relação às dificuldades e facilidades encontradas por elas em seus atendimentos.

CAPÍTULO I

ABRE-SE A CORTINA, UM NOVO CENÁRIO SURGE...

A educação existe onde não há escola e por toda parte podem haver redes e estruturas sociais de transferência de saber de uma geração a outra, onde ainda não foi sequer criada a sombra de algum modelo de ensino formal e centralizado. Porque a educação aprende com o homem a continuar o trabalho da vida. (Carlos Rodrigues Brandão)

CAPÍTULO I

ABRE-SE A CORTINA, UM NOVO CENÁRIO SURGE...

1. UMA PEQUENA INTRODUÇÃO

O objetivo principal dessa tese não é efetivamente a pesquisa sobre Classe Hospitalar, mas sim a busca de uma metodologia, no caso específico a teoria Balint, que possa capacitar às professoras que atuam em hospitais quanto à relação professor-aluno, visando instrumentalizá-las para o enfrentamento da dor, do adoecimento, do sofrimento e da morte de seus educandos. Contudo, percebe-se a necessidade de um aprofundamento conceitual sobre Classes Hospitalares, pois que este é um campo ainda desconhecido na área da saúde e pouco reconhecido na seara da educação. Este capítulo que aqui se inicia visa desenhar o cenário sobre o qual as professoras pesquisadas trabalham, apontando para as complexidades inerentes ao ambiente hospitalar e suas repercussões sobre o processo ensino-aprendizagem compreendido como um campo de trocas afetivas. Evidentemente que não é a intenção, aqui e agora, esgotar o assunto, nem tampouco desenvolver uma análise documental sobre o tema, mas apenas subsidiar o leitor para uma compreensão do fazer das professoras de Classe Hospitalar.

2. CONHECENDO A CLASSE HOSPITALAR

Atualmente o campo de atuação do professor tornou-se ampliado, entre outros, com o surgimento da pedagogia hospitalar (GONÇALVES, 2001; SOUZA, 2003; VIKTOR, 2003). O atendimento pedagógico-educacional em hospitais (enfermarias, ambulatórios ou hospital-dia) e em serviços de atenção à saúde mental (BRASIL, 2002), é hoje uma atividade cotidiana na rede de saúde pública brasileira, sendo, inclusive, recomendada nos programas e políticas públicas de humanização ao atendimento à saúde (BRASIL, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003). Abre-se, pois a cortina e surge um novo cenário no mundo do trabalho para os egressos dos cursos de Pedagogia e Licenciaturas: as classes hospitalares.

Tal modalidade de ensino constitui-se como o espaço do aprender em situação hospitalar, configurando uma ação educacional compatível com o entorno problematizador, para que o paciente-aluno, durante o tratamento médico, ou após o término, não seja absorvido em outra situação de conflito: o despreparo para a vida escolar (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.24).

Atualmente o Ministério da Educação tem buscado delimitar este espaço social do fazer do professorado de modo a garantir um estatuto social da referida modalidade pedagógica. Assim sendo, em publicação recente (BRASIL, 2002), o Ministério da Educação deixou claro que a pedagogia hospitalar pode se fazer nas chamadas “classes hospitalares” que compreendem o atendimento pedagógico-educacional em hospitais (sistema de internação), hospital-dia ou hospital-semana (sistema de internação programada por tempo limitado para administração de procedimento terapêutico de rotina) ou em serviços de atenção integral à saúde mental; e o chamado “atendimento pedagógico domiciliar” que ocorre no domicílio do aluno que por problemas relacionados à saúde encontra-se impossibilitado de freqüentar a escola (pós-operatório de cirurgia ortopédica, p.e.) ou ainda, os alunos que se encontrem em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar ou qualquer outra estrutura de apoio da sociedade.

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

Para uma melhor compreensão do importante papel das classes hospitalares no cenário da saúde e da educação no Brasil, há necessidade de uma reflexão anterior sobre o processo de saúde/doença, perpassando conceitos já estabelecidos e amplamente estudados a respeito da hospitalização, pois:

O que está em jogo é um novo entendimento da doença, não como uma anormalidade indesejável que atinge o indivíduo, mas a doença como o sintoma necessário e total de uma sociedade no movimento pela organização de suas funções complexas e paradoxais, movimento que atravessa os indivíduos e as instituições que dele fazem parte (MARTINS, 2003, p.48).

Assim é que não existem doenças isoladas, mas pessoas em processo de adoecimento: pessoas estas que estão vivas, que são inseridas em um contexto histórico e que fazem parte de uma sociedade constituída. A pessoa que adoecer, o faz em pleno processo do viver, do estar-no-mundo; adoecer mergulhada em seu cotidiano (BRANCO, 2001a). O adoecer é constituído de múltiplas questões que abrangem o sujeito em suas várias dimensões: sua atuação no mundo do trabalho, seu processo de aquisição de conhecimentos (vida escolar), suas vivências existenciais e afetivas, suas crenças e seus mitos, enfim todo o seu ser-aí. Conforme Pitta muito bem salienta:

O doente, antes de sê-lo, é e se sente um ser produtivo, integrante de uma força de trabalho, através da qual se movem máquinas, as coisas e a sociedade e, necessariamente, se assentam os valores que o cercam e o fazem aparentemente estável (PITTA, 1999, p.37).

O pensamento complexo que Edgar Morin (1997, 2000, 2001, 2004) introduziu na Educação ampliou o entendimento da condição humana e, por conseguinte, na área da saúde, modificou também o entendimento do processo saúde-doença. O mesmo ocorreu com a aquisição dos conceitos de Maturana sobre as emoções e as alterações biológicas, o que fica claro em sua própria citação:

O amor é a emoção central na história evolutiva humana desde o início, e toda ela se dá como uma história em que a conservação de um modo de vida no qual o amor, a aceitação do outro como um legítimo outro na convivência, é uma condição necessária para o desenvolvimento físico, comportamental, psíquico, social e espiritual normal da criança, assim como a conservação da saúde física, comportamental, psíquica, social e espiritual do adulto. (...) Na verdade, eu diria que 99% das enfermidades humanas têm a ver com a negação do amor. (...) Estou falando com base na biologia. (MATURANA, 1998, p.25)

Não se trata de desqualificar os conhecimentos da epidemiologia, mas, sobretudo de ampliá-los de forma a apreender a doença como um movimento existencial e histórico-social e, por tanto, modificador do ser humano em seu contexto de vida. Assim, a pessoa que adoecer e que está hospitalizada deve ser compreendida de forma sistêmica e complexa: é um ser cósmico, planetário, histórico, social, afetivo, emocional, existencial, biológico, pois que é, sobretudo, humano.

Nossa situação real é essa: queiramos ou não, estamos inseridos num processo universal, em curso já há bilhões e bilhões de anos. (...) Vivemos sempre entrelaçados, formando um todo orgânico, complexo, dialético e complementar. (...) Não são poucos os cientistas que, coerentemente, afirmam que o próprio

*equilíbrio cardíaco e emocional dos seres vivos, especialmente dos humanos, depende da Ressonância Schumann*¹³ (BOFF, 2005, p.37-50).

A partir desse novo e ampliado conceito bio-psíquico-social do processo dialético saúde-adoecimento é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a própria saúde como o equilíbrio e o bem estar físico, psíquico e social. Hoje, considera-se que o espaço social em que a pessoa se encontra é também um fator preponderante em seu processo de adoecimento, pois:

Saúde tem muito a ver com água encanada e tratada, esgoto, controle de poluição, alimentação, habitação, lazer, imunização contra doenças transmissíveis, controle de endemias, fiscalização e controle de qualidade dos alimentos, melhoria de condições ambientais, etc... (JATENE, 2005, p.100).

Por outro lado, adoecer é também considerado como uma possibilidade vivencial frente a difíceis situações de enfrentamento do cotidiano em um mundo caótico e globalizado, em constantes transformações, o que amplia ainda mais a compreensão sócio-histórica deste complexo processo:

Sobretudo como resultado da formação das megalópoles, grande número de pessoas perdeu suas raízes e conexões, as famílias numerosas tendem a desaparecer, e o indivíduo se separa cada vez mais e se isola. Cada vez mais acentuadamente se vê reduzido a seus próprios recursos. Em estados de perturbação, especialmente se a tensão aumenta, uma possível e muito frequentemente usada válvula de escape consiste em consultar seu médico e queixar (BALINT, 2005, p.4).

Ainda que sejam muitos os autores que percebam o processo de adoecimento como uma rede de interligações do próprio viver bio-psico-social do ser humano (BRANCO, 2001a; MARTINS, 2003; BALINT, 2005; PERESTRELLO, 2005), o cotidiano hospitalar permanece, em sua maioria, no contexto da medicina biologicista e pragmática (PITTA, 1999). Assim, o doente, principalmente a criança, que adentra ao hospital, vê-se retirado da vida, da família, da escola, do seu mundo vivencial (CECCIM; CARVALHO, 1997; FONSECA, 2003; ORTIZ; FREITAS, 2005; LIMA, RABELO, GUERRA, 2007).

O paciente chega ao hospital trazendo um corpo doente, ou em outras palavras, um corpo que está ameaçado de perder sua força. Ele traz um corpo a respeito do qual abdicou de todo saber vivencial. Por meio da anamnese o indivíduo se torna um “caso”; o exame fixa de forma “científica” as diferenças individuais; o paciente, mediante as técnicas documentárias, pode ser descrito, mensurado,

¹³ O físico alemão Heinrich Schumann constatou que a Terra está envolta por um complexo circuito eletromagnético que se dá na interação entre o Sol, a própria Terra e a parte inferior da ionosfera, produzindo uma ressonância da ordem de 7,8 hertz, denominada Ressonância Schumann. (BOFF, 2005)

medido, pesado e comparado a outros. A criança doente passa a ser nomeada pela doença: uma diabética, um renal crônico, etc. A partir deste momento, seu corpo não mais lhe pertence, foi apropriado pelo saber da instituição (CAPOBIANCO, 2003, p.74-75).

A privação do paciente hospitalizado em relação ao seu mundo vivido acaba por levá-lo à alienação¹⁴, com conseqüentes repercussões psíquicas e somáticas, o que no repertório médico é chamado de “hospitalismo”. Este conceito, conforme Sikilero, Morselli e Duarte(1997), Ranña (1988), bem como Lima, Rabelo e Guerra (2007), advêm dos já conhecidos estudos de Spitz em 1945 e de Bowlby em 1951, que assinalaram as reações emocionais e orgânicas apresentadas pelas crianças em função da hospitalização. Em especial a palavra "hospitalismo", usada por Spitz para denominar um quadro de privação específico, é hoje utilizada dentro da área da saúde no sentido de abranger todas as reações somáticas e psicológicas desencadeadas pela internação, não só na criança, mas também nos adultos (SIKILERO, MORSELLI, DUARTE, 1997; LIMA, RABELO, GUERRA, 2007; RANÑA, 1988).

Spitz foi um dos autores mais importantes no estudo destas reações; foi ele quem, em 1945, utilizou o termo "Hospitalismo" para denominar um quadro constituído por progressiva deterioração somática e psicológica, desencadeado quando a criança é submetida a uma situação de privação afetiva. Esta pode ser compreendida como a ausência de cuidados maternos afetivos, quando a criança é submetida a vários tipos de institucionalização, entre elas, a hospitalização. (RANÑA, 1988, p.59)

Evidentemente que as reações devidas à situação de hospitalização e adoecimento são variáveis com as faixas etárias (ZAVASCHI, BASSOLS, PALMA 1997), embora o sofrimento psíquico e o desinvestimento na vida pessoal seja uma tônica em quase todas as situações, independentemente da idade do paciente. Estando, pois, o paciente despossuído, desinvestido e alienado, seu processo de saúde-doença torna-se um caminho de difícil acesso à cura ou mesmo à melhora dos sintomas. Segundo Pitta (1999), os próprios profissionais da saúde desenvolvem mecanismos de defesa inadequados que, em última análise, induzem a despersonalização do indivíduo, configurando todos os pacientes como iguais entre si, coisificados. Assim é que:

O evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação

¹⁴ Alienação aqui entendida como perda da contextualização histórico-social. Perda dos referenciais de cidadania e perda, também, da subjetivação enquanto fator de constituição do eu e protagonista do direito de autonomia no contexto da bioética.

do ser humano que se vê em estado de permanente ameaça. (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.27)

Em especial no caso de paciente em idade escolar, entre 06 e 11 anos, por já ter condição intelectual de compreender melhor seu corpo, sua doença e o conceito de morte enquanto algo irreversível, e como ainda apresenta influência do conflito edipiano¹⁵ da fase anterior de desenvolvimento psíquico, o enfrentamento da ansiedade que se desenvolve frente à doença e a hospitalização, se faz mobilizando as chamadas “defesas da linha obsessiva”, valendo-se de intelectualizações, racionalizações e anestesia dos sentimentos¹⁶ (ZAVASCHI, BASSOLS, PALMA 1997), dando a impressão de que a hospitalização não o agride em absoluto. Ainda assim, estar doente e hospitalizado continua sendo uma situação de ruptura com o investimento na vida.

O estresse da hospitalização composto pela angústia diagnóstica, evolução prognóstica, ansiedade pela resposta do organismo à terapêutica empreendida e o afastamento do lar são eventos disruptivos (BARROS, 1999, p.86).

Assim sendo, uma vez o paciente hospitalizado, para que a cura sobrevenha ou mesmo se obtenha a melhora do quadro clínico, não basta tomar remédios, mas também e, sobretudo, há de se ter um investimento pessoal para que se possa querer retornar ao mundo vivido. Tal investimento pessoal, necessário ao paciente, deve ser construído na esfera psíquica, biológica e, na esfera social.

Este empreendimento inspirado na crença de que o paciente-aluno, instrumentalizado pelo conhecimento de si e da realidade, redescubra o seu papel e possa desenhar com mãos próprias as suas possibilidades de vir-a-ser-no-mundo (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 60).

Atualmente sabe-se que transtornos sociais e/ou ambientais desencadeiam situações de instabilidade psíquica (p.e. ansiedade) que promovem alterações biológicas, podendo desenvolver estados patológicos (de doenças) como dor crônica e até mesmo transtornos mentais

¹⁵ O conceito de *conflito edipiano* remonta à Psicanálise que aponta a infância (2 a 5 anos) como o momento em que se processa o chamado Complexo de Édipo. Freud descreveu a teoria do Édipo e Margaret Mahler reafirmou tal conceito que traz intenso conflito na vida do ser humano e tem repercussão na vivência da sexualidade, autonomia e dependência de cada pessoa. (KAHN, M. *Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003).

¹⁶ Intelectualização, racionalização e “anestesia de sentimentos” configuram mecanismos de defesa, recursos do Ego (conceito psicanalítico) no sentido de permanecer íntegro e integrado. (ALMEIDA, W.C. *Defesas do Ego: leitura didática de seus mecanismos*. 2ª ed. S.Paulo: Agora, 1996).

(GRAEFF; BRANDÃO, 1997). A própria experiência corporal tem relação com os transtornos sociais e afetivos propiciando vivências de adoecimento e muitas vezes até mesmo agressão ao próprio corpo como no caso das dependências químicas, uso abusivo de *piercings*¹⁷ e tatuagens.

A criança que não é exposta a uma história humana e não vive transformada nela de acordo com o viver nela, não é humana. Isso é e deve ser parte de nossa preocupação cotidiana: as crianças que crescem em uma ditadura, crescem corporalmente diferentes das crianças que crescem numa democracia. (...) O resultado disto é que o viver humano se dá num contínuo entrelaçamento de emoções e linguagem como um fluir de coordenações consensuais de ações e emoções. (MATURANA, 1998, p.61-92)

O processo de adoecimento e, mesmo de morte, é mediado por substâncias químicas que tem sua produção e distribuição dentre as células, desencadeadas por questões psicossociais para além da questão genética pura e simplesmente. Em recente tese de Doutorado, Nepomuceno (2005) demonstrou os efeitos dos radicais livres no processo de envelhecimento e de formação da aterosclerose¹⁸ e, portanto, de morte, salientando a complexidade que permeia o processo saúde-doença e o contexto social. Daí a necessidade de um equilíbrio bio-psico-social para que se obtenha um processo de cura ou de melhora do quadro clínico.

Cada día más, los hábitos alimentarios están convirtiéndose en verdaderas pesadillas desde en punto de vista médico, y consecuentemente, de la salud.(...) Ese factor aliado al estrés cotidiano, las cobranzas profesionales, la inseguridad de la vida, en las grandes ciudades, la violencia social, las facturas de fin de mes, las responsabilidades familiares, el tráfico, el fin, el “estrés social”, hace que nos desgastemos psíquico y físicamente. De esa forma parece inminente que la producción de los radicales libres y del estrés oxidativo, con consecuente envejecimiento y daño celular no podrá ser frenada.(...) Así, una vez más se puede afirmar que no adelanta tratar única y exclusivamente los síntomas de una enfermedad, y tampoco prevenirla sin tener en cuenta el ambiente en que si vive (NEPOMUCENO, 2005, p.22)

A criança hospitalizada que está em idade escolar, certamente insere-se no processo educacional. Durante a experiência do adoecimento, a escola (aqui entendida como locus do processo ensino-aprendizagem), bem como a família, tem um papel primordial, pois funcionam como uma porta aberta ao mundo, ao sonho, ao viver (FUNGHETTO, 1998; CALEGARI, 2003;

¹⁷ Elementos metálicos colocados no corpo através de perfurações. Têm sido usados em narinas, boca, orelhas, supercílios, umbigo, genitália e outras partes do corpo.

¹⁸ Aterosclerose é o processo de acúmulo de gorduras nas artérias, de modo a formar placas que possam causar obstrução das mesmas, prejudicando a irrigação dos órgãos, como por exemplo, o coração, causando, neste caso, o infarto do miocárdio.

TRUGILHO, 2003). Na escola não existe espaço para o não investimento pessoal. É neste cenário que os vínculos sociais se fazem realidade: colegas, professores e funcionários fazem parte das relações da criança com o mundo.

Durante a hospitalização, a criança sofre uma profunda cisão nos seus laços sociais: de um lado a escola e as brincadeiras e, de outro, o hospital e os procedimentos clínicos. (...) Sua vida fica restrita aos espaços família/casa e hospital/doença. Para todas as crianças, em nossa sociedade, a escola é um lugar de contato social, de vida (CECCIM, CARVALHO, 1997, p.76).

A possibilidade de manutenção dos vínculos sócio-existenciais, dentre eles os que se formam no fazer educacional, são de extrema importância no processo saúde-doença. Por isso, hoje, a escola adentra ao hospital; interliga-se; participa. Traz em meio aos conteúdos a possibilidade de vínculo com o mundo saudável (ORTIZ; FREITAS, 2005). Se o soro na veia é a certeza da doença, o lápis na outra mão é o vínculo estabelecido com a vida, com o futuro, com a cura. Estudar pressupõe caminhar, construir, viver. Viver pressupõe vencer a doença. Neste contexto, professores tornam-se co-promotores do processo de cura, auxiliares em um movimento que procura impedir a alienação da criança.

O educador progressista precisa estar convencido como de suas conseqüências é o de ser o seu trabalho uma especificidade humana. Já vimos que a condição humana fundante da educação é precisamente a inclusão de nosso ser histórico de que nos tornamos conscientes (FREIRE, 1996, p.162)

Para além dos cuidados médicos, das intervenções, dos remédios, o paciente, mormente a criança, precisa estar integrada como ser pensante, autônomo, ator de sua própria história. Reconhecer-se como sujeito e perceber as inter-relações sociais fornecem condições para que o paciente possa assumir como protagonista, seu processo de cura, de melhora ou mesmo de morte.

O acompanhamento escolar de jovens e crianças hospitalizados seja por quais forem as patologias, portadores ou não de deficiências, é uma prática que se inscreve sob o título da equidade – a equiparação de oportunidades apesar das diferenças – uma pauta de destaque nas agendas sobre qualidade de vida, cidadania e democratização, tão discutidas neste fim de milênio (BARROS, 1999, p.93).

Por outro lado, o adoecimento, em especial na infância, ainda que não comprometa seriamente, interfere com o desenvolvimento psíquico e cognitivo, pois é a criança quem adoece e não o órgão que apresenta uma “avaria”. O conceito ampliado do processo saúde-doença,

anteriormente discutido, não só redireciona o olhar dos médicos, mas também modifica o pensar do professor, permitindo-lhe uma nova prática educacional. Assim,

É preciso destacar que a criança que necessita de internação hospitalar necessita, também, de especial atenção aos determinantes do desenvolvimento psíquico e cognitivo e aos efeitos de uma hospitalização na produção de referenciamento social à subjetividade. (...) Uma outra dimensão destaca-se à escuta pedagógica do desenvolvimento infantil: a dimensão vivencial. Essa dimensão conta-nos das expectativas de cura, sobrevivência e qualidade de vida afetiva, de retorno às atividades anteriores e de continuidade dos laços com o cotidiano (CECCIM, 1999, p.41-42)

Ainda dentro do contexto de adoecimento e hospitalização, um outro momento se faz importante na evolução da criança: o momento da alta hospitalar. Após vivenciar todos os conflitos aqui descritos por conta da hospitalização, em algum momento a criança sairá novamente para seu mundo do cotidiano, porém nem sempre como era antes. A alta hospitalar não garante a total integridade física e psicológica, mas ao contrário, a criança que retorna ao lar não é em absoluto, exatamente igual àquela que esteve hospitalizada. Existe um período de recuperação em que a permanência no hospital não mais é exigida, mas a criança ainda não se sente em condições de retomar sua vida (ORTIZ; FREITAS, 2002). Em outros casos, seqüelas ficarão e o aluno retornará à escola com limitações e necessidades especiais. É nesse momento que se inscreve a necessidade de um atendimento pedagógico domiciliar no sentido de, não só dar continuidade aos estudos, mas, sobretudo preparar o aluno (criança e paciente) para seu regresso ao mundo vivido:

O escolar portador de enfermidade tem que reconstruir, após a alta hospitalar, grande parte de sua vida cotidiana, assumindo riscos que a maioria das crianças niveladas por idade não vivenciam. (...) É preciso, pois, ter cautela e saber respeitar o ritmo de adaptação do educando ao seu “mundo-vida” livre da hospitalização (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.73-78).

Partindo, pois, do pressuposto de que o processo saúde-doença é constituído e constituinte de fatores bio-psico-sociais e, que o processo de ensino-aprendizagem pode ser um dos determinantes da organização de vínculos da criança doente com seu mundo vivido supostamente saudável, surgem as perguntas: como a escola adentra ao hospital? Como surge a classe hospitalar? Para tentar responder tal questionamento, torna-se necessário que se faça uma reflexão entre a escola entendida como “escolarização” e a escola aqui entendida como “espaço educativo” em um amplo conceito. A escola que se estabelece no cenário hospitalar não é,

embora constituída de aspectos formais, a escolarização restrita. Muito mais, aproxima-se do conceito gramsciano de que,

A escola de formação humanista (entendido este termo, “humanismo”, em sentido amplo e não apenas em sentido tradicional) ou de cultura geral deveria se propor a tarefa de inserir os jovens na atividade social, depois de tê-los levado a um certo grau de maturidade e capacidade, à criação intelectual e prática e a uma certa autonomia na orientação e na iniciativa (GRAMSCI, 1999, p.121).

A compreensão da escola nesta perspectiva justifica o fazer dos professores mesmo frente a uma pessoa adulta ou uma criança hospitalizada já em fase final de uma doença como, por exemplo, o câncer (FUNGHETTO, 1998; SOUZA, 2003). Ao contrário, o entendimento da escola em ambiente hospitalar como, simplesmente, um contínuo processo de memorização de conteúdos para a futura profissionalização, não se justifica, visto que muitos dos educandos não estarão vivos em um futuro bem próximo. Compreender a dimensão pedagógica como um ato social que permite ao doente ser protagonista de seu processo de adoecimento e de sua provável cura ou não, permite um olhar integrado para além da simples instrumentalização.

É na relação de investimento no outro que a educação sinaliza para a emancipação da vida em hospitais, ressignificando-se uma pedagogia dialógica que legitima a concepção de pacientes autônomos e cidadãos, com projeto de identidade includente e que fomenta, na sua práxis, uma educação humanizada em um mundo humanizado (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.57).

Informalmente, ao longo dos anos, pais e mães de crianças internadas em hospitais pediátricos vêm se preocupando com a escolaridade e o processo de ensino-aprendizagem dos pequenos pacientes. Os pediatras, por outro lado, sabem o quanto é preocupante para a criança e seus pais o absentismo à escola e, muitas vezes, a repetência que demanda do processo de hospitalização. Partindo dessa premissa é que a Sociedade Brasileira de Pediatria, através do seu Departamento de Defesa dos Direitos da Criança, na esteira do Estatuto da Criança e do Adolescente, se posicionou ativamente na 27ª Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), em 17 de outubro de 1995, quando foi construído um documento, posteriormente transformado na Resolução nº41 – Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (AMARAL, SILVA, 2005; BRASIL, 2005). Neste documento, o item nove deixa claro o direito da criança e do adolescente hospitalizado de ter o acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar (BARROS, 1999; BRASIL, 2005). A partir desta iniciativa da Sociedade Brasileira de Pediatria, as classes hospitalares passaram a ser efetivas nos hospitais brasileiros (RODRIGUES NETO, 2003).

No entanto, a história deste movimento mostra que não foi a partir da década de 90 que surgiram as primeiras classes hospitalares no Brasil, mas foi nessa década que tal experiência tornou-se uma política pública. A escolarização em hospitais tem uma longa caminhada e, perspectivas bastante diversas. Há de se levar em conta que a trajetória das classes hospitalares inscreve-se na história da educação especial, sendo por isso necessário o resgate histórico da escolarização em hospitais no Brasil.

Remontando-se ao passado, encontram-se registros da situação de crianças e jovens institucionalizados devido às neuropatias, síndromes genéticas, alterações visuais e auditivas, ou mesmo, qualquer outro transtorno que os fizessem diferentes dos demais. Tais pessoas eram geralmente confinadas e excluídas do âmbito familiar e social (FREITAS, 2005). Desta forma, o hospital tornava-se um local possível para que essas crianças e jovens pudessem ser acolhidos, atendidos por neurologistas e outros profissionais e, também, ser o locus da educação.

Um estudo sobre a história da Educação Especial no Brasil revela que em 1600, ainda no Brasil colônia, foi criado o primeiro atendimento escolar à pessoa deficiente, na Santa Casa de Misericórdia, cidade de São Paulo. (...) Atravessando séculos, os registros históricos revelam que o atendimento especializado escolar hospitalar dessa instituição continuava sendo oferecido aos alunos com deficiência física (CAIADO, 2003, p.72-73).

Assim, professores participavam do cuidado com essas crianças e jovens promovendo uma educação possível, mesmo sabendo não existir condições para o encontro daqueles pacientes com o mundo chamado “normal”. Já em meados do século XX, a educação hospitalar não apresentava, ainda, a característica das classes hospitalares atuais. Professores não tinham como meta o ensino em seu contexto social, inclusivo, apenas constituíam-se em mais um dos profissionais que atuavam no cuidado com aquelas pessoas.

Canziani, em seu livro *Educação Especial: visão de um processo dinâmico e integrado*, em 1985, apresentou uma cascata de programas e/ou serviços para alunos com necessidades especiais de aprendizagem: (a) centro de estimulação precoce, (b) escola especial, (c) oficina pedagógica ou centro ocupacional, (d) oficina protegida, (e) clínica, (f) classe comum, (g) classe comum com consultor, (h) sala de recurso, (i) classe especial, (j) ensino itinerante, (k) centro-dia, (l) centro de reabilitação e, (m) residências ou lares. Nota-se em sua proposta a ausência da educação hospitalar como uma das possibilidades de atendimento a essas crianças e jovens.

Em contrapartida, Mazzotta, em seu livro *Fundamentos da Educação Especial*, em 1982, apontou uma outra cascata de serviços em educação especial que contemplava o ensino hospitalar:

O ensino hospitalar e o ensino domiciliar constituem tipos de recursos educacionais especiais desenvolvidos por professores especializados. Tais tipos de serviços são prestados a crianças e jovens que, devido a condições incapacitantes temporárias ou permanentes, estão impossibilitados de se locomover até uma escola, devendo permanecer em hospital ou em seu domicílio, onde recebem o atendimento do professor especializado. Em hospitais, dependendo do número de alunos, bem como de sua condição pessoal, muitas vezes podem ser organizadas classes, que são conhecidas como classes hospitalares (MAZZOTTA, 1982, p.49-50).

Percebe-se que o autor se aproxima do atual conceito de classe hospitalar, quando abre a possibilidade de uma incapacidade temporária dos alunos, o que deixa a entender um provável retorno da criança à escola regular.

Paralelamente a todo este movimento histórico do ensino especial, uma outra realidade se configurou: em 14 de agosto de 1950 iniciou-se, no Hospital Municipal Jesus, na cidade do Rio de Janeiro, a primeira classe hospitalar na atual perspectiva (FONSECA, 1999). É necessário ressaltar que o Hospital Municipal Jesus é um hospital geral que comporta um

importante setor de Pediatria e não tem as características dos antigos hospitais em que as crianças portadoras de deficiências físicas e/ou mentais (necessidades especiais) eram confinadas.

Naquela época, década de 50 do século XX, a experiência da classe hospitalar do Hospital Jesus foi única e inovadora, mas não se colocava ainda como uma política de Estado, embora tal atuação pedagógica seja, atualmente, resultante de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação, na cidade do Rio de Janeiro (ORTIZ; FREITAS, 2005). O mesmo ocorreu no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, quando no início da década de 70, foi organizada a classe hospitalar, com aulas ministradas por estagiária do curso de magistério e, posteriormente, por professoras voluntárias (PROGRAMA DE GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA, 2005). Ainda que tenham sido marcos importantes na construção do que se tornaria posteriormente uma política pública nos hospitais brasileiros, as primeiras classes eram geralmente desvinculadas das escolas e, embora mantivessem os pacientes em contato com o processo de ensino-aprendizagem, não os mantinham, obrigatoriamente, vinculados ao ensino formal.

Com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988; ALMEIDA, 2003) que ratificou a obrigatoriedade do ensino como responsabilidade do Estado e, com o conseqüente movimento, em âmbito mundial, de valorização dos portadores de necessidades especiais, constituindo-se a educação especial e, posteriormente, o conceito de escola inclusiva (PLANO DECENAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS-JOMTIEN, 1999; DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 2005), a classe hospitalar passou a ser uma política pública da educação, regida por uma legislação própria e adotada no âmbito do território nacional (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Na área da saúde, um exemplo disso está na Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (1995): o “direito de usufruir de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”; na área da educação, no Estatuto Nacional Pró-Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar (2000), que entende ser finalidade da Associação, dentre outras coisas: “divulgar a modalidade de atendimento pedagógico-educacional denominada classe hospitalar como um direito e necessidade de crianças e jovens especializados...” (art.2º) (CAIADO, 2003, p.74).

A legislação brasileira reconhece, pois, o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional. A esse respeito, merece destaque a formulação da Política Nacional de Educação Especial que propõe que a educação em hospital seja realizada através da organização de classes hospitalares (MONTE, SIQUEIRA, MIRANDA, 2001; AMARAL, 2005). Diante desse fato, torna-se importante compreender que não mais são hospitais que procuram “ajudar” sua clientela oferecendo um atendimento pedagógico ou mesmo recreacional, mas a classe hospitalar é compreendida, hoje, como uma política de Estado.

Em Goiás, particularmente, deu-se início à implantação da classe hospitalar, em agosto de 1999, no Hospital Araújo Jorge (enfermarias de oncologia pediátrica) e no Albergue Filhinha Nogueira da Associação de Combate ao Câncer (BITTENCOURT, 2005; RODRIGUES NETO, 2003). Tais classes hospitalares foram estabelecidas através da consolidação do “Projeto Hoje”: Atendimento Educacional Hospitalar, por iniciativa da Superintendência de Ensino Especial da Secretaria de Estado da Educação, através de seu Programa Estadual de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva (ESTADO DE GOIÁS, 2001). Desta forma o Projeto Hoje, passou a integrar, assim como os projetos Depende de Nós, Escola Inclusiva, Ações em Parcerias (salas alternativas de jovens e adultos), Acelere/Avance, Escola Ativa, Projeto Comunicação, Espaço Criativo, Despertar, Caminhar Juntos, Re-fazer, Prevenir e Projeto Unidades de Referência, as ações da Superintendência de Ensino Especial da Secretaria de Estado da Educação (ESTADO DE GOIÁS/SEE, 2008).

Em 2006, no Estado de Goiás, o “Projeto Hoje” abrangeu 23 classes hospitalares, 03 classes em Casas de Apoio e 29 atendimentos pedagógicos domiciliares, com 46 professoras em atividade, tendo sido desenvolvido um total de 24.621 atendimentos pedagógicos (Apêndice VI).

Na cidade de Goiânia, capital do Estado de Goiás, o Hospital Araújo Jorge, o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC), o Hospital Geral de Goiânia (HGG), o Hospital Materno-Infantil, o Hospital de Doenças Tropicais (HDT) e o Hospital Psiquiátrico “Casa de Eurípides”, já contam com suas classes hospitalares em plena atividade, atendendo crianças, jovens e adultos. A partir de março de 2007 iniciou-se, também, uma classe hospitalar na Santa Casa de Misericórdia¹⁹.

¹⁹ A professora que desenvolve a classe hospitalar da Santa Casa de Misericórdia não participou deste estudo por que só iniciou seu trabalho a partir de 2007.

A Casa de Apoio Caminho da Luz e a Casa de Apoio de Quirinópolis (que recebe pacientes advindos de Quirinópolis para tratamento em Goiânia)²⁰ são locais, em Goiânia, onde as crianças de outras cidades, que se submetem à quimioterapia ou hemodiálise, permanecem após a alta hospitalar. Como essas crianças não têm ainda condições de retorno à escola, elas recebem atendimento pedagógico através do “Projeto Hoje”.

Importante ainda citar os atendimentos pedagógico-domiciliares desenvolvidos com pacientes que temporariamente encontram-se acamados em suas residências, em Goiânia, sem condições de retorno à escola logo após a alta hospitalar (pós-operatório de cirurgias ortopédicas, câncer, leucemia, doenças do coração, AIDS, etc.).

Ainda dentro do Estado de Goiás, o “Projeto Hoje” abrange o atendimento pedagógico no Centro Integrado de Saúde Mental Emmanuel, na cidade de Itumbiara e na Casa de Apoio São Luiz em Aparecida de Goiânia. Além dos atendimentos em casas de apoio, são feitos atendimentos domiciliares nos municípios de Aparecida de Goiânia, Campos Verdes, Morrinhos, Caldas Novas, Trindade, Santo Antônio do Rio Verde, Silvânia, Ceres, Mozarlândia, Rubiataba, Piracanjuba e Palmeiras de Goiás²¹.

2. A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR

O novo cenário está posto, não só em Goiás, mas em todo o Brasil. A pergunta que se faz necessária neste momento é: quem são estes novos atores que tomam seus lugares neste espaço tão inovador? Que professor é este que passa a atuar em uma enfermaria ao invés da tradicional sala de aula? Que saberes são necessários a este profissional em sua prática de classe hospitalar?

Ora, se o espaço está posto, se a classe hospitalar é hoje uma realidade e apresenta-se como um novo e desafiador campo de trabalho, há de se discutir a formação deste profissional e, sobretudo, há de se refletir sobre esta nova identidade que se forma: o professor de classe hospitalar (CAVALCANTI, 2000).

²⁰ A Casa de Apoio Maria de Nazaré também recebia pacientes nessas condições, mas foi extinta durante o ano de 2006.

²¹ Informações da Secretaria da Educação do Estado de Goiás em novembro de 2007.

O atendimento de classe hospitalar precisa ser estudado e discutido mais profundamente, dentro e fora de seu grupo profissional imediato, para que o papel e propostas do professor diante das crianças com diversas idades, habilidades e necessidades sejam mais efetivamente implementados (ênfase interdisciplinar) (FONSECA, 1999, p.13).

Nóvoa (1995) ressalta que a formação não produz apenas os profissionais, mas produz, sobretudo, a profissão. Assim, a formação de professores deve ser pensada como um instrumento sócio-político na construção da identidade de uma categoria profissional o que, em última análise, fortalece a categoria como um todo, possibilitando movimentos e lutas em prol do engrandecimento e reconhecimento do professorado. O professor que atua em enfermarias, salas de hemodiálise, e outros cenários dentro de um hospital, necessita de uma formação para além da pedagógica, abrangendo questões relacionadas ao processo de adoecimento, sofrimento e morte e, precisa, sobretudo, construir uma identidade profissional.

O professor da escola hospitalar é, antes de tudo, um mediador das interações da criança com o ambiente hospitalar. Por isso não lhe deve faltar noções sobre as técnicas e terapêuticas que fazem parte da rotina da enfermaria, sobre as doenças que acometem seus alunos e os problemas (até mesmo emocionais) delas decorrentes para as crianças e também para os familiares e para as perspectivas de vida fora do hospital (FONSECA, 2003, p.25-26).

A discussão em torno da identidade e da formação do professor que atua em classe hospitalar torna-se importante, não só para que se tenha um perfil deste profissional, mas, sobretudo, para que haja reconhecimento desta categoria que se estabelece no seio da Pedagogia e das Licenciaturas, e para que se possam desenvolver políticas públicas no sentido de efetivação deste campo de atuação. Assim é que, embora estabelecida na legislação vigente, a pedagogia hospitalar ou, como denomina o Ministério da Educação – a classe hospitalar – ainda é desconhecida pelos próprios professores que atuam em outros cenários e pelos profissionais da saúde. Segundo Rejane Fontes,

O único hospital que realiza concurso público destinado a pedagogos é o Hospital Sarah Kubitschek, em suas unidades de Brasília (DF), São Luiz (MA), Salvador (BA), Belo Horizonte (MG) e Rio de Janeiro (RJ) (FONTES, 2005, p.22).

Brzezinski e Garrido (2001) e André et al (1999), analisando a produção científica na área de formação de professores, nas décadas 80/90, deixam claro o quão pouco se têm estudado

sobre a identidade do professor de uma maneira geral, sem nem mesmo tangenciarem a questão do professor de classe hospitalar. O olhar reflexivo do pesquisador, que também é professor, tem se voltado mais atentamente para a formação escolar e acadêmica do que para si próprio, enquanto um ser trabalhador e repleto de competências, questionamentos e características emocionais. De acordo com Fontes,

Embora tímida, hoje já existe uma produção em nível de Pós-Graduação, sobre a Pedagogia Hospitalar. Conheço apenas uma tese de doutorado, que foi realizada na UFF pela professora Regina Taam, intitulada “Assistência Pedagógica à Criança Hospitalizada (TAAM, 2000)” (FONTES, 2005, p.26).

O levantamento bibliográfico realizado através do Portal CAPES²², para desenvolvimento deste estudo identificou apenas 12 Dissertações de Mestrado e uma Tese de Doutorado (a mesma citada acima por Fontes). De uma forma geral, tais pesquisas e os livros que versam sobre classe hospitalar, pouco se debruçam sobre a identidade e a formação de professores para tal campo de atuação profissional, em contrapartida, dão ênfase à caracterização do alunado, procurando discutir pormenorizadamente a influência da hospitalização na vida das crianças e sua repercussão no processo ensino-aprendizagem.

Eneida Fonseca, em 1999, estudando um universo de 80 professores de classe hospitalar, em todo o Brasil, levantou dados a respeito de 74% deles. Dos 59 professores que responderam à sua pesquisa, 44% possuíam curso superior; tendo os demais, formação básica de magistério (nível médio) (Apêndice VII). Desta população estudada, 19% possuíam pós-graduação (*lato sensu* ou *strictu sensu*). Neste mesmo estudo foi demonstrado que a faixa etária da maioria dos professores oscilou entre 30 a 39 anos. As questões de gênero e de etnia não foram mencionadas nesta publicação.

Outros estudos mostraram semelhança com o de Fonseca (1999). Ortiz e Freitas, ao estudarem o perfil da classe hospitalar em cinco hospitais brasileiros (Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro; Hospital Boldrini, em São Paulo; Hospital Infantil Joana Gusmão, em Santa Catarina; Hospital Infantil Pequeno Príncipe, no Paraná e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul), receberam resposta dos questionários aplicados de apenas cinco professores. Destes, 80% tinham formação de Magistério, enquanto 2º grau, todos tinham formação de nível superior (três graduados em Pedagogia, um em Letras e um em

²² O “Portal CAPES” configura-se no site da Internet em que constam todas as Dissertações e Teses desenvolvidas nos Programas de Pós-Graduação reconhecidos pelo Ministério da Educação do Brasil (CAPES).

Fonoaudiologia) e 80% tinham pós-graduação *lato sensu* (especialização). Em relação ainda a essa pesquisa, as autoras referem que 60% das professoras entrevistadas não receberam nenhuma orientação ou treinamento para atuarem nas classes hospitalares (ORTIZ, FREITAS, 2005).

Em um estudo sobre as classes hospitalares da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor de Salvador, Bahia, Barros (1999) diz que o trabalho desenvolvido no setor de Pediatria fica a cargo de uma equipe multiprofissional composta de médicos pediatras, fisiatras e ortopedistas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas funcionais (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), nutricionistas e professores. Em nota de rodapé, a autora cita as quatro categorias de professores que compõem a equipe: professores hospitalares, professores de dança, professores de educação física e professores de nível médio. Ainda segundo esta autora:

No Hospital Sarah/Salvador, professores de nível superior, denominados professores hospitalares, promovem o acompanhamento acadêmico das crianças e adolescentes que eventualmente ficaram privados da escolarização por ocasião da internação hospitalar, bem como a estimulação intelectual daqueles que não vinham sendo escolarizados normalmente ou formalmente (BARROS, 1999, p.88).

Neste estudo que aqui se configura, chama atenção a questão de gênero, pois não há, em Goiânia, homens como professores de classe hospitalar. Das 27 professoras que responderam ao primeiro questionário (Apêndice III), 66,6% tem idades entre 40 e 59 anos (Apêndice VIII) e, a maioria tem formação em Pedagogia, sendo que algumas associam outras formações como o Magistério e outros cursos de nível superior. As demais professoras têm formações variadas, dentre elas outras licenciaturas (Apêndice IX).

Das 27 professoras de classe hospitalar que responderam o primeiro questionário, somente sete não fizeram nenhum curso de especialização. Em relação à pós-graduação, as professoras goianas têm, em sua maioria, especialização em Psicopedagogia (Apêndice X). Evidentemente que tal formação é de extrema importância uma vez que capacita para um olhar abrangente e emocional do pequeno aluno, mas mesmo assim, não determina um conhecimento sobre a dinâmica da hospitalização em seu mais amplo significado. O ambiente hospitalar, com suas inúmeras implicações, desde rotinas estabelecidas para o enfrentamento de riscos (infecção hospitalar, acidentes perfuro-cortantes, necessidade do uso de EPI²³, etc) até questões subjetivas como o confronto com a morte, o sofrimento e a dor, é certamente um cenário nada comum ao

²³ EPI = **equipamentos de proteção individual**, como por exemplo, os jalecos de mangas compridas para prevenção de infecção hospitalar.

professor, pois que *a situação de proximidade com a doença, o sofrimento e a morte não são temas experienciados com regularidade no meio escolar* (ORTIZ & FREITAS, 2005, p.74).

Outra característica desse grupo de professoras é a vinculação ao ensino especial. Como o “Projeto Hoje” inscreve-se na Superintendência do Ensino Especial da Secretaria da Educação do Estado de Goiás, as professoras vinculadas ao projeto são de alguma forma, advindas do ensino especial. Cumpre ressaltar que, embora as classes hospitalares legitimamente estejam estabelecidas no contexto do ensino especial, há diferenciação entre o alunado dito “especial” e os alunos que se encontram hospitalizados.

Tradicionalmente, a educação especial tem sido concebida como destinada apenas ao atendimento de alunos que apresentam deficiências (mental, visual, auditiva, física/motora e múltiplas); condutas típicas de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos, bem como de alunos que apresentam altas habilidades/superdotação (MONTE, SIQUEIRA, MIRANDA, 2001, p.36).

Ainda que o conceito de educação especial tenha se ampliado ao longo dos anos, os alunos ditos “especiais” apresentam alguma dificuldade como, por exemplo, a dislexia, transtornos de atenção, alterações de comportamento, enfim, situações que trazem algum complicador para o processo de ensino-aprendizagem. Os alunos de classes hospitalares têm como característica o fato de estarem internados em um hospital. A hospitalização não implica, necessariamente, em uma limitação ao aprendizado escolar (CECCIM, 1999, p.42), ainda que possa propiciar um afastamento da escola com conseqüente transtorno no processo ensino-aprendizagem. Visto sob outro ângulo, surge a contradição – embora não caracteristicamente “alunos com necessidades especiais na aprendizagem”, as crianças em regime de internação hospitalar agregam fatores que as colocam, sim, em condições de “alunos especiais”:

As crianças e adolescentes internados em hospitais, independentemente da patologia, são considerados alunos temporários de educação especial por se acharem afastados do universo escolar, privados da interação social propiciada na vida cotidiana e terem pouco acesso aos bens culturais, como revistas, livros, atividades artístico-culturais. Portanto, elas correm um risco maior de reprovação e evasão, podendo configurar um quadro de fracasso escolar (ORTIZ, FREITAS, 2005, p. 53-54).

É necessário lembrar que o fato da hospitalização, muda o referencial a as representações do alunado (alunos/pacientes) e dos professores. Se no ambiente escolar, os

estudantes e os professores constroem representações sociais relativas à vida e à saúde, no ambiente hospitalar todo o contexto social é modificado. Pitta (1999) ressalta que o hospital traz em si a representação da dor e da morte, o que altera substancialmente as relações interpessoais em seu meio, pois as pessoas passam a se relacionar a partir das perdas e do sofrimento.

O hospital não é o local usual de trabalho de um profissional da pedagogia. Portanto, tanto o profissional como a instituição, necessitam de um período de adaptação e reconhecimento para o engendramento das trocas possíveis (CECCIM, CARVALHO, 1997, p.78).

Se por um lado, os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos, têm dificuldades em relação à vivência hospitalar e, necessitam de um complexo processo de ensino-aprendizagem para uma atuação adequada frente ao doente; professores, alheios que são ao ambiente hospitalar e seus complicadores, necessitam apreender os intricados processos do adoecimento para melhor interagirem com seus alunos (pacientes) e seus acompanhantes. Portanto,

A questão da formação desse profissional constitui-se num desafio aos cursos de Pedagogia, uma vez que as mudanças sociais aceleradas estão a exigir uma premente e avançada abertura de seus parâmetros, com vistas a oferecer os necessários fundamentos teórico-práticos, para o alcance de atendimentos diferenciados emergentes no cenário educacional (MATOS, MUGGIAT, 2001:15).

Uma vez que não há uma formação teórico-prática específica para o professor que se dedica a ensinar no cenário hospitalar, o profissional lança mão de conhecimentos vários, muitos deles construídos a partir do senso comum, para conduzir sua aula e sua relação com o aluno/paciente, seu acompanhante e sua doença. Organizar uma aula para alunos diversos entre si, com diferentes idades, com várias doenças, dentro de uma enfermaria, requer grande capacidade de improvisação e de flexibilidade, para dar conta dos imprevistos que possam incidir sobre o processo de ensino/aprendizagem (ORTIZ, 2002; JUSTI, 2003). Assim, iniciar uma aula e, de repente, ter de interrompê-la devido à piora de uma das crianças, ou mesmo devido ao horário de medicação, ou ainda, por que um aluno precisa se afastar para submeter-se a um exame ou avaliação médica, exige do professor uma genuína capacidade para lidar com tais adversidades. Esta flexibilidade que a profissional desenvolve em meio às suas tarefas com cada aluno/paciente propicia um *habitus* específico da professora de classe hospitalar.

*Bourdieu considera o **habitus** essencialmente como a interiorização dos constrangimentos externos, a incorporação das estruturas sociais em cada indivíduo que tende, de forma mais segura do que as demais normas explícitas, garantir a conformidade das práticas e a respectiva constância através do tempo* (PERRENOUD, 1993, p.41).

Embora não substitua a formação acadêmica necessária para o exercício da profissão, é através do “habitus” que o professor de classe hospitalar pode transformar e ser transformado em sua prática, flexibilizando horários, materiais escolares e conteúdos. Assim, é no cenário hospitalar que o “habitus” pode e, deve ser um importante elemento da práxis do professor. A não formação teórica específica talvez seja, paradoxalmente, uma possibilidade de maior autonomia do professor no sentido de sua própria criação. Visto que, segundo Libâneo e Pimenta:

As investigações recentes sobre formação de professores apontam como questão essencial o fato de que os professores desempenham uma atividade teórico-prática, e que ao se pensar um currículo de formação, a ênfase na prática como atividade formadora aparece, à primeira vista, como exercício formativo para o futuro professor (1999, p.267).

Pensando nessa direção, percebe-se que a formação do professor de classe hospitalar já começa a ser delineada pelos próprios profissionais, que em sua prática, vão construindo uma rede de saberes e normas que efetivamente os diferenciam corroborando na construção da própria identidade profissional.

É necessário incentivar a aquisição de uma consciência progressiva sobre a prática, sem desvalorizar a importância dos contributos teóricos. Neste sentido, a consciência sobre a prática surge como idéia-força condutora da formação inicial e permanente dos professores (SACRISTÁN, 1999, p.78).

A consciência sobre a prática pedagógico-hospitalar precisa ser efetivada, sobretudo para que o discurso seja reconhecido. Sabe-se que nos dias atuais existem várias modalidades de atendimentos pedagógicos em hospitais: desde práticas puramente recreativas, até as mais rígidas classes escolares (CECCIM, CARVALHO, 1997; CAVALCANTI, 2000; ORTIZ, 2001; ORTIZ, 2002; MATOS, 2003). Ainda que existam tais diferenças, a maioria dos profissionais que atuam na área hospitalar segue o pressuposto estabelecido pelo Ministério da Educação, quando diz que:

O professor que irá atuar em classe hospitalar deverá estar capacitado para trabalhar com a diversidade humana e diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos educandos impedidos de freqüentar a escola, definindo e implantando estratégias de flexibilização e adaptação curriculares. Deverá, ainda, propor os procedimentos didático-pedagógicos e as práticas alternativas necessárias ao processo ensino-aprendizagem dos alunos, bem como ter disponibilidade para o trabalho em equipe e o assessoramento às escolas quanto à inclusão dos educandos que estiverem afastados do sistema educacional, seja no seu retorno, seja para o seu ingresso (BRASIL, 2002, p.22).

Assim, a identidade do professor que atua em hospitais, posta no documento “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações” do Ministério da Educação (BRASIL, 2002) requer uma formação e uma construção digna de “semideuses”, pois que sua responsabilidade abrange um todo incompatível com o fazer humano. Soma-se a este fato a realidade dos hospitais públicos, sempre em precárias condições em relação aos espaços e objetos necessários à prática didático-pedagógica.

Embuído de tamanha responsabilidade, o professor de classe hospitalar trabalha efetivamente com o que tem às mãos – não só os conceitos como doença, dor, morte, injeção, cirurgia, hemodiálise etc., mas, sobretudo, com instrumentos hospitalares, que podem se transformar dando significância para sua aula. O frasco de soro, a seringa descartável, o cateter, o algodão, a gaze, materiais que, ao se transformarem, transformam a prática docente e também, a representação que os alunos têm do adoecer e do tratamento. O professor é, sobretudo, um *bricoleur*, que a exemplo de Dom Quixote, vai enfrentando suas batalhas e conquistando suas possíveis vitórias.

O bricoleur está preparado para executar um grande número de tarefas diversificadas; mas, contrariamente ao engenheiro, não subordina cada uma delas à obtenção de matérias-primas e de instrumentos, pensados e concebidos à medida de seu projeto: o universo instrumental é fechado, e a regra de seu jogo é a de se desvencilhar sempre com o que está à mão (...) (PERRENOUD, 1993, p.47).

A *bricolage* é parte integrante da classe hospitalar. A pedagogia hospitalar abdica das “fichas tradicionais” e dos “exercícios pré-concebidos”, para em troca, promover uma aula ativa, criativa e inventiva. Partindo da doença e da finitude, a pedagogia hospitalar aponta para a continuidade e a vida, através das diversas possibilidades de criação em sala de aula (que pode ser a enfermaria, a sala de hemodiálise, o quarto, ou mesmo o corredor).

A possibilidade de criação de um processo de ensino/aprendizagem ancorado na história de cada aluno/paciente, ou o trabalho docente envolvendo textos que dizem respeito à doença e ao tratamento de cada criança, ou ainda, a possibilidade de leitura e análise de materiais gráficos relacionados ao fazer hospitalar traz novos rumos à práxis em classe hospitalar (CAVALCANTI, 2000; GONÇALVES, 2001; JUSTI, 2003).

Assim, retomando as palavras de Sacristán (2002, p.86), *o saber-fazer, o “como”, não é uma derivação só do conhecimento, adquirido na formação ou no processo de formação, mas como nesta situação aqui discutida, o saber-fazer é a própria formação que vai se dando de maneira tímida, empiricamente, abrindo clareiras para futuros processos de formação de professores para atuação em hospitais.*

Partindo de toda essa discussão sobre a necessidade de uma formação adequada para tal prática, a pedagogia hospitalar, torna-se necessário refletir:

a). Tal formação deverá ser em nível de graduação? Dever-se-á acrescentar aos currículos dos cursos de Pedagogia e das Licenciaturas os saberes necessários à prática do professor de classe hospitalar? Se tal for esta necessidade, cabe perguntar que saberes são esses a serem construídos,

Quais são os saberes profissionais dos professores, isto é, quais são os saberes (conhecimentos, competências, habilidades, etc.) que eles utilizam efetivamente em seu trabalho diário para desempenhar suas tarefas e atingir seus objetivos? (TARDIF, 2002, p.245).

b). Se, por outro lado, for pensado em uma formação para além da graduação – em nível de educação continuada - pode-se concluir que o “saber-fazer”, o “habitus”, a “bricolage” e, sobretudo, a reflexão sobre a própria ação do professor de classe hospitalar, são hoje elementos de grande importância na construção desta formação que se dá ao longo da práxis, em caráter de educação continuada.

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 chamada Pedagogia Hospitalar. (...) Considerando a Pedagogia Hospitalar no seu todo, infere-se que existe um amplo campo de estudos sistemáticos de caráter científico-pedagógico que abarca a totalidade dessa experiência e vai precisando o perfil de seus múltiplos aspectos, sempre dentro

da mais ampla abertura e flexibilidade de soluções práticas no âmbito hospitalar (MATOS, MUGGIAT, 2001, p.48-49).

c). Enfim, qual seja a formação mais adequada – na graduação ou para além desta – de acordo com Guimarães (2004) será necessário juntar nos chamados “saberes disciplinares” não só os conhecimentos das ciências humanas e naturais, bem como uma cultura geral, mas ainda conhecimentos científicos a respeito das doenças mais prevalentes no meio hospitalar e suas implicações prognósticas, tais como, o que é um quadro de insuficiência renal e como a doença evolui, um câncer e seu desfecho final e assim por diante. Os “saberes pedagógico-didáticos” deverão ser ampliados para que se construam conhecimentos da pedagogia hospitalar. E, dentre os “saberes relacionados à cultura profissional”, devem-se acrescentar os conhecimentos basilares da relação com os demais profissionais da equipe da saúde bem como da relação professor-aluno na condição peculiar de aluno/paciente.

Tais reflexões têm sido feitas por diversos autores. Ceccim descreveu o Curso de Extensão (Capacitação Multi/Interdisciplinar) denominado “Curso Criança Hospitalizada: Enfermidades com Repetidas ou Prolongadas Internações e Atenção Integral como Escuta à Vida”. Tal curso foi desenvolvido em parceria entre a Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Hospital Universitário) e buscou aplacar a necessidade e a angústia dos profissionais de entender melhor a criança hospitalizada (CECCIM, CARVALHO, 1997).

Já Caiado (2003) entende que as universidades podem e devem contribuir para a formação de professores de classe hospitalar tanto na dimensão da pesquisa como no ensino:

No ensino da graduação, a classe hospitalar, como uma modalidade de atendimento educacional, deve compor conteúdos das disciplinas e ser espaço considerado nas práticas de ensino nos cursos de Pedagogia e conteúdo dos cursos da área de saúde (CAIADO, 2003, p.77).

Também Covic (2003) apontou para a necessidade de ampliação dos cenários pedagógicos na formação de professores, mostrando a possibilidade de trabalhar com classes hospitalares. Fontes ressalta a importância da formação em serviço e destaca a não existência de cursos de especialização na área da pedagogia hospitalar:

Embora a maioria de professores que atuam com crianças em hospitais possua formação em nível de pós-graduação na área educacional, a formação em

serviço é, indubitavelmente, o que tem assegurado um nível de qualidade crescente nessa modalidade de atendimento pedagógico, uma vez que não existe um curso, reconhecido pelo MEC, voltado para esse tipo de profissionalização (FONTES, 2006, p.6).

Resumindo, o fazer do professor de classe hospitalar precisa ser sistematizado e torna-se, hoje, em uma nova possibilidade de formação para que se tenha efetivamente este campo de atuação como um novo caminho a ser trilhado pelos profissionais da educação.

3. A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR EM GOIÁS

Em Goiás, especificamente, a construção da formação de professores de classe hospitalar advém da demanda pessoal. De acordo com os dados levantados dentre as 27 professoras que responderam o primeiro questionário (Apêndice III), a maioria adentrou nesta área através de convites feitos por amigas ou mesmo pela coordenadora do “Projeto Hoje” ou, ainda, por terem participado do curso anual de capacitação. Muitas professoras procuraram a Superintendência de Ensino Especial, buscando a coordenação do “Projeto Hoje”, devido ao fato de gostarem do ambiente hospitalar, ou por quererem atender doentes (por terem tido alunos ou familiares que adoeceram) ou ainda, por quererem mudar algo em suas vidas (Apêndice XI).

Sobre a formação em classes hospitalares, pode-se dizer que embora as professoras goianas tenham boa formação pedagógica, não tiveram durante a graduação nenhum aprendizado específico sobre pedagogia hospitalar. Desconhecem-se, em Goiás, cursos de graduação em Pedagogia ou mesmo Licenciaturas que contemplem conhecimentos sobre classe hospitalar, ainda que o Documento Norteador para Elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Formação de Professores (1999) abra espaço para inserção desses conhecimentos (pedagogia hospitalar) em seu item III.3, que diz:

Conteúdos relacionados a saberes pedagógicos mais amplos, do campo teórico da prática educacional, que não se restringem à didática da sala de aula, pois também referentes às múltiplas relações no espaço escolar, nos sistemas de ensino ou tratando em geral da educação como prática social (1999, p.5).

O fato de que a maioria das professoras em Goiás seja vinculada ao ensino especial não garante que tenham conhecimento da pedagogia hospitalar. Aliás, segundo Almeida (2003), as professoras nem mesmo teriam um profundo conhecimento da educação especial:

Nós, também concluímos em nossos estudos que os professores têm evidenciado dificuldades para trabalhar com os alunos em geral, não apenas com aqueles com deficiência, dadas as precárias condições de trabalho e de formação docente. Verificamos que os professores, em sua maioria, necessitam de mais conhecimentos do que já possuem para desenvolver uma prática de ensino que considere as diferenças em sala de aula (ALMEIDA, 2003, p.176).

Sabendo da real situação do professorado que deseja iniciar sua prática pedagógica nos hospitais de Goiânia e outras cidades do Estado de Goiás, a Superintendência do Ensino Especial, através da coordenação do “Projeto Hoje”, proporciona, no início de cada ano, um curso intensivo de capacitação, geralmente de 40 horas, em que se discutem questões relevantes da pedagogia hospitalar. Também, a coordenação do Projeto Hoje estimula a leitura de livros sobre o assunto e desenvolve reuniões sistemáticas em que a parte teórica é contemplada. Assim, em meio à práxis, e tendo algum respaldo teórico, as professoras goianas vão construindo seu aprendizado.

Após terem participado do referido curso inicial, as professoras são lotadas, geralmente em duplas, nos hospitais, casas de apoio ou mesmo direcionadas ao atendimento pedagógico domiciliar. Ao iniciar sua atuação no hospital, a professora toma conhecimento das crianças ou jovens que estão internados. Entra em contato com eles e faz sua primeira atuação: em contato com o aluno/paciente e sua mãe (ou outro acompanhante) preenche a “ficha perfil” (Apêndice XII). Esta ficha é semelhante à ficha de anamnese²⁴ que o médico usa. Neste momento (preenchimento da ficha perfil) é desenvolvida a chamada “escuta pedagógica”²⁵, quando a professora vai conhecendo as questões mais íntimas da criança e de sua família, entendendo seu processo de adoecimento para, posteriormente, poder trabalhar as questões pedagógicas com aquele aluno. Após esse primeiro momento, a professora deixa o hospital e desenvolve sua proposta pedagógica: quais conteúdos trabalhar, que metodologia didática vai usar, quais os materiais que serão utilizados no momento pedagógico e outros detalhes.

²⁴ Ficha de anamnese é a ficha que o médico preenche quando atende ao paciente. Consta de dados sociais e dos dados referentes ao processo de adoecimento.

²⁵ Termo criado por Ceccim para conceituar o momento em que é desenvolvida uma escuta atenta às questões da vida e do adoecimento da criança e, também, em relação ao processo ensino-aprendizagem.

Assim, as professoras vão atuando diariamente com cada criança ou jovem internados. A cada dia, as professoras vão anotando a evolução pedagógica de cada aluno de forma a construir um portfólio com todas as atividades e avaliações. Este portfólio deverá ser enviado à escola, juntamente com um relatório, após a alta do aluno.

O fazer pedagógico das professoras de classe hospitalar não se restringem aos pacientes pediátricos tão somente, o que amplia a necessidade de novos saberes. Em Goiás, diferentemente de outros locais, as professoras de classe hospitalar costumam concomitante ao atendimento pedagógico dado à criança, alfabetizar as mães, quando estas se dizem analfabetas. Este trabalho tem repercutido muito bem. Muitas mães têm sido encaminhadas à Educação de Jovens e Adultos (EJA) e este fato tem interferido positivamente no tratamento das crianças, pois que mães alfabetizadas compreendem melhor a terapêutica instituída pelos médicos.

Também os pacientes adultos têm solicitado o atendimento das professoras de classe hospitalar, podendo assim, retomarem o processo de ensino-aprendizagem interrompido há vários anos.

Outra situação que as professoras têm enfrentado é o resgate de crianças que não estão matriculadas na rede regular de ensino. Quando isso ocorre, as crianças passam a ser matriculadas via “Projeto Hoje”, podendo, após a alta, continuarem seus estudos.

O “Projeto Hoje” conta com uma coordenação central e três coordenações que abrangem os hospitais, casas de apoio e domicílios. Cada coordenadora têm sob sua orientação várias professoras e costuma fazer reuniões onde os casos são discutidos e as propostas pedagógicas refletidas.

Essa maneira organizada de atuação das professoras goianas, de certa forma, dá uma continuidade pedagógica como se fosse um estágio supervisionado. No entanto, a peculiaridade do fazer hospitalar deixa algumas questões sem solução. Das 27 professoras que preencheram o primeiro questionário dessa tese, 25 deixaram claro que a morte, a dor e o sofrimento, a perda e o luto são questões muito conflitantes no seu fazer pedagógico (Apêndice XIII).

Provavelmente por terem estas dificuldades é que o grupo de professoras solicitou o desenvolvimento de grupos Balint para uma melhor compreensão do processo saúde-doença e da relação com os alunos/pacientes.

CAPÍTULO II

APRESENTANDO BALINT ÀS PROFESSORAS DE CLASSE HOSPITALAR

Lo que intentamos producir em el grupo Balint es despejar la maraña de factores que abruman al docente o directivo para ayudarlo a encontrar en sí mismo recursos creativos, buscando con quién o quiénes puede armar equipo y producir cambios posibles, intersticios a través de los cuales, producir modificaciones en las microprácticas. (Benedetti & Beker)

“Educar sempre significa mudar”. Se não houvesse nada para mudar não haveria nada para educar. (Vigotski)

CAPÍTULO II

APRESENTANDO BALINT ÀS PROFESSORAS DE CLASSE HOSPITALAR

1. UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO

Falar sobre relação humana, interpessoal, é sempre muito difícil e delicado, pois que as várias faces de uma mesma discussão podem apresentar compreensões diferenciadas até mesmo com marcante caráter político-social. Falar da subjetividade, dos afetos e das emoções humanas no cenário escolar, pode parecer uma supervalorização do “individual” em detrimento da compreensão sócio-histórica do processo ensino-aprendizagem. O que se coloca nesse capítulo, no entanto, não prevê uma postura favorável à compreensão neoliberal da individualidade, mas procura entender os meandros da relação humana entre o professor e seus alunos, inseridos no contexto sócio-histórico do qual fazem parte. Procura, ainda, compreender os sentimentos que movem estes atores diante do processo ensino-aprendizagem, as emoções vividas pelos alunos e também pelos professores e como se forma o vínculo afetivo que se coloca como espaço transicional dos conhecimentos e saberes (SANCHES, 2002). E, sobre tal pano de fundo, neste capítulo pretende-se discutir as peculiaridades da relação professor-aluno no cenário da classe hospitalar e a necessidade de capacitação das professoras para viverem este fazer pedagógico em uma situação tão peculiar. Assim, para se dar início a essa reflexão, é necessário compreender que:

O processo ensino-aprendizagem só pode ser analisado como uma unidade, pois ensino e aprendizagem são faces de uma mesma moeda; nessa unidade, a relação interpessoal professor-aluno é um fator determinante. Esses atores são concretos, históricos, trazendo a bagagem que o meio lhes ofereceu até então; estão em desenvolvimento, processo que é aberto e permanente. (MAHONEY & ALMEIDA, 2005, p.12)

Assim sendo, a compreensão da relação professor-aluno passa, sobretudo, pela compreensão de como se dá o processo ensino-aprendizagem nas relações interpessoais. A construção ou apropriação de um conhecimento se dá através das relações sociais, ou seja, a partir da relação com o Outro: seja o professor, sejam os outros alunos.

Esse professor e esse aluno, nesse contexto escolar, vão construir, através de um espaço emocional-cognitivo, tanto suas idéias sobre ensino-aprendizagem quanto sua própria aprendizagem. Para aprender, é preciso haver desejo de conhecer esse Outro – sem desejo não há aprendizado. Para aprender é preciso querer conhecer os segredos, des-cobrir o que está camuflado e que é o que não sei. (LOMÔNACO, 2002, p.15)

O ato pedagógico é, pois, compreendido como um ato social e, portanto, só pode ocorrer através das relações interpessoais, pois que o meio social é coletivamente o espaço do encontro com o Outro. Vygotsky, no desenvolvimento de seus conceitos psicológicos voltados à educação, mostrou a importância da interação social no processo de incorporação de instrumentos culturais durante a infância.

Uma educação realizável em termos ideais só é possível com base em um meio social devidamente orientado (...). O material humano possui uma infinita plasticidade em um meio social corretamente organizado. Tudo no homem pode ser educado e reeducado sob uma correspondente interferência social. (VIGOTSKI, 2004, p.284)²⁶

O meio social do qual o autor fala não é um elemento estranho ao mundo humano nem algo absolutamente contraposto às emoções, já que a sociedade é feita de homens e mulheres que interagem entre si e constituem uma maneira de viver compreendida como o mundo cultural, cenário do existir de cada um e, *à emoção compete o papel de unir os indivíduos entre si por suas reações mais orgânicas e mais íntimas* (WALLON, 2007 p.124). Pensar a subjetividade dos alunos e dos professores enquanto fios da trama que constitui a relação interpessoal, relação esta que promove o processo ensino-aprendizagem, não desqualifica o significado sócio-histórico deste processo, não nega a importância da interação com todos os atores postos na escola, sejam eles professores, alunos e/ou funcionários, pois:

A constituição da subjetividade se articula à história, no sentido de que o

²⁶ Embora o nome do autor, na maioria das traduções do russo seja Vygotsky, a segunda edição do livro Psicologia Pedagógica, publicada pela editora Martins Fontes, e traduzida do russo por Paulo Bezerra, traz a grafia Vigotski. Como o texto acima referido foi retirado desta tradução, optou-se por manter a grafia publicada pela Martins Fontes. Nas demais referências ao autor que não relacionadas a este livro, optou-se pela grafia original.

sujeito é marcado pela cultura da qual faz parte e pelas experiências imediatas que o singularizam. (SOUZA, 2004, p.121)

Pensar a pessoa em seus mais variados aspectos: biológico, psicológico, social e cultural, amplia a compreensão da relação professor-aluno e, por conseguinte, abre espaço para o reconhecimento da complexidade do processo ensino-aprendizagem. Assim é que Souza, ao desenvolver sua pesquisa, em que se propôs a escutar as professoras, os alunos e seus pais a cerca do processo ensino-aprendizagem, observou *o lugar de desamparo ante o processo de aprender* de onde cada qual falava (2004, p.120). Sem deixar de lado a compreensão sóciointeracionista, Souza pôde perceber as questões emocionais que cada ator desse processo se lhe apontava. Também Vigotsky mostrou a importância do reconhecimento das emoções dentro do processo educacional:

O fato emocionalmente colorido é lembrado com mais intensidade e solidez do que um fato indiferente. Sempre que comunicamos alguma coisa a algum aluno devemos procurar atingir o seu sentimento. (...) A emoção não é um agente menor do que o pensamento. O trabalho do pedagogo deve constituir não só em fazer com que os alunos pensem e assimilem geografia, mas também a sintam. (VIGOTSKI, 2004, p.143-144)

Outros autores apontaram para a relevância das emoções no processo de aprendizagem e Henri Wallon teve papel preponderante na construção deste conhecimento, quando discutiu as relações sócio-afetivas do bebê e seu desenvolvimento cognitivo, bem como analisou a diferença entre emoção (manifestação de estados subjetivos com componente orgânico) e afetividade (sentimentos cuja origem é psicológica) (TASSONI, 2000; ALMEIDA, 2001; LOMÔNACO, 2002; MAHONEY & ALMEIDA, 2005; WALLON, 2007). As discussões de Wallon sobre a emoção, afetividade e a educação tiveram respaldo científico posterior nos estudos de Maturana (1963).

De acordo com Mahoney & Almeida, a teoria psicogenética de Wallon dá uma importante contribuição, não só para compreensão do desenvolvimento humano, mas também subsidia o entendimento da interação professor-aluno, possibilitando a compreensão do aluno e do professor enquanto pessoas dotadas de emoção e afetividade. Lomônaco (2002) aponta para a compreensão de Wallon de que a dimensão afetiva é integrada aos outros aspectos do indivíduo considerados fundamentais para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento pessoal.

Em seu livro *Aprender: verbo transitivo – a parceria professor-aluno na sala de aula*, Lomônaco (2002) apropria-se de vários autores, tais como Piaget, Vigotsky e seus

sucessores Leontiev e Elkonin, bem como, Wallon e Freud para ratificar a importância das emoções no processo ensino-aprendizagem. Ainda dentro dessa perspectiva, segundo Sampaio (2004), outro autor que contribuiu para o entendimento das emoções e afetos na interação entre alunos e professores foi Amadeu Carl Byington, que se fundamentou na Psicologia Simbólica de Yung, dando ênfase à vivência afetiva como ponte para o aprendizado.

Toda aprendizagem está impregnada de afetividade, já que ocorre a partir das interações sociais, num processo vincular. Pensando, especificamente, na aprendizagem escolar, a trama que se tece entre alunos, professores, conteúdo escolar, livros, escrita, etc. não acontece puramente no campo cognitivo. Existe uma base afetiva permeando essas relações. (TASSONI, 2000, p.270)

O processo vincular a que Tassoni se refere é exatamente o espaço possível de transição de afetos, emoções e desenvolvimento de um aprendizado adequado. Há, pois, que se permitir um vínculo afetivo e efetivo entre professores e alunos, de modo que as emoções e os conhecimentos possam transitar e, de fato, propiciar a construção de um mundo novo que pressupõe uma nova realidade subjetiva com uma conseqüente e substancial mudança sócio-histórica.

A sala de aula precisa, de fato, propiciar uma “con-vivência” conforme sugere Masetto (1992). De acordo com a reflexão do autor, a sala de aula funciona como uma possibilidade de vivências, sendo um espaço aberto para que se construa uma realidade enriquecida pelo conhecimento. O “con”, segundo Masetto (1992), tem a ver com “estar junto” aos colegas e ao professor, formando um grupo humano com respeito às suas diferenças, enriquecendo o aprendizado. Assim, o espaço vincular afetivo entre os alunos e o professor, se estabelece no espaço real de com-vivência, representado pela sala de aula. A aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, necessárias à formação técnico-humanística construída ao longo da vida escolar, depende, pois, de experiências vividas em salas de aula e outros espaços educativos.

As experiências vividas em sala de aula ocorrem, inicialmente, entre os indivíduos envolvidos no plano externo (interpessoal). Através da mediação, elas vão se internalizando (intrapessoal), ganham autonomia e passam a fazer parte da história individual. Essas experiências também são afetivas. (TASSONI, 2000, p.270)

A mediação capaz de transformar as experiências interpessoais em experiências

intrapessoais, apontada por Tassoni, é feita principalmente pelo professor que também está em interação com o aluno e, portanto, também é sujeito dessa transformação vivencial de que se fala. Masetto (1992) salienta que a atuação adequada dos professores se faz através da valorização dos aprendizes, suas ações participativas, através do trabalho em equipe, pelo clima empreendido na sala de aula, a auto-avaliação e uma convivência que visa o crescimento, a maturidade e a independência dos alunos. O aspecto afetivo do professor no espaço ensino/aprendizagem foi enfatizado pelos alunos em uma pesquisa de Maria Isabel Cunha (1989), quando era perguntado o porquê da escolha de determinados professores como o “bom” ou o “melhor” professor do curso estudado. Tal pesquisa aponta claramente para as emoções que perpassam a relação professor-aluno e sua importância no processo pedagógico. Mahoney & Almeida (2005) apontam para o importante papel de mediação desenvolvido pelo professor em sua interação com os alunos e destacam as consequências da não observância das emoções nesse processo relacional:

Na relação professor-aluno, o papel do professor é de mediador do conhecimento. A forma como o professor se relaciona com o aluno reflete nas relações do aluno com o conhecimento e nas relações aluno-aluno. (...) A não satisfação das necessidades afetivas, cognitivas e motoras prejudicam a ambos, e isso afeta diretamente o processo ensino-aprendizagem: no aluno, pode gerar dificuldades de aprendizagem; no professor, gera insatisfação, descompromisso, apatia, podendo chegar ao burnout – estresse laboral – como mal que afeta, com maior frequência, profissionais da área da educação e da saúde. (MAHONEY & ALMEIDA, 2005, p.13-26)

A reflexão teórica sobre a relação professor-aluno, e a compreensão do importante papel das emoções e dos afetos no cenário educacional, vêm se fazendo de forma a se entender melhor o processo ensino-aprendizagem na busca de uma melhor forma de construir o conhecimento, de acordo com as etapas evolutivas da criança e do adolescente. Na maioria dos textos que versam sobre este assunto, tal relacionamento é apontado apenas como um instrumento na construção de um processo ensino-aprendizagem mais adequado e eficaz. Com esse objetivo Vigotski destaca que:

São precisamente as reações emocionais que devem constituir a base do processo educativo. Antes de comunicar esse ou aquele sentido, o mestre deve suscitar a respectiva emoção do aluno e preocupar-se com que essa emoção esteja ligada a um novo conhecimento. Todo o resto é saber morto, que extermina qualquer relação viva com o mundo. (2004, p.144)

No entanto, o processo educativo vai além da aquisição pura e simples de

conhecimentos, habilidades e atitudes, pois conforme aponta Morin, a educação deve abranger saberes fundamentais, no sentido de permitir o conhecimento do humano, de forma a poder discernir o erro ou a ilusão; poder entender os saberes de forma integrada e complexa e não, aprender os conhecimentos fragmentados sem pertinência; compreender, ainda, a condição humana e toda a sua diversidade; perceber a identidade planetária; enfrentar as incertezas e poder compreender de fato a todos os seres humanos e, também e sobretudo, a educação deve conduzir à ética do gênero humano, percebendo o homem como sendo ao mesmo tempo indivíduo/sociedade/espécie.(MORIN, 2000)

A educação escolar não é um espaço técnico restrito, orientado por relações formais. Ela tem se caracterizado como um locus de relações interpessoais em que a qualidade dos vínculos afetivos que se estabelecem são decisivos na configuração de seus resultados. Homens e mulheres que se dedicam a ensinar o fazem, também por encontrar nessa atividade um vasto campo de perspectivas de interação e solidariedade compartilhada. (COSTA apud LELIS, 2005, p.5)

Lelis (2005), em sua pesquisa, que escutou a fala de cinco professoras que sempre atuaram em escolas públicas do Rio de Janeiro, pôde perceber que, apesar de todos os obstáculos impostos pela perversidade social em que se encontravam, as professoras pesquisadas puderam desempenhar um papel importante na vida de seus alunos. Tal papel social que elas tiveram, junto ao alunado, deveu-se a vínculos afetivos construídos na dura realidade sócio-histórica de locais pobres e dominados pela violência urbana que assola a cidade do Rio de Janeiro. A interação afetiva e a solidariedade compartilhada foram os instrumentos usados como possibilidade para o processo ensino-aprendizado ocorrer e, sobretudo fizeram diferença na vida de cada uma daquelas crianças. .

Dessa forma, uma educação mais abrangente do que apenas a aquisição dos conhecimentos de Português, Literatura, Geografia ou Matemática faz-se necessária frente a realidade atual:

Estamos vivendo uma crise global profunda, onde o vazio existencial e afetivo, provocado pela manipulação e desmandos, favorece a miséria, a violência, a corrupção, o medo, a insegurança, resultado da fragilidade das relações e dos valores humanos. (...) Criamos uma sociedade em que as pessoas acham cada vez mais difícil demonstrar o mínimo de afeto aos outros. (SAMPAIO, 2004, p.30-47)

Paulo Freire (1999) propôs como saber necessário ao professor, a disponibilidade e a sensibilidade aos chamamentos que lhes chegam, aos diversos sinais que lhes são apresentados e,

também *ao canto do pássaro, à chuva que cai, ao riso manso da inocência, à cara carrancuda de desaprovação, aos braços que se abrem para acolher ou ao corpo que se fecha na recusa* (p.151-152). Propôs, ainda que se fosse ensinado a disponibilidade para o diálogo, a liberdade e a autoridade, a capacidade de escutar, pois para ele:

A afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade. (...) A prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência de hoje. (FREIRE, 1999, p.160-161)

Parece claro que a construção de um bom vínculo afetivo e o reconhecimento das emoções entre professores e alunos possa melhorar o processo ensino-aprendizagem. Parece claro também, que alguns autores citados procuram ressaltar a relação entre professores e alunos como possibilidade de transformação da realidade – uma realidade dura, violenta e sem espaço para a emoção e afetividade – em um espaço de prazer, encantamento e reconhecimento do Outro. O que não está falado é exatamente a essência da relação interpessoal: o que ocorre no encontro entre uma professora e seus alunos. O que ocorre com a professora e com cada aluno seu, os sentimentos que perpassam este encontro, os movimentos psíquicos que ocorrem no inconsciente de cada ator do processo e como estes elementos permeiam a relação interpessoal não está sendo refletido e nem tão pouco estudado na seara da educação. É como se os sentimentos fossem estanques e o simples fato de sabê-los existentes já bastasse para que os professores fizessem bom uso deles.

A psicanálise talvez possa dar alguns nortes. É importante que os professores possam encontrar possibilidades novas de pensar-se, pensar ao outro, ao Outro e à educação. Que os professores examinem em si a violência, a criança, o adulto trágico. Que trabalhem em grupo, com os demais, tentando transformar a escola. (SPELLER, 2005, p.115)

Dar conta do que se passa na vida mental de cada ser humano não é tarefa fácil. Não se aprende nos curso de graduação em Pedagogia ou nas Licenciaturas como conhecer os afetos e emoções dos alunos e nem tão pouco como se conhecer a si mesmos, como professores dotados de vida psíquica e, portanto dotados de emoções. As diversas teorias do desenvolvimento infantil têm subsidiado os professores quanto à compreensão das diversas etapas do desenvolvimento mental e cognitivo, o que fica claro na citação da Wallon: *o estudo da criança é essencialmente o estudo das fases que farão dela um adulto* (2007, p.27). No entanto, os ruídos insistentes das emoções que permeiam a relação professor-aluno são silenciados duramente, pois não são

conhecidos dos professores, sendo assim negados a todo o custo, pois que:

Lidar com as emoções, as próprias e as dos outros, é uma arte. Precisa ser cultivada e desenvolvida. É fundamental que haja discernimento nas dinâmicas reais de conflitos, o que implica o cultivo das relações interpessoais, educação da afetividade e o aprender a conviver. (SAMPAIO, 2004, p.58)

Por isso, vários autores têm criticado insistentemente a psicologização da educação, contrapondo-se ao conceito de transformação da criança em adulto através de estimulações adequadas ao desenvolvimento psicológico ou à sua capacidade maturacional (SPELLER, 2005). No contexto psicanalítico a educação não está comprometida com tais estimulações ou construção de comportamentos adequados a uma vida adulta,

Para a psicanálise, o infantil está relacionado não a um desenvolvimento psicobiológico, mas à posição em relação à Lei do desejo. A passagem de uma vida de criança a uma vida de adulto não se dá por uma evolução, até porque o infantilismo nunca é totalmente superado, a criança pulsional sempre, de alguma forma, está presente em nós. (SPELLER, 2005,p.118)

Em especial no cenário das classes hospitalares, tais questões tornam-se muito relevantes. Ser professora, estar em cenário hospitalar e ter em suas mãos alunos que morrem a qualquer momento amplia os afetos e as emoções e deixa transparecer com mais intensidade as questões relacionais.

2. A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO NO CENÁRIO DAS CLASSES HOSPITALARES

Conviver com crianças e jovens doentes, muitas vezes com risco de morte, é diferente de estar em uma escola em contato com os alunos compreendidos como saudáveis. (ORTIZ, FREITAS & 2005). O contato com o hospital, com a doença, com a dor e com a morte, provoca uma gama enorme de emoções, muitas vezes desconhecidas das professoras que ali se encontram. Descobrir que as crianças também morrem (por que esta verdade é freqüentemente negada na sociedade ocidental) movimenta sentimentos muito doloridos e difíceis de serem trabalhados (RAIMBAULT, 1979). No entanto, as professoras que desenvolvem atividades junto a crianças com cânceres e outras doenças graves, precisam tomar conhecimento do que se passa com a criança que vai morrer, e o que se passa com elas mesmas em contato com esta dura realidade. Em seu prólogo, no livro *A Criança e a Morte*, Carlos Alberto Linger aponta para tais

dificuldades quando descortina a situação de crianças hospitalizadas à beira da morte:

Dialogar com a criança desenganada é permitir-lhe pensar, sentir-se necessária aos outros, lutar pela vida. A presença no pensamento dos outros permite-lhe continuar viva. O silêncio é a máscara da situação do moribundo. (...) Morte é ausência, é perda do mundo, dos afetos, do pensamento. Porém é também doença. Longo caminho de solidão, sofrimento e exclusão. (...) Longos exílios hospitalares. Tudo devidamente institucionalizado. (LINGER, 1979, p.11-12)

Os corredores hospitalares pintados de branco, o silêncio que deixa perceber o som de cada passo, a maneira como cada profissional desenvolve seu trabalho, os olhares quase sempre voltados para o chão, os leitos brancos e frios, os pacientes vestidos com o mesmo tipo de roupa, a impessoalidade reinante, o cheiro característico, os medicamentos, as injeções, tudo isso traz em si representações sociais que deflagram emoções quando as professoras entram em contato com tal cenário (OLIVEIRA, 1997). São movimentos inconscientes que acabam por apresentar alguma repercussão consciente e, que vão interferir diretamente com a prática pedagógica desenvolvida nas classes hospitalares.

O relato de Leodi Ortiz sobre o início de sua própria experiência quando, após sete anos de exercício profissional em escola da rede pública e particular de ensino, iniciou a classe hospitalar no Serviço de Hemato-Oncologia²⁷ do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, demonstra bem a mudança de cenário e suas implicações emocionais:

A penetração neste mundo sem “cor” foi penosa no início. Os meus fundamentos docentes clamavam pela presença dos sorrisos, dos contrastes dos tons, dos barulhos, da emergência da criatividade que sempre pontuaram o meu trânsito em sala de aula. Como trazer a linguagem do investimento no outro, o saber com sabor de vida numa clínica que vivencia constantemente a luta entre a vida e a morte? (ORTIZ & FREITAS, 2005, p.14)

O contato com pacientes hospitalizados, principalmente crianças com doenças crônicas, graves, muitas vezes fatais, têm sido tema de muita reflexão, estudo e pesquisa no cenário da saúde. Pitta, em seu livro *Hospital: dor e morte como ofício* (1999), aponta para as dificuldades que os profissionais da saúde apresentam por desenvolverem seu trabalho em tal ambiente e cita vários estudos sobre o sofrimento mental dos trabalhadores de hospitais. Pitta é

²⁷ No Serviço de Hemato-Oncologia, ficam internadas crianças e jovens com os vários tipos de leucemias e também outros cânceres como, por exemplo, o linfoma.

contundente quando diz:

Cabe, portanto, aos que trabalham no hospital produzir uma homeostasia²⁸ entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito que tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico. (PITTA, 1999, p.32)

A questão do trabalho em hospital tem sido foco de discussão por parte de vários autores. Os médicos e enfermeiros têm sido os mais estudados. Nogueira Martins (2005) em seu livro *Residência Médica: estresse e crescimento* dedica um capítulo à discussão dos fatores estressantes da atividade médica apontando para o adoecimento mental, dependência de drogas e o suicídio entre os médicos. Em seu texto, o autor chama a atenção, por exemplo, para o fato da taxa de suicídios ser de 40,5 por 100.000 médicas, coeficiente este mais alto do que em qualquer outro grupo de mulheres.

A tarefa médica é uma atividade profissional que lida com as situações mais temidas pelo ser humano: a doença, o sofrimento, o desamparo e a morte. Esses fatores estressantes inerentes ao trabalhador médico permeiam a formação médica e o exercício profissional. (NOGUEIRA MARTINS, 2005, p.52)

Borsoi & Codo (1995), em um estudo a respeito do sofrimento mental dos trabalhadores da área de enfermagem, encontraram um perfil histérico em 19,5%, sendo que destes, 20,3% atuavam na Clínica de Pediatria. Os autores reforçaram conceitos freudianos e destacaram que *a histeria tem como base a angústia gerada por alguma forma de conflito*, o que nesse estudo, correlacionou-se com o trabalho em hospital (p.147).

O trabalhador de enfermagem lida ao mesmo tempo com a personalização/não personalização do cuidado, na medida em que cada paciente deve ser encarado como único, entretanto a atenção personalizada da enfermagem deve ser compartilhada com outros tantos pacientes também tidos como “únicos”. (...) As contradições apontadas até aqui parecem expressar uma lógica que o trabalho de cuidar impõe. Essa lógica traz em si mecanismos de conflito e tensão em torno da afetividade expressos em pólos como posso/não posso, gosto/não gosto, devo/não devo e que podem ser sintetizados na contradição necessidade/impossibilidade de expressão de afeto. (BORSOI & CODO, 1995, p.149-150)

Neves et al (2001), em um estudo sobre a saúde mental de trabalhadores do setor de manutenção do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba, observaram que as condições de trabalho, naquele local, geraram uma situação de desmobilização subjetiva que,

²⁸ A autora usa um termo técnico – homeostasia - como metáfora para significar “equilíbrio”.

segundo os autores, é *fatal do ponto de vista da saúde*; tendo sido observado, também, procedimentos defensivos por parte daqueles trabalhadores (p.169). Embora se tenha claro que as condições de trabalho apontadas na pesquisa não sejam exatamente as mesmas das professoras de classe hospitalar, o importante a ressaltar é que os trabalhadores pesquisados apresentavam sofrimento mental mesmo sem terem contato direto com os pacientes hospitalizados e, sobretudo, com os que estavam em fase final de vida. Ainda assim, o desempenho laboral em ambiente hospitalar mostrou-se danoso para a saúde mental dos profissionais.

A Síndrome de “Burnout” (“consumir-se em chamas”) ou Síndrome do Esgotamento Profissional caracterizada pelo sofrimento psíquico, com sintomas depressivos e repercussões somáticas²⁹, levando a freqüentes licenças médicas para tratamento de saúde, em profissionais das áreas de saúde e de educação, já é bem conhecido na seara da medicina e da psicologia do trabalho:

A Síndrome de Burnout é definida como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com os outros, particularmente quando estes envolvem cuidado. Assim, a Síndrome de Burnout afeta, principalmente, profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários ou clientes. Identificam-se como categorias de risco os profissionais de saúde e educação (...) (VASQUES-MENEZES, 2004, p.36)

A exaustão emocional, a despersonalização que leva a também despersonalizar o atendimento dos pacientes (comprometimento da relação médico-paciente), a redução da realização profissional, da eficiência e da produtividade são apontados por Nogueira Martins (2005) como sinais e sintomas característicos da Síndrome de Burnout em médicos. Em recente estudo (*survey*)³⁰ do Conselho Federal de Medicina, em que foram entrevistados 10.090 médicos da região norte, 44.624 da região nordeste, 18.241 do centro-oeste, 42.152 do sul e 166.832 médicos da região sudeste, em um total de 281.939 profissionais, Barbosa (2007) encontrou dados alarmantes em relação ao burnout dos médicos: 57% apresentaram algum grau preocupante de esgotamento profissional, 33,9% manifestaram burnout moderado e 23,1% dos 281.939 médicos apontavam um nível grave da síndrome, comprometendo seu desempenho profissional. Barbosa demonstrou que 1 em cada 5 médicos tem vivenciado esgotamento ou estafa resultante do exercício da profissão e, 1 em cada 10 médicos se encontra, atualmente, com burnout extremo

²⁹ Repercussões somáticas significam, neste contexto, sintomas no corpo, como dor de cabeça, dor em articulações, etc., secundários às questões emocionais.

³⁰ Foi desenvolvido um *survey research*, ou seja, uma pesquisa de levantamento de dados com os médicos do Brasil para fazer-se um diagnóstico da saúde física e mental desses profissionais.

(BARBOSA et al, 2007).

Em relação aos professores, Lipp (2007) e Codo (2006) fizeram uma ampla discussão da exaustão profissional. Também Reinhold (2002) analisou o burnout em professores e pôde observar algumas fases sucessivas que caracterizam tal síndrome. Segundo a autora, as fases são as seguintes:

1). Idealismo: a energia e o entusiasmo são ilimitados, o trabalho parece preencher todas as necessidades e todos os desejos; a escola constitui o fator mais importante na vida do professor. 2). Realismo: o professor percebe que as expectativas iniciais foram irrealistas; a atividade de ensino não satisfaz todas as necessidades; as recompensas e o reconhecimento são escassos e a desilusão aumenta; o professor trabalha ainda mais e assim se torna cada vez mais cansado e frustrado(...) 3). Estagnação e frustração ou quase-burnout: o entusiasmo e a energia iniciais se transformam em fadiga crônica, irritabilidade em relação a colegas e alunos(...) 4). Apatia e burnout total: o professor tem a sensação de desespero, fracasso, e perda da auto-estima e autoconfiança; torna-se depressivo e sente-se só e vazio (...) 5). O fenômeno fênix: embora essa fase nem sempre ocorra, é possível para o professor ressuscitar como uma fênix das cinzas de um burnout. (REINHOLD, 2007 p. 66)

Em um estudo sobre o sofrimento mental em professoras do ensino fundamental, Carvalho (1995) cita o levantamento realizado na Divisão de Assistência ao Servidor e no Setor de Serviço Social da Secretaria de Educação do Estado do Pará, tendo como base o exame de 290 fichas de professores que haviam solicitado readaptação funcional por motivo de saúde. Neste referido levantamento, os transtornos mentais foram a segunda causa mais freqüente de readaptação funcional (20,3%), perdendo apenas para os distúrbios de voz (39,3%).

Investigações realizadas nos Estados Unidos da América, acerca do “stress” em professores, revelaram níveis preocupantes de “stress” nesta categoria profissional, apontando-a como “particularmente estressante”, quadro que se agrava quando comparado a outras profissões. (CARVALHO, 1995, p.128)

Codo (2006), em seu texto, abarca todos os conceitos aqui expostos acrescentando a questão primordial do investimento afetivo na gênese do burnout:

As atividades que exigem maior investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao cuidado; estabelecer um vínculo afetivo é fundamental para promover o bem-estar do outro. Para que o professor desempenhe seu trabalho de forma a atingir seus objetivos, o estabelecimento do vínculo afetivo é

praticamente obrigatório. Para as mulheres que trabalham com crianças muito pequenas, então, nem se fala, assim como para que a enfermeira realize seu trabalho de forma satisfatória é necessário que o paciente receba a afetividade direcionada a ele. Acontece que este vínculo nunca é concretizado satisfatoriamente nas relações de trabalho formal, o que gera a contradição. (CODO, 2006 p. 55)

A reflexão de que as professoras de classe hospitalar trabalham exatamente na confluência entre a saúde e a educação aponta para uma maior possibilidade de sofrimento mental com conseqüente Síndrome de Burnout, o que, em última análise, se manifestaria na relação professor-aluno. Desta forma, segundo Codo (2006):

Na verdade, a concretização da ligação afetiva ocorre apenas parcialmente: o aluno vai embora ao fim do dia, (...) o paciente recebe alta e vai para casa, ou tem seu quadro agravado e morre... enfim, o circuito afetivo nunca se completa. Assim, cria-se a seguinte lógica: para realizar bem o meu trabalho preciso me envolver afetivamente com meus clientes (alunos, pacientes, etc.); porém, se assim proceder, certamente sofrerei, o que me leva a não vincular-me. (CODO, 2006 p. 57).

De acordo com Sampaio (2004), os professores precisam conhecer suas defesas e reconhecer suas reações inconscientes à desordem, desatenção, agressividade e competição, pois só assim será possível melhorar seu relacionamento com seus alunos, promovendo uma aprendizagem mais abrangente e, por fim, poder ter acesso à personalidade de seus alunos, transcendendo o mero saber instrumental, para alcançar o saber formativo. Particularmente na classe hospitalar, a professora precisa ter maior consciência de suas defesas, não só em relação à desordem, desatenção, competitividade e agressão, mas, sobretudo, suas defesas em relação à dor, ao sofrimento e à morte.

Salinsky e Sackin (2004) mostraram em sua pesquisa o quão importante é, para os médicos, conhecerem e terem domínio sobre seus mecanismos de defesa e o quanto este fato contribui não só para a prevenção da Síndrome de Burnout, mas, sobretudo para uma melhor relação médico-paciente. A estas defesas às situações de estresse, à capacidade de enfrentamento de tais fatores sem apresentarem adoecimento mental chama-se, hoje, *resiliência*.

*Um conceito oriundo da física, chamado **resiliência**, que se refere à propriedade e capacidade do organismo de suportar e lidar satisfatoriamente com as cargas e sobrecargas da vida, tem sido evocado para se compreender porque alguns indivíduos conseguem se desenvolver em condições bastante*

desfavoráveis enquanto outros não se adaptam e/ou adoecem. (NOGUEIRA MARTINS, 2005, p.41)

Retomando alguns conceitos já colocados anteriormente como a alta prevalência de suicídios em médicas e o perfil de personalidade das profissionais da enfermagem percebe-se uma característica importante quando se reflete sobre a Síndrome do Esgotamento Profissional – a questão de gênero. O fato, também já demonstrado anteriormente, da hegemonia feminina em relação ao trabalho em classes hospitalares, coloca tal categoria laboral em maior risco para a Síndrome de Burnout, pois:

As mulheres tendem a apresentarem resultados mais altos que os homens em escalas de exaustão emocional (...) Atividades exercidas predominantemente por mulheres como é o caso do ensino, do cuidado de crianças e pessoas com necessidades especiais, da enfermagem, da psicoterapia, e atualmente de determinadas áreas da medicina e da odontologia, implicam em maior risco para o aparecimento do Burnout. (DINIZ, 2004:123)

Toda esta reflexão sobre o possível sofrimento mental, frente aos estresses próprios do ambiente hospitalar, pretende mostrar que as emoções e os sentimentos das professoras de classe hospitalar são diferentes dos observados em professoras em outras circunstâncias, como por exemplo, na rede de ensino regular. A resultante dessa compreensão é um pensar a relação professor-aluno em uma dimensão também diferente. Embora pareça preocupante pensar a questão laboral das professoras de classe hospitalar e como tais questões interferem na relação professor-aluno e, ainda, quais as reais conseqüências dessa situação, pouca coisa tem sido descrita a respeito.

Andréia Gabardo (2002) desenvolveu a única Dissertação de Mestrado sobre a relação professor-aluno em classe hospitalar, verificada no levantamento bibliográfico para esta tese. Embora a autora tenha levantado as emoções dos alunos enquanto hospitalizados, neste estudo, a ênfase da observação foi dada às questões puramente comportamentais sem nenhum aprofundamento sobre as emoções que perpassam as relações entre a professora e os alunos. Provavelmente, o referencial teórico escolhido por Gabardo influenciou a pesquisa e restringiu os resultados obtidos. Ao usar Skinner como base epistemológica, Gabardo optou por observar comportamentos e atitudes, deixando de lado as questões mais complexas que poderiam ter sido abarcadas, caso usasse autores de outras linhas de pensamento. Certamente o fato das professoras pesquisadas por Gabardo em sua dissertação de mestrado entrarem em contato com seus alunos

em uma típica sala de aula, fora das enfermarias e, também, o fato dos pacientes mais graves faltarem mais aos encontros pedagógicos do que os que estavam em melhores condições de saúde, podem ser considerados importantes vieses metodológicos que certamente interferiram no resultado encontrado. Nesse estudo, as professoras, de fato, não estão vivenciando todo o estresse decorrente do contato com a dor, o sofrimento e a morte. O distanciamento das enfermarias, o contato mais freqüente com as crianças menos graves, e o desenvolvimento das atividades em uma sala de aula semelhante a de uma escola regular, servem, de certa forma, como uma barreira aos impactos emocionais do mundo hospitalar .

Fonseca (2003), em seu livro *Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar*, faz uma boa avaliação do cenário hospitalar e suas implicações emocionais, mas no que tange às relações das professoras com os alunos, com os pais e com a equipe de saúde, a autora apenas delineia o que deve ser feito, sem, contudo refletir mais profundamente sobre os sentimentos das professoras inseridas neste novo ambiente de dor e de morte. Segundo Fonseca (2003), o professor de classe hospitalar tem um importante papel no desenvolvimento, na aprendizagem, no resgate à saúde, estimulando os alunos, criando estratégias, lidando com a subjetividade de cada um, não tendo apenas a função de manter as crianças ocupadas.

Puxando os fios da reflexão sobre a relação professor-aluno dentro do cenário hospitalar, algumas tramas vão se delineando como: (a) a relação professor-aluno em ambiente escolar é mais discutida em relação ao desenvolvimento infantil e ao processo ensino-aprendizagem do que em relação aos sentimentos que envolvem o encontro humano entre um professor e um aluno; (b) a relação professor-aluno, dentro de um hospital, passa por questões importantes como o entendimento do ambiente hospitalar e seus impactos no processo laboral, o contato com a dor e a morte e as peculiaridades do adoecimento na criança e (c) pouco se fala das questões emocionais que perpassam a relação da professora e seus alunos hospitalizados.

Ainda assim, restam outros fios a serem puxados no sentido de se compreender essa complexa trama que envolve a vivência das professoras que se colocam dentro de hospitais para desenvolverem seu trabalho pedagógico. Uma das questões que se levanta é a necessidade de desenvolver uma “escuta pedagógica” durante sua atuação junto aos alunos.

A escuta pedagógica é uma categoria criada por Ceccim para designar uma atenção integral ao aluno hospitalizado, escuta essa feita de modo a abrir mão da *exclusividade interpretativa do modo anatomoclínico tradicional e valorizando a singularidade das expressões*

da vida em cada criança (CECCIM & CARVALHO, 1997, p.77). Em outras palavras, a professora ao adentrar na enfermaria e ir ao encontro de seu aluno, deve ouvi-lo com atenção, bem como, deve ouvir o que tem a dizer sua mãe ou outro familiar, de modo a compreender não só a doença (modo anatomoclínico), mas, sobretudo, poder compreender a criança doente em seu contexto de vida:

*Ao pedagogo cabe uma escuta que autoriza um sentimento de aprendizagem, progresso, avanço, transposição do **não sei** para o **agora sei** (como na cura), para o saber mais e ganhar maior autonomia dentro das relações que são sociais, de conexões que são coletivas, de agenciamentos múltiplos para a inteligência, despertando um **desejo de cura** como mobilização das necessidades de vida.* ³¹ (CECCIM & CARVALHO, 1997:82-83)

Percebe-se, através das palavras do autor, que fazer uma escuta pedagógica depende de um conhecimento prévio a respeito das relações interpessoais e sociais e, sobretudo, depende de uma capacidade de lidar com os “desejos”, pois que se deve criar uma “demanda de cura”. Criar “desejo de cura” ou “demanda de cura” tem a ver com a teoria psicanalítica, com a concepção de “sujeito de um desejo” e de “corpo pulsional” (BURGARELLI, 2005), o que segundo Bucher & Almeida não tem a ver com um objeto real, *pois o objeto do desejo não é o objeto da necessidade, mas o objeto da pulsão.* (1994, p.24)

Assim, ao professor que nem mesmo conhece seus sentimentos em relação ao encontro com seus alunos em uma escola regular, professor este que se encontra em um ambiente novo – o hospital – sem saber exatamente quais as implicações de seu trabalho naquele cenário, que se confronta com a dor e a morte de seus novos alunos, que não tem tempo hábil para fazer relações mais duradouras (alunos que têm alta em poucos dias, alunos que morrem logo), este professor é, então, solicitado a uma ação cujo embasamento teórico é a psicanálise, sem nem mesmo ser capacitado para tal.

Vai, então, o professor, ocupando seu espaço em um ambiente para o qual não foi capacitado, desenvolvendo suas ações pedagógicas de forma empírica, tentando encontrar em meio à sua bricolagem, pedaços de si mesmo, no sentido de poder ver, também, os seus alunos como sujeitos de um desejo, seja lá o que isso signifique para ele!

Pensando nos médicos e enfermeiros que desenvolvem toda uma formação para estarem dentro de hospitais e lidarem com pacientes graves, muitos em situação terminal, vários autores têm enfatizado a necessidade de uma capacitação na área de relação profissional-paciente

³¹ Grifo do autor.

como algo essencial, não só para a humanização dos atos profissionais, mas também, como possibilidade terapêutica para seus pacientes e prevenção de sofrimento mental para si próprios. (MARTINS, 2001; BRANCO, 2001a; REGO, 2003; BALINT, 2005; BRANCO, 2006)

Em relação aos outros profissionais que trabalham dentro de um hospital, não se tem ainda uma proposta efetiva de ensino-aprendizagem da relação profissional-paciente nos cursos de graduação ou cursos técnicos. No entanto, o setor de recursos humanos, responsável pelo programa de treinamento e desenvolvimento (T&D) dos hospitais, quase sempre procura suprir esta demanda através de cursos sobre relações interpessoais.

3. UM POUCO DE PSICANÁLISE NO ENTENDIMENTO DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO HOSPITALIZADO

Retomando a reflexão sobre a relação professor-aluno, em especial quando esse aluno encontra-se adoecido, é necessário à professora um conhecimento do que se passa consigo e com o aluno no momento em que se encontram. Ao fazer a “escuta pedagógica” de seu aluno, e de sua mãe ou outro familiar, a professora deve poder compreender os meandros das emoções contidas e dos sentimentos explícitos ou não. Só assim, podendo compreender o básico da sua vida psíquica, e também de seu aluno, a professora vai, de fato, fazer uma escuta pedagógica adequada e continente, iniciando uma proposta pedagógica ampla, capaz de não só propiciar uma demanda de cura, mas também uma competência para uma “boa morte”.³²

No entanto, ser capaz desses movimentos de reconhecimento do que é da ordem do inconsciente da professora e do aluno, para construir um vínculo afetivo por onde possa transitar o processo ensino-aprendizagem, depende do conhecimento de teorias que possam embasar essa professora quanto a essas questões.

Os professores necessitam aprender sobre o funcionamento das emoções, estudar sua natureza fisiológica e social, isto é, compreender seu mecanismo de ação para poder assumir seu controle, aliás, o que lhe é mister. (...) A falta de conhecimento sobre a emoção revela-se, entre os professores, como uma cortina na sua percepção. (ALMEIDA, 2001, p.16-17)

Neste ponto a psicanálise pode auxiliar os professores no sentido de nomear os movimentos psicodinâmicos, promovendo um conhecimento capaz de fortalecer os vínculos

³² Boa morte (ortotanásia) significa morrer bem, sem angústia, sem desespero. Atualmente está se propondo que diante de pacientes fora de possibilidades terapêuticas possa-se propiciar condições para a boa morte.

afetivos de modo a melhorar a relação entre o professor e seu aluno. Em especial a professora de classe hospitalar poderá compreender, através da pauta psicanalítica, os movimentos inconscientes que seu aluno adoecido apresenta. É, pois, uma porta aberta para conhecer o desconhecido que cada um alberga dentro de si mesmo.

A psicanálise fala sobre a constituição da subjetividade como cindida, já que o humano é marcado tanto pela razão quanto pela paixão. Assim, o plano psíquico é constituído pelo jogo de forças entre os conteúdos que permanecem acessíveis à consciência e ao discurso e pelos conteúdos que são excluídos dessas instâncias. É necessário salientar que o excluído não “desaparece” da organização psíquica, nem é alocado em alguma instância onde permaneça “congelado” ou à espera de ser desvelado. O excluído continua operando e sustenta a configuração da consciência. (SOUZA, 2004, p.123)

A psicanálise surgiu no final do século XIX, através de estudos de Sigmund Freud e seu objeto de estudo é o inconsciente (KUPFER, 1997; SPELLER, 2004). Médico, neuroanatomista, em uma época em que predominavam explicações orgânicas para as doenças, Freud, ao contrário de buscar modos de eliminar os sintomas, preferiu observá-los, analisá-los e encontrar suas origens. Buscando compreender os fenômenos que regem a vida humana, não os fenômenos externos, mas os internos do Ser, Freud construiu sua teoria, que teve como marco inicial a publicação dos *Estudos sobre a histeria*, em 1895, em parceria com o seu colega Breuer (KUPFER, 1997).

Num pequeno volume publicado em 1910, descrevi a evolução da psicanálise a partir do procedimento catártico de Josef Breuer e de sua relação com as teorias de Charcot e Pierre Janet. (...) A psicanálise não tem efeito terapêutico sobre as formas mais graves de perturbação mental propriamente dita. Mas possibilitou uma certa compreensão (insight) da origem e do mecanismo das neuroses e psicoses. (FREUD, 1996, p. 169)

Embora se considere que o entrecruzamento da psicanálise com a educação teve seu início com Anna Freud que buscou transmitir, aos professores, o conceito psicanalítico do desenvolvimento infantil, um pequenino texto foi escrito pelo próprio Freud sobre um possível diálogo entre psicanálise e educação. Em suas obras completas (Edição Standart) volume XIII está publicado o texto sobre o interesse da psicanálise para as ciências não-psicológicas. Tal escrito abarca vários itens dentre os quais, Freud dedicou algumas poucas páginas à educação.

O interesse dominante que tem a psicanálise para a teoria da educação baseia-se num ato que se tornou evidente. Somente alguém que possa sondar as mentes

das crianças será capaz de educá-las e nós, pessoas adultas, não podemos entender as crianças porque não mais entendemos a nossa própria infância (FREUD, 1996, p.190)

Para Freud a educação de sua época era extremamente repressora, o que no seu entender, facilitaria uma predisposição a transtornos mentais no futuro. No entanto ele permanecia esperançoso no sentido de que a educação pudesse se apropriar de conceitos psicanalíticos e com isso mudar os paradigmas educacionais, de forma, inclusive, a promover a profilaxia dos próprios transtornos mentais. Ainda no mesmo livro, outro diminuto texto foi escrito sobre psicologia escolar. A riqueza deste seu outro texto é exatamente a abordagem da relação professor-aluno. Freud deixa clara a questão transferencial, mostrando como o professor torna-se substituto dos primeiros objetos (mãe e pai) dos sentimentos infantis:

É nessa fase do desenvolvimento de um jovem que ele entra em contato com os professores, de maneira que agora podemos entender a nossa relação com eles. Estes homens, nem todos pais na realidade, tornaram-se nossos pais substitutos. (...) Transferimos para eles o respeito e as expectativas ligadas ao pai onisciente de nossa infância e depois começamos a tratá-los como tratávamos nossos pais em casa (FREUD, 1996, p. 249).

Na visão de Lomônaco (2002), o fato de Freud ter se debruçado sobre o entendimento da sexualidade infantil, fazendo da infância um tema de suas preocupações, demonstra sua atenção com a seara da educação. Outros autores têm buscado em Freud algumas referências importantes para a pedagogia. Sua reflexão sobre o desenvolvimento infantil, as pulsões e a adaptação necessária ao meio social é de grande relevância para a área da educação conforme citado:

*Freud (1908), no seu artigo “Moral Sexual ‘civilizada’ e Doença Nervosa Moderna” não deixou um tratado sobre educação, apesar de formular “uma crítica severa às práticas educacionais da época” (...) O Freud das **Novas conferências**, de 1932, propõe que a criança ‘deve aprender ou começar a aprender a dominar seus instintos [melhor traduzido por pulsões] e a adaptar-se ao meio social’. E, para isso, ‘é preciso que a educação, em grande parte, a obrigue a isso”. (MELLO, 2005:223-224)*

Também, o entendimento da personalidade psíquica (como ele próprio denominava) foi um legado importante a todos os que trabalham através de interações interpessoais (FREUD, 1996). A compreensão da sexualidade, através da pauta psicanalítica, abre espaço para uma

compreensão ampla dos desejos e das pulsões e, também, do desenvolvimento da inteligência:

Para Freud, a mola propulsora do desenvolvimento intelectual é sexual. Melhor dizendo, a matéria de que se alimenta a inteligência em seu trabalho investigativo é sexual. (...) São restos da sexualidade, na medida em que se trata da sublimação de parte da pulsão sexual visual. A inteligência emerge a partir de um apoio sobre “restos sexuais”. É nesse ponto que se situa uma diferença radical da teoria psicanalítica em relação a qualquer teoria cognitiva sobre o desenvolvimento da inteligência. (KUPFER, 1997:84)

Partindo do conhecimento sobre a sexualidade infantil, compreendida aqui como algo muito mais amplo do que a simples genitalidade e, em particular do Complexo de Édipo descrito por Freud, pode-se compreender por que o professor do ensino fundamental tem a possibilidade de desenvolver uma relação professor-aluno tão afetiva³³. Assim, a partir dos 6 ou 7 anos, a criança passa pelo chamado “período de latência”³⁴ que permanece até a adolescência. Nesta fase o professor (independentemente do gênero) toma, no inconsciente da criança, o lugar do pai, herdando assim, o sentimento que a criança direcionou a esse último na ocasião da resolução edipiana. Este lugar em que o professor é colocado permite movimentos transferenciais importantes que podem, inclusive, servir de um novo registro de relação para o aluno. Em outras palavras, um professor que possa ser afetivo, atencioso e continente com uma criança, pode apresentar um novo modelo de pai (caso a criança tenha um pai agressivo, por exemplo) e isso é fundamental para mudar as relações interpessoais que esta criança vai construir ao longo de sua vida. (LOMÔNACO, 2002; SANCHES, 2002; MAURANO, 2006)

As crianças transferem dos pais aos mestres (e outras pessoas mais). Os professores também são regidos por determinações inconscientes, que também transferem às crianças (...). É essencial que o professor conheça esse conceito para entender as implicações de seu lugar: sua profissão, ao lidar com gente, não requer somente saber um conteúdo e utilizar uma metodologia correta para ensinar. Processos transferenciais inconscientes estão em jogo no processo de ensino-aprendizagem. (SPELLER, 2004:36)

Em relação à especificidade das classes hospitalares, onde as professoras (muitas delas mães) entram em contato com crianças doentes e muitas vezes se deparam com a morte, a psicanálise pode ajudar quando traz o entendimento do inconsciente, dos movimentos

³³ Os afetos são sentimentos e nem sempre são “bons”. Os afetos podem abarcar desde amizade, amor, raiva até mesmo o ódio.

³⁴ Período em que a criança aparentemente volta sua energia psíquica para outros projetos que não a sexualidade.

transferenciais (transferência e contratransferência) e das categorias fundantes da teoria psicanalítica – Id, Ego e Superego.(FREUD, 1996; KAHN,2003)

Id – é a parte obscura, a parte inacessível de nossa personalidade (...). Está repleto de energias que a ele chegam dos instintos, porém não possui organização, não expressa vontade coletiva, mas somente uma luta pela consecução da satisfação das necessidades instintuais, sujeita à observância do princípio do prazer. (...) O id não conhece nenhum julgamento de valores: não conhece o bem, nem o mal, nem moralidade. (...) O Ego é aquela parte do id que se modificou pela proximidade e influência do mundo externo (...). O ego destronou o princípio de prazer, que domina o curso dos eventos no id sem qualquer restrição e o substituiu pelo princípio de realidade, que promete maior certeza e maior êxito. (...) O superego se funde no id; na verdade, como herdeiro do Complexo de Édipo, tem íntimas relações com o id; está mais distante do sistema perceptual do que o ego. (FREUD, 1996:78-83)

A compreensão do id enquanto senhor dos desejos e instintos, sem barreiras morais e sem reconhecimento do bem e do mal; do ego enquanto racionalidade, capaz de analisar os desejos do id e deixar vir à tona apenas o que é moralmente possível, o Ser em contato com o mundo externo e, do superego como o senhor severo que pode proibir a ação do ego, reprimindo desejos e ações, é uma importante base teórica para o entendimento do que se passa no encontro entre a professora e seu aluno.

Dentro do hospital, ao encontrar-se com seu aluno gravemente enfermo, a professora se depara com suas questões inconscientes, advindas de experiências de vida, de lutos muitas vezes mal elaborados, de medos desconhecidos, enfim, a professora se depara com movimentos psicodinâmicos íntimos e desconhecidos que muitas vezes vão aparecer como comportamentos e atitudes no momento de processo ensino-aprendizagem.

Dessa forma, ao iniciar a escuta pedagógica, as professoras podem ter dificuldades para discernir o que é da vida psíquica de seu aluno e o que tem haver com os ruídos inconscientes de seu próprio id.

O docente, frente ao processo educativo, estaria diante de três crianças: a criança recalcada nele, o aluno frente a ele e a criança que ele quer que esta última seja, de acordo com a criança recalcada nele, seu ideal. Poderíamos também dizer que a criança, frente ao professor, está diante a três adultos: o adulto frente a ela, o adulto que ela pensa que o professor gostaria que fosse e o adulto que ela pensa que seus pais querem que ela seja. (SPELLER, 2004:91)

Reportando este raciocínio psicanalítico às professoras de classe hospitalar, há de se

acrescentar que: a professora, frente ao seu aluno na enfermaria, tem diante de si a doença que seu aluno tem, a doença/morte que traz recalcada dentro de si e, a doença/cura que gostaria que seu aluno tivesse. Também o aluno, ao encontrar-se com a professora, terá diante de si a doença que de fato tem, a doença/cura que gostaria de ter e, a doença (cura ou morte) que a professora demanda dele. Esta complexidade de mecanismos psíquicos que ocorrem independentemente da compreensão das professoras interfere com sua ação pedagógica e podem ser causa de muito sofrimento mental, tanto para os alunos como para as professoras.

Ao contrário, tomar posse desse conhecimento – a transferência e a contratransferência – pode ser um instrumento precioso para o professor redimensionar sua prática pedagógica, e no caso das classes hospitalares, promover um investimento no aluno e, assim, de fato, criar o “desejo de cura”, conforme ressaltam Ceccim e Carvalho (1997), ou mesmo uma demanda por uma morte digna e com menos sofrimento.

Instalada a transferência, tanto o analista quanto o professor tornam-se depositários de algo que pertence ao analisando ou ao aluno. Em decorrência dessa “posse”, tais figuras ficam inevitavelmente carregadas de uma importância especial. E é dessa importância que emana o poder que inegavelmente têm sobre o indivíduo. (...) Quando alguém “deposita” algo em alguém está em jogo aquilo que Freud chamou de investimento sobre o outro. (KUPFER, 1997:91)

Embora a compreensão psicanalítica freudiana seja importante na prática das professoras de classe hospitalar, sabe-se hoje que existe uma teoria de base psicanalítica que se reporta exclusivamente à relação de profissionais que entram em contato com pessoas doentes – a teoria Balint. Se tal teoria ajuda ou não as professoras, em sua difícil lida com seus alunos doentes e hospitalizados, é o objetivo desta pesquisa.

4. APRESENTANDO BALINT ÀS PROFESSORAS DE CLASSE HOSPITALAR

O médico e psicanalista Michael Balint, nascido em Budapeste, Hungria, em 1896, foi o criador da teoria que leva o seu nome e que procura compreender a complexa relação entre o médico e seu paciente. Tal teoria, hoje, já se encontra bastante ampliada, procurando abarcar a relação dos diversos profissionais da saúde com seus clientes (BRANCO 2003a)

Balint nasceu primogênito, em uma família húngara de origem judaico-alemã, cujo pai era um médico clínico geral (médico generalista). Embora quisesse ser engenheiro para

compreender como as “coisas funcionavam”, sob influência paterna, tornou-se médico em 1920, tendo tido uma formação psicanalítica com Sandor Ferenczi e com Hans Sachs, renomados analistas da época. Como médico e psicanalista, em 1923, uniu-se aos professores His e Zondek, no atendimento aos doentes psicossomáticos, na Primeira Clínica Universitária no Hospital Charite de Berlim. (BOGUES, 1996; HOPKINS, 1999; BRANCO, 2003a)

Em 1948, já em Londres, trabalhou na Clínica Tavistock com um grupo de assistentes sociais, iniciado por Enid Balint (sua terceira esposa), cujo objetivo era tentar entender e trabalhar com pessoas que tivessem dificuldades conjugais. Este grupo encerrou-se em 1949, quando Balint e Enid iniciaram um grupo semelhante com médicos generalistas, que naquele momento encontravam-se insatisfeitos com o início do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra. (BALINT-EDMONDS, 1984; BOGUES, 1996)

A compreensão sobre o grupo inicial com assistentes sociais é importante para a percepção de todo o movimento que desencadeou a construção teórica e metodológica que, posteriormente, se imortalizou como Grupo Balint.

Quando Enid Balint e eu começamos nosso primeiro esquema de treinamento no Centro de Estudos Familiares (em Londres) enfrentamos o problema de como treinar os assistentes sociais, tratando com os problemas conjugais de seus clientes, a se tornarem conscientes e sensíveis a processos inconscientes – sem oferecer a eles o bem provado método de análise pessoal. (...) Enfrentando esse problema eu decidi usar minha experiência com o sistema húngaro de supervisão e fazer um treinamento em psicoterapia com base principalmente no estudo aprofundado por método de grupo da contratransferência dos assistentes sociais. (BALINT, 2005:221)

Nas palavras de Balint alguns pontos ficam claros: (a) o treinamento que ele e Enid Balint pretendiam oferecer aos assistentes sociais, assim como o proposto posteriormente aos médicos, não configurava uma análise pessoal e, por isso, demandava uma preocupação metodológica por parte do próprio Balint e de Enid; (2) tal treinamento pretendia ter como base a contratransferência, já descrita anteriormente por Ferenczi e tão bem aceita na Escola Húngara³⁵, fornecendo tal conhecimento como instrumento possível para uma boa relação entre as assistentes sociais e seus clientes e (c) a metodologia adotada para o referido treinamento das assistentes sociais foi baseada na experiência de Balint com os processos de supervisão, desenvolvidos na formação psicanalítica húngara.

³⁵ A Escola Psicanalítica Húngara trabalha com a Psicanálise Ativa, ou seja, uma psicanálise que não só reconhece a contratransferência como sentimento presente no processo de análise, mas, sobretudo permite o uso desta contratransferência como instrumento terapêutico.

Para uma melhor compreensão desta metodologia, Balint remonta à formação psicanalítica que foi adotada pela escola junguiana:

Consiste de três partes separadas: análise pessoal, cursos teóricos e trabalho prático sobre supervisão. Na forma clássica, desenvolvida em Berlim e espalhada pelo mundo, as três partes são mantidas separadas uma da outra. A única exceção é o sistema húngaro, com sua insistência de que a supervisão do primeiro caso ou casos de um candidato deva ser feita por seu analista didata. (...) Assim a ênfase na supervisão é focalizada na compreensão das peculiaridades da psicodinâmica do paciente. (...) No sistema húngaro a inter-relação da transferência do paciente e da contratransferência do seu analista está no foco de atenção desde o começo e permanece ali. (BALINT, 2005:220-221)

Com tal explicação, Balint expõe as razões de sua decisão em trabalhar com assistentes sociais e também com médicos, usando o que ele chamou de seminários, baseando-se na técnica de supervisão da formação psicanalítica húngara. Nestes seminários ou grupos, ele desenvolvia supervisão de casos atendidos pelos assistentes sociais e, no segundo momento, pelos médicos participantes, de forma a trabalhar questões relacionadas à transferência do paciente e à contratransferência dos profissionais.

Durante tais seminários com os médicos generalistas, iniciados em 1950, na Clínica Tavistock, em Londres, Balint construiu sua teoria sobre a relação entre os médicos e seus pacientes. Desenvolveu as principais categorias que foram posteriormente publicadas no livro “O médico, seu paciente e a doença” (BALINT, 2005). A categoria fundante de sua teoria é “o médico como droga”, que prevê o efeito droga do profissional. O médico quando prescreve medicamentos, prescreve-se, concomitantemente, a si próprio, de forma inconsciente, podendo ter um efeito benéfico (medicamentoso), neutro ou mesmo maléfico (venenoso) (FERREIRA & BRANCO, 2003; BALINT, 2005). As outras categorias são: “a organização da doença”, uma visão complexa do processo do adoecer: a doença seria organizada a partir dos conflitos existenciais do paciente; “a oferta da doença”, a compreensão de que uma vez organizada a doença, o paciente necessita ofertá-la a algum profissional no sentido de poder queixar³⁶; “o conluio do anonimato”, ou seja, a não responsabilização sobre o tratamento do paciente através dos múltiplos encaminhamentos aos especialistas e, a “função apostólica”, conselho e conforto desvinculados de uma atitude terapêutica propriamente dita. (BRANCO, 2001a; BRANCO,

³⁶ Balint diz que o importante para o paciente é o ato de queixar e não exatamente as queixas em si, pois o sofrimento da pessoa leva a uma necessidade de se abrir com outrem, buscando ajuda.

2003a; BALINT, 2005)

Esta maneira peculiar de desenvolver o processo ensino-aprendizagem através dos seminários, buscando identificar tais categorias balintianas, foi posteriormente chamada de Grupo Balint que consistia de grupo de profissionais que se reuniam para discutir casos na perspectiva de sua teoria. De acordo com Enid Balint, os grupos iniciais eram constituídos de 8 a 12 médicos generalistas e um ou dois líderes psicanalistas (o primeiro grupo foi desenvolvido com Balint e Enid), que se encontravam semanalmente e permaneciam juntos por aproximadamente dois anos. (BALINT-EDMONDS, 1984)

O eixo de nosso plano é a conferência semanal na qual se discutem os casos, em volta de dez ou doze reuniões em cada um dos três períodos anuais. Para assegurar a participação intensiva e por outro lado para obter material suficientemente variado, comprovamos que é aconselhável formar grupos de aproximadamente oito pessoas. (...) Nosso objetivo é ajudar os médicos a adquirir maior sensibilidade ante o processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando o médico e o paciente estão juntos. (BALINT, 2005:222)

A proposta de Balint era não só o estudo e a reflexão sobre a relação médico-paciente, mas também a capacitação dos médicos para enfrentarem os problemas do cotidiano e a pesquisa, tendo inclusive chamado seus seminários de *training-cum-research*³⁷. Sapir é claro quando fala sobre os objetivos do grupo Balint: (...) *gostaria de recordar que o grupo Balint sempre foi descrito pelo seu autor como um grupo de **formação** e de **pesquisa***³⁸. (SAPIR, 1994:132)

Este dado parece ter sido esquecido durante algum tempo, quando vários grupos foram desenvolvidos sem a preocupação da pesquisa concomitante. Contudo, a possibilidade de desenvolvimento de estudos sistematizados sobre os grupos Balint tem sido resgatada. Hull (1996) traça uma trajetória histórica do uso dos grupos Balint como metodologia de pesquisa, apontando para a desqualificação que a pesquisa qualitativa sofreu no âmbito médico e de como, hoje, as possibilidades desse tipo de estudo se ampliaram. Hull (1996) coloca o grupo Balint como um tipo de pesquisa etnográfica e, portanto, dá-lhe o estatuto científico necessário para o reconhecimento no mundo da ciência. O volume de estudos já publicados e apresentados em eventos científicos vem demonstrar tal mudança no campo teórico balintiano.

Balint faleceu em 1970, mas sua teoria e sua metodologia continuaram a ser usadas,

³⁷ Training-cum-research significa treinamento com pesquisa, o que Balint queria desenvolver com os médicos.

³⁸ Grifo do autor.

primeiramente por Enid Balint e, posteriormente, por outros profissionais (BOGUES, 1996; BRANCO, 2003a). Para que os grupos Balint reproduzissem a proposta inicial, foram construídos alguns parâmetros e normas que assegurassem uma mesma dinâmica em qualquer lugar do mundo. Tais normas foram organizadas por membros da The Balint Society³⁹, a maioria deles ex-participantes dos grupos iniciais e, foram classificadas em “características essenciais” (Apêndice XIV) e “características desejáveis” (Apêndice XV) (BRANCO, 2003b). Os médicos que organizaram este quadro de características tiveram o cuidado de submetê-las à apreciação de Enid Balint, de forma a poder assegurar a metodologia Balint em qualquer lugar.

Também a dinâmica do grupo tem se mantido igual: os participantes sentam-se em círculo, o líder (coordenador) pergunta ao grupo “quem tem um caso?” O membro do grupo que tiver um caso para relatar anuncia-se ao grupo. Após o relato do caso, que deve ser resumido, calcado apenas em lembranças, sem se basear em nenhuma anotação prévia, o líder abre espaço para perguntas ao relator. Após responder sucintamente as perguntas, o relator silencia e apenas ouve a discussão do grupo. Neste momento, o grupo inicia uma reflexão sobre o caso e sobre a relação entre o profissional relator e seu paciente (do caso relatado), procurando compreender os mecanismos psíquicos que perpassaram essa relação interpessoal. Após a discussão do grupo, o líder abre espaço para o relator voltar a falar. Ele avalia o que foi discutido e diz se o grupo o ajudou ou não. Encerra-se, assim o grupo que, normalmente, tem uma duração de 90 minutos a duas horas (SAPIR, 1994; BOGUES, 1996; BRANCO, 2003b).

Sapir (1994), bem como Gosling e Turquet (1994) evidenciam questões transferenciais importantes que ocorrem durante o desenvolvimento de um grupo Balint, tanto entre o profissional que relata o caso e seus colegas, como entre cada membro do grupo entre si e em relação ao chamado líder do grupo. São exatamente esses movimentos transferenciais que proporcionam o desenvolvimento pessoal de cada membro do grupo.

Aqui, ora identificado inconscientemente com o paciente, ora no mal-estar de algumas de suas relações de objeto, deixando-se ser percebido, expõe uma demanda, cujo aspecto transferencial é evidente. Sem ser explicitada, sua relação edípica se estabelece com o coordenador, em ressonância com o grupo. E, visto que o coordenador intervém facilitando a manifestação da contratransferência do médico, ele o coloca em situação de transferência. (...) Um ou outro médico procura individualizar sua relação com o líder, em oposição ou acordo com o grupo. Acontece que todo o grupo se opõe através de

³⁹ The Balint Society é a Sociedade Balint da Inglaterra, a mais antiga sociedade Balint do mundo, cujo site é: www.balint.co.uk

um silêncio prolongado, ou de uma apresentação de fragmentos de caso, em reação à sessão precedente, sentida como demasiado quente. O coordenador é freado ou excitado. (SAPIR, 1994:124)

O uso dos grupos Balint enquanto metodologia de pesquisa permite diferentemente dos grupos tradicionais para treinamento e capacitação de médicos, algumas pequenas modificações como, por exemplo, um momento posterior de escrita das narrativas ou mesmo a filmagem para posterior análise (HULL, 1996). Salinsky e Sackin (2004) desenvolveram uma pesquisa com grupos Balint onde permitiram, em comum acordo com os membros participantes, a discussão de sentimentos e emoções de cada médico em relação aos pacientes dos casos relatados. Assim, ao explicitar suas contratransferências, desenvolveram uma análise cuidadosa de seus mecanismos de defesa. Tal possibilidade só foi permitida por que se tratava de uma pesquisa em que os autores queriam analisar exatamente os mecanismos de defesa usados pelos médicos durante os atendimentos aos pacientes.

Através dos últimos cinquenta anos, os vários seguidores de Michael Balint passaram a desenvolver os grupos com profissionais médicos e enfermeiros. Embora o próprio Balint (2005) negasse a eficácia de seus grupos com estudantes de medicina, após 1970, o Professor Betlheim, seu amigo pessoal, introduziu essa metodologia no ensino médico na atual Croácia, discutindo com seus alunos a relação com os pacientes sob o enfoque da teoria Balint. Com o passar dos anos, o Professor Betlheim iniciou, também, grupos Balint com outros profissionais como assistentes sociais, pedagogos, psicólogos e sociólogos (KULENOVIC & BLAZEKOVIC-MILAKOVIC, 2000).

O Professor Boris Luban-Plozza, na Universidade de Ascona, Suíça, também introduziu essa metodologia e a teoria Balint no ensino médico, com grande repercussão (LUBAN-PLOZZA, 1979). Os estudantes de Medicina de outros países da Europa passaram a ter contato com o Professor Luban-Plozza e acabaram por organizar uma federação internacional: The International Junior Balint Federation⁴⁰. Também outros professores de vários países passaram a trabalhar com alunos de Medicina em grupos Balint, ensinando a relação médico-paciente nesta perspectiva teórica.

Na Holanda, o uso dessa metodologia nos cursos de Medicina já passa de duas décadas (DOKTER, 1979). Moreau e Vercheval (1979), na Bélgica, têm experiência com o

⁴⁰ Ver link sobre o Prêmio Ascona para estudantes de medicina no site da The International Balint Federation: <http://www.balintinternational.com/> (21/04/07)

processo ensino-aprendizagem balintiano no curso médico há vários anos. De uma forma geral, várias são as faculdades em todo o mundo que introduziram tal metodologia no curso de graduação em Medicina e nas diversos cursos de residência médica e/ou especialização (TURNER & MARGO, 1999; MARGO & MARGO, 1999; GIDEKEL et al, 1999).

No Brasil, Perestrello e, posteriormente, Júlio de Melo Fº iniciaram os grupos Balint no contexto do ensino médico, na cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, outros grupos se formaram em São Paulo, Santos, Recife, e outras cidades do país (BRANCO, 2005). Em Goiânia, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás introduziu os grupos Balint na disciplina de Semiologia Médica durante aproximadamente 15 anos (BRANCO, 2001a; BRANCO, 2001b; BRANCO, 2003b; BRANCO, 2006) e desde agosto de 2006, os alunos do curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás têm tido tal experiência.

Nos Estados Unidos, os grupos Balint têm sido mais usados na pós-graduação do que em cursos de graduação em medicina. A formação médica em Saúde da Família, naquele país, contempla os grupos Balint em seu currículo (JOHNSON, 2001a; JOHNSON et al, 2001b; THE AMERICAN BALINT SOCIETY, 2007), o que vem sendo adotado também em outros locais. (BOGUES, 1996)

Após 1990, começaram a surgir publicações sobre experiências de grupos Balint com médicos na prevenção da Síndrome de Burnout (BOBAY, 1999; ADDISON, 1999; BEKER & BENEDETTI, 2007a). Embora não se configure uma terapia de grupo, não deixa de ser um grupo terapêutico, o que de certa forma auxilia no enfrentamento do estresse laboral. Balint demonstrou, em seu estudo inicial, que em seus grupos ocorre uma mudança na personalidade dos profissionais que participam (BALINT, 2005). Missenard et al (1994) também concorda com a possibilidade do grupo Balint promover uma mudança, ainda que discreta, na personalidade de seus membros. Sapir (1994) faz uma profunda reflexão sobre tal questão, procurando advertir que os seminários não se transformem em terapia de grupo (o que de fato não é), mas aponta para o fato de que tem observado mudanças no comportamento de médicos franceses, suíços, italianos, ingleses e alemães, ex-participantes de grupos Balint, os que ele denomina de “balintizados”, em relação aos seus pacientes e alunos.

As psicólogas Beker e Benedetti têm desenvolvido, na Argentina, grupos Balint com professoras de ensino infantil e fundamental com bons resultados não só na prevenção da Síndrome de Burnout, como também no desenvolvimento da interdisciplinaridade em formação

de equipes (BEKER & BENEDETTI, 2007a; BEKER & BENEDETTI, 2007b; BEKER & BENEDETTI, 2007c).

Para llevar a cabo la conformación de un equipo, utilizamos el dispositivo Balint, que hemos implementado durante muchos años en Programas de Actualización en distintos lugares del país. Este dispositivo ha mostrado ser una herramienta eficaz tanto para la construcción de equipos como para la resolución de los obstáculos que surge en la intersubjetividad.(...)El grupo por su continuidad en un tiempo y espacio determinado, puede constituirse en un espacio de entrenamiento del proceso que requiere aprender a trabajar interdisciplinariamente. Como grupo sostenedor de sus integrantes, cumple una función preventiva para evitar la mala praxis y el síndrome de burnout.(BEKER & BENEDETTI,2007a:4)

Assim, as autoras têm demonstrado que a técnica do grupo Balint promove um diagnóstico situacional do trabalho docente e permite, às professoras, vivenciar as dificuldades, os obstáculos e as vantagens do trabalho em equipe. Como grupo de reflexão, na opinião de Beker e Benedetti (2007b), tal dispositivo cumpre a missão de conter emocionalmente seus integrantes, o que resulta na prevenção da Síndrome de Burnout. No entanto as autoras não trabalham com a teoria Balint e suas categorias, mas sim com a teoria da complexidade.

A observação deste dado deixa claro que o método Balint está sendo usado com professores em um enfoque diferente do proposto inicialmente por seu criador. De fato, os grupos Balint promovem uma capacitação para o trabalho em equipe, em um enfoque interdisciplinar e, a possibilidade de uma atitude continente entre os membros do grupo é algo notório. No entanto, a compreensão da transferência e da contratransferência mudando o paradigma da relação professor-aluno, e a aquisição das categorias (o médico/professor como droga/ajuda, a organização da doença/dificuldade de aprendizagem, a oferta da doença/dificuldade, o conluio do anonimato e a função apostólica), não tem sido proporcionada aos professores.

A psicóloga argentina Maquieira, reportando-se à experiência de Beker e Benedetti, também tem usado os grupos Balint como dispositivos para a prevenção de Síndrome de Burnout em professoras de educação infantil e, chama a atenção para o fortalecimento dos vínculos professor-aluno e professor-pais de alunos:

Los grupos Balint tienen como objetivo analizar las complejidades en los vínculos que se presentan en la tarea: el vínculo del cuidador con el niño; con los padres; con su pareja pedagógica; con la dirección de la institución. (MAQUIEIRA, 2007:1)

Embora os vínculos afetivos interpessoais possam estar sendo percebidos, e a situação pedagógica possa estar sendo vista em meio aos fenômenos transferenciais, o que fica claro nas experiências de grupo Balint com professoras da educação infantil e do ensino fundamental, na Argentina, é que os objetivos perseguidos por Michael Balint durante seu trabalho com as assistentes sociais e, posteriormente, com médicos generalistas, não coincidem com os objetivos traçados pelas psicólogas que dele fazem uso no desenvolvimento dos professores.

Ao discutir a formação dos formadores, Beker, Benedetti e Andrés (2007) relacionam os seguintes objetivos a serem alcançados através dos grupos Balint: (a) ampliação do olhar diagnóstico sobre a situação pedagógica; (b) a compreensão do espaço pedagógico a partir do reconhecimento de sua atmosfera afetiva; (c) reconhecimento e resolução dos obstáculos epistemológicos e pedagógicos.

Claro está que apesar da compreensão da transferência e da contratransferência como algo que permeia todo o ato pedagógico, em nenhum momento tais autoras colocam como objetivo fundamental dos grupos Balint o desenvolvimento de uma relação professor-aluno diferente, continente e mesmo terapêutica enquanto possibilidade de formação pessoal.

Outra diferença importante entre as experiências de grupo Balint com profissionais da saúde e com professoras, é que Beker, Benedetti e Andrés (2007) permitem até 20 professores em um mesmo grupo, o que contraria as características essenciais propostas pela The Balint Society (Apêndice XIV).

Apesar de tantas diferenças, o grupo Balint está hoje sendo colocado como uma metodologia importante na Terapia de Tarefa⁴¹, como descrevem Beker, Benedetti e Andrés (2007). A melhora na interação do docente com seus alunos, com seu trabalho, com a instituição, com a organização educativa, com o contexto sócio-cultural, ou seja, o melhor desempenho no processo ensino-aprendizagem tem sido observado pelas autoras durante suas experiências com os professores. Dessa forma, as autoras propõem que os grupos Balint possam ser colocados como dispositivos para uma capacitação permanente de professores:

El dispositivo Balint, a partir de la presentación de casos, se instala como un espacio de detección de las necesidades formativas de los integrantes, según las problemáticas locales. Formación que puede dar origen a la organización

⁴¹ Beker, Benedetti e Andrés chamam o trabalho com os grupos Balint de “Terapia de la Tarea”.

de proyectos con objetivos amplios para las instituciones de pertenencia, y de aplicación a largo plazo, de redistribución de recursos para su mejor aprovechamiento, mayor eficiencia y menores costos. De este modo, este dispositivo capacita a sus miembros en aquellas áreas en que la educación formal, no ha tenido la intensidad y profundidad necesaria. (BEKER, BENEDETTI & ANDRÉS, 2007:3)

Também o texto da UNESCO intitulado *Las Técnicas de Grupo em La Formación* publicado em Paris, em 1977, e que segundo seu prefácio: *se destina a todos cuantos tratan de aprofundizar y mejorar los sistemas de relaciones humanas* (p.3), não só enfatizam a importância do desenvolvimento de grupos dentro da seara da educação, como indicam os grupos Balint enquanto uma das modalidades de grupos a serem trabalhados na capacitação de professores.

1. Grupos de profesores

*Se puede proponer a los profesores que se están formando o perfeccionando, formas de grupos cuyo objetivo es ahondar sus conocimientos y competencias profesionales. Es conocida ya la **microenseñanza**, cuyo objetivo es el **desarrollo de aptitudes pedagógicas**, y que completa el método de análisis de las interacciones profesor-alumno dentro de una clase. Una forma de grupo, inspirada em el grupo “Balint” (destinado al perfeccionamiento de las relaciones de los médicos y las enfermeras com los enfermos. (UNESCO, 1977:21)⁴²*

O referido texto enfatiza o desenvolvimento da relação professor-aluno porém não entra em detalhamento nem da teoria Balint e nem tão pouco da metodologia do grupo, mas sim, resume-se em citá-lo como possibilidade de capacitação.

Saber que outros autores vêm desenvolvendo tal experiência com professores e que colocam os grupos Balint como uma possibilidade de formação docente, de certa forma qualifica este estudo que aqui se faz tese, onde se procurou capacitar as professoras de classe hospitalar para a difícil relação professor-aluno, quando este aluno está doente e hospitalizado, através da aquisição teórica das categorias balintianas, usando-se como metodologia didática os grupos Balint.

⁴² Grifos do texto original.

CAPÍTULO III

BALINT PARA PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR: UMA POSSIBILIDADE DE CAPACITAÇÃO?

A educação deve produzir um efeito organizador ajudando a criança a construir um simbólico onde possa viver. (Maria Augusta Speller)

Uma coisa é pôr idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... (Guimarães Rosa)

CAPÍTULO III

BALINT PARA PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR: UMA POSSIBILIDADE DE CAPACITAÇÃO?

1. ANÁLISE DOS DADOS DO “OBJETO ABORDADO”

Este capítulo não pretende explicar novamente a espiral da pesquisa-ação existencial proposta por Barbier (2004) e já exposta na introdução da tese, mas sim, retomá-la e analisar os resultados surgidos através dos movimentos de pesquisa e reflexão.

Importante lembrar que ao se estabelecer o “pesquisador coletivo” (27 professoras das quais três são coordenadoras) já descrito na introdução desta tese, foi-lhes entregue um questionário para preenchimento. Tal questionário teve como objetivo delimitar dados sobre as professoras de classe hospitalar em Goiânia/GO para se ter clareza do cenário no qual a pesquisa foi desenvolvida.

A análise dos resultados do referido questionário mostrou que em Goiânia não existe nenhum professor de classe hospitalar do gênero masculino, sendo todas do gênero feminino. Quanto à idade, dentre as 27 professoras de classe hospitalar de Goiânia, dezoito (66,6%) estão na faixa etária de 40 a 59 anos e, cinco (18,5%) estão na terceira década de vida, enquanto apenas duas professoras têm idades superiores a 59 anos e, duas são jovens com menos de 29 anos. (Apêndice VIII)

Em relação à religiosidade, uma se coloca como holística, enquanto a maioria se divide entre católicas (44,4%), espíritas e espiritualistas⁴³ (33,3%) e evangélicas (14,8%). Apenas uma professora não se filia a nenhuma religião, no entanto, acredita em Deus. (Apêndice XVI)

Quanto ao local de trabalho, a grande maioria (95,2%), atuava, no momento da primeira reunião, em classes hospitalares, ou seja, dentro de hospitais (enfermarias de clínica médica, ortopedia, pediatria, maternidade, pronto-socorro, setores de hemodiálise e quimioterapia). Apenas 4 (14,8%) professoras estavam atuando em atendimento pedagógico

⁴³ Espíritas e espiritualistas foram agrupadas em uma só categoria por serem ambas reencarnacionistas diferenciando-se dos católicos e evangélicos.

domiciliar, todas elas, em Casas de Apoio. No entanto, estes dados, foram modificados ao longo do ano de 2006, devido à grande rotatividade das professoras dentro da rede de hospitais e atendimentos domiciliares, de tal modo, ao final do ano, todas as professoras passaram pelos mesmos locais, o que propiciou uma experiência semelhante a todas, de certa forma, homogeneizando os sujeitos da pesquisa.

No que diz respeito ao tempo de atuação das professoras no “Projeto Hoje”, a maioria tem menos de 3 anos (Apêndice XVII), embora tenham mais de 10 anos de experiência docente⁴⁴ (Apêndice XVIII). A formação das professoras é bastante diversificada, sendo que prevalece a formação em pedagogia e/ou nas diversas licenciaturas (Apêndice IX). A maioria (94,1%) das professoras tem pós-graduação *latu sensu* e apenas 7 (25,9%) delas tem somente a graduação. (Apêndice X)

Em relação à formação em Classe Hospitalar, 22 professoras (81,4%) consideraram ter tido uma capacitação adequada através das Semanas de Estudo sobre a Pedagogia Hospitalar que a Superintendência do Ensino Especial da Secretaria da Educação do Estado de Goiás promove anualmente. No entanto, quanto à capacitação sobre a relação professor-aluno hospitalizado, 17 professoras (62,9%) negaram ter feito alguma capacitação. As 10 professoras (37%) que disseram ter sido capacitadas nesta área citaram um curso de 20 horas feito no Hospital Geral de Goiânia, intitulado “Convivendo com a Morte Iminente”, algumas palestras nos seminários anteriormente referidos e cursos relacionados ao ensino especial. As vinte e sete professoras apontaram a motivação para o trabalho em classes hospitalares questões relacionadas aos afetos, como desejo, desafio, necessidade de mudança de vida, relacionamento de amizade, relacionamento com alunos especiais e afeição pela área de atuação (Apêndice XI).

As dificuldades listadas pelas 27 professoras foram, para 24 delas, (88,8%), relacionadas à afetividade e às emoções: falta de preparo para o enfrentamento das perdas (óbitos ou altas); dor em relação à doença e à necessidade de aprendizagem; falta de um apoio psicológico diante do enfrentamento do ambiente hospitalar, solidão no trabalho; despreparo psicológico frente à dor da família; dificuldade de relacionamento com a família; necessidade de proteger o educando hospitalizado; dificuldade no controle das emoções; depressão e dificuldade para aceitar a doença quando as crianças estão muito graves e, dúvidas em como cativar as crianças que estão sofrendo (Apêndice XIII). Estes dados corroboram a situação problemática

⁴⁴ Uma característica das classes hospitalares é a alta rotatividade de professoras. Muitas, após 3 anos de trabalho solicitam transferência para a rede regular de ensino ou entram de licença médica.

que levou à pesquisa-ação.

Outras dificuldades encontradas pelas professoras foram: falta de material didático apropriado; não reconhecimento do seu trabalho pela equipe de saúde; falta de um local adequado, como uma sala de aula; falta de informação e de formação em pedagogia hospitalar; falta de conhecimento na área da saúde (conhecer as doenças dos estudantes e adaptar-se aos cuidados necessários dentro do ambiente hospitalar); tempo exíguo para a discussão dos casos (devido a óbito ou alta dos alunos); conteúdos programáticos não adaptados à formação do professor; dificuldade em compreender o educando em suas múltiplas condições (vê-lo como todo e não como partes); e dificuldade na adaptação à nova realidade pedagógica. Apenas 2 professoras (7%) disseram não ter nenhuma dificuldade no trabalho com seus educandos adoecidos (Apêndice XIII).

Diante do cenário delimitado e da construção do objeto abordado da espiral de Barbier (2004), passou-se à segunda etapa do objeto co-construído.

2. ANÁLISE DOS DADOS DO “OBJETO CO-CONSTRUIDO”

Em 14 de Fevereiro de 2006, o curso teve início. Estiveram presentes 22 professoras de classe hospitalar (81,5%). Neste primeiro momento foi apresentada a biografia de Michael Balint através de uma aula expositiva dialogada, usando-se o *datashow* como recurso didático. Foi mostrado o livro “O médico, seu paciente e a doença” que seria o referencial teórico do curso que se iniciava. Após a aula, foi solicitado que escrevessem uma experiência pessoal de atendimento pedagógico hospitalar, o que elas fizeram prontamente. (Apêndice XIX)

Após a primeira aula, sete outras professoras de classe hospitalar, integraram-se ao curso de capacitação. No entanto, elas não participaram como sujeitos da pesquisa, pois não haviam respondido ao primeiro questionário e nem fizeram o relato de caso solicitado na primeira aula. Além dessas professoras, a psicóloga da Secretaria da Educação do Estado de Goiás, que desenvolve suas atividades junto ao “Projeto Hoje”, também participou do referido curso, sem, contudo, ser incluída como sujeito da pesquisa.

O curso foi desenvolvido através de encontros semanais de 2 horas, alternando-se momentos de problematização e discussão da teoria Balint (teoria) e grupos Balint (prática). Os encontros teóricos ocorreram a partir da leitura prévia de capítulos do livro “O médico, seu

paciente e a doença”, problematização sobre os temas lidos e discussão em sala de aula.

Os momentos de prática foram desenvolvidos em grupos Balint. Para que a metodologia de grupo Balint se mantivesse fiel às características essenciais já descritas anteriormente (Apêndice XIV), a turma foi dividida em dois grupos usando-se a técnica de GVGO (grupo de verbalização/grupo de observação). O círculo central (grupo de verbalização) era composto por 10 pessoas e eu como coordenadora⁴⁵ (líder do grupo) perfazendo o grupo Balint, enquanto o círculo externo comportava-se como grupo de observação. A permanência em cada grupo era espontânea, assim, a cada encontro, as professoras podiam escolher ficar no grupo Balint ou no grupo de observação. Depois de encerrado o grupo Balint, era solicitado que cada professora do grupo de observação fizesse a sua avaliação do caso discutido e de como se sentiu naquele momento. Após cada encontro (teórico e prático) era anotado, em um diário de campo, tudo o que havia sido discutido.

O relato do primeiro grupo Balint deixa clara a dinâmica usada durante todo o curso:

Iniciamos com a minha pergunta “quem tem um caso?” A professora contou o caso de uma criança de 2 anos que foi atendida por ela enquanto hospitalizado. Tinha leucemia e vinha rotineiramente ao hospital fazer quimioterapia. A professora iniciou seu relato de forma animada, alegre, dizendo que o menino ao chegar ao hospital, pedia que colocassem o soro:

- Pedia para a enfermeira “pegar a veia”, pois gostava de ficar no hospital.

Todos se admiravam do relato... Segundo a professora, a criança ficava entristecida se não “pegassem sua veia”, pois a colocação do soro era a garantia da internação. Ainda segundo seu relato, ele gostava muito das aulas. A mãe da criança permanecia sempre com ele e, ele aprendia com muita facilidade. “Gostava de estudar as letras, as cores...” De acordo com a professora, quando o menino não estava internado, ele não freqüentava nenhuma escola, pois só tinha 2 anos e estava gravemente enfermo. Assim, a mãe preferia que ele ficasse em casa. A professora contou que o menino estudava somente quando hospitalizado.

- Gostava muito porque “lá ele se sentia gente”.

No final de seu relato a professora foi se entristecendo, recuando na cadeira e com lágrimas nos olhos disse que o paciente falecera. Abri espaço para as perguntas. Várias professoras perguntaram a idade da criança. Ficamos todas na dúvida se seriam mesmo 2 anos. A professora relatora do caso confirmou ser esta a idade do menino. Disse que ele era extremamente inteligente e muito participativo em aula. Passamos à discussão do grupo. Foi muito comentada a questão da identidade da criança – “lá ele se sentia gente”. O grupo percebeu com clareza que em casa ele não era gente, mas sim era um menino doente – o leucêmico! Uma das professoras do grupo, visivelmente emocionada, levantou a questão da transferência e contratransferência. Eu expliquei o significado destes termos. A professora, então, trouxe questões pessoais para a discussão. Eu a impedi, solicitando que ficasse restrita ao caso. Ela continuou mantendo-se participativa, falante, sempre com o semblante emocionado e os olhos marejados de lágrimas. Falou da necessidade de não se expor muito para não sofrer. Da necessidade de se poupar, de se proteger. Falei sobre o uso de mecanismos de defesa. Várias professoras falaram em limites. Em seguida foi discutido como a relatora pôde envolver-se mantendo seu papel de professora, dando limites à criança. Foi levantada a importância de sua atuação enquanto professora de classe

⁴⁵ Coordenador de grupos Balint é chamado de líder.

hospitalar no processo de “qualidade de vida” da criança. Foi discutida pelo grupo a questão da morte. Como a professora lidou e lida com este luto. Após a discussão, a professora relatora disse que se sentia bem depois de ouvir nosso debate. Depois de encerrado o grupo, todas as participantes avaliaram bem, gostaram da dinâmica e uma professora, em particular, disse que se sentia ajudada pelo grupo, pois que estava acompanhando um aluno semelhante ao do caso relatado. Outra professora disse que passou todo o tempo pensando no que falar. Percebeu como é difícil se ater ao que é do Outro. Toda vez que pretendia falar, dava-se conta que queria falar de si mesma, dos seus alunos e então silenciava. Pontuei este discurso pela importância que tem. Mostrei como o grupo Balint nos propicia este aprendizado – a escuta do que é do Outro. Novamente a psicóloga se pôs à disposição. Desta vez, pareceu-me que o fez com mais ênfase. Percebi uma diferença: era como se hoje ela deixasse mais clara a sua disponibilidade. Encerrei às 19h. (Grupo Balint do dia 24/02/06)

Ao final do primeiro semestre foi solicitada às professoras que fizessem, por escrito, de forma livre, uma avaliação sobre o curso (Apêndice XX). No reinício das atividades, um professor da Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás proferiu uma palestra sobre psicanálise na educação⁴⁶ e, em seguida, através de aula expositiva, foi discutida uma das categorias da teoria Balint. Após estas duas aulas, retornou-se ao trabalho teórico-prático desenvolvido no primeiro semestre. Ao final do curso, em novembro de 2006, as professoras responderam a um segundo questionário. (Apêndice V)

A partir das falas recorrentes das professoras, ao final do curso os dados foram agrupados, para posterior análise, em: (a) **identidade de professoras de classe hospitalar**; (b) **ação-reflexão-ação**; (c) **ato pedagógico**; (d) **escuta pedagógica** e (e) **transferência e contratransferência**.

O primeiro agrupamento refere-se à **identidade de professoras de classe hospitalar**. Durante os grupos, ficou claro, na fala das professoras, que a identidade de professora de classe hospitalar não estava ainda construída. Conforme o grupo discutia os casos, era perceptível a todas que o fazer pedagógico dentro de um hospital é completamente diferente do fazer pedagógico em uma sala de aula. Aos poucos, durante o curso, as professoras foram descobrindo um pouco dessa identidade. Ao se saberem “droga”, ficaram motivadas e ao mesmo tempo expressaram seus temores, conforme pode ser ratificado na passagem:

Uma professora disse que, o que lhe tinha sido mais instigante no texto lido fora o fato de Balint dizer que o médico é droga. (...) Procurei enfocar o conceito de que todos os profissionais, inclusive as professoras, que entram em contato com o paciente têm efeito droga. Uma das professoras leu um parágrafo do bilhete que recebera da paciente que teve alta. Ela dizia que estava agradecida à professora porque esta fora muito importante no seu tratamento. Cada professora percebeu seu efeito droga e uma delas disse em voz alta:

- Que responsabilidade! Percebo agora que a minha responsabilidade é maior ainda!

⁴⁶ O professor em questão trabalha com a teoria psicanalítica e tem livro publicado sobre o assunto.

Várias professoras relataram suas experiências refletindo sobre o efeito droga. Uma delas falou de seu trabalho junto a uma paciente em fase terminal. Disse de sua emoção e ficou com lágrimas nos olhos. (Grupo Balint do dia 07/03/06)

As professoras foram, aos poucos, percebendo-se enquanto membros da equipe de saúde. Compreenderam que a atuação de cada uma delas interfere no processo terapêutico de seus alunos. Assim, no grupo Balint de 21/03/06, ocorreu o seguinte:

Quando eu perguntei ‘quem tem um caso?’ Imediatamente uma professora se manifestou. Com os olhos marejados de lágrimas iniciou seu relato: ao chegar ao hospital onde trabalhava, percebeu uma moça isolada no final da enfermaria. Entrou em contato com ela: uma moça bonita, de 27 anos, com uma história de várias perdas. Havia se casado ainda adolescente e tivera quatro filhos. Todos haviam falecido no período de 2 anos e poucos meses. Seu marido a abandonara em seguida. Sua mãe, em sua infância, também a abandonara e ela sempre fora muito só. A moça era inteligente, mas diante de sua situação (estava com câncer) parara de estudar. A professora começou a trabalhar com ela. Levava textos interessantes e a paciente sempre procurava pesquisar no computador do hospital. Ela era muito dedicada aos estudos. Queria fazer o vestibular após a alta. Queria ser professora. A jovem, que não mais andava, foi melhorando a cada dia até conseguir caminhar. Caminhou até o armário onde a professora estava guardando seus pertences, e fitou-a com atenção. Todos – professora, enfermeiros e pacientes – ficaram entusiasmados com tal melhora. A psicóloga do hospital iniciou uma grande parceria com a professora e às vezes combinavam alguma ação terapêutica em conjunto. O médico da jovem pedia à professora para continuar sua aula enquanto ele a examinava, pois a aula relaxava a jovem e essa não se opunha ao exame médico. A professora foi, aos poucos, ficando parceira da equipe de saúde. (...) No entanto, a paciente começou a piorar. Ela estava muito grave...fez sinal de que queria uma tesoura para cortar um cacho do seu cabelo e dá-lo à professora... (...) A professora contou que ao chegar ao hospital na segunda-feira, antes mesmo de colocar seu jaleco, foi à enfermaria e viu a cama vazia e o colchão dobrado. Perguntou às outras pacientes se ela havia ido para a UTI⁴⁷. A outra paciente lhe disse que a jovem havia morrido. A professora ficou impactada e encostou-se na parede da enfermaria. O médico estava ali, parado...

- Parecia que ele estava me esperando...

Foi muito discutido pelo grupo o vínculo afetivo construído pela professora e como isso resignificou a vida/morte da paciente. (...) Em nenhum momento a professora abandonou a paciente, imprimindo um novo registro de relação afetiva. Esteve sempre ao seu lado. Permitiu que a paciente pudesse resignificar sua vida, podendo sonhar, fazer planos; com isso resignificou também sua morte.

Durante os grupos Balint as professoras deram ênfase ao fato de perceberem a importância que cada uma delas tem no processo de tratamento de seus alunos. Entenderam, com clareza, que não são importantes apenas no processo ensino-aprendizagem, mas também têm um valor terapêutico para os pacientes. Frases ditas durante as avaliações mostraram esse sentimento elevado de auto-estima após o reconhecimento de suas ações, como por exemplo: “*depois que a senhora fala, percebo a importância do fato*”, “*agora percebo como somos importantes*”, “*tenho orgulho de minhas colegas*”, “*nós somos mesmo mulheres fantásticas*”, “*agora vejo que*

⁴⁷ UTI é a Unidade de Terapia Intensiva do hospital.

não estou lá apenas ensinando o conteúdo programático”, “sinto-me honrada por ser professora de classe hospitalar”.

No decorrer do curso passaram a falar de si mesmas enquanto professoras de classe hospitalar com maior clareza em relação à identidade profissional. Em especial no encontro do dia 11/04/06, ocorreu o seguinte:

Foi-me dito que haviam inaugurado, no Hospital Materno-Infantil, uma sala de aula para a classe hospitalar. As professoras estavam alegres e relatavam que fora feito um projeto arquitetônico com a inclusão de móveis de vários tamanhos para crianças de várias idades, quadro negro, armários, quadro de avisos e outros móveis próprios para uma sala de aula. Falamos sobre o reconhecimento da classe, a identidade da categoria...

O segundo agrupamento identificado ao longo do processo foi **ação-reflexão-ação**. Com o caminhar dos grupos Balint, as professoras passaram a refletir mais sobre suas ações nos hospitais, nas casas de apoio ou no domicílio dos alunos. Ao trazer para o grupo os casos de seus alunos hospitalizados ou em atendimento domiciliar, cada professora teve a oportunidade de refletir sobre sua própria ação (prática pedagógica) e ressignificá-la. As próprias professoras perceberam este movimento e disseram ter mudado muitas coisas em suas ações. Algumas delas, que também trabalhavam na rede de ensino regular, disseram que após participarem dos grupos Balint, passaram a refletir sobre suas ações também nas escolas onde lecionavam. Várias professoras, durante as discussões teóricas, apresentavam exemplos advindos de suas experiências na rede regular de ensino. Uma professora relatou em um encontro teórico que, na escola onde trabalhava, ela passou a analisar os casos antes de se posicionar, nas reuniões, contra ou a favor dos alunos ou dos professores. Ao procurar fazer sempre uma análise dos mecanismos implicados nos casos, seus colegas, à guisa de brincadeira, diziam:

- Lá vem você com esse negócio de Balint...

A possibilidade de ressignificação dos seus atos ficou clara em um encontro teórico em 22/08/06, quando ocorreu o seguinte:

Começamos uma leitura discutida do texto O Paciente e Sua Doença do livro O Médico, seu Paciente e a Doença, de Michael Balint. Expliquei às professoras que este capítulo era exatamente a súmula de tudo o que havíamos discutido até então. Neste momento uma professora do Programa de Pós-Graduação adentrou à sala e me abraçou. Apresentei o grupo à professora e esta passou a falar sobre a inclusão na perspectiva do respeito à adversidade, após o quê se retirou. Uma das professoras de classe

hospitalar disse para mim:

- Professora, precisa dizer-lhe o quanto tem sido importante este curso para nós! O quanto estamos mudando.

Em seguida outra professora complementou:

- Ela precisava ter nos conhecido antes. Tem o antes e o depois. Nós mudamos muito.

Em seguida várias professoras deram depoimentos. Algumas citaram o quanto mudaram também em casa, em relação à família. Uma, em especial, contou que era muito perfeccionista e que, a partir dos grupos Balint, tem se dado oportunidade de errar. Seu marido tem estranhado o fato de que ela tem colocado claramente, diante da família, suas dificuldades, seus desejos e suas opiniões. Outra colega completou dizendo estar mais tolerante com as pessoas em geral, por que percebe que as ações e as atitudes de cada um são organizadas a partir de suas vivências pessoais. Ao que a outra completou:

- Já não somos mais as mesmas!”

O terceiro agrupamento observado diz respeito ao **ato pedagógico**. Desde o início do curso, ficou claro que havia uma concepção dicotomizada entre o ato pedagógico e a afetividade. Para as professoras o ato pedagógico era apenas ensinar os conteúdos teóricos das diversas disciplinas, sem nenhum envolvimento afetivo. O afeto, o vínculo, a motivação, os desejos, para as professoras, não eram intrínsecos ao ato pedagógico. Durante os grupos esse fato surgiu com muita intensidade, causando, inclusive questionamentos importantes da coordenação, conforme o exemplo que se segue:

Quando perguntei ‘quem tem um caso?’ Uma professora prontamente iniciou um relato. Contou-nos sobre um menino de 8 anos que estava internado com Calazar⁴⁸ e que tinha muita dificuldade de aprendizagem. Não conseguia aprender e memorizar as vogais e nem tão pouco conseguia falar os algarismos em uma sequência lógica. Segundo a professora, o menino preferia falar de si mesmo. Era comunicativo e verborreico. A professora ouvia seus relatos e seguia ensinando o que lhe era possível. Certo dia, como a mãe do menino viajara, este perguntou à professora se ela poderia dormir ao seu lado fazendo-lhe companhia. Ela lhe respondeu que não, mas que iria visitá-lo todos os dias, inclusive no final de semana. Ao aproximar-se o dia da alta hospitalar, o menino perguntou à professora se ela iria com ele para sua cidade, ao que a professora respondeu não, explicando-lhe que ela morava em Goiânia, onde tinha família e trabalho.

Quando sua mãe retornou, o garoto disse-lhe:

- Quando eu sarar, vou morar aqui com a professora. A senhora vai cuidar da minha irmã.

A professora percebeu que a mãe ficara enciumada e passara a dificultar seu contato com o aluno. De fato, o menino era quem cuidava da irmã e a mãe saía e deixava os dois sozinhos (...) Quando a criança teve alta, a professora ficou sabendo que ele havia chorado muito por não ter podido se despedir dela. Assim, ela decidiu falar com ele pelo telefone. Nunca mais teve notícias do aluno.

Após este relato, o grupo discutiu o caso e, apontou para o fato da fragilidade do vínculo afetivo entre a mãe e o menino. Não havia quem cuidasse dele e, ele, ainda criança, cuidava de uma irmã menor. Discutiu-se como a professora havia construído um vínculo afetivo com o aluno, propiciando-lhe um novo registro de relação interpessoal. O grupo valorizou muito este ato da professora, pois, ficou claro que ela impôs limites na relação, não procurando substituir a mãe em nenhum momento.

O grupo pôde compreender que possivelmente a dificuldade de aprendizagem desta criança

⁴⁸ Calazar é o nome dado à Leishmaniose Visceral, uma doença causada por um protozoário, em regiões tropicais e subtropicais, caracterizada por febre de longa duração, acometimento do fígado, baço, dos gânglios linfáticos e da medula óssea. É uma zoonose de canídeos e roedores podendo ser transmitida ao homem. Grave, pode levar à morte.

passava pela grave situação de desamparo. No entanto, o maior questionamento do grupo deveu-se ao fato da compreensão dicotomizada do ato pedagógico e do vínculo afetivo. Minha pontuação foi no sentido de fazê-las compreender que a construção do vínculo afetivo é o primeiro passo do ato pedagógico, visto ser essencialmente necessário para que o processo ensino-aprendizagem ocorra.

Ao final, a professora relatora disse ter se sentido melhor ao perceber que havia agido adequadamente. Depois de encerrado o grupo Balint, ao passar à avaliação dos membros do grupo de observação, uma das coordenadoras expôs sua preocupação frente ao quão angustiante havia sido o desenrolar das discussões do grupo. (Grupo Balint do dia 21/02/06)

Posteriormente a referida coordenadora procurou-me muito preocupada, pois segundo ela as regras eram claras: as professoras tinham um programa a cumprir e, portanto tinham que dar conta do ato pedagógico. No entanto, no seu entender, eu, no grupo, havia reforçado demais a questão do vínculo afetivo em detrimento do conteúdo teórico a ser ensinado. Relatou-me que, no dia seguinte ao grupo Balint, outra professora havia confessado-lhe ter agido da mesma forma com outra criança: investido no vínculo afetivo. A coordenadora mostrava-se ansiosa, dizendo:

— Como vou poder cobrar o ato pedagógico, o cumprimento do conteúdo programático e o aprendizado, depois do que foi discutido aqui? (notas do diário de campo - dia 21/02/06)

A esse exemplo inicial, seguiu-se outro em 09 de maio de 2006, quando:

Ao discutir o texto Conluio do Anonimato, em um encontro teórico, uma professora exemplificou relatando o caso de um aluno seu, da rede regular de ensino, que era muito indisciplinado e estava usando drogas. Ela buscou conhecê-lo melhor e ouviu seu relato sobre o fato de ter sido trocado por drogas quando ainda lactente. Sua mãe era dependente química e como não tinha dinheiro, deu-lhe ao traficante como pagamento de dívidas. Sua avó foi buscá-lo, trocando-o por um rádio. Segundo o relato da professora, o menino havia sido gestado em uso de drogas. Compreendendo a gravidade da situação do aluno, levou o caso à reunião de conselho de classe, mas seus colegas não só não se interessaram pelo caso, como ainda a criticaram por estar se envolvendo com o aluno. Cada professor falava apenas sobre o comportamento do menino, enfocando a necessidade de encaminhá-lo ao psicólogo. Nenhum deles queria assumir a responsabilidade de mostrar-lhe novas possibilidades de vida. A conclusão do grupo foi de que o Conluio do Anonimato ocorre entre os professores também.

Durante a avaliação final do encontro várias professoras colocaram a importância de se discutir a teoria Balint nas escolas da rede regular de ensino. Uma professora disse que na escola onde trabalhava todos os colegas estavam interessados em conhecer Balint, pois já observavam a mudança ocorrida com ela frente às questões com seus alunos. (...) Uma das coordenadoras colocou o quanto todas as professoras vêm mudando ao longo do curso. Ela mesma percebe mudanças enquanto coordenadora. A psicóloga chamou a atenção para o fato de se responsabilizarem pelos seus atos e disse da importância das emoções no processo ensino-aprendizagem. Ela citou Wallon. E, disse que certamente Wallon teria gostado de conhecer Balint.

A ressignificação do ato pedagógico, compreendendo que o vínculo afetivo dele faz parte, foi tão emblemática, que a coordenadora geral do “Projeto Hoje” decidiu escrever um livro sobre o assunto⁴⁹.

A **escuta pedagógica** foi outro agrupamento identificado e que apresentou

⁴⁹ A coordenadora do “Projeto Hoje” está escrevendo o livro com o título provisório de Ato Pedagógico, tendo convidado-me para escrever um capítulo sobre a experiência Balint com as professoras.

modificações ao longo do curso. A escuta pedagógica, conforme foi ressaltado em capítulo anterior, é a categoria fundante da pedagogia hospitalar e foi criada por Ceccim(1997)⁵⁰. Todas as professoras, nas diversas avaliações de final dos encontros, ao longo do curso, referiram que “pensavam” praticar a escuta pedagógica, mas que através da experiência com os grupos Balint, perceberam que de fato não sabiam escutar. Foi enfatizada, ao longo dos grupos Balint, a dificuldade que elas apresentavam em silenciar para ouvir o discurso do Outro. As professoras não conseguiam se ater às entrelinhas das falas das colegas durante as discussões nos grupos, não dando, assim, o real significado ao que era dito. Através dos grupos, foram dando conta disso, ficando impactadas quando as falas, os gestos e os atos não percebidos durante os grupos, eram significados. Após o primeiro semestre, as professoras disseram estar mais disponíveis a escutar, não só os seus alunos, mas também suas famílias. Ao final do curso ficou perceptível a mudança das professoras. Aprenderam a silenciar, a perceber os gestos das colegas, a significar as entrelinhas das falas.

No grupo do dia 21/02/06 em que se discutiu o caso do garoto de 8 anos com Calazar, já relatado anteriormente, ficou muito clara a dificuldade na escuta, apontada pelas professoras do grupo de observação, quando da avaliação final:

Após encerrar o grupo Balint, ouvimos a avaliação das professoras do grupo de observação. Todas foram unânimes em colocar a angústia que sentiram por ficar em silêncio durante o desenvolvimento do grupo Balint. Relataram que embora, teoricamente, enfatizem tanto a escuta pedagógica, naquele momento descobriram que não estão capacitadas para ouvir. Algumas detalharam suas angústias: como foi difícil para elas se controlarem para não falar, não dar palpites. (...) Eu fechei a avaliação dizendo que a dinâmica do grupo Balint era assim mesmo: dificuldade para manter o silêncio e a escuta, mas que iríamos aos poucos nos acostumar.

Outro agrupamento identificado foi **transferência/contratransferência**. Assim como Freud propôs trabalhar com a transferência do paciente, quase que anulando a contratransferência do analista, também as professoras de classe hospitalar procuravam, ao desenvolver a “escuta pedagógica”, não se envolver afetivamente com seus alunos adoecidos, o que segundo explicaram, configurava uma atitude profissional. Como no grupo Balint trabalha-se à semelhança da formação psicanalítica húngara, onde a contratransferência deve permanecer no processo de análise como um instrumento usado pelo psicanalista, procurou-se, durante os grupos com as professoras, pontuar os mecanismos transferenciais, mostrando-lhes não só o que ocorria em cada uma delas ao longo dos encontros com seus alunos, mas, sobretudo, como usar a

⁵⁰ Capítulos 1 e 2.

contratransferência em prol do processo ensino-aprendizagem.

No final do curso pareceu estar claro para as professoras que isso era possível e as coordenadoras acabaram por entender e reconhecer que as professoras precisavam vivenciar seus próprios sentimentos transferenciais.

O caso discutido no grupo Balint do dia 06/06/06 é um exemplo da compreensão da contratransferência da professora e seu bom uso na abordagem com o aluno:

A professora iniciou o relato de caso contando sobre seu atendimento a um jovem dependente químico⁵¹, que a princípio não queria ir para a sala onde ela desenvolve as aulas. Ele alegava não ser bom aluno. A professora observava que o jovem estava com a auto-estima muito baixa. Ele vinha usando drogas há vários anos e, estava constantemente sendo internado no hospital. O pai do jovem em questão pagava todo o tratamento, mas não ia ao hospital visitá-lo. Segundo o relato da professora, ele não tinha ninguém, pois a família havia se afastado. Ele morava sozinho e a cada vez que tinha alta retornava ao álcool e às drogas ilícitas. A professora fazia seu relato com muito carinho e mantinha um sorriso triste nos lábios. Contava detalhadamente como convencera o jovem a participar de suas aulas. Relatou de forma muito afetiva como o jovem aluno produzia seus textos. Ela procurava afixar suas tarefas no quadro da sala, onde também afixava as produções dos outros educandos. Assim, com seu relato, a professora foi envolvendo todo o grupo. Explicou que o rapaz foi melhorando, passando então para o regime de hospital-dia⁵² e, tendo posteriormente alta hospitalar. Contou ao grupo, mostrando preocupação e tristeza, que o jovem morava sozinho e que não tinha mais nada dentro de casa, pois vendera os móveis e demais objetos para comprar drogas. Com lágrimas nos olhos, a professora diz:

- Imagine como é difícil chegar à casa e não ter nada nem ninguém...

A medida que relatava, a professora ia ficando mais entristecida. Houve, então, um momento tenso, em que ela relatou que o paciente sumira. Encerrou o caso dizendo não ter mais notícias dele e chorou. Houve um silêncio absoluto na sala. Quando abriu espaço para perguntas, algumas professoras perguntaram à colega relatora se ela pensava que o rapaz pudesse ter morrido. Ela respondeu que tinha esperança de um dia, encontrá-lo no hospital. Ao dizer isso seus olhos lacrimejaram. Ao iniciar a discussão do caso, o grupo levantou a questão de que parecia a todos que a professora pressentia a provável morte do jovem. Todas ficaram esperando, durante o relato do caso, um final relacionado à morte. O grupo refletiu sobre a dor da professora em relação àquele aluno. Ela o maternara, o conquistara para os estudos, apostara em um outro caminho para aquele rapaz e o perdera. O grupo supôs que a professora relatora certamente pensara que o jovem estava morto, mas manter as esperanças de reencontrá-lo era um mecanismo de defesa que ela lançara mão. Foi muito discutido, pelo grupo, o efeito droga desenvolvido pela professora, pois ela lhe apresentara um novo registro de relacionamento humano. Foi ressaltada, ainda, como a professora conseguiu imprimir afeto ao rapaz, independentemente de sabê-lo um viciado em drogas. O grupo também enfatizou a compreensão que a professora teve em relação à atitude do pai do paciente, pois, embora o rapaz não recebesse sua visita, a professora, em nenhum momento repreendeu esta atitude e nem foi agressiva ao relatar tal fato. Foram levantadas duas possibilidades: o retorno ao hospital ou o óbito do paciente. Nesse momento, uma grande emoção tomou conta do ambiente. O grupo foi continente com a professora relatora do caso. Percebi que várias professoras que estavam no grupo de observação choravam em silêncio. Ao terminar a discussão, passei a palavra para a relatora, que disse como se sentia triste e que, de fato, estava de luto. Agradeceu ao

⁵¹ Este relato foi feito por uma professora que à época trabalhava em um hospital psiquiátrico que atende dependentes químicos (viciados em drogas)

⁵² Entende-se por hospital-dia o fato do paciente permanecer no hospital durante o período diurno, podendo dormir em sua própria casa. Geralmente o paciente vai ao hospital para submeter-se ao tratamento.

grupo dizendo se sentir ajudada e compreendida. Ao passar para a avaliação das professoras do grupo de observação, algumas delas preferiram não falar e permaneceram em silêncio, comovidas. Todos respeitaram o silêncio necessário para se recompor as emoções.

Para além da compreensão e análise coletiva dos cinco agrupamentos aqui apresentados, procurou-se compreender e analisar cada professora participante do processo, buscando-se a resolução ou não do pedido de ajuda do grupo: a capacitação das professoras de classe hospitalar para o enfrentamento da dor, sofrimento e morte.

Assim sendo, para uma melhor sistematização, procurou-se, dentre as profissionais que participaram do processo, escolher 11 professoras e duas coordenadoras (13 pessoas ao todo) como sujeitos para análise dos dados. A escolha não foi aleatória, mas se fez tomando-se como referencial o preenchimento de todos os instrumentos da pesquisa. Assim, as 13 pessoas selecionadas foram as que: (a) responderam o primeiro questionário; (b) relataram a experiência pessoal de atendimento pedagógico hospitalar solicitado na primeira aula; (c) fizeram a avaliação semestral sobre o curso; (d) responderam o último questionário. As respostas aos questionários foram analisadas buscando-se uma comparação entre o antes e o depois da ação (capacitação em Balint). Para análise teórica das falas das professoras usou-se a própria teoria balintiana como referencial.

Para que não houvesse identificação das pessoas selecionadas, cada uma delas recebeu um número e passaram a ser mencionadas apenas por esse referencial precedido da letra P de professora. Pelo mesmo motivo, não foi feita nenhuma leitura de dados que apontasse diferenças entre as professoras e as coordenadoras.

Buscando uma compreensão deste grupo, percebeu-se que, assim como dentre as 27 professoras de classe hospitalar que perfaziam o cenário da pesquisa, 24 (88,8%) relatavam como dificuldades questões relacionadas às emoções e afetividade, das 13 pessoas aqui analisadas, 6 delas (46%) também se referiam às mesmas dificuldades. Assim é que a professora P1 em resposta ao primeiro questionário, sobre as dificuldades enfrentadas no desempenho da função de professora de classe hospitalar, apontou:

Dificuldades de adaptação à nova realidade, dificuldades de lidar com as perdas, dificuldade de condições materiais e suporte psicológico e dificuldades em desempenhar minhas funções, sozinha.

A professora P2 respondeu sobre o mesmo assunto:

Primeiramente a minha dificuldade foi com a depressão e o processo de aceitação da doença do meu educando renal crônico. Depois dificuldades em conviver com as crianças: tinha e ainda tenho vontade de colocá-los no colo, de protegê-las e o choro delas me dói muito. A falta de informação sobre o estado clínico deles também me angustia um pouco, assim como outras informações que diz respeito ao ambiente hospitalar e à equipe.

A questão de lidar com perdas aparece também na resposta da professora P3, quando diz:

No início foi um pouco assustador para mim, na questão da perda. O controle das minhas emoções hoje está bem melhor.

A professora P8 também lista entre suas dificuldades questões relacionadas com os afetos:

Enfrentar o óbito. Sou bastante sensível e tenho uma facilidade incrível de criar vínculos, então sofro quando um educando morre, como se fosse um parente... Motivá-los a querer estudar enquanto ali o que ele mais quer é curar-se e ir embora para casa.

Também a professora P10 cita como uma de suas dificuldades a perda e o luto:

Falta de recursos materiais. Falta de um espaço destinado ao Projeto. Falta de acolhimento de outros profissionais no local de trabalho. Dificuldade em lidar com as perdas (morte).

E, por fim, a professora P12 que deixa claro sua dificuldade na área afetiva:

Dificuldade de adaptação com os profissionais da área. Falta de apoio psicológico. Dificuldade em lidar com as perdas. Dificuldade de desempenhar o trabalho sozinha.

As outras 5 professoras que listavam como dificuldades questões não relacionadas às emoções, como falta de sala própria para aulas, de bibliotecas, de material didático e de melhor orientação pedagógica, bem como as duas que negaram ter dificuldades no seu cotidiano de classe hospitalar acabaram, ao de correr da pesquisa, apontando também suas dificuldades em relação à dor, à morte, ao luto e à perda frente ao aluno hospitalizado, totalizando 100% dos sujeitos pesquisados.

Das 13 professoras, onze (84,6%), ao relatarem o caso de atendimento pedagógico no primeiro dia do curso, enfatizaram situações de dor, sofrimento e luto. Algumas pontuaram suas dificuldades e a dramaticidade dos casos, conforme os relatos a seguir.

Relato da professora P1:

A., educanda de uma enfermaria, 33 anos, sendo atendida pela a equipe médica após passar por vários hospitais em Goiânia. Acompanhada pela mãe analfabeta. Dirigi-me a uma colega de quarto para uma aula. Durante a leitura de um texto reflexivo, A. pede para também ser auxiliada pelo Projeto Hoje, apesar de não estar estudando na época. Gostou muito da leitura feita e expôs suas dificuldades. Havia feito exames para HIV e estava ansiosa pela resposta. Transtornada, já sofria antecipadamente com o resultado. Fiz a escuta pedagógica e tentei através dos textos (leituras específicas) reanimar mãe e filha. Após 3 dias de internação, ministrando aula, o médico chega com o resultado. A educanda pergunta:

- E aí, doutor, a doença é AIDS?

A que o médico responde:

- Antes fosse, seria mais fácil! Mas é esclerose múltipla e é terminal!

Fiquei muito assustada com a frieza e falta de tato do médico. Não houve clima para terminar a aula devido ao desespero da filha em explicar a doença para a mãe (nem ela sabia muito do assunto).

Na tarde seguinte voltei com um amigo (que é voluntário no hospital) à enfermaria; ele cantou para ela algumas músicas populares e a Ave Maria. Após nossa saída, A. foi levada à UTI e faleceu 2 dias depois. A mãe contou-me que durante as horas que a filha ficou na UTI, a voz do meu amigo não lhe saiu da cabeça (esse foi o comentário de A. para sua mãe).

Fiquei bastante mexida quando fui à UTI para fazer leituras com A. e os médicos falaram-me que ela havia ido a óbito pela manhã. Fiquei com a sensação de perda “imensa”, de impotência diante da vida e da morte. Aprendi mais que ensinei com o fato. Aprendi que a vida tem que ser valorizada nos mínimos detalhes, que sou muito pouco diante do cosmo imenso.

Relato feito no primeiro dia de aula, de um atendimento pedagógico da professora P3:

Que saudade!

Há um ano e meio conheci uma pessoa a qual a família abandonou no hospital, devido a uma doença crônica. Na época fui fazer a escuta pedagógica e a ficha perfil, conversando muito mesmo... Esta pessoa estava internada na Clínica Médica e nunca recebia visita. Fiquei preocupada e passei a visitá-la todos os dias; muitas vezes eu cheguei a acordá-la para lhe dar um “bom dia” e colocar a música que ela sempre pedia: “Cura-me Senhor”. Chegamos a chorar juntas.

Certo dia, cheguei com um cartaz de auto-estima e senti que estava chorando. Conversamos bastante e a educanda relatou que estava com problemas renais. Ela dizia:

- Mais uma doença, professora, e sem ninguém para partilhar a minha dor...

Coloquei-me à disposição e nos abraçamos. Depois ouvimos novamente a música “Cura-me Senhor”. Fiquei angustiada e pedi autorização da médica do setor de Hemodiálise para que eu pudesse buscar ajuda no Serviço Social daquela instituição: conseguir um lugar onde ela pudesse morar (casa de apoio). Não tinha benefício nenhum e eu sabia que ela estava precisando de algumas coisas de uso pessoal. Comprava, levava escondido na bolsa, ficava muito feliz. Não podia levá-la para minha casa, pois tenho 4 irmãos especiais, dois acamados e dois com outras necessidades.

Um dia cheguei ao hospital depois de um feriado e fiquei sabendo que ela tinha ido a óbito. Havia sido enterrada como indigente. Fiquei arrasada. Todos falavam para mim que não tinha como eu fazer nada! Nada mesmo ou faltou alguma coisa?

Senti muito a sua falta... Ai! Que saudade eu tenho das nossas conversas... O meu nome estava no seu caderno, entre as pessoas que ela mais gostava... Aí que doeu muito mais...

Relato da professora P5 que, não havia citado qualquer dificuldade na área afetiva:

O que mais me marcou, foi quando eu estava na minha sala de aula com os outros alunos e o

paciente J. teve uma crise convulsiva⁵³, passando muito mal (devido ao uso de drogas). Estava em abstinência e pedia socorro:

—Professora me ajude! Estou passando mal!

Eu falei, então:

—Você sabe por que você está desse jeito?

Ao que ele respondeu:

—Professora, foram as drogas... e eu quero me livrar delas!

Ele se arrastou no chão da sala. Dei minha mão para ele. Dei um pirulito e aos poucos foi melhorando, mas sempre sentindo muita fome devido à abstinência.

Passado alguns dias o médico deu alta para ele, já que eles (os profissionais) não podiam fazer mais nada pelo paciente. O jovem fugia muito da clínica e os enfermeiros sempre o traziam de volta. Ele tinha vontade de parar com as drogas, mas não conseguia. Ele gostava muito de ir para a minha sala fazer as atividades.

Relato da professora P10:

Um caso que me impressionou bastante durante esse tempo de trabalho foi o de um educando de 27 anos com o qual trabalhei, não sei o tempo exato.

O fato dele falar pouco o português, a minha comunicação com ele foi mais na base da observação de como ele se comportava pois falava o tupi-guarani.

Era muito doce e, um certo dia 11 de setembro, troquei algumas palavras com ele na sua chegada na hemodiálise precisamente às 11h da manhã. Parecia bem e por volta das 13h, ele foi à óbito. Foi um choque para mim.

Procurei me manter firme, porém me senti muito mal com tudo isso...

Ao serem perguntadas sobre as mudanças ocorridas após participarem do curso e dos grupos Balint, as professoras expressaram o seu desenvolvimento pessoal. Uma análise geral dos dados aponta para o aumento da resiliência das professoras, algumas de forma bastante clara, outras de forma mais velada, mas quase todas referem uma mudança da personalidade de modo a serem mais tolerantes, afáveis, atenciosas e compreensivas com as situações do cotidiano de trabalho e, também, na vida pessoal. A professora P1 deixa claro sua mudança pessoal ao dizer na avaliação do primeiro semestre:

Penso que me vejo melhor após as aulas teóricas e práticas (estudo de casos). Sempre coloquei que saio mexida daqui. Tenho feito alguns balanços pessoais e profissionais. A maior certeza é que saio melhor com os novos conhecimentos. Tenho mudado algumas posturas e reconheço que preciso me aprofundar teoricamente. As angústias da profissão estão mais amenas após compartilhar os “casos” de algumas colegas. Tudo me tem feito crescer.

Seu desenvolvimento pessoal fica mais evidente em sua avaliação ao final do curso:

Estou mais atenta em certas situações estressantes. Procuro acalmar-me diante de fatos que antes considerava trágicos. Não tenho mais vergonha de mostrar meus sentimentos nas alegrias e tristezas que a profissão tem me oferecido. Tenho tentado entender situações de familiares doentes com

⁵³ Embora a professora P5 refira-se a uma crise convulsiva, o ocorrido pode ser outra manifestação relacionada à Síndrome de Abstinência. P5 trabalhava, na época, em um hospital psiquiátrico que atende dependentes químicos.

mais atenção e menos “desespero”. Fiquei menos ansiosa devido aos conhecimentos adquiridos⁵⁴

Também a professora P2 reafirma sua mudança de personalidade quando relata:

Não sofro tanto em tempo e quantidade. Hoje conheço um pouquinho a teoria de Balint e esse “pouquinho” me dá um grande suporte para enfrentar essa situação e tantas outras com mais tranquilidade e segurança. Noto também, que hoje sou mais assertiva nas minhas intuições, percepções, colocações e ações. Penso que as coisas (situações)têm outro tom: estão mais claras. (avaliação ao final do semestre).

Muitas mudanças...Estou mais atenta, mais tolerante, mais paciente com os outros e comigo mesma. Escuto mais. Tenho me posicionado com mais firmeza. O curso mexeu comigo levando-me à retrospectivas, a fazer certas análises às quais sempre positivas. E nessas retrospectivas, notifiquei uma melhora considerável, enorme, nas dores de cabeça que sentia.(avaliação ao final do curso).

Apenas uma professora (P6) não apresentou grande mudança de personalidade, mas, mesmo assim, foi beneficiada pelo grupo visto ter podido compreender sua necessidade de entrar em processo terapêutico:

Durante o curso foi possível refletir situações de trabalho e também fatos da minha vida particular. Conclusão: todo ser humano precisa fazer terapia.

A percepção do “efeito droga” de cada professora foi um fato de relevância na avaliação de cada uma delas. A compreensão das outras categorias também surgiu em suas falas, mas com menos intensidade do que a “função droga” que é a categoria fundante da teoria balintiana. Importante notar que ao perceber e compreender tal função terapêutica, as professoras se sentiram mais valorizadas, compreenderam melhor sua atuação dentro do hospital, sentiram-se mais próximas da equipe de saúde e passaram a dosar melhor tal efeito em relação a seus alunos. Em última análise, as professoras aprenderam a trabalhar com a contratransferência usando-a em prol dos alunos.

Relato da professora P7:

Após conhecer a teoria e o grupo Balint pude perceber e até modificar a minha prática com meus educandos em reabilitação. Passei a escutá-los⁵⁵ mais e, também, a escutar as suas famílias. Valorizei melhor a minha prática quando podia percebê-la como Droga⁵⁶ para meu educando.

Relato da professora P7:

⁵⁴ Grifo da professora.

⁵⁵ Grifo da professora

⁵⁶ Grifo da professora

Esse curso de capacitação que nos foi proporcionado foi excelente, pois está nos capacitando a nós professoras da Classe Hospitalar.

A minha visão hoje, com esse semestre... Tenho uma nova postura como professora do Projeto Hoje, um novo pensar, pois ele só me deu mais experiência e enriquecimento.

Às vezes eu fico pensando que “eu”⁵⁷ (professora) quando estou atendendo meu educando, eu sou uma droga para ele, em pequenas doses, e eles gostam de nossas aulas, de irem para nossa sala de aula, e ficam esperando o horário em que nós vamos atendê-los.

As características observadas no grupo de professoras como um todo, foram apresentadas por cada uma em particular – algumas de forma mais acentuada e outras de forma menos intensa, conforme leitura dos dados à seguir.

Analisando-se os dados referentes à professora P1 percebe-se que antes do início do curso ela apontava como dificuldades o fato de ter que se adaptar a uma nova realidade em que trabalhava sozinha, enfrentando perdas com pouco respaldo psicológico, deixando clara a questão emocional perpassando sua dificuldade laboral. As perdas estão dentre as dificuldades listadas. Interessante notar que ao relatar um caso no primeiro dia do curso, P1 escolheu um caso de perda, luto, óbito (já relatado anteriormente). Fica claro em seu relato o sentimento de impotência diante da morte, sua dificuldade de enfrentamento da perda. Ainda que tenha ajudado a paciente através de leituras, ou trazendo o amigo cantor e, que permaneceu na lembrança da moça até o momento da morte; ainda que tenha estado a seu lado nos momentos de dor; P1 não reconheceu o que fez e acreditou que não ensinara, apenas aprendera. Não conseguiu perceber sua função droga no caso relatado.

Ao avaliar o primeiro semestre do curso, P1 enfatizou uma mudança pessoal e uma melhor condição de enfrentamento das situações difíceis da profissão. Ficar “mexida” conforme sua colocação⁵⁸ é sentir os questionamentos de seus conceitos e pré-conceitos e a possibilidade de repensá-los, abrindo, assim, a oportunidade de desenvolvimento pessoal.

Ao listar, novamente, no segundo questionário, as dificuldades no desempenho de sua função, P1 não citou mais as dificuldades emocionais, apenas o pouco tempo para estudos e dificuldades materiais. Suas respostas às outras questões mostraram que ela aprendeu a lidar com suas emoções, não tendo mais vergonha de seus sentimentos, inclusive enfrentando melhor as situações estressantes tanto na Classe Hospitalar, como em sua vida pessoal e familiar, melhorando também a escuta no desempenho de sua função docente na rede regular de ensino.

⁵⁷ Grifo da professora

⁵⁸ Seu relato já foi apresentado anteriormente.

Assim, em suas respostas, nota-se uma ampliação de sua resiliência advinda do desenvolvimento psíquico adquirido nos grupos Balint, o que o próprio Balint chama de uma “mudança da personalidade”.

Analisando-se os dados referentes à professora P2, nota-se o quanto a morte, a dor e o sofrimento, são postos por ela como dificuldades e são evidentes no relato do primeiro caso.

Entrei no Projeto Hoje em janeiro de 2002 e fui trabalhar na Hemodiálise do Hospital das Clínicas. O vínculo com os meus educandos já estava bem consolidado e em uma determinada aula, propus como atividade um mural interativo. A proposta era que os educandos escrevessem para alguém lembrando, é claro, de todos os profissionais do setor de Hemodiálise.

Então, um educando confeccionou e escreveu um cartão para mim, com a seguinte frase: “Não deixe para amanhã o que pode fazer hoje”.⁵⁹

Eu já conhecia esta frase, porém, naquele dia ela teve um peso muito grande na minha vida. Fui embora muito angustiada e tudo o que eu pensava era nas tantas coisas inacabadas da minha vida. Principalmente nas coisas da minha filha, como organizar fotografias, guarda-roupas, livros emprestados, enfim, o que um dia eu tinha pensado em fazer e não tinha feito. Eu estava no Projeto Hoje⁶⁰. Hoje mesmo, e estava trabalhando com uma pessoa doente de fato. A morte passou a ser um fato concreto na minha vida.

Na avaliação de final de semestre, a P2 fez uma análise das colegas e de si mesma, de forma a ressaltar a ampliação da resiliência de todas. Ficou clara, em sua avaliação, a questão da escuta que se afinou, a capacidade de diálogo que melhorou e a auto-estima que se elevou. No entanto, o medo da mudança de paradigma (*Tenho receio das educadoras e eu também ficarmos muito balintianas*) a impediu de abrir-se a uma real mudança de personalidade conforme previsto por Balint. Ainda que tenha se reportado às mesmas dificuldades no último questionário (morte, dor e sofrimento como grandes dificuldades), ressaltou ter percebido algumas mudanças apresentando melhora das condições de enfrentamento. Portanto, pode-se dizer que apesar do medo de se tornar balintiana, acabou por apresentar uma pequena mudança de personalidade. A ampliação da resiliência da professora P2 ficou clara quando disse estar mais tolerante, mais compreensiva, melhor capacitada para lidar com as situações difíceis. Importante o fato do relato de melhora de cefaléia⁶¹ após o curso⁶².

Observa-se que a professora P3 também trouxe a perda como dificuldade encontrada em seu trabalho. Quanto aos aspectos positivos P3 mostrou compreender bem a identidade da professora de Classe Hospitalar e levantou a questão do educando/paciente se sentir integrado à

⁵⁹ Grifo da professora

⁶⁰ Grifo da professora

⁶¹ Cefaléia = dor de cabeça

⁶² Relato já transcrito anteriormente

vida. Ficou evidente no caso relatado no início do curso (já transcrito anteriormente) a dificuldade de P3 em enfrentar a morte de sua aluna e de elaborar o luto. No seu relato também ficou claro que não reconheceu o que fez de bom para a paciente. Até mesmo questionou se teria feito todo o possível. No final do semestre escreveu:

Percebo que através do grupo de estudo aprendi muito, pois desorganizei o que estava cristalizado dentro de mim. Com esse grupo tive um crescimento profissional, familiar e até mesmo pessoal.

Os estudos de Balint foram pertinentes à Pedagogia. A professora pode, na dose certa, também ser um bom remédio, mas, no exagero ou no marasmo, pode também ser prejudicial. O educando cria vínculo com a educadora.

Através do conhecimento e da ajuda da Dr. Rita (professora) percebo que sou hoje uma pessoa diferente, dando-me respaldo para continuar a jornada.

Percebe-se em sua avaliação semestral que P3 usou categorias balintianas para exprimir o que aconteceu com ela: *desorganizei o que estava cristalizado*, por exemplo, está relacionado ao conceito de organização da doença que Balint fala muito. Levantou a questão do médico e do professor também, terem efeito droga. Começou, então, a perceber o que ela fazia pelos pacientes. Interessante notar que em sua avaliação, falou sobre a “dosagem” do efeito droga, mostrando que o exagero e o marasmo são prejudiciais. Se comparado ao primeiro relato do caso, vê-se que, após seis meses já conseguiu perceber seu efeito droga e que existe um limite (dose certa) para tal, o que não era percebido antes (fez muito pela paciente e ainda ficou com a sensação de não ter feito tudo o que podia). Em sua avaliação final, apontou mudanças pessoais, profissionais e familiares:

Formamos o grupo Balint que entre teoria, estudos em casa e discussões temáticas e a digna riqueza intelectual da Dr. Rita, foi capaz de nos elevar profissionalmente e como pessoas também. Hoje, em relação à família, sou mais maleável, mais aberta, mais amiga. Sinto que melhorei em todos os âmbitos.

Ficou clara a ampliação da resiliência (*sou mais maleável, mais aberta*) da professora P3. A colocação do meu nome em duas respostas mostra o movimento transferencial desenvolvido ao longo do grupo. As dinâmicas de grupo, em especial o grupo Balint, trabalham com a transferência e a contratransferência de cada membro do grupo com o coordenador (líder). E com os demais membros. É através dos movimentos transferenciais, que o líder vai imprimindo novos registros em relação e, desta forma, os membros vão entre si mesmos, desenvolvendo

novos relacionamentos, podendo experimentar no *setting*⁶³ do grupo os sentimentos adequados. Por esse motivo embora se saiba que o grupo Balint não configura uma terapia de grupo, ele é, de fato um grupo bastante terapêutico podendo promover mudanças na personalidade de cada um que dele participa.

Quanto aos dados referentes à professora P4 nota-se que, ao preencher o primeiro questionário, ela não listou nenhuma dificuldade, ao contrário, sentia-se segura porque já tinha experiência no ensino especial (trabalhava no Instituto Pestalozzi). É importante ressaltar que esta professora, à época do curso, estava trabalhando em hospital psiquiátrico, com ensino de jovens e adulto. Portanto sua classe hospitalar diferia das mais comuns, em que as professoras trabalham com jovens ou crianças em hospitais gerais.

Ao listar os aspectos positivos de seu trabalho, P4 deu ênfase às relações interpessoais. Foi muito afetiva ao falar dos sofrimentos dos outros e do amor necessário ao atendimento dos educandos. Nota-se, neste item, um discurso baseado no senso comum com uma compreensão dentro de uma pauta de explicação religiosa (*aumento do amor ao próximo*), o que não desmerece seus sentimentos, mas apenas aponta para o fato de faltar-lhe uma teoria de sustentação de suas atitudes: *a relação entre pessoas, respeito e amor. Entender mais o sofrimento que cada um passa. Crescimento do amor pelo próximo.*

No primeiro relato de caso, P4 contou a história de uma mulher que estava dentro de um hospital psiquiátrico com muita saudade de sua família:

No hospital onde estou trabalhando, está em tratamento uma mulher com aproximadamente 32 anos. Ela é pequena, tem cabelos compridos e pretos. Desde o primeiro dia em que buscamos os educandos (pacientes) para nossa sala de aula, ela estava presente.

Em uma das aulas, falando sobre "Quem sou eu?" ela quietinha, não se manifestou oralmente, mas desenhou sua família, as três filhas, ela e sua casa. Quando vi o desenho, fiquei pensando na saudade que ela estava sentindo de seus familiares, na dor de estar internada longe dos seus.

No outro dia, ela em crise, chorava e pedia:

- Deus! Tenha dó de mim! Quero voltar para casa!

Conversamos com ela que se animou um pouco, mas sempre com aquele semblante triste.

Faz dois dias que ela não aparece no pátio do hospital. Fico pensando: será que ela está em crise? Ou não?

A professora fez uma boa interpretação do desenho da paciente e pareceu compreendê-la bem. Teve uma ação droga (embora não soubesse ainda) quando acalmou a

⁶³ Setting é um termo usado na psicoterapia e significa a ambientação em que o processo terapêutico ocorre. Abarca o local, seus móveis, a iluminação, o clima ambiental, as pessoas que ali estão e os afetos que ali acontecem. Um setting acolhedor é extremamente importante na terapia.

paciente que se desesperou. No entanto o fato de não vê-la no pátio deixou-a em dúvida e não conseguiu ir adiante. Parou por aí seu movimento relacional com a paciente/aluna.

Já em sua avaliação semestral, P4 apontou para o fato de que aprendeu muito e percebeu que sabia pouco:

Foram de grande valia todas as discussões que fizemos aqui nas terças-feiras. Aprendi muito com esse grupo Balint, pois a cada apresentação de caso, senti o quanto não sabia nada e, crescia muito. Aprendi a ser "droga"⁶⁴ para meus alunos.

Enfim, esse grupo de capacitação está sendo muito importante em minha vida profissional e também particular.

Também em sua avaliação trouxe a categoria fundante da teoria balintiana e referiu-se à função droga da professora. À medida que demonstrou estar aprendendo sobre as relações interpessoais, passou a se preocupar com os sentimentos de seus alunos, ou mesmo com o choro deles, pensando em como ajudá-los (ou em dosagem se prescrever enquanto droga), conforme ficou evidente em sua resposta no último questionário:

Às vezes quando vou fazer a escuta com o paciente e ele não consegue se expressar ou chora muito ao contar sua vida, fico pensando depois em como ajudá-lo, o que fazer para aliviar aquele sofrimento.

O caminho contraditoriamente inverso - no início não ter dificuldades e no final tê-las, percebendo o choro e o sofrimento dos alunos/pacientes, não configura um não aprendizado, mas uma sensibilização para o que está ocorrendo. Provavelmente pelo fato de escutar melhor (ela mesma colocou este fato como ganho pessoal) pode agora fazer uma escuta pedagógica mais apurada: *aprendi a escutar mais as pessoas, principalmente o marido e os filhos*. Convém perceber que a professora colocou como um ganho, inclusive em suas relações familiares, uma escuta mais atenciosa.

Quanto à professora P5 percebe-se que antes do início do curso, à semelhança com o que disse P4, não percebia nenhuma dificuldade em seu trabalho. Em relação aos aspectos positivos, P5 apontou para a relação interpessoal, chamando a atenção para o fato de olhar seus educandos no sentido de desvendar o que estavam sentindo. Durante seu relato do primeiro caso, contou a história de J., seu aluno, dependente químico, em abstinência (já transcrito anteriormente). Nota-se seu efeito droga quando dá a mão para levantar o rapaz que estava se arrastando no chão. Pensando no fato do paciente ser dependente de drogas ilícitas e estar em um

⁶⁴ Grifo da professora.

hospital psiquiátrico, o fato de dar-lhe a mão para levantá-lo tem uma grande força metafórica: é o efeito droga da professora buscando levantá-lo na vida. Também ficou evidente a maternagem desenvolvida pela professora diante da regressão psicológica do jovem aluno: ela o levantou e deu-lhe um pirulito (ato de mãe ao levantar uma criança que está chorando no chão). Embora fosse capaz de dosar seu efeito droga, não o valorizava porque não o sabia ter.

Em sua avaliação semestral deixou claro o quanto foi importante para ela saber-se droga e poder dosar seu efeito no sentido de melhor ajudar seu aluno. Ao responder o segundo questionário, à semelhança de P4, a professora P5 também apontou como dificuldade o fato de durante a escuta pedagógica (mais apurada após o curso) ouvir relatos de vida que chocam. É importante mais uma vez salientar que este fato demonstra um aprendizado e uma permissão outorgada pela própria professora a si mesma no sentido de melhor vivenciar o vínculo afetivo e proceder a uma escuta pedagógica muito mais ampliada.

Em relação a uma provável mudança, a professora responde apontando a relação professor-aluno. Segundo seu relato, mudou o seu olhar e agora sabe o que de fato acontece e como deve agir. Em relação a sua vida pessoal e familiar, disse ter amadurecido como mãe, profissional e ser humano, demonstrando o que Balint chama de mudança na personalidade.

Ao responder sobre as mudanças ocorridas em seus outros momentos de trabalho (no caso P5 trabalha com alunos com necessidades especiais no instituto Pestalozzi), a professora também se reportou à relação professor-aluno. De certa forma a compreensão da relação professor-aluno como um vínculo afetivo, um espaço de confiança entre ambos, foi a tônica das respostas da professora P5:

A mudança após o curso Balint na Sala de Aula foi o meu novo olhar para o educando, com muito mais carinho, pois nós somos para eles suas confidentes e amigas e eles nos olham com carinho e atenção. Mudou o meu agir. Antes do curso começar eu estava na maior expectativa e hoje percebo o quanto o curso me amadureceu como mãe, professora e como ser humano. Às vezes fico observando meus educandos e eles olham para nós com tanta confiança... Isto é muito gratificante. Para mim este curso foi excelente. Como pessoa, sinto-me mais segura e confiante. Mudou o meu modo de pensar em relação ao educando, pois quando nós estamos atendendo, eles têm uma confiança muito grande em nós. Se antes eu já tinha paciência, hoje tenho mais. Foi através do curso que eu consegui "sara minhas feridas", pois tinha dia que eu estava mal, sobre algum educando, mas hoje percebo que o curso foi maravilhoso para nós, pois hoje sabemos que nós significamos muito na vida deles.

Chama a atenção o fato de P5 dizer que conseguiu "sara suas feridas" durante o curso, mostrando claramente a função droga do grupo para com ela. Mais uma vez os movimentos transferenciais desenvolvidos durante o grupo apontam para o fato do mesmo ser

terapêutico para cada professora que dele participou.

A professora P6 também mostra que em princípio ela não considerava nenhuma dificuldade emocional, resumindo apenas dificuldades materiais. Chamou a atenção o fato de relatar como dificuldade a falta de acesso à literatura científica sobre as classes hospitalares. Percebe-se em todos os momentos de suas falas a relação que ela faz com a teoria e a cientificidade (*"Falta acesso a uma biblioteca de pesquisas científicas relacionadas à Pedagogia Hospitalar"*; *"Algumas reflexões com suporte teórico das leituras anteriores"*; *"momento histórico: teoria e discussões"*; *"Afetividade e ciência andam juntas"*).

Ao responder sobre os aspectos positivos de sua atuação em classe hospitalar, a professora P6 falou dos educandos e do trabalho pedagógico, mas não vinculou os dois na relação professor-aluno, deixando claro que o ato pedagógico estava dicotomizado das emoções.

O primeiro caso relatado pela professora P6 contradiz sua postura inicial, pois expõe sua imensa dificuldade frente ao sofrimento do paciente que se auto-mutila. A professora fica impactada a ponto de não conseguir trabalhar com a criança. Tal relato mostra seu sofrimento frente à dura realidade do adoecimento de seu aluno, e também aponta para o desconhecimento de suas próprias emoções:

No ano passado chamaram-me a atenção dois educandos a quem eu fazia atendimento educacional individual no Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo.

O primeiro educando, desde o meu primeiro contato com ele, chamou-me a atenção os seus braços cheios de cicatrizes ou machucados. Ele tinha 7 anos, aparência física com traços bonitos. Mas as cicatrizes chamavam atenção. Logo após a aula questionei à professora⁶⁵ sobre as cicatrizes do educando. Ela me contou que sua mãe tinha bebido muito durante a gravidez. Hoje, ele se auto-mutila em momentos de crise. É ansioso, tem dias que ele só quer fazer pinturas, pede tintas e espreme sem limites a tinta sobre o desenho.

Fiquei muito assustada e não tive coragem de vê-lo quando a professora, colega de trabalho, chegou e me contou que o educando estava no grupo de estimulação cognitiva. A psicóloga mandou interná-lo numa clínica psiquiátrica, mas foi liberado para vir ao grupo fazer aulas. Ele estava todo machucado nos braços e no pescoço, ele se auto-mutilou, estava incontrolável, chegou agressivo e não teve como continuar no grupo. Teve que ir embora, retomando à clínica.

Em sua avaliação do primeiro semestre, P6 começa a demonstrar certa reflexão sobre seus sentimentos:

Toda semana, para mim, nesse grupo, é momento de reflexão. Algumas reflexões com suporte teórico das leituras anteriores. Em algumas semanas saio do grupo muito abatida fisicamente

⁶⁵ A professora P6 desenvolvia seu trabalho em dupla com outra professora que já estava naquele hospital há mais tempo.

com meu corpo todo doendo. Tinha uma coincidência: antes do grupo havia visitado o Hospital Araújo Jorge.

Os textos me ajudaram a compreender e a ver a doença relacionada ao emocional. Mas me pergunto até que ponto do adoecer um pai ajuda a construir uma doença junto ao filho podendo levá-lo à morte. "Que poder"⁶⁶.

Ainda não ficou muito nítido para mim até que ponto o que eu vejo no outro não é algo meu, pois durante algumas reflexões foi repassado que vejo no outro o que é um sentimento pessoal.

Após ter relatado um caso me senti reprimida com a forma com que algumas pessoas analisaram. Querendo que eu voltasse ao aluno uma vez que não atendo mais. Como eu fiz tudo o que era possível estava com a minha consciência tranqüila. Penso que caso discutido no grupo não deve ser cobrado pela chefe a retomar. Principalmente se o professor não atende mais o educando.

Penso que estou "crescendo" enquanto participante sujeito desse momento histórico: teoria e discussões. Tem contribuído pessoal e socialmente ver os "casos das classes hospitalares".

Interessante notar que ao sair dos grupos Balint a professora sente-se "doída" podendo ser consequência de contratura muscular que pode representar corporalmente os mecanismos de defesa psicológica frente aos sentimentos vivenciados naqueles momentos. Fica clara, ainda, a confusão para poder identificar o que é da ordem psíquica da professora e o que pertence às outras colegas. Como P6 não identifica claramente o que faz parte de sua vida psíquica, sente-se "reprimida" pelo grupo quando relata um caso. Ainda assim, com tanta dor, considera que está crescendo.

Já ao responder sobre suas dificuldades ao final do curso fala de seus sentimentos de impotência diante da dor de seu educando, denotando que após o aprendizado da teoria Balint passou a reconhecer seus sentimentos.

Ao responder sobre as mudanças em seu cotidiano de trabalho aponta para uma escuta mais atenta e uma melhor compreensão dos fatos, bem como a capacidade de não fazer pré-julgamentos. P6 literalmente percebe que não há cisão entre a ciência e a afetividade, podendo assumir seus sentimentos:

Tenho uma nova maneira de ver e refletir sobre os fatos, situações problemas, déficits na condição pedagógica dos educandos.

Procuro não fazer pré-julgamentos das situações dos educandos. É preciso escutar. Afetividade e ciência andam juntas.

Importante observar que embora a professora P6 tenha tido um desenvolvimento pessoal pequeno e pouco aumento da resiliência, tomou consciência de que precisa se submeter a um processo psicoterápico, o que certamente lhe proporcionará um maior desenvolvimento emocional.

⁶⁶ Grifo da professora.

A análise dos dados da professora P7 mostra que ao responder sobre suas dificuldades não listou a questão da perda ou do luto, mas demonstrou sentir-se bem com a experiência anterior de trabalhar na Associação Pestalozzi, conforme informou na pergunta subsequente. Ao fazer o primeiro relato de um caso aponta para seu efeito droga, embora ainda não conhecesse tal categoria balintiana. Realmente a professora sente-se tranqüila em suas atitudes no atendimento da aluna/paciente. Nota-se a palavra "fim" grifada, ao explicar à sua aluna que tudo na vida tem começo, meio e fim. Daí duas possibilidades se colocam ao analisar sua fala: uma é realmente a tranqüilidade com que P7 se refere ao fim, possibilitando à aluna o reconhecimento da morte como parte integrante da vida. No entanto, tal ênfase na palavra fim ' pode demonstrar certa ansiedade quanto ao luto, à perda ou ao óbito:

Tenho uma aluna-paciente com mielomeningocele, cadeirante; fez 29 anos dia 12/02/07. Quando começou o atendimento educacional hospitalar, comigo, em fevereiro de 2005 era totalmente insegura e demonstrava não se perceber no meio em que vivia.

Logo no início do atendimento percebi tudo isso e por coincidência a escola que ela freqüenta (EJA) pediu que ela fizesse uma atividade chamada "autobiografia". Ela se mostrou desorientada, pois não sabia por onde começar. Comecei a dizer a ela que tudo na vida tem um começo, um meio e um fim. Pensamos juntas e pedi a ela para contar-me tudo de sua infância, adolescência e de sua vida atual. Assim, ela foi falando, falando e, eu disse:

- Coloca no papel; é assim a sua autobiografia.

Atualmente, depois de todo um trabalho de auto-estima e conscientização, ela se promoveu e, também passou a gostar muito do horário de atendimento na pedagogia, chegando até a não querer ir para as sessões de fisioterapia, TO etc. (obs: ela faz as terapias no CRER).

Ela me surpreende muito e tenho guardado (pois ela me deu uma cópia) a sua autobiografia.

Em sua avaliação semestral, P7 mostra claramente seu aprendizado citando com muita propriedade as categorias "professor como droga" e a "oferta" do aprendizado e das ansiedades ao professor. Nota-se em sua avaliação que P7 reconhece a importância da base teórica para melhorar a relação professor-aluno e o processo ensino-aprendizagem:

Quando preenchi o termo de consentimento para participar do grupo, tinha curiosidade e expectativas quanto à teoria e à prática do Balint e, senti que veio ao encontro das necessidades que eu sentia de entender determinados comportamentos, atitudes e acontecimentos na relação professor-aluno e na relação ensino-aprendizagem.

Entendi que a prática pedagógica, ou seja, a prática e atitudes do professor servem como Droga aos alunos assim como o médico serve como Droga a seus pacientes.

É interessante como os alunos oferecem (oferta) as suas dificuldades, as suas ansiedades ao ensinante (professor).

Tenho ainda grandes expectativas que, tenho certeza, até o final do curso estarei com maior segurança da minha práxis.⁶⁷

⁶⁷ Grifos da professora.

Ao responder o segundo questionário P7 continua não citando a perda ou o luto como dificuldade, mas aponta para outras questões práticas como a falta de ambiente propício para seu trabalho. Chama a atenção em sua resposta quanto às mudanças em seu cotidiano na classe hospitalar, o fato de ter melhorado a escuta pedagógica e ter percebido seu efeito droga. Levando em consideração seu primeiro relato de caso, percebe-se que já conseguia ter o efeito droga, mas após conhecer a categoria sente-se mais autorizada a desenvolvê-lo. Importante notar que tal efeito droga passa agora a se estender até em sua vida particular, pois refere estar percebendo à sua volta pessoas organizando doenças e pode ajudá-las a desorganizarem tais situações:

Pude ver como as pessoas à minha volta organizam suas doenças e em alguns momentos pude ajudá-los a desorganizarem um pouco de tudo isso.

Valeu muito para o meu lado pessoal, teve um crescimento considerável para refletir sobre meus atos.

Mostra não só a apreensão dos conteúdos teóricos, mas também a capacidade de pôr em prática o que aprendeu, modificando o meio em que vive (práxis). Ainda analisando sua resposta sobre a influência do curso sobre sua vida pessoal, P7 mostra que está mais reflexiva sobre sua própria prática. P7 aponta para o fato da aquisição do novo conhecimento ter ajudado em seu trabalho na Associação Pestalozzi, visto que as situações - trabalhar no CRER e no Pestalozzi - são semelhantes. Ao listar os pontos positivos do curso "Balint na Sala de Aula", P7 diz claramente da importância deste conhecimento para melhorar a relação professor-aluno e o processo de ensino-aprendizagem:

Pontos positivos: conhecimento e análise da Teoria Balint. Reconhecer melhor e "ampliar a forma de relacionamento professor-aluno e ensino-aprendizagem. Pontos negativos: tempo curto, poderia ser por mais tempo. Sugestão: curso de especialização em Pedagogia Hospitalar. Foi muito interessante participar, colaborar e aprender durante esta tese de Doutorado da Dra. Rita Francis. A oportunidade veio ao encontro de todas as minhas expectativas.

Em suas considerações finais mostra-se satisfeita por ter colaborado no desenvolvimento da tese o que mostra a clareza ética da pesquisa, em que as professoras se percebem como elementos importantes na pesquisa-ação. Em toda a sua avaliação nos vários instrumentos respondidos, P7 grifa as palavras "droga" e "escutar", mostrando o quanto o aprendizado balintiano foi importante em relação a tais quesitos.

A análise dos dados da professora P8 aponta para a dificuldade de seu enfrentamento

da perda e do luto. Também, ao responder sobre suas dificuldades, fica claro seu sofrimento em relação às crianças doentes, inclusive mobilizando-a no momento que percebe que a criança não está preocupada em estudar, mas sim em melhorar e ter alta. Ao responder a segunda pergunta sobre os aspectos positivos, refere-se a sua alegria quando consegue ajudar as crianças, levando-os a estudar. Nesta resposta já se pode perceber o efeito droga que perpassa sua frase, no entanto ainda desconhecido pela professora. Tal efeito fica evidente no primeiro relato de caso:

Vários momentos de escuta com meus educandos surgiram em minha lembrança. Porém, talvez por estar fresquinho, por ter ocorrido justamente hoje, prefiro eleger o meu encontro com a educanda V., de dezesseis anos, que faz tratamento de leucemia há um ano e meio. V saindo de uma consulta, vendo-me no corredor, diz:

- Professora, preciso falar contigo.

E lá no espaço pedagógico, com a internação efetuada, ela diz:

- Estou morando com os pais de um amigo que conheci aqui no hospital e que também tem leucemia. Eu quero estudar, pois vou sarar um dia, mas não consigo fazer a minha matrícula!

Então, resolvi fazer sua ficha perfil que possibilita uma escuta pedagógica, psicológica e social. V. é órfã de pai e quando adoeceu era babá na casa onde morava. Sua mãe, localizada pela assistente social, veio cuidar dela no hospital, mas apenas para pegar, para si, o seu benefício. Pretendo, agora, conseguir uma escola para ela, pois descobri que esta família com a qual ela está vivendo, mora no mesmo setor que eu.

Em 2004, quando V. foi internada no segundo semestre, não quis participar das aulas e nem receber acompanhamento pedagógico. Era uma educanda que eu não conseguia acessar. Em 2005, manteve-se de alta, fazendo apenas a quimioterapia em ambulatório. Este ano, que beleza! Vou fazer tudo por ela...

Neste caso, o efeito droga é o destaque da cena, mas a professora ainda não sabe a dimensão do que fez. Nota-se sua preocupação com a situação social da paciente, o que provavelmente a faz sofrer, pois em sua resposta às dificuldades, se coloca como alguém muito sensível à dor dos outros.

Em sua avaliação semestral aponta para as mudanças pessoais que teve após o aprendizado balintiano. Deixou de ser tão exigente consigo mesma e se permite, agora, errar um pouco mais. Esta mudança aumenta sua capacidade de suportar os fatores estressores (seus erros, as dificuldades relacionadas às exigências pessoais etc.) e, portanto, aumenta sua resiliência. Também se refere à melhora na escuta, não só pedagógica, mas de uma maneira geral. Diz ter desconstruído e construído coisas dentro de si o que significa uma maior reflexão sobre seus atos.

Ao listar as dificuldades ainda percebidas no desempenho de suas funções, não se refere mais à perda e ao luto. Aponta para uma melhora em relação à sua dificuldade frente às perdas, seja por óbito ou mesmo por outras causas. Aprendeu a separar o que é da ordem pessoal e o que é da ordem do trabalho, da função de professora. Embora ainda cite a questão relacional

dentro da equipe como uma dificuldade sua, aponta para uma melhor escuta e compreensão das colegas. Tal fato se deve ao aumento de sua resiliência e conseqüentemente melhores condições de trabalho multidisciplinar.

Sua resiliência em relação aos familiares é demonstrada pela maior capacidade de tolerância e amorosidade. Percebe agora o que é da ordem de seu inconsciente e o que é do outro, assim cuidar de si mesma sem prejudicar a família.

Em suas respostas finais nota-se o quanto o curso permitiu a P8 uma mudança de personalidade tornando-a mais amadurecida, amorosa e capaz de conviver em equipe de forma menos exigente e mais tolerante. Ela percebe claramente tal mudança a ponto de dizer que o curso foi a melhor coisa que lhe aconteceu no ano de 2006. Seu agradecimento provém do fato de poder ver com clareza a importante mudança pessoal que teve.

Ao analisarem-se os dados da professora P9 percebe-se que ao responder a primeira pergunta relacionada às suas dificuldades, não citou a perda e o luto como questões que lhe causassem conflitos. Ao contrário citou questões eminentemente pedagógicas. Ao responder sobre os aspectos positivos dá ênfase à relação professor-aluno e ao vínculo afetivo que consegue estabelecer em sua prática de professora de classe hospitalar. O mesmo ocorre ao descrever o primeiro caso sobre seu atendimento a um educando hospitalizado. Fala de forma lírica, citando o livro *O Pequeno Príncipe* de Exupéry. Dá ênfase, novamente, à relação professor-aluno e ao vínculo afetivo, trazendo como símbolo a palavra "cativar". Até este momento sua fala não denota nenhuma angústia em relação ao seu papel de professora dentro do cenário hospitalar:

Quando a professora Rita nos pediu que relatasse sobre um aluno, quem primeiro me veio à cabeça foi uma garotinha com quem estou convivendo, diagnosticada com dengue hemorrágico. Como eu posso fazer o relato? Fácil. É só lembrar do livro "O Pequeno Príncipe" (Saint Exupéry) no trecho do encontro do príncipezinho e a raposa. Criar laços, cativar. Ela é um encanto! São apenas três dias de convívio, mas criamos uma afetividade incrível. É tanto que ela pede à avó que a acorde no momento em que eu chegar à enfermaria. Acho que a chave mestra está aí: cativar!

No entanto, ao escrever sua avaliação semestral chama a atenção para o fato das trocas, escutas e reflexões desenvolvidas durante os grupos Balint:

Ao iniciar o grupo de "Balint" não tinha idéia de como seria... E, no decorrer do semestre percebo o quanto houve aprendizado.

Foram meses de muita troca, de escuta, de reflexão, tanto para o meu trabalho, como também para a minha vida pessoal.

Foi grandioso para eu poder dividir as minhas aflições (mais ouvindo do que falando) enfrentadas no dia-a-dia no hospital e no ambiente familiar.

Agradeço a oportunidade de fazer parte desse grupo e espero poder colaborar no próximo semestre.

Sua frase: *"foi grandioso para eu poder dividir as minhas aflições"* denota que, embora tenha apresentado certa tranquilidade em suas primeiras respostas, na verdade existiam aflições não verbalizadas concretamente que puderam, de certa forma, ser trabalhadas no grupo Balint. Levando em consideração que o material discutido nos grupos evidenciava questões existenciais principalmente relacionadas ao fato da perda e do luto, chama a atenção esta frase de P9. No entanto, a professora não verbaliza concretamente suas angústias e aflições.

Ainda em sua avaliação semestral deixa claro sua percepção de que está ajudando, colaborando em uma pesquisa e se sente bem em estar desempenhando tal papel, o que mais uma vez demonstra o método de pesquisa-ação (em outras condições metodológicas os sujeitos se vêm na condição de "cobaia" sobre o qual incide uma intervenção).

Ao responder o segundo questionário sobre as dificuldades ainda apresentadas, surgem os primeiros indícios de suas reais dificuldades: a relação com os outros profissionais (equipe multiprofissional) e seu enfrentamento da dor do paciente, aqui grifada com aspas pela professora:

Superei algumas dificuldades, mas ainda sinto dificuldade em estabelecer uma comunicação (aproximação) com alguns profissionais da saúde (médicos e enfermeiros). Talvez precisasse haver uma relação um pouco mais próxima na rotina.

A "dor"⁶⁸ do paciente muitas vezes no momento da atividade também é outra dificuldade encontrada, onde o trabalho necessita de interrupção.

A vivência de grupo Balint não só lhe permitiu refletir sobre estas questões, podendo melhorá-las um pouco conforme afirma em sua resposta, mas, sobretudo, permite-lhe agora poder falar sobre essas aflições. Poder nomear aquilo que lhe angustia, poder tirar as defesas usadas (inclusive a fantasia lírica dos casos atendidos), poder conhecer as suas reais aflições lhe dá condições para tomar posse do que é da ordem de seu inconsciente e poder assim, trabalhar tais questões existenciais.

A percepção de P9 sobre tais questões fica evidente quando diz que o curso foi valioso escrito em letras de forma em caixa alta. Este grifo dá a dimensão do quão importante foi esse curso para sua mudança de personalidade conforme enfoca Balint, o que fica mais claro quando diz que: *"aprendi a escutar mais e tentar perceber mais quem está perto"*. Nesta afirmativa dá ênfase na melhora da escuta não só pedagógica, mas como um todo em seu

⁶⁸ Grifo da professora.

cotidiano.

Embora avalie como ponto negativo o fato de não ter tido muito tempo para as leituras teóricas, percebe as mudanças que teve e enfatiza o trabalho de grupo e a relação teoria-prática no curso.

A análise dos dados de P10 inicia-se com sua referência a duas dificuldades que chamam a atenção: a dificuldade de enfrentamento de perdas e a dificuldade em relação à equipe multiprofissional. A perda e o óbito enquanto dificuldade importante da professora P10 fica evidente no caso escolhido como primeiro relato (caso transcrito anteriormente). Inclusive a ênfase que ela dá à data - 11 de setembro - marcada no imaginário ocidental pela explosão das Torres Gêmeas dos Estados Unidos, mostra a representação social construída a partir da globalização das tragédias humanas. A relação da catástrofe mundial com o óbito do paciente (que por acaso não falava português) aponta a dimensão da dor da professora.

A percepção de seu efeito droga, embora não soubesse na época desta categoria, se coloca em sua resposta aos aspectos positivos de seu trabalho enquanto professora de classe hospitalar: *"um dos pontos positivos é a elevação da auto-estima dos educandos/pacientes com os quais trabalhamos"*.

Sua avaliação semestral do curso foi positiva e, ao final, deixa claro o quanto os novos conhecimentos podem ajudá-la a ver os obstáculos sob outra ótica:

Para mim este trabalho desenvolvido no decorrer desse semestre foi muito rico e que se possível, deveria ter uma continuidade.

Veio ao encontro àquilo que eu sempre desejei para a minha vida de profissional e ser humano. Com certeza veio acrescentar e, acrescentar muito.

Partindo do conhecimento que estamos adquirindo aqui, com certeza vamos enfrentar os nossos obstáculos sob outra ótica.

Subentende-se que suas dificuldades - o enfrentamento das perdas e as relações com os outros profissionais da equipe - possam ser analisados sob outra perspectiva, apontando não só para a possibilidade de reflexão, mas também para o aumento de sua resiliência.

P10 reforça o fato de sua maior resiliência quando avalia ao responder o segundo questionário que ainda tem dificuldades em relação à morte, mas sente-se mais tranqüila e serena, elaborando melhor suas emoções. A percepção dessa capacidade de elaboração de suas emoções é tão enfática, que retoma a questão quando responde sobre suas mudanças pessoais e familiares. Segundo P10 sua mudança é clara e visível. Conforme diz Balint, houve uma mudança de

personalidade da professora após participar dos grupos.

Os dados da professora P11 apontam para sua dificuldade estar em não ter um local adequado para trabalhar e também na relação com a equipe multiprofissional que não reconhece seu trabalho. Lista seu dinamismo como um dos fatores gratificantes de seu trabalho e não se refere às perdas ou à morte. No entanto, ao fazer o primeiro relato de caso, traz uma experiência de muita dor e de perda: perda do viver de um adolescente que sempre se viu às voltas com a dor e o sofrimento, deixando de brincar e de viver como outros garotos de sua idade. O fato de ter relatado tal caso demonstra o quanto esse tipo de vivência lhe angustia e a faz sofrer:

Falando sobre algo que me chamou à atenção e me tocou muito, foi quando uma criança em aula de matemática, ao falarmos de valores monetários, e para incluir o português, pedimos que eles ao receberem uma certa quantia em dinheiro, relatassem o que eles mais desejariam naquele momento e todos começaram a escrever que iriam comprar brinquedos, bicicletas, a casa para morar, etc. Mas, teve um que começou a chorar e disse que queria comprar uma vaga na fila para ganhar um rim, pois tinha 12 anos e boa parte de sua vida não tinha sido vivida como todos os seus amigos e irmãos; a maioria de seu tempo tinha sido vivida dentro de um hospital.

Fiquei comovida, pois via o sofrimento da mãe que aprendeu a fumar no hospital, tinha deixado marido e três outros filhos no Mato Grosso para conseguir uma salvação para o filho. E, da criança que no lugar de viver e brincar se preocupava com todos e com ele mesmo.

Em sua avaliação semestral, ainda que demonstre certa confusão de conceitos como a "função apostólica", P11 aponta para o fato de poder refletir mais sobre sua prática e sua vida quando diz: "*aprendi muito: a ouvir, calar, sentir e viver experiências que ainda não havia vivido*". Ainda nessa sua fala percebe-se o aprendizado da escuta (ouvir, calar). Mais à frente, em sua avaliação dá ênfase à descoberta de seu efeito droga, o que lhe satisfaz como profissional. Deixa claro ainda a ampliação de sua percepção de mundo e como o aprendizado passa a fazer parte de seu viver:

Durante este semestre que se encerra foi possível observar o quanto fomos agraciadas com este grupo, pois aprendi muito: a ouvir, calar, sentir e viver experiências que ainda não havia vivido. Pude observar também o quanto veio enriquecer a minha vida pessoal e principalmente profissional. Contudo, a cada dia que lia os textos e/ou ouvia os casos carregava comigo um pouco do que era especial para mim. Ao sair hoje, sei que muitas vezes sou uma "droga" como professora, conselheira e muitas vezes apóstola das minhas crenças.

Sei que estou cada dia ampliando meu mundo e que nele está sendo inserido aos poucos o "despir"⁶⁹ balintiano.

Ao responder sobre suas dificuldades ainda presentes, cita o fato da comunicação com a escola de origem do educando/paciente. Em sua avaliação o curso lhe possibilitou ver seu

⁶⁹ Grifos da professora.

aluno/paciente como um todo e não por partes (doença, aprendizado etc.). É clara em apontar a mudança pessoal e cita repetidamente o ato de escutar (ouvir, calar, escutar), o que parece ter sido o ponto central de sua transformação.

Ao final aponta novamente a escuta como o foco principal, inclusive sendo a palavra grifada. Também sua ampliação na percepção de mundo ganha destaque em sua avaliação: *melhorei minha auto-estima; compreendo melhor os outros; estou deixando de impor, perante os outros, as minhas decisões; estou aprendendo a “escutar.”*⁷⁰

A análise dos dados da professora P12 mostra, em suas dificuldades, não só o enfrentamento da perda e da morte, mas, sobretudo, seu desamparo (falta de apoio psicológico, trabalhar sozinha). Também evidencia a dificuldade em inserir-se na equipe multiprofissional. Dentre os fatores positivos lista sua capacidade de reflexão sobre suas dificuldades e seu efeito droga do qual não tinha ainda conhecimento.

Seu primeiro relato de caso é um exemplo contundente de seu efeito droga, inclusive levando a paciente à melhora física:

E. é uma educanda da 5ª série com mais ou menos 22 anos, procedente da região nordeste, com uma doença que ainda não foi diagnosticada, aguardando para realizar exames. Devido à impossibilidade de movimentar-se a mesma foi atendida na própria enfermaria onde realizamos a leitura de um livro da literatura infantil. Durante a semana continuamos com as aulas e convidamos o esposo, que havia parado de estudar ainda na 4ª série, a assistir a nossas aulas na ala A. Em nossa sala o esposo fez alguns progressos, aprendendo, inclusive a escrever bilhetes e posteriormente a utilizar os recursos da informática em nossos computadores. Ao receber um bilhete escrito pelo marido, E. ficou tão emocionada que chorou... E nós também. De alguma forma ela começou a movimentar as pernas (ainda sem diagnóstico!) e a manifestar interesse em ir até a sala de aula.

Depois de algum tempo, lá estavam os dois (ela na cadeira de rodas) em frente aos computadores, descobrindo o mundo... E felizes.

Após mais ou menos 30 dias tiveram alta para prosseguirem o tratamento em Redenção/Pará. Antes da partida, escreveram bilhetes de agradecimento para as professoras. Quando chegaram em casa, telefonaram para agradecer e apresentar as crianças. Depois não houve mais contatos e eu ainda não consigo ligar para não ter que ouvir uma má notícia. Prefiro acreditar que estão bem; mas sinto saudades.

Conseguiu melhorar as condições do marido da paciente e da relação entre ambos, envolvendo até mesmo os filhos que estavam longe. Embora não tivesse conhecimento na época da categoria "profissional como droga" de Balint, P12 já sabia dosar perfeitamente seu efeito medicamentoso. No entanto sua dificuldade de enfrentamento da perda fica evidente em sua frase final: *“depois não houve mais contatos e eu ainda não consigo ligar para não ter que ouvir uma*

⁷⁰ Grifo da professora

má notícia. Prefiro acreditar que estão bem; mas sinto saudades.”

Em sua avaliação semestral, P12 demonstra satisfação por sentir-se acolhida:

As reuniões permitiram refletir sobre a prática pedagógica e o estudo de casos facilitou o entendimento de atitudes tomadas em algumas situações que traziam ansiedade e dúvidas. Estou muito feliz e satisfeita com o aprendizado. Só tenho a agradecer a oportunidade que tive de participar pois está contribuindo bastante para melhorar não só o meu trabalho, mas também o relacionamento com as pessoas. Veremo-nos novamente em agosto, se Deus quiser. Boas férias para a senhora e um grande abraço.

Sua capacidade de construir vínculos afetivos importantes (efeito droga) a deixava com dúvidas e ansiedade, pois se sentia como se não estivesse desenvolvendo o ato pedagógico. Após o primeiro semestre do curso pode reconhecer que estava agindo corretamente e por isso não mais se sentiu desamparada em seu trabalho. O agradecimento que faz é resposta ao acolhimento sentido no grupo, e a forma carinhosa como se refere a mim é uma demonstração dos movimentos transferenciais ocorridos durante os grupos e que serve como instrumento de desenvolvimento para P12. A possibilidade de construir um vínculo afetivo comigo e com as colegas durante o curso, dá-lhe a certeza de que pode fazer o mesmo com seus alunos desenvolvendo plenamente o ato pedagógico. Assim, um novo registro é apresentado à professora deixando-a mais tranqüila no desempenho de sua função. Tal fato fica claro ao analisar sua resposta às mudanças em seu cotidiano. Na realidade percebe que a mudança ocorrida foi a compreensão de que sempre fez o que deveria, criando vínculos afetivos com seus alunos. Essa percepção ocorreu também na reflexão de sua prática na rede regular de ensino.

Percebe ainda uma mudança nas relações familiares e na sua vida pessoal, chamando a atenção para o reconhecimento dos mecanismos de defesa: *melhorou a percepção com relação às pessoas e aos assuntos cotidianos, bem como a observação e análise dos meus procedimentos quanto aos mecanismos de defesa.*

Em sua análise final aponta para a segurança que adquiriu após o curso, inclusive grifando as palavras:

*São vários os pontos positivos, inclusive os que já foram citados anteriormente, mas acho que um dos mais importantes é a segurança que nos proporcionou para exercer o trabalho, o que contribuiu bastante para diminuir a nossa ansiedade.*⁷¹

Fica evidente que sua dificuldade apontada no início, o seu desamparo foi trabalhado

⁷¹ Grifos da professora.

nos vários grupos em que participou. Percebe-se, pois a mudança de personalidade descrita por Balint.

Por fim, a análise dos relatos de P13 aponta inicialmente para dificuldades pedagógicas e gratificações ligadas ao projeto em si mesmo. P13 não cita nenhuma dificuldade com perdas, no entanto seu relato sucinto de caso demonstra o contrário: um grande sofrimento em relação ao educando que assistiu à aula já na fase final de sua doença. A hemorragia citada dá uma dramaticidade ao fato que sugere uma angústia muito grande por parte da professora. Também a forma sucinta de descrição sugere um mecanismo de defesa diante da intensa dor existencial:

*Pediatria do Hospital Araújo Jorge
1999*

Levarei comigo a lembrança da última aula que dei ao educando (paciente terminal com leucemia). A sua última vontade foi participar da aula (que foi respeitada por todos). Nem a hemorragia o impediu de estar ali e participar das atividades.

Em sua avaliação semestral chama a atenção para o desenvolvimento de vínculos afetivos quando diz estar conhecendo melhor as colegas. Aponta também para a melhora da escuta e a reflexão sobre a prática pedagógica. Interessante notar que sua resposta traz nas entrelinhas uma mudança em relação ao trabalho de equipe (ela e as colegas do Projeto Hoje):

Estar no grupo tem sido muito bom, os encontros têm me enriquecido bastante. Estou aprendendo a escutar mais os outros, respeitando o tempo de cada um. A cada encontro questiono mais a minha prática pedagógica buscando melhorá-la. Gosto muito quando fazemos GVIGO (estudo de casos), pois conheço mais cada colega, suas emoções, angústias e expectativas. Já o dia que fazemos estudo de textos, penso que poderia ser mais rico se o grupo participasse mais. Foi um semestre muito rico. Obrigada!

Ao listar as dificuldades ainda presentes no seu trabalho, cita a otimização de sua agenda no sentido de poder estar com as colegas no desenvolvimento de suas funções. O grupo colaborou para uma ressignificação das relações da professora P13 com suas colegas do Projeto Hoje.

Tanto no cotidiano de seu trabalho como professora quanto em sua vida familiar e pessoal, P13 demonstra uma ampliação de sua resiliência com uma maior tolerância e uma escuta mais atenciosa. No final de sua avaliação retoma um tema sobre o qual já se posicionara: o curso teria sido melhor se houvesse maior participação e se o grupo fosse menor.

Assim, na análise de cada professora, pode-se perceber a compreensão da identidade profissional com a melhora da auto-estima, a reflexão sobre suas ações, a compreensão de

transferência feita pelos alunos e da contratransferência feita por cada uma, uma percepção ampliada do ato pedagógico compreendendo as emoções como fator intrínseco dele, e uma melhora e refinamento da escuta pedagógica.

É interessante notar ainda que muitas professoras trouxeram em suas falas a compreensão da contratransferência ocorrida em meio ao grupo. Sentiram-se acolhidas, compreendidas e aceitas durante as discussões de casos. Este fato ratifica o que já foi levantado em capítulos anteriores apontando para o fato de o grupo ser terapêutico, mesmo não configurando uma terapia de grupo.

Desta forma, pode-se concluir que o curso sobre a teoria balintiana, bem como a experiência vivida nos grupos Balint, propiciaram uma mudança na personalidade de cada professora, levando a um desenvolvimento pessoal que foi maior ou menor em decorrência de questões psíquicas de cada uma, em geral propiciando uma melhora da resiliência e da relação professora-aluno.

CONCLUSÃO

“... nós vamos estar na sua defesa, pode ter certeza!” Ao que uma acrescentou: “e vou dizer o quanto foi bom para nós; o quanto mudamos!” Todas riram e conversaram, causando um pequeno tumulto. (...) Passei então para a avaliação da aula. Várias professoras falaram sobre o texto estudado – como ele fechava adequadamente esta unidade que havíamos estudado. Repetiram o quanto o curso as tem ajudado no cotidiano da classe hospitalar. Algumas, em particular, citaram o quanto já mudaram em casa e em relação à família. (notas sobre a aula do dia 22/08/07)

CONCLUSÃO

A Classe Hospitalar, conforme foi discutido anteriormente, coloca o professor frente a quebras de paradigmas importantes. Profissionais acostumados a trabalharem em um contexto de vida, buscando sempre instrumentalizar seus alunos para o futuro, no sentido de serem atores de uma consistente mudança social, os professores colocados dentro de um hospital frente ao educando adoecido, passam a se confrontar com a dor, o sofrimento e a morte. Tal mudança de cenário é um fator de possível desestruturação e adoecimento dos professores visto que a Síndrome de Burnout tem sido descrita como uma constante nos demais profissionais que trabalham em ambiente hospitalar.

Codo (2006) enfatiza o fato da Síndrome de Burnout ser mais freqüente em profissionais do "cuidado" (enfermeiros, médicos, professores e outros) ratificando as demais pesquisas sobre a questão. Segundo o autor:

O cuidado, por definição, é uma relação entre dois seres humanos cuja ação de um resulta no bem-estar de outro. Podemos chamar esta ação de trabalho por que é uma relação de dupla transformação entre homem (no sentido de ser humano que cuida) e objeto (no sentido do externo ao homem; o outro que recebe o cuidado). Na medida em que cuida de outrem, o cuidador se transforma, na mesma medida em que transfere para o outro parte de si e vê neste o seu trabalho realizado. (CODO, 2006, p.53)

No entanto, enfatiza Codo (2006), embora as relações de cuidado permitam que afetos transitem entre o cuidador e a pessoa cuidada, em especial com professoras, o ciclo do cuidado pode não se fechar, pois que fatores externos podem romper o trânsito afetivo construído, o que em última análise, promove intenso sofrimento ao trabalhador do cuidado.

Que seja um professor: se entenece pelo esforço honesto de um aluno carente, dedica a ele o melhor das suas intenções, de repente a família o tira da escola, é preciso trabalhar, ajudar nas despesas da escola, o mestre chama os pais, tenta argumentar, encontrar alguma forma... mas quem pode contra argumentos tão duramente reais... (...) O trabalhador engloba, assim, esta tensão entre a

objetividade do mundo real e a subjetividade do indivíduo que o realiza. (...) Inserido numa atividade onde o cuidado é inerente, o trabalhador precisa estabelecer relações, criar vínculo afetivo com os alunos, por exemplo. Acontece que, por ser uma atividade mediada, este circuito afetivo nunca se fecha: o indivíduo investe no objeto sua energia afetiva, mas esta, ao invés de retomar integralmente para o seu ponto de partida, dissipa-se frente os fatores mediadores da relação. (CODO, 2006, p.52-55)

Buscando pensar esta relação professor (trabalhador do cuidado) e aluno (objeto cuidado pelo professor) na realidade da classe hospitalar, observam-se como fatores externos de tensão e mediação tanto o agravamento do paciente, quanto a morte e mesmo a alta hospitalar. Todos eles, fatores que promovem a quebra das relações afetivas e impedem que a energia investida pela professora possa retomar ao seu ponto de partida. Pensando através desta lógica, compreende-se o intenso sofrimento psíquico gerado pelos vínculos afetivos construídos na relação professor-aluno/paciente.

Diante desta dor, sem espaço para trabalhar tais questões pessoais, resta à professora construir mecanismos de defesa para sua proteção psíquica. Lançar mão de mecanismos de defesa é absolutamente necessário em ambiente hospitalar, o problema é desenvolver mecanismos adequados que possam não só proteger a professora em questão, mas, sobretudo permitir a construção de laços afetivos pertinentes a uma boa relação profissional, seja com seus alunos, seja com seus pares na equipe multiprofissional.

O desenvolvimento destes mecanismos de defesa passa por um fortalecimento do ego o que acaba por levar a uma maior resiliência em relação aos fatores estressores.

Conforme Codo (2006), no caso do trabalho docente, a relação afetiva é obrigatória. Soma-se a este fato a questão de gênero que apareceu nesta pesquisa onde todas as professoras de classe hospitalar são do gênero feminino.

O fato das mulheres terem sido educadas durante séculos no sentido de dar expressão à sua afetividade não significa que a profissionalização das atividades por elas antes realizadas tenha ocorrido de forma direta, sem que houvesse necessidade de adaptação. Pelo contrário, o movimento de profissionalizar uma atividade vista como inerente à pessoa, sendo executada de forma mediada, pode gerar conflito de difícil saída para quem a realiza. Isso por que a lógica do mercado de trabalho não é, e não tem que ser a lógica do cuidado. (CODO, 2006,p.53)

Diante de toda esta situação bem desenhada por Codo fica clara a dificuldade das professoras de classe hospitalar em permitir que seus afetos transitem pelo espaço da relação

professor-aluno, tendo diante de si a dor, o sofrimento, a morte ou mesmo a separação diante da alta hospitalar.

A pesquisa que aqui se finda aponta para a necessidade de um espaço próprio para poder-se refletir sobre tais sentimentos - dor, tristeza, impotência diante da realidade, luto, perda, e tantos outros. Este espaço precisa ser inscrito em um momento terapêutico, embasado em uma teoria que dê conta dos processos transferenciais e, que promova um fortalecimento egóico no sentido de permitir o desenvolvimento de mecanismos de defesa adequados e protetores sem, contudo, anular ou reprimir os afetos tão necessários às relações interpessoais.

O objetivo desta pesquisa era exatamente analisar se o grupo Balint poderia ser este espaço terapêutico necessário e, que era solicitado pelas professoras em questão. Procurou-se analisar as mudanças ocorridas com as professoras no sentido não só de qualificar o grupo Balint como momento de reflexão para um desenvolvimento egóico adequado, mas também buscar perceber se a aquisição da teoria Balint poderia ampliar os conhecimentos das professoras dando um suporte teórico para o desenvolvimento de mecanismos de defesa mais adequados e com isso promover uma maior resiliência nas profissionais.

Ao analisarem-se os dados do capítulo anterior, percebe-se que após o curso de capacitação "Balint em sala de aula" as professoras apresentaram:

- (a). Aumento de resiliência
- (b). Refinamento da escuta pedagógica
- (c). Percepção dos mecanismos de defesa usados por elas
- (d). Compreensão do processo de adoecimento como algo biopsicossocial
- (e). Compreensão dos seus limites e possibilidades (efeito droga)
- (f). Maior discernimento de seus sentimentos e afetos (vida psíquica)

Este desenvolvimento emocional ocorrido e, de certa forma, qualificado pelos dados acima, são o que Balint chama de mudança de personalidade, que no entendimento psicanalítico passa pelo fortalecimento do ego. Com isso percebeu-se uma maior satisfação das professoras no trabalho com um menor adoecimento (algumas disseram literalmente da melhora de sintomas orgânicos), demonstrando melhor enfrentamento dos fatores estressores e menor expressão da Síndrome de Burnout.

Embora não tenha sido um dado analisado nesta pesquisa, soube-se posteriormente, através da própria coordenadora do “Projeto Hoje” que, durante o ano de 2007 as referidas professoras tiraram menos licenças para tratamento de saúde do que no ano de 2006. A questão das licenças para tratamento de saúde embora sejam de suma importância não estava dentre os objetivos propostos para esta pesquisa. No entanto é um dado relevante que pode ser analisado em outro estudo que queira se debruçar sobre a Síndrome de Burnout nesta categoria profissional. Chama a atenção, ainda que não tenha sido um dado sistematizado na pesquisa, o fato de menor adoecimento das professoras a partir da aquisição da teoria Balint e da possibilidade de participação em grupos Balint.

Retomando a espiral existencial de Barbier (2004), pode-se concluir que o "objeto efetuado" apresentou:

(a). Novo tratamento dos dados encontrados: a cada dia novas questões se levantavam nos grupos Balint, sendo abordadas e trabalhadas de acordo com a teoria balintiana;

(b). Atribuição de sentido pelo pesquisador coletivo: na análise dos dados de cada professora fica clara a possibilidade de significação de seus atendimentos pedagógicos, trazendo a cada uma delas a especificidade de cada momento com seus educandos. Também é considerado atribuição de sentido, o reconhecimento da identidade profissional, que foi percebido no grupo de professoras.

(c). Confirmação dos resultados junto ao grupo pesquisado: as professoras confirmaram a mudança ocorrida em cada uma delas, não só ao responderem o segundo questionário, mas verbalmente, no encerramento do curso. Este fato ficou claro para todas as participantes da pesquisa-ação, inclusive as que não faziam parte do grupo analisado (13 professoras);

(d). E, por fim, aqui se inscreve a parte final com a escrita do relatório que se faz tese. Conclui-se, pois que a teoria e os grupos Balint são possibilidades de capacitação de professoras de classe hospitalar porque possibilitam um desenvolvimento pessoal levando a melhores condições de enfrentamento da dor, do sofrimento e do luto.

Pensando-se na realidade das escolas públicas de ensino fundamental e médio onde professores cotidianamente se confrontam com a violência, o sofrimento, a miséria, as drogas e tantos outros problemas da modernidade, os grupos Balint podem se configurar como espaços possíveis de acolhimento dos professores e compreensão de cada aluno, oferecendo uma

alternativa para a relação professor-aluno no cenário atual.

Pensar em capacitação de professores na teoria Balint e desenvolvimento de grupos Balint em hospitais e/ou escolas levanta uma nova questão a ser problematizada: a formação de líderes de grupos Balint.

Sabe-se hoje que a formação de líderes de grupo Balint em toda a Europa se faz através da aquisição da teoria (leitura e participação em "Balint Trainings") e aquisição da prática através da participação por alguns anos em grupos Balint regulares. Já nos Estados Unidos, procura-se desenvolver cursos teórico-práticos de curta duração onde o enfoque é dado para capacitação de líderes. No Brasil, desconhece-se um projeto de formação em teoria e grupos Balint. Esta autora participou de grupos com psicanalistas durante 2 anos e estudou de forma autodidata a teoria balintiana, tendo posteriormente participado de um "Balint Training" na Universidade de Oxford (Inglaterra) com os ex-alunos do próprio Balint. Posteriormente a autora foi avaliada, desenvolvendo um grupo Balint, por um membro da International Balint Federation.

Desta forma, é proposta da autora, organizar um curso de especialização em Balint através da Universidade Católica de Goiás, onde é Professora Assistente no curso de medicina. Assim, pode-se pensar em uma multiplicação de grupos Balint favorecendo não só as professoras de classe hospitalar, mas, também, outros professores das escolas da rede regular de ensino.

REFERÊNCIAS

ADDISON, Richard B. An antidote to Physician Burnout: the Balint group as a hermeneutic clearing for the possibility of finding meaning in medicine. In SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998**. London, UK: Limited Edition Press/The Balint Society, 1999, 218p p:191-199.

ALMEIDA, Ana Rita S. **A Emoção na Sala de Aula**. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2001, 112p.

ALMEIDA, Dulce B. **Do especial ao inclusivo, um estudo da proposta de inclusão escolar da rede estadual de Goiás, no município de Goiânia**. Tese (Doutorado) Universidade de Campinas/SP. Faculdade de Educação. Campinas/SP, 2003, 204 f.

ALMEIDA, Wilson C. **Defesas do Ego: leitura didática de seus mecanismos**. 2ª ed. S.Paulo: Agora, 1996, 102 p.

AMARAL, Daniela P. & SILVA, Maria Terezinha P. **Formação e Prática Pedagógica em Classes Hospitalares: Respeitando a Cidadania de Crianças e Jovens Enfermos**. p. 1-6. Capturado: <http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/daniela.htm> em 08/01/05.

ANDRÉ, Marli et al. Estado da Arte da Formação de Professores no Brasil. **Educação e Sociedade** n.68 (número especial) Campinas, SP, CEDES, dezembro de 1999.

BALINT, Michael. **O Médico, seu Paciente e a Doença**. 2ª ed. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2005. 291 p.

BALINT-EDMONDS, Enid. The History of Training and Research in Balint-Groups. **Journal of Balint Society**. Vol. 12:3-7,1984.

BARBIER, René. **A Pesquisa-ação**. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2004. 159 p. (Série Pesquisa em Educação, vol.3).

BARBOSA, Genário A. et al. **A Saúde dos Médicos no Brasil**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2007. 220p.

BARROS, Alessandra S. A Prática Pedagógica em uma Enfermaria Pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado. Espaço Aberto. **Revista Brasileira de Educação**. Nº 12 p:84-93, set./out./nov./dez 1999.

BEKER, Ester; BENEDETTI, Cristina. **El Grupo Balint aplicado a la formación de equipos. Violencia y Burnout en las Instituciones Educativas**. Capturado: http://perso.orange.fr/jacques.nimier/violencia_y_burnout.htm, 2007a.

_____. **El Grupo Balint para personal de jardines maternos y jardines de infantes**. Capturado: <http://www.revistaclaves.8k.com>, 2007b.

_____. **Escenas omitidas de la didáctica. La dimensión subjetiva en la educación infantil (Entrevista)**. Capturado: <http://www.infanciaenred.org.ar/antesdeayer>, 2007c.

BEKER, Ester; BENEDETTI, Cristina; ANDRÉS, Haydée. **El Grupo Balint em la Formación de Formadores. CLAVES en Psicoanálisis y Medicina (Hacia la Interdisciplina)**. Nº 15-16, Año IX, 2º semestre 1999. Capturado: <http://perso.orange.fr/jacques.nimier/pagee64.htm>, 2007.

BITTENCOURT, Nilma A. Classe Hospitalar: **Atendimento Pedagógico-Educacional à Criança com Câncer**. Capturado: <http://www.ucg.br/vpg/professores/esppsicol/word/diversidade/classehospitalar.doc>, 2005.

BOBAY, Kornélia. Balint Groups in the Prevention of “Burn out”. In SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998**. London, UK: Limited Edition Press/The

Balint Society, 1999, 218p p:132-133.

BOFF, Leonardo. **Virtudes para um outro mundo possível, vol. I: hospitalidade: direito e dever de todos**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005, 199 p.

BOGUES, Ephrem. **Balint Group Training For Family Doctors. Dissertation** (Master Medicine Science – Psychotherapy). South Tyrone Hospital, Dungannon, Northern Ireland, 1996.

BORSOI, Izabel Cristina F.; CODO, Wanderley. Enfermagem, Trabalho e Cuidado. Cap. 8. In CODO & SAMPAYO (org.) **Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995, 350p. p. 139-151.

BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues. A Contribuição de Balint à Relação entre o Clínico Geral e seu Paciente. Cap. 7. In. BRANCO (org.) **A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003a, 324 p., p 50-57.

_____. A Herança Balint. **Psicossomática Sul Mineira**. Vol. 1:38-40, 2005.

_____. Como ensinar a relação médico-paciente: trabalhando com os grupos Balint. Cap. 16. In. BRANCO (org.) **A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003b. 324 p. p124-130.

_____. **O Ensino na Perspectiva dos Grupos Balint: um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de Medicina com o seu paciente**. 2001. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001a.

_____. O Lugar da Relação Médico-Paciente no Curso de Medicina. **Estudos (vida e saúde)** Goiânia, V. 33 Nº.3 / 4:191-321, mar./abr. 2006.

_____. Teaching the Doctor-Patient Relationship Through Balint Groups: the

possibility of a time for reflection during medical training. **Journal of Balint Society**. Vol. 29:34-35, 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Resolução nº 41, outubro de 1995. Capturado: <http://www.bioetica.ufrgs.br/conanda.htm>, 2005.

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

BRASIL. MARCHEZAN, Nelson (relator). **Plano Nacional de Educação**. Câmara dos Deputados 51ª Legislatura – 1ª Sessão Legislativa. Série Separatas de Discursos, Pareceres e Projetos, nº 246/99. Capítulo 8 – Educação Especial 4ª reimpressão. Brasília DF, 2001a p.96-103.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Secretaria de Educação Especial. Brasília, DF: MEC; SEESP, 2002, 35p.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília DF: Ministério da Educação, 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Educação Inclusiva: Fundamentação Filosófica**. Brasília DF: Ministério da Educação, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRZEZINSKI, Íria e GARRIDO, Elsa. Análise dos trabalhos do GT de Formação de Professores: o que revelam as pesquisas do período 1992-1998. **Rev. Bras. De Educ.** n.18 set/out./nov./dez

2001.

BUCHER, Richard; ALMEIDA, Sandra F. C. **Psicologia e Psicanálise: desafios**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1994, 129p.

BURGARELLI, Cristóvão Giovani. **Linguagem e Escrita: por uma concepção que incluía o corpo**. Goiânia, GO: Editora da UCG, 2005, 122p.

CAIADO, Kátia R. M. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: um espaço em construção. In RIBEIRO & BAUMEL (org.). **Educação Especial: do querer ao fazer**. 1ª ed. Campinas, SP: Editora Avercamp, 2003.

CALEGARI, Aparecida M. **As inter-relações entre educação e saúde: implicações do trabalho pedagógico no contexto hospitalar**. Universidade Estadual de Maringá. Faculdade de Educação. Maringá/PR, 2003, 100p.

CANZIANI, Maria de Lourdes B. **Educação Especial: visão de um processo dinâmico e integrado**. Curitiba, PR: EDUCA – Editora Universitária Champagnat da Universidade Católica do Paraná, 1985.

CAPOBIANCO, Cristina S. M. **O Corpo em OFF: a doença e as práticas psi na pediatria hospitalar**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003, 247 p.

CARVALHO, Hilma Tereza T. K. Professora Primária: Amor e Dor. Cap. 7. In CODO & SAMPAIO (org.) **Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995, 350p. p. 127-138.

CAVALCANTI, Regina Taam K. **Assistência Pedagógica à Criança Hospitalizada**. 2000. 216 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Professores com necessidades especiais. **Teoria e Prática da Educação**. Vol. 01 Nº 01 p:45-54, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. Seção Ponto de Vista. Pátio, **Revista Pedagógica**. Ano 3 Nº 10 p 41-44, Ago./Out. 1999.

CECCIM, Ricardo Burg & CARVALHO, Paulo R. A . **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre/RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

CODO, Wanderley. (org.) **Educação, Carinho e Trabalho**. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília, DF: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 2006. 432 p.

COSTA, Marisa Vorraber. Pesquisa-ação, pesquisa participativa e política cultural da identidade. In: COSTA (org.). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 2002. 157 p.

COVIC, Amália Neide. **O atendimento pedagógico hospitalar: convalidando uma experiência e sugerindo idéias para a formação de professores**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Educação. São Paulo, 2003, 225 p.

CUNHA, Maria Isabel. **O Bom Professor e sua Prática**. 8ª ed. Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico. Campinas. SP: Papirus, 1989. 182 p.

_____. **O Professor Universitário na Transição de Paradigmas**. 1ª ed. Araraquara, SP: JM Editora, 1998. 118p.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Capturado:

http://www.lerparaver.com/legislacao/internacional_salamanca.html, 2005.

DINIZ, Gláucia. Mulher, trabalho e saúde mental. Cap. 4. In CODO (org.). **O Trabalho Enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, 238 p p.105-138.

DOCUMENTO NORTEADOR PARA ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES. ANFOPE (Associação Nacional pela Formação dos Professores da Educação). 1999, 22f. Disponível: <http://lite.fae.unicamp.br/anfope>.

DOKTER, H. J. Ten Years of Study Groups for First Year to Third Year Medical Students, Under the Guidance of General Practitioners. In HOPKINS. **The Human Face of Medicine**. London, UK: The Pitman Press, 1979, 298p. p: 252-160.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 18ª ed. São Paulo, SP: Editora Perspectiva S/A, 2002 170p.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SUPERINTENDÊNCIA DE ENSINO ESPECIAL. Projetos. Capturado: <http://www.see.go.gov.br/educacao/ensino/especial/projetos.asp>, em 20/05/08

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SUPERINTENDÊNCIA DE ENSINO ESPECIAL. **Projeto “HOJE”: uma proposta de atendimento educacional hospitalar**. (projeto para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás). Março 2001.

FERRARA, Lucrécia D’Aléssio. Apresentação à Edição Brasileira. In: ECO. **Como se faz uma tese**. 18ª ed. São Paulo, SP: Editora Perspectiva S/A, 2002, 170p.

FERREIRA, Tânia Maria S.; BRANCO, Rita Francis G. R. O Medicamento como objeto simbólico. Cap. 45. In BRANCO. **A relação como paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003, 324 p. p.314-319.

FONSECA, Eneida Simões da. A Situação Brasileira do Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar. **Educação e Pesquisa**. Vol.25 nº 1:117-129 Jan/Jun 1999.

_____. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

FONTES, Rejane. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. Capturado: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf> , 2006.

_____. O Desafio da Educação no Hospital. **Presença Pedagógica**. vol.11 nº 64:21-29 jul./ago. 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 168 p.

FREITAS, Ana Beatriz M. **Sentidos Produzindo Sentidos: Constituições de Deficiência e Processos de Subjetivação de Crianças com Necessidades Educacionais Especiais**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás. Departamento de Psicologia. Goiânia, 2005, 150 f.

FREUD, Sigmund. Algumas Reflexões sobre a Psicologia Escolar. In. FREUD. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Vol. XIII**. Rio de Janeiro, RJ:Imago, 1996a. 277 p.. p. 247-250.

_____. Dissecção da Personalidade Psíquica (Conferência XXXI). In FREUD. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Vol. XXII**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996b, 283 p. p.63-134.

_____. O Interesse Científico da Psicanálise. Parte I: O Interesse Psicológico da Psicanálise. In. FREUD. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Vol. XIII**. Rio de Janeiro, RJ:Imago, 1996c. 277 p. p. 169-177.

_____. O Interesse da Psicanálise para as Ciências Não-Psicológicas. Parte II. (H) O Interesse Educacional da Psicanálise. In. FREUD. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Vol. XIII.** Rio de Janeiro, RJ:Imago, 1996d. 277 p. p. 190-192..

FUNGHETTO, Suzana S. **A doença, a morte e a escola para a criança com câncer: um estudo a partir do imaginário social.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria/RS. Faculdade de Educação. Santa Maria/RS,1998, 100 p.

GABARDO, Andréia Ayres. **Classe Hospitalar: aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2002, 50 f.

GERALDI, C.M.G.; MESSIAS, M.G.M.; GUERRA, M.D.S. Refletindo com Zeichner: um encontro orientado por preocupações políticas, teóricas e epistemológicas. In: GERALDI; FIORENTINI; PEREIRA. (org.). **Cartografias do Trabalho Docente: professor(a)-pesquisador(a).** 3ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leitura do Brasil – ALB, 2003. p.237-274.

GIDEKEL,Lazaro; TOPOLEVSKY, Liliana T.; ABECASIS, Gabriela; GIOVANNONI, Adria. Balint Group Operation in Internal Medicine Residents of “Dr. Clemente Alvarez” Emergency Hospital. In SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998.** London, UK: Limited Edition Press/The Balint Society, 1999, 218p p:134-150.

GOIÁS. SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS. Capturado: <http://www.see.go.gov.br/educacao/ensino/especial/projetos.asp> em 17 de maio de 2008.

GONÇALVES, Adriana Garcia. **Poesia na Classe Hospitalar: texto e contexto de crianças e**

adolescentes hospitalizados. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Educação. Marília/SP. 2001. 153p.

GOSLING, Robert; TURQUET, Pierre M. A Formação dos Médicos Generalistas. Cap. 4. In MISSENARD(org.). **A Experiência Balint: história e atualidade/estudos solicitados e coordenados por André Missenard a respeito de uma proposta de René Gelly.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1994, p.53-108.

GRAEFF, Frederico G.; BRANDÃO, Marcus L. (org.) **Neurobiologia das Doenças Mentais.** 4ª ed. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 1997 188 p.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Vol. I. Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GUIMARÃES, Valter Soares. **Formação de Professores: saberes, identidade e profissão.** Campinas, SP: Papirus, 2004.

HOPKINS, Philip. Who was Dr. Michael Balint? In. SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998.** London, England: Limited Edition Press/Balint Society, 1999, 218p, p:40-54.

HULL, Sally A. The Method of Balint Group Work and its Contribution to Research in General Practice. **Family Practice** Vol. 13 Suppl. 01:S10-S12, Oxford University Press, 1996.

JATENE, Adib D. **Medicina, Saúde e Sociedade.** 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, 208 p.

JOHNSON, Alan. The Balint Movement in America. **Family Medicine.** Vol.33.Nº 3:174-177, March, 2001a.

JOHNSON, Alan; BROCK, Clive; HAMADEH, Ghassan; STOCK, Ron. The Current Status of

Balint Groups in American Family Practice Residencies: a ten year follow-up study, 1999-2000. **Journal of Balint Society**. Vol.29:11-18, 2001b.

JUSTI, Eliane M. Q. **Atendimento pedagógico ao aluno com necessidades especiais internado em pediatria de queimaduras: relato de experiência**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Faculdade de Educação. Curitiba/PR, 2003, 125 p.

KAHN, Michael. **Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003, 287p.

KULENOVIC, M.; BLAZEKOVIC-MILAKOVIC, S. Balint Groups as a driving force of ego development. **Coll Antropol** 24 Suppl 1: 103-108 Jul., 2000.

KUPFER, Maria Cristina. **Freud e a Educação: o mestre do impossível**. 3ª ed. São Paulo, SP: Editora Scipione Ltda, 1997, 103 p.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG / Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas Sul Ltda, 1999. 340p.

LELIS, Isabel Alice **Entre Professoras e Alunos, uma Rede de Disposições e Sentimentos**. Capturado: http://www.educacaoonline.pro.br/entre_professoras_e_alunos.asp, 2005.

LIBÂNEO, José Carlos; PIMENTA, Selma Garrido. Formação de Profissionais da Educação: Visão Crítica e Perspectiva de Mudança. **Educação e Sociedade**. Ano XX nº 68 dez 1999.

LIMA, Ana Cláudia V.M.S.; RABELO, Aneide R.M.; GUERRA, Florentino. Tema: **Recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança no ambiente hospitalar**. Capturado: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/crianca.htm>, 2007.

LINGER, Carlos Alberto. Prólogo. In RAIMBAULT. **A Criança e a Morte: crianças doentes**

falam da morte; problemas da clínica do luto. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves Editora S/A, 1979, p:11-15.

LIPP, Marilda N. (org.). **O Estress do Professor.** 5ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2007. 136p.

LOMÔNACO, Beatriz Penteado. **Aprender: verbo transitivo: a parceria professor-aluno na sala de aula.** São Paulo, SP: Summus, 2002.

LUBAN-PLOZZA, Boris. The Possibility of training medical students in Balint groups. In HOPKINS. **The Human Face of Medicine.** London, UK: The Pitman Press, 1979, 298p.

LÜDKE, Hermengarda A. Lüdke Menga. Pesquisa em Educação: Conceitos, Políticas e Práticas. In: GERALDI; FIORENTINI; PEREIRA (org.). **Cartografias do Trabalho Docente: professor(a)-pesquisador(a).** 3ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leitura do Brasil – ALB, 2003. p. 23-32.

MARGO, Geoffrey; MARGO, Karen D. Using The Balint Group Method in a Psychiatry Training Program. In SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998.** London, UK: Limited Edition Press/The Balint Society, 1999, 218p p:112.

MAHONEY, Abigail Alvarenga; ALMEIDA, Laurinda Ramalho. Afetividade e Processo Ensino-Aprendizagem: contribuições de Henri Wallon. **Psicologia da Educação.** Nº 20:11-30, 1º sem. De 2005.

MAQUIEIRA, Lúdia S. **El Grupo Balint, dispositivo para cuidar a los que cuidan.** Capturado: http://www.infanciaenred.org.ar/educrianza/2006_02/temario/01.asp, 2007.

MARTINS, Maria Cezira F. N. **Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional da saúde.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001, 130p.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das**

práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MASETTO, Marcos T. Aulas Vivas. 3ª ed. São Paulo, SP: MG Editores Associados, 1992, 104 p.

MATOS, Elizete Lúcia M. Pedagogia Hospitalar. **Revista Educação em Movimento**. Vol. 02 Nº 05 p: 39-42 ago., 2003.

MATOS, Elizete Lúcia M.; MUGGIAT, Margarida Maria T. F. **Pedagogia Hospitalar**. Coleção Teoria e Prática. Curitiba/PR: Editora Champagnat, 2001, 90 p.

MATURANA, Humberto. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política**. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG, 1998 98p.

MAURANO, Denise. **A Transferência: uma viagem rumo ao continente negro**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Ed., 2006.

MAZZOTTA, Marcos José S. **Fundamentos de Educação Especial**. Série Cadernos de Educação. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1982.

MADEIROS, José Gonçalves; GABARDO, Andréia Ayres. Classe Hospitalar: aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital. **Interação em Psicologia**, 8 (1):67-79, 2004.

MELLO, Roberto. O Amor pelo Inapreensível. Inter-Ação: **Rev. Fac. Educ.** UFG, 30 (2): 223-233, jul./dez., 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo, SP - Rio de Janeiro, RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 270 p.

MISSENARD, André (org.). **A Experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, 194p.

MONTE, Francisca R. F. do; SIQUEIRA, Ivana; MIRANDA, José Rafael. **Direito à Educação: necessidades educacionais especiais – subsídios para atuação do Ministério Público Brasileiro**. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

MOREAU, André; VERCHEVAL, Robert. Pré-Balint group for students. In HOPKINS. **The Human Face of Medicine**. London, UK: The Pitman Press, 1979, 298p. p:100-103

MORIN, Edgar. **A Cabeça bem Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2004, 128p.

_____. **A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2001, 588p.

_____. Complexidade e ética da solidariedade. In CASTRO (org.) **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre, RS: Editora Sulina, 1997, 272 p.

_____. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. São Paulo, SP: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000, 118 p.

NEPOMUCENO, Eduardo de Araújo. **Aspectos del envejecimiento mitocondrial em corazón de ratas, dependiente del tipo del grasa aplicada a la dieta (aceite de oliva o girasol) y la adición de Coenzima Q10-**. Tesis Doctoral em Farmacia. Universidad de Granada. Instituto de Nutrición y Tecnologia de Alimentos. Granada, España, 2005.

NEVES, Mary Y.; VIEIRA, Sarita; ARAÚJO, Anísio; UCHÔA, Nilma. Trabalho e Saúde Mental: Vivência Subjetiva dos Trabalhadores do Setor de Manutenção do Hospital Universitário/UFPB. In. SILVA Fº. & JARDIM (org.). **A Danação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. 2ª ed. Rio de Janeiro,RJ: Te Corá Editora, 2001, 376 p.

NOGUEIRA MARTINS, Luiz Antonio. **Residência Médica: estresse e crescimento**. 1ª ed. Coleção temas de psicologia e educação médica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2005.

NÓVOA, António. O Processo Histórico e Profissionalização do Professorado. In NÓVOA, A (org.) Profissão Professor. Porto: Porto Editora, 1995.

OLIVEIRA, Helena de. Ouvindo a Criança sobre a Enfermidade e a Hospitalização. Cap. 4. In. CECCIM & CARVALHO (org.) **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1997, 195 p.

ORTIZ, Leodi Conceição M. **Classe Hospitalar: reflexões sobre sua práxis educativa**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria/RS. Faculdade de Educação. Santa Maria/ RS, 2002, 132 p.

_____. Classe hospitalar: um olhar sobre sua práxis educacional. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Vol. 82 N° 200/201/202 p: 70-78 dez., 2001.

ORTIZ, Leodi C. M.; FREITAS, Soraia N. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria, RS: UFSM, 2005, 110p.

_____. Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. **Cadernos de Educação Especial**. N° 20 p:97-104, 2002.

PERRENOUD, Philippe. **Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação – Perspectivas Sociológicas**. Lisboa: Publicações Dom Quixote/Instituto de Inovação Educacional, 1993. 206 p.

PERESTRELLO, Danilo. **A Medicina da Pessoa**. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como OFÍCIO**. 4ª ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 1999. 198p.

PLANO DECENAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**. Jomtien, Tailândia: Conferência Mundial sobre Educação para Todos 5 a 9 de

março de 1999.

PONTE, João Pedro. O interaccionismo simbólico e a pesquisa sobre a nossa própria prática. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, ano 1, n.1, p.107-134, 2005.

PROGRAMA GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA. **Estudar não dói**. p.69-72 Capturado: <http://www.inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/historias2003/classe%20hospitalar%20hc.pdf>, 2005.

RAIMBAULT, Ginette. **A Criança e a Morte: crianças doentes falam da morte; problemas da clínica do luto**. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves Editora S/A, 1979, 184 p.

RANÑA, Wagner. Aspectos psicossociais da Assistência à Criança Hospitalizada. **Pediat** 10: 59-66, 1988.

REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2003, 169 p.

REINHOLD, Helga H. O Burnout. Cap. 5. In. LIPP, Marilda N. (org.). **O Estress do Professor**. 5ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2007. 136p. p:63-80.

RODRIGUES NETO, Zilma. **A Importância do Planejamento para a Classe Hospitalar**. Monografia. Especialização em Psicopedagogia. Faculdade Cândido Mendes. Goiânia, 2003.

SACRISTÁN, J. Gimeno. Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. Cap. III. In NÓVOA. **Profissão Professor**. Portugal: Porto Editora, 1999.

_____. Tendências Investigativas na Formação de Professores. In PIMENTA & GHEDIN (org.) **Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002.

SALINSKY, John; SACKIN, Paul. **Médicos com Emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta**. 1ª ed. Lisboa, Portugal: Fundação Grünenthal, 2004.

SAMPAIO, Dulce Moreira. **A pedagogia do ser: educação dos sentimentos e valores humanos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SANCHES, Renate Meyer. **Psicanálise e educação**. Questões do cotidiano. São Paulo, SP: Escuta, 2002.

SAPIR, Michel. O Grupo Balint: Passado e Futuro. Cap. 5. In MISSENARD(org.). **A Experiência Balint: história e atualidade/estudos solicitados e coordenados por André Missenard a respeito de uma proposta de René Gelly**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1994, p.109-134.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 21ª ed. Revisada e ampliada. São Paulo, SP: Cortez, 2000. 279 p.

SIKILERO, Regina Helena A. S.; MORSELLI, Rejane; DUARTE, Guilherme Afonso. Recreação: uma proposta terapêutica. Cap.5. In CECCIM & CARVALHO. **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre/RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1997, p.59-65.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA/DEPT. DE CUIDADOS HOSPITALARES. **Os 10 Passos para a Atenção Hospitalar Humanizada à Criança e ao Adolescente**. Edição Especial dos Laboratórios Wyeth-Whitehall Ltda, 2003.

SOUZA, Kelly Christiane S. **Uma Ação Pedagógica entre a Vida e a Morte: o caso da escolaridade emergencial das crianças do Hospital do Câncer em Manaus-AM**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Amazonas. Faculdade de Educação. Manaus. 2003. 89p.

SOUZA, Meriti de. Fios e Furos: a trama da subjetividade e a educação. **Revista Brasileira de**

Educação. Nº 26:119-132, maio/jun/jul/ago. 2004.

SPELLER, Maria Augusta R. **Psicanálise e Educação: caminhos cruzáveis.** Brasília, DF: Plano Editora, 2004, 110 p.

TARDIF, Maurice. **Saberes Docentes e Formação Profissional.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

TASSONI, Elvira Cristina M. Afetividade e Aprendizagem: a relação professor-aluno. In. **Anuário – 2000 GT Psicologia da Educação – Psicologia: análise e crítica da prática educacional.** ANPEd, setembro de 2000 p.267-284.

THE AMERICAN BALINT SOCIETY. Página (Home Page) da Sociedade Americana Balint. Capturado: <http://familymed.musc.edu/balint/index.html>, 2007.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 15ª ed. São Paulo, SP: Cortez, 2007 132 p.

TRUGILHO, Silvia M. **Classe Hospitalar e a vivência do otimismo trágico: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Educação. Espírito Santo, 2003, 227 p.

TURNER, Andrew L.; MARGO, Geoffrey M. Overhead Projections: the effect of Balint and non-Balint training on residents' skills and group comfort. In SALINSKY. **Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998.** London, UK: Limited Edition Press/The Balint Society, 1999, 218p p:97-106.

UNESCO. **Las Técnicas de Grupo en La Formación.** Paris, França: UNESCO, 1977.

VASQUES-MENEZES, Iône. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? Cap. 2. In CODO (org.). **O Trabalho Enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, 238 p P:23-52.

VIGOTSKI, Lev S. **Psicologia Pedagógica**. 2ª ed. São Paulo/SP: Martins Fontes, 2004, 561 p.

VIKTOR, Mariana. Classe Hospitalar: educador de plantão. **Educação**. V. 06 nº 71 p:18-22, 2003.

WALLON, Henri. **A Evolução Psicológica da Criança**. Coleção psicologia e pedagogia. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2007. 208 p.

ZAVASCHI, Maria Lucrécia; BASSOLS, Ana Margareth S.; PALMA, Regina Beatriz. Cap. 18. In CECCIM & CARVALHO. **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre/RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1997, p: 159-169.

ZEICHNER, Kenneth M. Para além da divisão entre professor-pesquisador e pesquisador acadêmico. In: GERALDI; FIORENTINI; PERREIRA. (org.). **Cartografias do Trabalho Docente: professor(a)-pesquisador(a)**. 3ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leitura do Brasil – ALB, 2003. p.207-236.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 080/2005

Goiânia, 25/08/2005

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Dra. Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco

TÍTULO: "Balint no processo de capacitação de professores da classe hospitalar: Uma possibilidade de reflexão sobre a relação professor-aluno-paciente"

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: Faculdade de Educação/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal **analisou** e **aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Professor (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa sobre classe hospitalar. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine, por favor, no final deste documento, em 2 vias. Uma delas é sua e a outra deverá ser entregue à pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você **não** será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre seus direitos, procure o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas/UFG pelo telefone 3269-8423.

Informações sobre a pesquisa:

1. Título:

“BALINT NO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES DA CLASSE HOSPITALAR: UMA POSSIBILIDADE DE REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO/PACIENTE”

2. Pesquisadora Responsável:

Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco

3. Telefones para contato:

(62) 3275-6059 (residência)

(62) 9637-1843 (celular – pode deixar recados, serão retornados)

(62) 3209-6205 (Pós-Graduação da Faculdade de Educação)

Trata-se de uma pesquisa sobre a capacitação de professores de classe hospitalar e a possibilidade do uso da teoria balintiana e do desenvolvimento de Grupos Balint com os referidos professores no sentido de trabalhar a relação professor-aluno/paciente. Tal pesquisa será desenvolvida durante o Doutorado em Educação da Faculdade de Educação da UFG. A pesquisadora responsável quer identificar e mapear a atual situação dos professores de classe hospitalar, enfatizando sua capacitação em relação ao enfrentamento do ambiente hospitalar e de suas representações (doença, morte, luto, dor, etc), dando ênfase ao aprendizado de uma boa relação professor-aluno/paciente, para poder desenvolver uma intervenção no sentido de redimensionar este processo de capacitação profissional.

A teoria balintiana foi construída por Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, na década de 50, em Londres, com o objetivo de estudar, descrever, pesquisar e treinar os médicos clínicos gerais no que concerne à relação médico-paciente. A pesquisadora responsável desenvolveu sua Dissertação de Mestrado em Educação, usando os Grupos Balint como instrumento didático para o ensino da relação médico-paciente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Não havendo, ainda, estudos que comprovem a eficácia dos Grupos Balint com professores e, sabendo o quanto é diferente e sofrida a experiência de estar dentro de um hospital junto aos doentes, a pesquisadora responsável pretende avaliar tal técnica como uma possibilidade de reflexão e

aprendizado da relação professor-aluno/paciente. O questionário que você responderá será usado somente para reconhecimento da atual situação do processo de capacitação de professores de classe hospitalar. **Não implica, pois, em prejuízo para sua pessoa.** No entanto, respondendo às perguntas feitas, certamente você estará contribuindo para que, futuramente, se possa constituir uma adequada capacitação para os profissionais que trabalharão nas classes hospitalares. Participando da pesquisa, você estará, também, implicitamente participando, sem ônus, de um curso de extensão universitária com a chancela da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Goiás, o que lhe proporcionará um certificado para fins curriculares. Caso, após entrega das suas respostas, queira retirar-se do estudo, por favor entre em contato imediato com a pesquisadora responsável.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,, RG....., CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo **BALINT NO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES DA CLASSE HOSPITALAR: UMA POSSIBILIDADE DE REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO/PACIENTE**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco sobre a pesquisa, os riscos e os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia,de.....de 2005

Nome legível e assinatura do sujeito:.....

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome.....Assinatura:.....

Nome.....Assinatura:.....

Observações Complementares (use este espaço para qualquer observação que queira fazer)

--

APÊNDICE III

1º QUESTIONÁRIO COM OS PROFESSORES DAS CLASSES HOSPITALARES

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:..... Idade:.....
 Sexo:..... Religião:.....

2. CENÁRIO:

Hospital onde desenvolve a Classe Hospitalar:.....

Setor/Departamento onde desenvolve suas atividades:.....

Tempo de atuação em Classe Hospitalar.....

3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Normal ou Magistério () Pedagogia () Licenciatura () qual?.....

Outro curso () qual?

Especialização () qual?.....

Mestrado () qual área?.....

Doutorado () qual área?.....

Teve alguma formação ou capacitação específica para atuar em Classe Hospitalar?

Sim () Não ()

Se sim:

Título do curso:.....Agente formador:.....

Local de realização:..... Carga horária total:.....

Teve alguma formação ou capacitação específica sobre a relação professor/aluno (paciente)?

SIM () NÃO ()

Se sim:

Título do curso:.....Agente formador:.....

Local de realização:.....Carga horária total:.....

4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Tempo de magistério:.....

Leciona em classe hospitalar? Sim () Não ()

Se sim, há quanto tempo?.....

Leciona ou lecionou em classe especial? Sim () Não ()

Se sim, há quanto tempo?.....

Leciona ou lecionou em classe regular? Sim () Não ()

Se sim, há quanto tempo?.....

5. COMO E PORQUE VOCÊ SE TORNOU PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR?

6. RELACIONE E EXPLIQUE AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR VOCÊ NO DESEMPENHO DE SUA FUNÇÃO DE PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR.

7. RELACIONE E EXPLIQUE OS ASPECTOS POSITIVOS PRESENTES EM SUA ATUAÇÃO COMO PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR.

8. VOCÊ CONSIDERA QUE SUA VIVÊNCIA RELIGIOSA TEM RELAÇÃO COM SUA PRÁTICA EM CLASSE HOSPITALAR?

APÊNDICE IV

CURSO DE EXTENSÃO: BALINT NA SALA DE AULA (CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES DE CLASSE HOSPITALAR EM RELAÇÃO PROFESSOR- ALUNO/PACIENTE NA PERSPECTIVA BALINTIANA)

EMENTA: Dados biográficos de Michael Balint. Teoria balintiana da relação médico-paciente. Categorias – o médico como droga, organização e oferta da doença, função apostólica, conluio do anonimato, flash e defesas dos médicos. Análise das categorias em relação aos professores da classe hospitalar. Grupos Balint.

OBJETIVOS:

1. Capacitar os professores de classe hospitalar para o entendimento básico da teoria balintiana
2. Apresentar os conceitos, termos e categorias usadas em relação médico-paciente, segundo Balint.
3. Construir a área do conhecimento da relação médico-paciente, ampliando o conhecimento prévio da relação professor-aluno, inerente à formação pedagógica.
4. Permitir aos professores utilizarem os conceitos balintianos para melhor se relacionarem com seus alunos/pacientes.
5. Ampliar o processo de capacitação de professores de classe hospitalar.

PROGRAMAÇÃO:

Período de Curso – um ano

Carga horária – 120 horas

- 1º Mês : Fevereiro/06

1ª aula – apresentação do grupo e do programa, aula expositiva dialogada “Michael Balint, sua vida e sua teoria”

2ª Aula – Grupo Balint.

3ª Aula - Categorias balintianas – “O Médico como Droga” - trabalho com texto em grupos com posterior debate e reflexão sobre o professor como droga.

4ª Aula – Grupo Balint

- 2º Mês: Março/06

1ª Aula - Categorias balintianas – “a organização da doença” – trabalho com texto em sala de aula

2ª Aula – Grupo Balint

3ª Aula - Categorias balintianas – “a oferta da doença” – dinâmica em sala de aula e reflexão sobre a oferta ao professor.

4ª Aula – Grupo Balint

- 3º Mês: Abril/06

1ª Aula - Categorias balintianas – “conluio do anonimato” – trabalho com texto em sala de aula.

2ª Aula – Grupo Balint

3ª Aula - Categorias balintianas – Conselho e conforto – trabalho com texto em sala de aula

- 4º Mês: Maio/06

1ª Aula – Grupo Balint

2ª Aula – Categorias balintianas - “função apostólica 1” – trabalho com texto e dinâmica em sala de aula.

3ª Aula – Grupo Balint

4ª Aula - Categorias balintianas – “função apostólica 2” – trabalho com texto e dinâmica em sala de aula.

- 5º Mês: Junho/06

1ª Aula – Grupo Balint

2ª Aula – Categorias balintianas - “flash” – trabalho com texto em sala de aula.

3ª Aula – Grupo Balint

4ª Aula – AVALIAÇÃO SEMESTRAL

- 5º Mês: Agosto/06

1ª Aula – Psicanálise e Educação – aula expositiva dialogada.

2ª Aula – Grupo Balint

3ª Aula - Categorias balintianas - A Criança com Sintoma de Apresentação - aula expositiva dialogada

4ª Aula – Grupo Balint

- 6º Mês: Setembro/06

1ª Aula – O Paciente e a sua Doença – trabalho em sala com texto

2ª Aula – Grupo Balint

3ª Aula - O Paciente e a sua Doença - trabalho em sala com texto

4ª Aula – Grupo Balint

- 7º Mês: Outubro/06

1ª Aula – Grupo Balint

2ª Aula - Mecanismos de Defesa – aula com texto em sala

3ª Aula - Grupo Balint

4ª Aula - Categorias balintianas - “defesas dos médicos” – trabalho com texto em sala de aula e dinâmica para reflexão sobre as defesas dos professores.

- 8º Mês: Novembro/06

1ª Aula – Grupo Balint

2ª Aula - Grupo Balint

3ª Aula - Grupo Balint

4ª Aula - AVALIAÇÃO FINAL

- AVALIAÇÃO:

1. Entregar, ao final de junho, um relato cursivo avaliando os pontos positivos e negativos do primeiro semestre do curso;
2. Responder, ao final, ao 2º questionário avaliando itens relativos ao processo ensino-aprendizagem e modificações comportamentais e atitudinais após o desenvolvimento do curso.

APÊNDICE V

2º QUESTIONÁRIO

**AVALIAÇÃO FINAL DO CURSO DE EXTENSÃO
“BALINT NA SALA DE AULA”**

1. NOME:.....
2. CENÁRIO ONDE DESEMPENHA FUNÇÃO:
 - a). Hospital onde você desenvolve a classe hospitalar
.....
 - b). Setor ou Departamento onde desenvolve suas atividades
.....
 - c). Outros cenários onde você desenvolve a classe hospitalar
.....
3. QUAIS AS DIFICULDADES AINDA ENFRENTADAS POR VOCÊ NO DESEMPENHO DE SUA FUNÇÃO NA CLASSE HOSPITALAR?
4. VOCÊ PERCEBE ALGUMA MUDANÇA NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO APÓS O CURSO “BALINT NA SALA DE AULA”? EXPLIQUE.
5. VOCÊ PERCEBE ALGUMA MUDANÇA NO SEU COTIDIANO PESSOAL E/OU FAMILIAR APÓS O CURSO “BALINT NA SALA DE AULA”? EXPLIQUE
6. VOCÊ LECIONA EM ESCOLA REGULAR:

SIM () - Qual série?.....

Houve mudança em sua prática pedagógica após o curso?

NÃO ()
7. IDENTIFIQUE ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO CURSO “BALINT NA SALA DE AULA” E PROPONHA SUGESTÕES
8. OUTRAS CONSIDERAÇÕES



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE ENSINO ESPECIAL

APÊNDICE VI

PROJETO HOJE Dados Estatísticos de 2006

Unidade	Nº de classes	Instituição	Nº de matrícula	Nº de atendimento pedagógico	Nº de educadores	Turmas	Nível escolar										Faixa Etária										Vinculações	Não Vinculações
							E.L.	E.F.	E. M	E.J. A	univ	2 a	6 a	10 a	13 a	18 a	26 a	+										
01	02	Hospital Araújo Jorge	326	2390	03	M/V	97	177	43	07	02	86	83	65	65	27	-	-	248	78								
02	05	Hospital Geral de Goiânia	275	4628	05	M/V	28	124	47	69	07	18	27	24	31	36	68	71	124	151								
03	02	Hospital Doenças Tropicais	327	1403	03	V	59	156	46	56	10	52	51	21	31	54	93	25	149	178								
04	07	Hospital das Clínicas	469	4317	05	M/V	32	178	146	83	30	16	54	33	59	143	133	31	243	226								
05	02	Hospital Materno Infantil	198	686	02	V	92	104	02	-	-	69	74	45	08	01	01	-	146	52								
06	01	Hospital Psiq. Casa de Eurípedes	210	1695	02	V	-	111	16	62	12	-	-	-	06	40	119	45	02	208								
07	02	CRER	108	3266	03	M/V	25	76	01	06	-	07	40	33	18	06	04	-	85	23								
08	02	CISME – Itumbiara	58	1056	02	M/V	-	28	05	24	01	-	-	-	-	09	41	08	03	55								
09	01	Casa de Apoio São Luiz	30	1150	01	M/V	16	11	03	-	-	13	04	05	04	03	01	-	24	06								

Arquivos D:/CPE/ Dados Estatísticos do Projeto Hoje.doc_Karina
Av. Anhanguera nº 7.171 Qd. R 1 Lt. 26 Setor Oeste
CEP: 74.110-010 Fone / Fax 3201-3119



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE ENSINO ESPECIAL

10	01	Casa de Apoio Caminho da Luz	89	985	02	V	24	53	06	06	-	22	20	29	07	04	04	03	71	18
11	01	Casa de Apoio de Quirinópolis	54	391	02	V	12	25	06	11	-	19	20	11	01	02	02	-	44	10
12	17	Atendimento Pedagógico Domiciliar	17	1236	04	M/ V	02	13	01	-	-	-	04	06	06	01	-	-	17	-
13	01	Atendimento P. D. Aparecida de Goiânia	01	48	01	V	-	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	-
14	01	Atendimento P. D. Campos Verdes	01	192	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
15	01	Atendimento P. D. Morrinhos	01	92	01	M	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
16	01	Atendimento P. D. Caldas Novas	01	168	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
17	01	Atendimento P. D. Trindade	01	88	01	V	-	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	-
18	01	Atendimento P. D. Sto. Anto. R. Verde	01	116	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
19	01	Atendimento P. D. Silvânia	01	86	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
20	01	Atendimento P. D. Palmeiras	01	192	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
21	01	Atendimento P. D. Ceres	01	94	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
22	01	Atendimento P. D. Mozarlândia	01	88	01	V	-	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	-
23	01	Atendimento P. D. Rubiataba	01	182	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-
24	01	Atendimento P. D. Piracanjuba	01	72	01	V	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
53			2173	24621	46	M/ V	387	1068	322	324	62	302	377	275	244	327	466	183	1168	1005

APÊNDICE VII

Tabela I - Formação Acadêmica dos Professores de Classe Hospitalar
segundo FONSECA⁷²

Nível Educacional	Nº de professores	%
Educação de nível médio	15	19
Educação de nível superior	26	32
Pós-graduação	11	14
Sem informação	28	35
Total	80	100

⁷² Tabela apresentada em FONSECA, Eneida Simões da. A Situação Brasileira do Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar. *Educação e Pesquisa*. Jan/Jun 1999 Vol.25 nº 1 p.117-129.

APÊNDICE VIII

TABELA 2 – População de professores de classe hospitalar segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº Professoras	(%)
< 20 anos	01	(3,7%)
20 a 29 anos	01	(3,7%)
30 a 39 anos	05	(18,5%)
40 a 49 anos	09	(33,3%)
50 a 59 anos	09	(33,3%)
60 a 69 anos	02	(7,4%)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE IX

TABELA 3 - População de professores de classe hospitalar segundo a formação profissional – Ensino Médio / Graduação

Ensino Médio / Graduação	Nº Professoras	
Licenciatura em Geografia	01	(3,7 %)
Licenciatura em Geografia e Magistério	01	(3,7 %)
Licenciatura em História	02	(7,4%)
Licenciatura em História e Estudos Sociais	01	(3,7 %)
Licenciatura em História e Serviço Social	01	(3,7 %)
Licenciatura de Letras	04	(14,8%)
Licenciatura em Letras, Serviço Social e Magistério	01	(3,7 %)
Licenciatura em Letras e Relações Públicas	01	(3,7 %)
Licenciatura em Ciências e Biologia	01	(3,7 %)
Pedagogia	05	(18,5%)
Pedagogia e Magistério	03	(11,1%)
Pedagogia, Magistério, Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Contabilidade	01	(3,7 %)
Pedagogia, Magistério e Teologia	01	(3,7 %)
Pedagogia, Magistério, Licenciatura em Filosofia e em Sociologia	01	(3,7 %)
Pedagogia e Técnico em Análises Clínicas	01	(3,7 %)
Fonoaudiologia	01	(3,7 %)
Psicologia (cursando)	01	(3,7 %)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE X

TABELA 8 - População de professores de classe hospitalar segundo a formação profissional – Pós-Graduação

Pós-Graduação	Nº de Professores	(%)
Especialização em Planejamento Educacional e Mestrado em Ciências da Educação (em curso)	01	(3,7 %)
Especialização em Língua Portuguesa	01	(3,7 %)
Especialização em Formação de Educadores	01	(3,7 %)
Especialização em Gestão Escolar na Escola Pública	01	(3,7 %)
Especialização em Administração Escolar – Planejamento Escolar	02	(7,4%)
Especialização em Planejamento Educacional e Orientação Educacional	01	(3,7 %)
Especialização em Psicopedagogia	03	(11,1%)
Especialização em Formação Sócio-Econômica do Brasil	02	(7,4%)
Especialização em Literatura Brasileira	02	(7,4%)
Especialização em Formação Sócio-Econômica do Brasil, Psicopedagogia e Alfabetização de Jovens e Adultos	01	(3,7 %)
Especialização em Métodos e Técnicas de Ensino	01	(3,7 %)
Especialização em Educação Ambiental	01	(3,7 %)
Especialização em Língua Portuguesa e Literatura e Psicopedagogia	01	(3,7 %)
Especialização em Orientação Educacional	01	(3,7 %)
Especialização em Planejamento Educacional, Violência Doméstica contra Criança e Adolescente, Psicopedagogia, Arteterapia, Formação Holística (cursando)	01	(3,7 %)
Sem Pós-Graduação	07	(25,9%)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE XI

TABELA 10 - População de professores de classe hospitalar segundo a motivação para ser professora de classe hospitalar

Motivação	Nº de professoras (%)
INFORMAÇÃO DE AMIGA Exemplo: “foi através de uma amiga que conheci o projeto Hoje.....”	08 (29,6%)
CURSO DE CAPACITAÇÃO Exemplo: “Fiquei sabendo desse projeto... Fiz o curso de capacitação...”	06 (22,2%)
CONVITE Exemplo: “Fui convidada pela coordenação...”	05 (18,5%)
EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM ALUNOS ESPECIAIS Exemplos: “Eu sempre trabalhei com pessoas com necessidades educacionais especiais...” “Após deixar uma escola especial...”	02 (7,4%)
AFINIDADE PROFISSIONAL Exemplos: “...não tinha vaga para fono, então me perguntaram se gostaria de conhecer o Projeto Hoje...” “...a realidade hospitalar acaba se ligando à minha área – Psicologia...”	02 (7,4%)
QUESTÕES RELACIONADAS AO ALUNO Exemplo: “Um educando ficou internado no HC e ao retornar, informou-me que o hospital tinha até professora... ”	01 (3,7%)
MUDANÇA DE VIDA Exemplo: “...surgiu num momento em que necessitava de mudanças na minha vida profissional.”	01 (3,7%)
DESAFIO Exemplo: “...um trabalho diferente (...) um trabalho desafiador”	01 (3,7%)
DESEJO Exemplo: “...sempre gostei dos ambientes de hospital...”	01 (3,7%)
TOTAL	27 (100%)

APÊNDICE XII

FICHA PERFIL DO EDUCANDO HOSPITALIZADO



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE ENSINO ESPECIAL



PROJETO HOJE - ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR

FICHA PERFIL DO EDUCANDO HOSPITALIZADO

1 - Dados do Educando Hospitalizado

Nome: _____ N.º do Prontuário: _____
 Data de nasc.: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Pai: _____
 Mãe: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Setor: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Acompanhante: _____
 Local de internamento: _____

2 - Dados da Escola Regular

Nome: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Setor: _____ Turno: _____
 Fone: _____
 Diretor(a): _____ Coordenador(a): _____
 Professor(a): _____ Série: _____
 Data de Matrícula: _____

3 - Histórico (Familiar, Escolar, Saúde...) Do Educando Hospitalizado

Início: ____/____/____
 Retorno: ____/____/____

Saída: ____/____/____
 Saída: ____/____/____

 Educador

APÊNDICE XIII

TABELA 6 - População de professores de classe hospitalar segundo suas dificuldades no desempenho das atividades

Dificuldades	Nº de Professores
Falta de preparo psicológico para o enfrentamento com as perdas (óbito). Dificuldade no enfrentamento de pacientes graves. Dor em relação à doença e à necessidade de aprendizado do paciente. Despreparo psicológico frente à dor da família. Falta de apoio psicológico. Dificuldade no controle das emoções	25 / 27
Falta de Material (livros, lápis, borracha, xerox). Falta de um local adequado (sala de aula)	11 / 27
Falta de informação e de formação em Pedagogia Hospitalar. Conteúdo programático não adaptado à formação do professor. Falta de conhecimento teórico das doenças dos educandos	08 / 27
Não reconhecimento por parte da equipe de saúde	05/27
Professoras que não sentem nenhuma dificuldade	02 / 27
Trabalho solitário	02 / 27
Dificuldade na adaptação à nova realidade. Dificuldade na adaptação aos cuidados necessários dentro do ambiente hospitalar	02 / 27
Querer proteger as crianças. Dúvidas em como cativar o educando	02 / 27
Descontinuidade por alta do educando. Pouco tempo para discutir os casos dos alunos	02 / 27
Dificuldades no relacionamento com a família que não acredita na aprendizagem	01 / 27
Ver o educando como um todo e não em partes	01 / 27

APÊNDICE XIV

Quadro I – Características Essenciais do Grupo Balint de acordo com a The Balint Society

- Grupo de 6 a 12 pessoas
- Líder definido (pode ser um professor de medicina)
- Os membros do grupo devem ter experiência com pacientes
- Relatos orais (material trabalhado no grupo)
- A discussão enfoca a relação médico(estudante)-paciente
- Os casos discutidos não podem ter sido anotados previamente
- O grupo não se configura em terapia de grupo
- Devem ser observados: honestidade, respeito, confiança, etc.
- Proposta inicial do grupo: desenvolver o entendimento das relações e não solucionar os casos clínicos
- Líder responsável por manter as normas.

ANEXO XV

Quadro I – Características Desejáveis do Grupo Balint de acordo com a The Balint Society

- Andamento do grupo (*ongoing*) de forma a mantê-lo com certa periodicidade.
- Grupo fechado (sempre com os mesmos participantes)
- Existência de um co-líder
- Líder com um treinamento psicanalítico ou com facilidade para o entendimento do inconsciente para poder ajudar os membros do grupo a entenderem a relação médico-paciente
- O grupo não deve incluir todos que queiram participar, mas o líder pode, após uma entrevista, selecionar os que melhor se adequarem ao tipo de trabalho desenvolvido, para que possam ter melhores resultados no grupo
- Duração do grupo: 1 hora e 30 minutos a 2 horas

APÊNDICE XVI

TABELA 7 - População de professores de classe hospitalar segundo a religião praticada

Religião praticada	Nº de professoras	(%)
Católica	12	(44,4%)
Espírita / espiritualista (reencarnacionistas)	09	(33,3%)
Evangélica	04	(14,8%)
Holística	01	(3,7%)
Não pratica nenhuma religião	01	(3,7%)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE XVII

TABELA 8 - População de professores de classe hospitalar segundo o tempo de atuação em classe hospitalar

Tempo de atuação	<i>Nº de Professoras</i>	<i>(%)</i>
< 12 meses	08	(29.6%)
1 ano – 1 ano e 11 meses	05	(18,5%)
2 anos – 2 anos e 11 meses	06	(22,2%)
3 anos- 3 anos e 11 meses	03	(11,1%)
4 anos – 4 anos e 11 meses	03	(11,1%)
> 4 anos	01	(3,7 %)
Sem especificação	01	(3,7 %)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE XVIII

TABELA 9 - População de professores de classe hospitalar segundo o tempo de magistério

Tempo de magistério		
	<i>Nº de Professores</i>	<i>(%)</i>
< 10 anos	02	(7,4%)
10 – 19 anos	09	(33,3%)
20 - 29 anos	14	(51,8%)
Não informaram	02	(7,4%)
TOTAL	27	(100%)

APÊNDICE XIX

Relato Inicial de um Atendimento Hospitalar

TURMA (A)

(10)

Geiçânia, 14/0.2.2.006.

/ /

Que Saudade!!!

A um ano e meio + conheci uma pessoa a qual a família abandonou no hospital, devido uma doença crônica. Na época fui fazer a entrevista pedagógica e fazer a sua ficha perfil, conversamos muito mesmo.... Esta pessoa está na internada na clínica médica, e nunca recebia visita. Fiquei preocupada e passei a visitá-la todos os dias, muitas das vezes eu cheguei acordada para dar um bom dia e colocar uma música que ela sempre pedia "Cura-me Senhor, chegamos chorando juntos."

Certo dia cheguei com um cartão de auto-estima e senti que estava chorando conversamos bastante e a educanda relatou que estava com problemas renais, ela dizia + uma doença silenciosa e sem ninguém para partilhar a minha dor, coloquei a disposição alguns livros e depois curtimos novamente a música de sempre "Cura-me Senhor. Fiquei angustiada e pedi autorização da médica da emergência para que eu pudesse buscar ajuda no Serviço Social daquela instituição, consegui.

APÊNDICE XX

Avaliação do Primeiro Semestre do Curso "Balint na Sala de Aula"

(texto livre)

Goiânia, 20 de Junho de 2006

Relatório Qualitativo

Percebo que através do grupo de estudo, aprendi muito pois desorganizei, o que estava cristalizado dentro de mim. Com esse grupo aprendi ou seja tive um crescimento como profissional, familiar e até mesmo particularmente pessoal).

Durante os estudos de Balint foi pertinente a pedagogia, a professora pode na dose certa também ser um bom remédio, mas no exagero ou no marxismo pode ser prejudicial também. O educador cria vínculo com o educando.

Até ao conhecimento e ajuda da senhora Dire Rita (professora). Percebo que sou hoje uma pessoa diferente, onde tenho mais dado respaldo p/ continuar a nossa jornada.

Abraço Boa férias

um lugar para que ela pudesse morar (casa de apoio). Não tinha benefício nenhum eu sabia que ela estava precisando de algumas coisas de uso pessoal, comprava lençóis ainda escondido na bolsa, fica muito feliz.

Não podendo levar para minha casa, pois tenho 4 irmãos especiais, 2 acomodar e 2 com outras necessidades.

Um dia cheguei no hospital depois de um bom feriado que ela tinha indo a Alto e havia ~~ido~~ sido enterrada como indigente fiquei arrasada e todos falavam para mim que n. tem como fazer nada! Nada mesmo ou fazer alguma coisa.

Senti muito a sua falta ~~pppp~~ Cui que saudade eu tenho das nossas conversas.

O meu nome estava no seu caderno entre pessoas que ela mais gostava... ai que doeu muito mais.