

RESUMO

No presente artigo propomo-nos levantar alguns impasses escolares de crianças adoecidas pelo câncer. Ao constatararmos seus impedimentos à vida escolar buscamos trazer à discussão questões inerentes às barreiras impostas pelo adoecimento, laços sociais e pela própria instituição escola. Nossas intervenções, orientadas pela psicanálise, vêm indicando que a infância, quando inscrita no ambiente hospitalar, sofre mudanças que necessitam uma reorganização dos investimentos libidinais da criança, dos pais e dos profissionais envolvidos no processo. Mesmo que a legislação brasileira reconheça o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional, que escolhas têm esses sujeitos? O que pode um psicanalista, desafiado em sua cidade, responder a esses impasses sem abrir mão de sua ética no laço estabelecido com as áreas da saúde e da educação?

Descritores: *crianças com câncer; adoecimento; doença; psicanálise; educação.*

ENTRE O HOSPITAL E A ESCOLA: O CANCER EM CRIANÇAS

Ruth Helena Pinto Cohen
Amanda Gonçalves da Silva Melo

Crianças com câncer: introduzindo questões escolares

Ao longo da participação no Projeto Brincante, que ocorre no ambulatório de Pediatria do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), surgiu o interesse em investigar as consequências do adoecimento pelo câncer para a vida escolar na infância.

A atividade do Projeto Brincante utiliza a via lúdica como forma de tratamento possível para o mal-estar imposto pelas doenças e pelo ambiente

■ Professora Adjunta da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ

■ ■ Mestranda do Instituto de Psicologia da UFRJ, pesquisadora do projeto Brincante/IP/EEFD/UFRJ, do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa para a infância e a adolescência contemporâneas (NIPIAC)

hospitalar (Cohen, 2009). O brincar como expressão, na qual a criança tem a possibilidade de ver facilitado o seu processo de elaboração do adoecimento, encontra meios de tratar a angústia ao ser, a criança, o agente da ação (Cohen, Faria e Magnan, 2010).

Durante o período em que as crianças participam das atividades do projeto, é possível observar, por meio de diálogos e brincadeiras, as mudanças de rotina e, principalmente, as dificuldades escolares decorrentes do processo de tratamento.

Assim, no trabalho focado com crianças no espaço hospitalar, o cenário é o hospital, a doença e suas peculiaridades. Sujeitos marcados por um diagnóstico médico, pautado em uma patologia clínica, trazem consigo uma série de consequências e modificações em suas vidas, que incluem o afastamento da escola. Neste caso, testemunhamos os dilemas escolares e o fato de o fracasso escolar se encontrar como uma possibilidade, ou dificuldades escolares apresentadas pelas crianças adoecidas. Nosso interesse se volta para os significados de estar fora da escola para uma criança e suas consequências subjetivas.

Nosso objetivo é investigar a incidência de impasses escolares (falta, repetência, fracasso escolar) em crianças adoecidas pelo câncer. Analisaremos os aspectos psíquicos envolvidos no adoecimento orgânico e sua relação com a escola. Sabemos que diante do adoecimento, a criança vivencia

situações inerentes a esse enquadre. A classe hospitalar é um dos caminhos possíveis para encaminhar questões que se apresentam neste contexto, ao trazer os conteúdos programáticos para o ambiente hospitalar, busca minimizar as consequências do afastamento da escola e auxilia a criança no acesso à educação. Existem outros caminhos para o enfrentamento do problema: o recurso de professores particulares, a abertura da escola para a realização de diferentes avaliações e, até mesmo, a interrupção temporária das aulas regulares durante o tratamento. Tais caminhos dependem da importância da educação para cada família e principalmente para o sujeito adoecido. O que representa a escola/educação para cada sujeito, no momento do adoecimento e ou ao longo do tratamento? Este aspecto do problema é o que pretendemos trazer à luz do debate neste artigo.

Estamos interessados no estudo da psicanálise aplicada, pautado em dois eixos: Psicanálise aplicada à educação e a Psicanálise aplicada à saúde, em articulação com a educação, ou seja, pretendemos interrogar essa rede.

Gonçalves e Valle (1999) estudaram o significado que o abandono escolar tem para as crianças com câncer e concluíram que o absentismo representa muito mais que apenas prejuízos acadêmicos. Por meio de seu estudo, apresentaram como empecilhos à escolaridade questões inerentes ao adoecimento e tratamento (pro-

blemas de saúde como febre, dor, fraqueza, sonolência), questões sociais (curiosidade despertada na escola pela alopecia e pelo uso de máscaras de proteção) e, ainda, barreiras impostas pela própria escola (burocracia, inflexibilidades).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer INCA (Brasil, 2008), o câncer pediátrico tem um índice de até 3% em relação a todas as neoplasias na maioria da população brasileira, e a previsão para esse ano é de cerca de 351.720 casos novos de câncer; destes, cerca de 9890 casos novos acontecerão em crianças e adolescentes até 18 anos. Os tumores pediátricos têm características peculiares, são de crescimento rápido e, no entanto respondem melhor aos tratamentos e são considerados de bom prognóstico. Dos cânceres infantis, a Leucemia é o tipo mais frequente – particularmente a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) –, além do Linfoma não-Hodgkin, os tumores do sistema nervoso, tumores ósseos e o retinoblastoma.

Perina, Mastellaro e Nucci (2008) salientam que vinte anos atrás a cura significava sucesso terapêutico; porém, atualmente, a verdadeira cura do câncer exige alcançar o potencial biológico, intelectual, psíquico, emocional e social que acompanha a criança quando esta é acometida pelo câncer e submetida ao tratamento. Assim faz-se necessário o acompanhamento multiprofissional da criança em todas as fases, desde o diagnóstico, durante

e após o tratamento.

Psicanálise e Medicina: de que saber se ocupam?

A nova lógica de mercado globalizada amplia a rede de intercâmbio entre diferentes saberes, mas, por outro lado, acaba banalizando e promovendo informações superficiais, transformando todos em sabedores de tudo um pouco. É comum pacientes chegarem aos consultórios dos psicanalistas trazendo seu próprio diagnóstico encontrado no site de busca google. Há uma espécie de homogeneização dos saberes. Contudo, diante do cenário de nosso estudo, acreditamos que não existe um saber que sirva de medida comum, pois este só é um bem se intercambiável.

Ao estudarmos a criança adoecida no cenário hospitalar, estamos diante de diferentes abordagens e, dentre elas, destacamos a médica, a psicanalítica e a educativa. Nossa intervenção é orientada pela psicanálise com suas especificidades; entretanto, não pretendemos psicanalisar os referidos campos de saber. Nosso desafio em fazer laço de trabalho com a ciência médica e com a educação nos impôs a criação de dispositivos que viabilizassem esse intercâmbio. Supomos que, ao acolhermos o ineducável pulsional, que escapa a toda tentativa de simbolização, podemos dar um tratamento possível ao que

resta e insiste em se presentificar à revelia de toda forma de controle, seja de ordem médica ou educativa. A partir da psicanálise, acreditamos que o adoecer e o educar se fazem na singularidade dos casos e é deste ponto de ancoragem que operamos.

Campos (2003) estabelece distinções entre a ciência geral e a psicanálise. Defende a ideia de que a ciência geral, e nela inclui a medicina e a própria psicologia, tem como característica o determinismo e a especialização; já a psicanálise se preocupa com o singular, com o real que escapa a todo controle simbólico. O saber constituído pela medicina é estabelecido e preso a mecanismos de compreensão e normas extraídas de seus manuais (guidelines). A psicanálise quando aplicada é desespecializada, ou melhor, se há alguma especialização é quando visa ao sujeito em sua singularidade. Isso traz consequências à pesquisa psicanalítica já que: “a pesquisa psicanalítica marca sua diferença em relação às demais abordagens pelo menos em dois pontos fundamentais: primeiro, porque ela não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população, pois seus resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto que torna a pesquisa pública” (Iribarry, 2003, p. 117).

A psicanálise, quando aplicada à medicina, não opera no campo mé-

dico, tampouco no campo paramédico. A psicanálise se aplica em seu próprio campo, já que o inconsciente “existe” ao campo médico. São áreas de saber distintas: enquanto a medicina visa primordialmente, na criança, sua patologia, a psicanálise busca escutar o sujeito do inconsciente e seus desejos. Não estamos com isso privilegiando saberes, apenas apontamos que existem especificidades que devem ser respeitadas, quando se trabalha em redes interdisciplinares.

Miller (2001) retrata que a exemplo do discurso científico, Lacan exige em psicanálise, a certeza, sim – ele liga certeza ao real, mas distingue dois reais: existe o real para a ciência (médica) e existe um outro real para a psicanálise, que é o real do inconsciente. É justamente esse real, essa verdade disjunta do saber, que irrompe na cadeia lógica do sentido causando o fora de sentido, que a psicanálise se debruça.

Cabe ressaltar que, em toda discussão que se pretende metodológica e epistemológica séria sobre a relação da Psicanálise com a ciência, é preciso saber qual concepção de ciência norteia os diferentes argumentos.

Mas o que é ciência? Para entendermos a conceituação de ciência nos valem de Alberti e Elia (2008), que defendem a Ciência como o modo de produção de conhecimento seguindo padrões estabelecidos por Galileu e interpretados pela arquitetura discursiva de Descartes. Galileu criou o método hipotético-dedutivo, caracte-

rizado pela obediência ao princípio da contingência e da universalidade, cabendo a ciência esclarecer o objeto. Freud se insere nessa linhagem. A Psicanálise, neste sentido, é derivada do método inaugural da ciência moderna, e se não permanece no campo da ciência, é porque opera uma subversão radical e introduz, o que o discurso da ciência exclui: o sujeito. “A psicanálise opera com o sujeito, o mesmo da ciência, que no entanto sobre ele nada opera” (2008, p. 784).

Descartes afirma a certeza do cogito – Penso, logo sou. O homem, no primeiro momento do cogito ganha estatuto do *ser* porque *pensa*, passa assim a existir, porque é passível de inscrição no simbólico. Descartes distinguiu um mundo em que as coisas existem através da representação conceitual deixando de fora, onde as coisas não são conceituadas. Cria assim, o discurso da Ciência (Alberti & Elia, 2008, p. 787). Depois de Descartes, o discurso da ciência propõe que seu campo de estudo é composto de representações, que estão submetidas às leis específicas de cada ciência e não podem ser transportadas para outros campos. Contudo, de acordo com Alberti e Elia, a Psicanálise não cabe inteiramente do campo das representações. Assim, podemos dizer que “a psicanálise é filha da ciência na medida em que se atém as determinações criadas por Descartes, segundo as quais há um pensável e um impensável, um conceituável e um impossível a conceituar” (2008, p. 788)

Se a grande preocupação freudiana era verificar o vínculo da psicanálise com a Ciência, foi com Lacan que o alcance de Freud sobre esta relação pode ser explicitada ao introduzir três registros fundamentais – real, simbólico e imaginário –, registros nos quais o ser falante transita. A psicanálise se distingue da ciência na medida em que não se restringe a estudar o pensável, o dizível, mas também se ocupa do impensável, do indizível e do impossível de conceituar.

Lacan (1998), em “Ciência e verdade” não define o psicanalista como um cientista entre outros e estabelece uma interessante equivalência entre os sujeitos do inconsciente e da ciência. Um axioma retrata essa articulação: “o sujeito sobre o qual a psicanálise opera não pode ser senão o sujeito da ciência” Para ele, “o homem da ciência não existe, mas apenas seu sujeito” (Lacan, 1998, p. 873).

A ciência moderna determina um modo de constituição do sujeito, fazendo uso da mesma lógica da matemática, como um sujeito sem qualidades. Para Lacan, neste momento de seu ensino, o sujeito da ciência é tão somente uma dedução do pensamento. Se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, o sujeito não está representado nessa estrutura senão como causa.

De acordo com Campos (2003) há os que semeiam a psicanálise sem sair e aqueles que saem para semear. Estamos do lado dos que saem para semear, semeiam a psicanálise fora de seu território, aplicada à terapêutica nas instituições não-psicanalíticas como no hospital e nas escolas e, em nosso caso com a criança adoecida que está entre o hospital e a escola.

Assim, a pergunta que vem se impondo desde o início de nosso trabalho é: como as políticas de educação pública vêm tratando a escolaridade das crianças adoecidas em nossa cidade, e sob que lógica se alicerçam os projetos que visam minimizar esse afastamento escolar?

Propomos trabalhar com a suposição de que, neste contexto, as crianças adoecidas sofrem tensões diante das demandas dos três grandes “Outros institucionais” com os quais se vê imersa: a família, a escola e o hospital. Supomos que essas demandas são vivenciadas de forma diferenciada por elas, podendo promover impasses escolares.

A partir dessa hipótese, nos interrogamos sobre qual a função do psicanalista diante desses impasses? Faz parte de seu campo participar da dimensão política de um estado democrático capitalista? Qual sua inserção na cidade? Para refletirmos sobre qual a relação possível entre um psicanalista e a dimensão política de problemas

que ocorrem em sua cidade, buscamos alguns subsídios na obra de Lacan e outros autores contemporâneos.

Psicanálise e as Políticas Públicas em Educação

Retomando Cohen (2006), afirma-se que a política é um processo de articulação de três elementos – o povo, as organizações políticas e sociais, e o Estado. De acordo com Badiou (1994) a política “é a representação por organização do conflito dos interesses e das ideologias” (1982, p. 54). Contudo, assim como a autora, interessa-nos o “abandono da ideia de representação, visto que uma política não representa ninguém, e ela só se autoriza por si mesma” (p. 54).

Ao considerarmos que a política se autoriza por si mesma permite repensar o campo das políticas em educação e a função desempenhada pela psicanálise. Podemos refletir sobre uma política de uma determinada comunidade ou grupo, e em específico de uma prática educativa ligada às crianças adoecidas pelo câncer. De acordo com Miller e Laurent (1998), o poder local e circunscrito se inscreveria na lógica dos “comitês de ética”, ou seja, tomaria como base de sua ação a lógica local ou contingente. De acordo com Cohen (2006): “uma política educativa que se inscreve em uma comunidade e se organiza

de maneira contingente consegue ajustar seus programas educacionais à lógica de seu próprio funcionamento nessa comunidade, ou seja, particularizar o universal e retraduzir o poder dos impossíveis freudianos: analisar, educar e governar” (p. 48).

A psicanálise inserida na temática da política e da ética oferece possibilidades de trabalhar os problemas que se inserem no coletivo, na pólis. Laurent propõe que a psicanálise deve ser desafiada. Segundo este autor: “é preciso passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa, um analista sensível às formas de segregação, um analista capaz de entender qual foi a sua função e qual lhe corresponde agora” (2002, p. 209).

A partir destas indagações pensamos como o psicanalista pode trabalhar com as políticas educativas das crianças adoecidas pelo câncer, principalmente nos períodos de internação para o tratamento e após a alta hospitalar. Quais políticas educativas auxiliam essas crianças nos dias de hoje?

A criança adoecida e a escola: a classe hospitalar

Diante de situações de adoecimento por câncer, o tratamento longo e agressivo inviabiliza a manutenção da rotina da criança, repercutindo na vida escolar. Os principais pontos conflitantes no cenário social, em específico na escola perpassam: desempenho acadêmico comprometido por faltas; assistência inadequada da escola diante do não saber como lidar com a doença; barreiras impostas pela própria escola (inflexibilidade, burocracia); e no cenário subjetivo são as limitações físicas impostas pelo tratamento, as mudanças corporais, a angústia de espera pelos procedimentos médicos invasivos (quimioterapia, radioterapia etc.) e as restrições sociais.

A escolaridade das crianças com câncer se insere na mentalidade inclusiva, difundida no mundo ocidental, voltada não só para crianças com algum tipo de deficiência orgânica ou mental, mas também para grupos excluídos do processo formal de aprendizagem. Os movimentos inclusivos remetem ao cumprimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

Segundo Amiralian (2005), para as escolas realizarem seu papel de inclusão de alunos com dificuldades ou deficiência é preciso que

haja uma verdadeira compreensão a respeito desse aluno, suas limitações, potencialidades e capacidades.

A legislação brasileira reconhece o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional. A esse respeito, merece destaque a formulação da Política Nacional de Educação Especial (Brasil /MEC, 1994; 1995). Essa propõe que a educação em hospital seja realizada por meio da organização de classes hospitalares. O Conselho Nacional de Educação sugere a denominação “classe hospitalar” para o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. (Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica/Resolução de 2001).

Em caso de internações, as crianças contam com a classe hospitalar para auxiliá-las a manterem o contato com o ensino. Nesta modalidade de ensino, o professor procura adequar a programação da classe hospitalar à programação em andamento nas classes originais dos alunos. As crianças internadas passam a ser alunos temporários da educação especial por estarem afastados do universo escolar.

Segundo Ortiz e Freitas (2001), a intervenção educacional assume o risco de insinuar a existência do mundo extra-hospitalar. Torna-se necessário dar um novo significado a con-

cepção do hospital como um cenário asséptico para vislumbrar um espaço onde a vida acontece, onde é aceito tudo o que faz parte da vida.

A participação da criança hospitalizada, mesmo no regime domiciliar de estudos, como na classe escolar, faz com que se perceba ainda membro de uma classe, fortalece o desejo de pertencimento social; o afastamento prolongado ou ausências esporádicas da escola não produzirão tantos prejuízos acadêmicos.

Segundo Ortiz e Freitas, a assistência escolar deixa de ser vista como uma “ocupação do enfermo” e passa a ser essencial ao tratamento terapêutico. Acreditamos, com esse autor, que a ação da classe hospitalar tem a intenção de não recuar frente à doença, não se propõe agir com o arsenal curativo da medicina, mas, antes com uma atenção dada a um fator importante na vida da criança, seu direito à escolarização. Assim, consideramos que a educação pode assumir uma proposta recriadora resgatando a possibilidade de a criança “brincar” com o conhecimento e fazê-lo um instrumento de autonomia e reconstrução de vida. (2001, p. 72).

Ceccim (1999, p. 43) compreendem a proposta educativo-escolar como uma vertente que apresenta regularidade e responsabilidade com as aprendizagens formais da criança. Trabalham através da “formulação de um diagnóstico de atendimento e da formulação de um prognóstico” à alta hospitalar.

Os professores da classe hospitalar contam com especificidades em sua interação com as crianças, uma vez que devem ter predisposição para as trocas afetivas e a sensibilidade às condutas físicas e emocionais das mesmas. Atribuem um olhar especial ao aluno, garantindo-lhe um papel de articulador ativo nas relações de aprendizagem e superação do adoecimento. Ceccim e Ramalho (1997) retratam que a escuta diferenciada pelos professores implica: “apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas... busca perscrutar os mundos interpessoais para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade” (p. 31).

Valle e Ramalho (2008) desenvolvem um programa denominado *Programa de Reinserção escolar de crianças com câncer*, no momento em que a criança com câncer pode voltar à escola regular. Esse programa possibilita a abertura de canais de comunicação entre o hospital e a escola, e tem como objetivo ajudar a criança durante e após o adoecimento pelo câncer por equipes de saúde. Não aprofundaremos a discussão sobre essas políticas, mas apenas apontamos a necessidade de se criar, cada vez mais, dispositivos de inclusão da criança adoecida, por câncer, ao espaço escolar.

Escola hospitalar: a não escola

Marchesan, Bock, Petrilli, Covic & Kanemoto (2009) definem a escola hospitalar como uma não-escola. Baseiam essa definição em Campos (1980), quando este publica seu ensaio “Serafim: um Grande Não-livro” acerca da obra de Serafim Ponte Grande, do escritor Oswald de Andrade. Campos se dirigia a essa obra singular caracterizando-a como um não-livro, uma vez que o texto de Oswald não era um livro padrão, não trazia as características costumeiras dos livros daquela época. Produzia no leitor o seguinte efeito: reconhecimento do livro mesmo que não via nele marcas típicas dos livros. Havia uma especificidade na obra que a diferenciava, porém havia algo que a aproximava, que permitia que o público a reconhecesse. O próprio Campos afirma que temos assim, um não-livro.

Marchesan et al. mostra “a escola no hospital como uma não-escola, porque ela está despida de elementos fundamentais que garantem o fato de a instituição escolar ser vista como tal pelos alunos-pacientes (amigos, ambiente físico próprio e o recreio, dentre outros). Ao mesmo tempo, ela carrega especificidades quanto a sua atuação e se afirma enquanto espaço escolar através da ação do professor hospitalar, do vínculo com a escola de origem do aluno e pelo papel representado pelo saber.” (2009, p. 478). Acreditamos na relevância do estudo da experiência da educação hospitalar na sua dimensão subjetiva a partir dos sentidos que o sujeito constrói, “na medida em que dá voz àquele que é o alvo desse tipo de atuação: o aluno-paciente” (p. 479), garantindo assim, a possibilidade de realização de um trabalho alinhado às necessidades desses indivíduos.

O professor hospitalar passa a ter uma proximidade em relação ao aluno-paciente e acompanha a nova rotina do aluno permeada pela doença e o tratamento. Marchesan evidencia: “o aluno estuda enquanto se trata, e se reveste de um caráter que não é apenas pedagógico: a aula permite ao aluno esquecer por alguns momentos a sua doença e faz com que ele acredite na possibilidade de continuar nas suas atividades. Dessa forma, a ação docente age potencializando o sujeito, na medida em que oferece alternativas de atividade e continuidade escolar que vão além da doença” (2009, p. 489).

Marchesan et al. (2009) tratam o aluno no hospital como aluno-paciente e não como paciente-aluno, uma vez que mesmo que tenhamos inicialmente a percepção do sujeito como alguém que

está no hospital para se tratar, sendo no primeiro momento paciente, entendemos que realização da aula é singular e diferenciada. A aula aparece como um espaço no qual o indivíduo sai da posição de paciente, submetidos aos diversos olhares dentro do hospital e passa a ser ativo, atuante.

Para garantir o caráter escolar no espaço hospitalar, faz-se necessário não apenas a figura do professor, mas também a relação entre a vivência escolar e o que seria a função da escola de origem na percepção dos sujeitos-crianças. Vale ressaltar que a escola hospitalar apresenta uma forte ligação com a escola de origem, através dos contatos regulares, dos programas enviados para ser trabalhado com o aluno, e dos relatórios enviados à escola de origem, que servem como uma avaliação. Na ausência dessa ligação, a escola hospitalar teria seu sentido esvaziado porque não garantiria a continuidade escolar, e o passar de ano dos alunos. Esta ideia de continuidade e de futuro é a questão central na vida dos pacientes com câncer. Parece que o vínculo de futuro que a escola herda da escola de origem ganha novas significações no espaço hospitalar (Marchesan *et al.*, 2009, p. 490). Tal ideia de futuro passa a ser de grande relevância uma vez que o câncer a rapta e tem no imaginário social sua relação com a morte, como afirma Sontag (1984).

A escola auxilia a promover um resgate do mundo da criança anterior

à doença, cuja perda é sentida, como diz Valle (1997), com vivências da doença e da hospitalização. “Há uma tensão entre a necessidade de dar significado à possibilidade da morte e aos sofrimentos da doença e do resgate e da vivência do mundo fora do hospital, representado pela aula e pelo conhecimento” (2009, p. 491). A escola hospitalar se apresenta como uma possibilidade de o sujeito se manter vinculado a sua escolarização e as suas perspectivas de futuro.

A escola pré-ocupa o sujeito, como sugere Cortella (1998), e traz elementos para que ela preencha espaços antes ocupados apenas pelo hospital, pela doença e pela morte?

Vemos que no contexto hospitalar se inserem diversas aprendizagens: a aprendizagem ofertada pelo professor da classe escolar, a aprendizagem da medicina sobre a doença e seu tratamento, a aprendizagem da família que deve lidar com as limitações da doença da criança. Desse encontro contingente, cabe ao analista oferecer um espaço onde cada um possa construir, em cada caso, um “saber fazer com isso”, possibilitando, por meio da sua prática, a emergência do desejo e a abertura para a palavra da criança. Espaços que levam em conta a história de cada um e suas possibilidades de subjetivação.

A criança e a doença: investimentos libidinais

A criança adoecida se depara com o seu diagnóstico e como uma conseqüente mudança de vida. Dependendo da doença e do diagnóstico, enfrenta períodos de frequência constante nos ambulatórios e de longas internações. O seu universo, que antes era composto pela família, amigos e escola, ganha dois novos componentes: o hospital e a doença. Diante desta grande mudança, seus investimentos libidinais necessitam ser reorganizados, reestruturados de acordo com a nova lógica de funcionamento na qual está inserida.

Encontramos em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (Freud, 1980a/1914), uma importante contribuição freudiana sobre os investimentos libidinais, texto no qual Freud dá ênfase à teoria da libido e acrescenta alguns pontos a sua teorização. Segundo ele, temos um investimento libidinal original do eu, que é posteriormente transmitido aos objetos, os investimentos objetivos. Indica-nos que estes podem ser transmitidos e retirados, como uma espécie de balança energética, de acordo com o investimento empregado ao objeto. Nesse texto, Freud avalia a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido. Diz: “uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento... o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para o seu ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (1980a/1914, p. 89).

Freud (1980b/1914) nos auxilia a pensar que as crianças adoecidas retiram seus investimentos libidinais dos objetos voltando-os para o seu próprio eu, só reinvestindo neles novamente, quando se recuperam. Indica que existem alterações na distribuição da libido resultantes de modificações do eu. Logo, como crianças com câncer vão se interessar por assuntos escolares? Seguindo essa ideia freudiana a libido esta canalizada para o “eu-corpo” com sua doença, seus sintomas, traduzidos também em dor psíquica, entretanto testemunhamos em nossa prática um caminho para o tratamento não só do corpo, mas das angústias decorrentes de sua nova condição de vida no hospital. As crianças viram grandes especialistas de suas patologias, medicações e exames. Se inserem nos “dialetos médicos”, como se estivessem estabelecendo uma nova linguagem e novas formas de aprendizagens que se somam ao processo formal.

O psicanalista desafiado pela criança adoecida por câncer deve estar atento a lógica do ideal e do “para todos” da educação e da saúde, que podem produzir a segregação do sujeito. O profissional orientado pela psicanálise ao presentificar o seu não-saber sobre a doença e o doente, cria um espaço de escuta não só para as crianças, mas para a equipe escolar (escola de origem e classe escolar do hospital). A partir de sua presença desejante deve acolher o trabalho de cada um e criar um espaço de circulação da fala, possibilidade de se evitar a objetivação do sujeito (Di Ciaccia, 2003).

Considerações finais

Privilegiamos neste texto apontar algumas reflexões sobre os impasses escolares vividos por crianças adoecidas por câncer e as formas de enfrentamento que as políticas educacionais vêm desenvolvendo. Nosso interesse, entretanto, versa sobre os aspectos psíquicos envolvidos no adoecimento orgânico e sua relação com a escola. Vemos que diante do adoecimento a criança vivencia situações inerentes a esse enquadre e surgem possíveis impedimentos à vida escolar com toda carga psíquica que essa exclusão implica: a dor psíquica inerente ao adoecimento, os novos laços sociais estabelecidos, além de barreiras impostas pela própria instituição escola.

Ao estudarmos a criança adoecida, no cenário hospitalar, estamos inscritos em uma rede tecida pela área médica: a psicanálise e a educação. Retomando Miller (2001) ao retratar que a exemplo do discurso científico, Lacan indica que na psicanálise há certezas, mas que estão ligadas ao real, distinguindo dois reais: o real para a ciência (médica) e um outro real para a psicanálise, próprio ao inconsciente, tentamos extrair consequências em nossas intervenções no dispositivo implantado pelo Projeto Brincante, a partir deste último. Não trouxemos o cotidiano da prática deste projeto, pois desejamos refletir sobre as ações realizadas pelas políticas públicas e seus saberes em rede com o saber inconsciente.

Na busca de demarcarmos o saber da psicanálise, a situamos como derivada do método inaugural da ciência moderna, e se não permanece no campo da ciência é porque opera uma subversão radical introduzindo o que o discurso da ciência exclui: o sujeito. Assim vemos que são campos de saberes distintos, mas que podem dialogar entre si. Enquanto a medicina visa tratar a patologia da criança, a psicanálise visa escutar o sujeito e seus desejos. Dando voz ao sujeito observamos que a infância, quando inscrita no ambiente hospitalar, sofre mudanças que necessitam uma reorganização dos investimentos libidinais principalmente da criança. Indica que existem alterações na distribuição da libido resultantes de modificações no “eu-corpo”. Levantamos as dificuldades dessas crianças ao se interessarem por assuntos escolares em consequência dessa contingência e como a doença, seus sintomas e a sua dor psíquica tomam o ser do sujeito. Esses pequenos sujeitos transformam-se em grandes especialistas de suas patologias, medicações e exames, se inserindo nos “dialetos médicos”, estabelecendo uma nova linguagem e novas formas de aprendizagens.

Verificamos que a legislação brasileira reconhece o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional. A classe hospitalar, como uma estratégia pedagógica, é um dos caminhos possíveis para encaminhar questões que se apresentam neste contexto. Ao trazer os conteúdos programáticos para o ambiente hospitalar, essas iniciativas, buscam minimizar as consequências do afastamento da escola auxiliando a criança no acesso à educação. Funcionam como uma não-escola e possuem características que as afastam da escola de origem, ao mesmo tempo em que as aproximam de um espaço escolar. Essa “nova escola” pode ser vivida como agenciadora de processos de aprendizagem, de desen-

volvimento intelectual e de interação entre pares. Parece compor um novo quadro de qualidade de vida, e auxilia a construir sentidos para ressignificar o adoecimento. Mas e quanto ao atendimento psíquico? Este deve ser ofertado, não vem a priori e precisa ser construído caso a caso. A psicanálise, nesse contexto, não resiste, insiste em fazer de sua prática uma participação que não saia do campo de sua ação, mas que com ela possa aprender e recriar seu campo de intervenção. ■

ENTRE EL HOSPITAL Y LA ESCUELA: EL CÁNCER EN NIÑOS

RESUMEN

En el presente artículo nos proponemos a investigar las difíciles situaciones de niños enfermos por cáncer. Al percibir sus obstáculos a la vida escolar, buscamos discutir cuestiones inherentes a las barreras impuestas por la enfermedad, a los lazos sociales y la propia institución escolar. Nuestras intervenciones, basadas por el psicoanálisis, vienen apuntando que la infancia, cuando inscrita en un ambiente hospitalario, sufre cambios, que necesitan una reorganización de las inversiones libidinales del niño, de los padres y de los profesionales envueltos en el proceso. Aunque la legislación brasileña reconozca los derechos de los niños y adolescentes hospitalizados al atendimento pedagógico-educativa, en este panorama, ¿qué elecciones tienen esos niños? ¿Qué puede un psicoanalista, provocado en su ciudad, contestar a esos obstáculos sin renunciar de su ética, en el enlace establecido entre las áreas de la salud y de la educación.

Palabras clave: *niños con cáncer; la enfermedad; el psicoanálisis; la educación.*

BETWEEN THE HOSPITAL AND SCHOOL: CANCER IN CHILDREN

ABSTRACT

In this paper we propose to raise some dilemmas of school children fell ill with cancer. When we realize their impediments to school we seek to bring into discussion issues related to barriers imposed by illness, social ties and the school institution itself. Our guided interventions by psychoanalysis have indicated that childhood, when entered in the hospital, undergoes changes that require a reorganization of libidinal investment of the child, parents and professionals involved in the process. Even though Brazilian law recognizes the right of children and adolescents admitted to the pedagogical-educational service, which choices are the subject child? What can a psychoanalyst, challenged in his city, to respond to these dilemmas without sacrificing their ethics in the bond established with the areas of health and education?

Index terms: *Children with cancer; illness; psychoanalysis; education.*

REFERÊNCIAS

- Alberti, S e Elia, L. (2008). Psicanálise e ciência: o encontro dos discursos. *Revista mal-estar e subjetividade*. Fortaleza, 3(3), 779-802.
- Amariliani, M. L. T. M (2005). Desmistificando a inclusão. *Psicopedagogia*. São Paulo, 22(67), 59-66.
- Andrea, M. L. M (2008). Oncologia Pediátrica. In V. A. Carvalho (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 477-95). São Paulo: Summus.
- Assembléia Geral das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A(III) da Assembléia Geral das Nações Unidas*. Recuperado em 05 de outubro de 2010 de http://portal.ny.gov.br/sedh/ct/legis_intern/dolh_lib_inter_universal.htm
- Badiou, A. (1994). *Para uma nova teoria do sujeito*. Rio de Janeiro: Relumê- Dumará.
- Brasil. (1994). Ministério de Educação e cultura (MEC). *Secretaria Nacional de Educação Especial*. Política nacional de educação especial. Brasília, 49p.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Instituto Nacional de Câncer*. Particularidades do câncer infantil. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=349>. Acesso em 10 mar 2009.
- Campos, H (1980). Scrafim: um grande não-livro. In O. Andrade. *Obras Completas de Oswald de Andrade* (vol 2). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Campos. S. P. R (2003). Psicanálise aplicada à medicina: O avesso do gold santard. *Opção Lacaniana*, 38, 34-37. Disponível: Biblioteca On Line EBP – <http://www.ebp.org.br/biblioteca/biblioteca.html>.
- Ceccim, R. B. (1999). Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Revista Pedagógica Pátio*, 10, 41-44.
- Ceccim, R. B & Carvalho, P. R. A. (1997) *Criança hospitalizada:atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: editora da UFRGS.
- Cortella, M. S. (1998). *A Escola e o Conhecimento*. São Paulo: Cortez.
- Cohen, R. H. P. (2006). *A lógica do fracasso escolar: psicanálise & educação*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria.

- _____ (2009). Projeto Brincante: uma experiência no espaço hospitalar. Ano 7, col. LEPSI IP/FE-USP.
- Cohen, R. H. P.; Fajardo, M.; Tomaz, M. B. P. et al. (Orgs.) (2007). *Projeto Brincante*. In Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG). Rio de Janeiro: 2007-2008. Disponível em: <<http://www.sigma-foco.scire.coppe.ufrj.br/UFRJ/SIGMA/projetos>>. Acesso em: 15/03/2009.
- Cohen, R. H. P., Faria, M. F., Magnan, V. C. (2010). Projeto Brincante: o brincar no ambiente hospitalar. In C. A. Mattos & A. M. Heinsius (Orgs.). *Psicomotricidade na saúde*. Rio de Janeiro: Walk Editora.
- Di Ciaccia, A. “Inventar a Psicanálise na Instituição”. In *Os Usos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
- Freud, S. (1980a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Tradução de J. Salomão, Vol 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- _____ (1980b). A teoria da libido e o narcisismo. In S. Freud. *edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol 16, pp. 413-431. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Gonçalves, C. F. & Valle, E. R. (1999). O significado do abandono escolar para a criança com câncer. *ACTA Oncologia Brasileira*, v. 19, n. 01, pp. 273-279, jul/dez. 1999.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), (pp. 115-138) Rio de Janeiro (online).
- Lacadée, P. (1988). Allí donde están los niños: lo social en singular. CIEN y sus laboratorios: encuentros y resultados. *Cuadernos del CIEN*, 2. 108-113.
- Lacan, J. (1965/1998). Ciência e verdade. In *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro-Jorge Zahar.

- Marchesan, E. C; Bock; A. M. B, Petrilli; A. S, Covic, A. N & Kanemoto, E. (2009). A não-escola: Os sentidos atribuídos à Escola e ao professor hospitalares por pacientes oncológicos. *Revista ciência e profissão*, 29(3), 476-93.
- Miller, J. A. (2001). Um Real para a Psicanálise. *Revista Opção Lacaniana*, 32. Dezembro de 2001. Comentário improvisado por ocasião do “Seminário das sete sessões” em Setembro-Outubro 1996.
- Miller, J. A & Laurent, E. (1998). O Outro que não existe e seus comitês de ética. *Curinga*, 12, 1996-7, Belo Horizonte.
- Moreira, G. M. S & Valle, E. R. (2008). A reinserção escolar de crianças com câncer: desenvolvimento de uma proposta interprofissional de apoio em oncologia pediátrica. In V. A Carvalho, (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 518-28). São Paulo: Summus.
- Moreira, G. M. S. (2002) *A criança com câncer vivenciando a reinserção escolar: estratégia de atuação do psicólogo*. Dissertação de Mestrado em ciências: Psicologia – Faculdade de filosofia, Ciências e Letras de Riberão Preto – USP. Riberão Preto, SP.
- Ortiz, L. C. M & Freitas, S. N (2001). Classe Hospitalar: um olhar sobre sua práxis educacional. *Revista brasileira de estudos pedagógicos*. Brasília, 82, 70-77. Recuperado em 19 de Maio de 2010, da Scielo (scientific Eletrocnic library Online): <http://www.scielo.br>.
- Perina; E. M, Mastellaro, M. J & Nucci, N. A. G. (2008). Efeitos Tardios do Tratamento do Câncer na Infância e na Adolescência. In Carvalho, V. A (org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 496-504). São Paulo: Summus.
- Sontag, S. (1984). *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.
- Valle, E. R. M. (1997). *Câncer Infantil: compreender e agir*. Campinas, SP: Psy.
- Valle, E. R & Ramalho, M. A. N. (2008). O câncer na criança: a difícil trajetória. In Carvalho, V. A. (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 506-16). São Paulo: Summus.

ruthcohen@uol.com.br
amandagsmelo@gmail.com

Recebido em outubro/2010

Aceito em dezembro/2010