

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**PÉRSIA KARINE RODRIGUES KABATA FERREIRA**

**O APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO PACIENTE EM TRATAMENTO  
PROLONGADO: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

Uberlândia/ MG

2011



**PÉRSIA KARINE RODRIGUES KABATA FERREIRA**

**O APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO PACIENTE EM TRATAMENTO  
PROLONGADO: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da professora Dra. Maria Irene Miranda.

Área de concentração: Saberes e práticas educativas

Uberlândia/ MG

2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.**

---

F38      Ferreira, Pérsia Karine Rodrigues Kabata, 1973-  
3h      O apoio psicopedagógico ao paciente em tratamento prolongado  
[manuscrito] : uma investigação sobre o processo de aprendizagem no Hospital  
de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia / Pérsia Karine Rodrigues  
Kabata. - 2011.

122 f.

Orientadora: Maria Irene Miranda.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Progra-  
ma de Pós-Graduação em Educação.

Inclui bibliografia.

1. Pacientes - Educação - Teses. 2. Educação sanitária - Teses. 3. Saúde –  
Teses. 4. Hospitais - Teses. I. Miranda, Maria Irene. II. Universidade Federal de  
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

---

CDU: 37:61

**PÉRSIA KARINE RODRIGUES KABATA FERREIRA**

**O APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO PACIENTE EM TRATAMENTO  
PROLONGADO: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da professora Dra. Maria Irene Miranda.

Área de concentração: Saberes e práticas educativas

Uberlândia, 27 de Abril de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Irene Miranda- FACED/UFU  
(Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Myrtes Dias da Cunha- FACED/UFU  
(Membro Efetivo)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Neide de Aquino Noffs- PUC/SP  
(Membro Externo)



*Aos pacientes que fizeram parte deste estudo,  
todo o meu afeto, a minha gratidão.*





## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por ter me proporcionado todas as condições necessárias para a realização deste trabalho.

À minha *orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Maria Irene Miranda*, pela orientação incansável, pelo carinho, pelo envolvimento e pelo interesse demonstrados durante o desenvolvimento deste estudo.

Ao *Saulo*, amor da minha vida, que sempre incentivou minhas escolhas e me ensina lições de amor e perseverança a cada dia.

Aos meus filhos, *Paulo Artur e Karine*, presenças fundamentais em minha vida. Agradeço-lhes pelo amor, pela paciência e pelo carinho, sem os quais eu não teria conseguido. Obrigado por conseguirem me fazer sorrir, mesmo nos momentos mais difíceis. Vocês representam o amor que me tonifica para o enfrentamento dos desafios cotidianos. Agradeço a Deus pela graça de ser mãe, e de ter filhos com quem partilho tantas afinidades. Amo vocês!

À minha mãezinha, *Cleusa*, pelo amor incondicional. Amo-te demais!

Ao meu pai, *Paulo Kabata*, quanta saudade! Sei que onde estiver estará sentindo o meu contentamento, a minha alegria, por mais esta conquista. Sinto muito não ter dito isto mais vezes, amo-te muito e sempre te amarei.

Às minhas irmãs, *Paula e Paulete*, pelo vínculo de amor e amizade que nos une.

À minha querida *tia Lúcia*, pelo amor e pelo carinho.

Às *Professoras Dr<sup>a</sup> Geovana Ferreira Melo e Dr<sup>a</sup> Myrtes Dias da Cunha*, pelas valiosas contribuições apresentadas enquanto participantes da banca de qualificação deste estudo.

À *Professora Dr<sup>a</sup> Alice Cunha de Freitas*, pelas contribuições desde o início deste trabalho.

À *equipe do Setor de Hemodiálise*, pela acolhida, pela disponibilidade e pelo carinho dispensados a mim durante a realização deste estudo.

Aos *pacientes*, que tanto me ensinaram e que, em muito, desafiaram meus conhecimentos, tornando possível a elaboração deste material.

Às colegas parceiras, *Marcia Prata e Maria José Nascimento*, por me incentivar a trilhar este caminho. A toda a *equipe do Setor de Psicologia e Psicopedagogia da Saúde*, pela compreensão e pelo apoio.



## RESUMO

O presente estudo discute o papel do apoio psicopedagógico no ambiente hospitalar para a recuperação, o desenvolvimento e a aprendizagem de pacientes em situação de tratamento prolongado. Na tentativa de compreender melhor a contribuição desse tipo de apoio para o paciente, esta pesquisa buscou investigar como é possível favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem no ambiente hospitalar, a partir de um trabalho de acompanhamento psicopedagógico; não apenas no que se refere à construção de conhecimento, mas também no que concerne à própria recuperação e à reintegração do paciente. Buscou-se descrever a trajetória, as inquietações que levaram à problemática da pesquisa. Para orientar a busca por respostas para a compreensão do serviço psicopedagógico, optou-se pelo estudo de caso. Fez-se um panorama geral da história das classes hospitalares, modalidade de atendimento educacional que vem se constituindo naquele contexto. A classe hospitalar representa o início das ações educativas no Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), portanto, faz-se necessário compreendê-la para, assim, entender a constituição do serviço psicopedagógico no referido espaço. Buscou-se compreender, com o respaldo do referencial teórico, a psicopedagogia no contexto hospitalar, as possibilidades, os limites e os desafios deste novo campo de trabalho do psicopedagogo. Por meio da análise, constatou-se que os sujeitos desta pesquisa obtiveram alguns avanços. Os dados mostraram que o paciente com insuficiência renal crônica, no setor de hemodiálise, em geral, não está incapacitado para a aprendizagem e, se por um lado o tratamento é um dificultador, por outro, não impede a curiosidade e a disposição do paciente para o desenvolvimento de suas potencialidades; pode inclusive beneficiar as mediações que o atendimento psicopedagógico proporciona na dinâmica do tratamento, bem como na vida fora do hospital. Foi possível oportunizar aos sujeitos pacientes a construção de aprendizagens, como a construção da leitura e escrita, com o envolvimento de aspectos cognitivos e afetivos, tais como a troca de informações sobre sua percepção do hospital e da rotina do tratamento, a partir da colocação de suas opiniões e sentimentos. A inserção do serviço de apoio psicopedagógico no âmbito hospitalar não é um processo linear; vigora a noção de que o hospital é um espaço exclusivo de tratamento da doença, e o paciente é identificado principalmente por sua patologia. O olhar holístico para o sujeito hospitalizado ainda é uma conquista a ser efetivada.

Palavras-chave: psicopedagogia hospitalar; educação; saúde.



## ABSTRACT

The main purpose of the present study was to investigate the role of Psychopedagogical support in hospital environment for the recovery, the development and the learning process of patients in situation of prolonged treatment. More specifically, the study aimed at finding out whether it was possible, through Psychopedagogical assistance, to favor the development of patients' learning process, as well as their recovery and reintegration processes. Taking into account the main concerns that led to the research problem, a case study was carried out in the Hospital de Clínicas de Uberlândia – Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). In order to allow a better understanding of the whole process, a description of the study and a general overview of the history of what is called “hospital classes”, a new modality of educational assistance which is being offered in that context, is presented. Those “hospital classes” represent the beginning and the first step towards the educational actions which are being carried out in the context of the HCU-UFU. Therefore, a detailed description about them is necessary for a better understanding of the constitution of the Psychopedagogical assistance in that context. Based on the theoretical background used for the research, we sought to better understand the possibilities, as well as the limits and the challenges, of this new field of work for the psycho-pedagogues. Results, in a general sense, revealed that the subjects who took part in the research showed some progress, in terms of their learning process. According to the study, patients with chronic renal failure, in the hemodialysis unit, in general, are not incapable of learning, and if, on the one hand, the treatment they are going through may render difficulties, on the other hand it does not prevent or impede the development of patients' natural curiosity and disposition to learn. On the contrary, it may even benefit the mediation which the psychopedagogue provides in the dynamics of treatment as well as in the patient's life outside the hospital. It was possible to provide the patients with the opportunity to construct knowledge and to optimize their learning processes concerning reading and writing skills, together with the involvement of cognitive and affective aspects, such as the exchange of information about their feelings and perceptions of the hospital and the routine of their treatment. The insertion of Psychopedagogical assistance in the hospital is not a linear process. The tendency among people to think of the hospital as place exclusively devoted to providing treatment for patients' diseases is still very strong, and patients are identified primarily by their pathology and their condition. A holistic look at the hospitalized patient is still an achievement to be conquered.

**Key Words:** Psycho-pedagogy in the hospital environment; Education; Health.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

|         |  |
|---------|--|
| ABPp    | Associação Brasileira de Psicopedagogia                    |
| CAPD    | Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua                   |
| CCPD    | Diálise Peritoneal Cíclica Noturna                         |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| ECA     | Estatuto da Criança e do Adolescente                       |
| HC      | Hospital de Clínicas                                       |
| IRC     | Insuficiência Renal Crônica                                |
| LDB     | Lei de Diretrizes e Bases da Educação                      |
| MEC     | Ministério da Educação                                     |
| MG      | Minas Gerais   |
| PNH     | Política Nacional de Humanização                           |
| RDC     | Resolução da Diretoria Colegiada                           |
| SBN     | Sociedade Brasileira de Nefrologia                         |
| SBP     | Sociedade Brasileira de Pediatria                          |
| SEESP   | Secretária de Educação Especial                            |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                     |
| UFU     | Universidade Federal de Uberlândia                         |





## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO I**

#### **CAMINHOS TRILHADOS: DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.... 19**

- 1.1 O Caminho Metodológico ..... 26
- 1.2 O Contexto da Pesquisa ..... 28
- 1.3 Os Sujeitos da Pesquisa..... 29
- 1.4 Instrumentos para a Coleta de Dados..... 30

### **CAPÍTULO II**

#### **CLASSE HOSPITALAR: EDUCAÇÃO EM CONTEXTO DIVERSIFICADO ..... 35**

- 2.1 A Classe Hospitalar no HCU-UFU..... 40

### **CAPÍTULO III**

#### **A PSICOPEDAGOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR ..... 45**

- 3.1 Humanização e Trabalho Psicopedagógico..... 48
- 3.2 Ambiente Hospitalar: Compreensões ..... 52

### **CAPÍTULO IV**

#### **A PSICOPEDAGOGIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFU ..... 61**

- 4.1 A Dinâmica de Funcionamento e o Atendimento Psicopedagógico no Setor de Hemodiálise ..... 61
- 4.2 O Diagnóstico Psicopedagógico no Setor de Hemodiálise: Primeiros Vínculos ..... 66
  - 4.2.1 Insuficiência Renal e suas Implicações: Características e Peculiaridades de Pacientes Submetidos à Hemodiálise ..... 68
  - 4.2.2 Conhecendo Os Sujeitos: História de Vida, Educação e Mudanças..... 74
- 4.3 A intervenção Psicopedagógica no Setor de Hemodiálise ..... 83

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 111**

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 115**

### **ANEXOS**

- ANEXO A - AUTORIZAÇÃO ..... 119
- ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PACIENTE . 120
- ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PACIENTES..... 121
- ANEXO D – ENTREVISTA JORNAL DA UFU..... 122



## CAPÍTULO I

### CAMINHOS TRILHADOS: DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

*O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro? Uma pessoa cujo pensamento está cheio de jardins. O que faz um jardim são pensamentos do jardineiro. O que faz um povo são os pensamentos daqueles que o compõem (ALVES, 2000, p. 24-25).*

É a partir de alguns dilemas, inquietações e do desejo que move a procura pelo entendimento que se busca penetrar esse universo, à primeira vista sem “cor”, carente da presença de sorrisos, de contrastes, de tons, de barulhos: o hospital. As vivências psicopedagógicas, nesse ambiente, instigam a busca de compreensão quanto às possibilidades de promoção do desenvolvimento e da aprendizagem nesse contexto.

O interesse pelos processos de desenvolvimento e aprendizagem, enquanto objeto de pesquisa, iniciou-se na graduação desta pesquisadora e culminou na oportunidade de sua atuação profissional no serviço psicopedagógico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU).

A graduação no curso de Pedagogia da UFU possibilitou o contato com alguns clássicos essenciais à formação de educadora. Referir-se-á a um desses clássicos, sem nenhuma pretensão de desmerecer os outros, devido ao seu significado especial na formação inicial: *Pedagogia da Autonomia*, de Paulo Freire. Ao ler este livro, a pesquisadora viu-se diante de uma proposta de educação em que seus anseios e aspirações pareciam vislumbrar alguns apontamentos: uma educação voltada para o outro e pelo outro, para o desenvolvimento do sujeito na sua totalidade. A partir de leituras como esta, tornava-se possível compreender que as concepções de educação têm a ver com a visão de homem, de mundo e de sociedade e que estas implicavam maneiras de relacionar sujeito e conhecimento.

A visão pejorativa de que o curso de pedagogia forma “a tia professorinha” das séries iniciais ia aos poucos sendo desmitificada à medida que se construía uma ideia de educação em que o ensinar e o aprender estão alicerçados em uma determinada compreensão de mundo e de ciência. Sendo assim, tornava-se evidente que uma concepção de conhecimento sustenta uma forma de ensinar e de aprender.

Como aluna de Iniciação Científica<sup>1</sup>, esta pesquisadora constatou que, nas escolas, apesar do avanço no discurso do professor, ainda prevalecia o ensino tradicional: crianças enfileiradas, excesso de atividades xerocadas, ausência do lúdico, das brincadeiras e das atividades interativas, o que evidenciava uma prática de ensino sem o desejo, o brilho no olhar, tanto do sujeito que ensinava como do sujeito que aprendia. Esta constatação empírica desencadeou uma questão intrigante: como pode se dar o desenvolvimento e a aprendizagem num contexto como o descrito acima?

Ao concluir o curso de Pedagogia e começar a atuar como pedagoga na rede pública de ensino, a mesma questão continuava inquietando a pesquisadora, à medida que observava crianças, no 2º, no 3º e no 4º ano do Ensino Fundamental que, segundo os professores, não acompanhavam o processo de ensino e aprendizagem. Apresentavam dificuldades acentuadas nos processos de leitura, escrita e raciocínio lógico, bem como no desenvolvimento das suas potencialidades. Novas questões surgiram: Por que essas crianças não aprendem? O que acontece na dinâmica escolar que faz com que esses alunos não avancem no processo de aprendizagem?

A escola é um local social contraditório, onde aspectos sociais, teóricos e pessoais se sobrepõem. Ressalta-se, nesta visão, uma preocupação com o social, sem que se perca de vista a dimensão individual, que concebe o conhecimento instrumento básico da dinâmica educativa. Tais pressupostos são contraditórios e incompatíveis com a educação autoritária presente na escola onde atuava a pesquisadora, pois, embora despertasse o intelecto, dificultava sobremodo o pensar independente, tornando os educandos subservientes e com atitudes mecânicas.

A busca de respostas para essas perguntas desencadeava outras: Onde estaria a causa desses problemas: no aluno, na escola, na família? Seria de ordem metodológica, ou o problema estaria no sujeito que aprende? A pesquisadora percebia também pouco vínculo afetivo entre professor e aluno. Foi por essas e outras questões que buscou no curso de

---

<sup>1</sup>Em 2001, a pesquisadora desenvolveu a pesquisa intitulada *Funcionamento, Organização e Prática Pedagógica nas Instituições de Educação Infantil-0 a 6- do Município de Uberlândia-MG*. Para maiores esclarecimentos, ver Ferreira e Mota (2001).

especialização de Psicopedagogia as possíveis respostas ou caminhos que ajudassem a compreender a dinâmica escolar.

O curso de psicopedagogia ofereceu a oportunidade de maior aprofundamento nos estudos acerca do desenvolvimento e da aprendizagem, uma vez que esses processos e seus possíveis desvios constituem o objeto de estudo da psicopedagogia. O curso descortinava, aos poucos, um novo horizonte, oferecendo suporte à medida que apontava caminhos e, ao mesmo tempo, suscitava novas indagações, dúvidas, incertezas, as quais exigiam mudanças, enfrentamento de conflitos, embates, novos olhares, nova postura.

Ao final do curso de especialização, a pesquisadora não se sentia mais a mesma, aliás, o conhecimento tem essa função precípua, modificar as pessoas, abalar as estruturas, fazer ressurgir o novo a partir do velho. A psicopedagogia trouxe contribuições riquíssimas sobre a aprendizagem até então desconhecidas, assim como possibilitou o ingresso da pesquisadora no corpo funcional da Universidade Federal de Uberlândia, como Técnica em Assuntos Educacionais.<sup>2</sup>

O início da atuação em uma nova realidade foi um desafio, pois a experiência profissional compreendia seis anos em escolas regulares da rede pública e particular de ensino, atuando com séries diversificadas, porém sem nenhuma referência à ação educativa em contexto não escolar.

A atuação da pesquisadora como psicopedagoga no HCU-UFU começou na enfermaria de pediatria, com crianças e jovens internados por médio e longo período ou em tratamento prolongado.<sup>3</sup> A chegada neste novo mundo foi penosa no início, devido ao hábito de ver o hospital com os “olhos de visitante”, que enxerga, neste contexto, apenas a dor e o sofrimento. Aos poucos, foi possível percebê-lo além das aparências, em especial no que se refere aos sujeitos pacientes e às suas potencialidades.

Na enfermaria de pediatria, era observado que as crianças que podiam sair do leito procuravam sempre o espaço lúdico, a “Brinquedoteca Algodão Doce”, e a classe hospitalar, que funcionava no parque infantil, na área externa da enfermaria. As atividades eram dirigidas pelos brinquedistas, profissionais que trabalhavam na brinquedoteca, com a participação do setor de psicologia e classe hospitalar. O foco das atividades era o lúdico, as brincadeiras, os

---

<sup>2</sup>O cargo exigia graduação em Pedagogia e pós-graduação em Psicopedagogia. A pesquisadora, lotada no Setor de Psicologia da Saúde e Escola hospitalar foi designada a oferecer o serviço psicopedagógico a pacientes hospitalizados ou em tratamento prolongado.

<sup>3</sup> Considera-se médio o período de internação em que o paciente fica hospitalizado acima de 10 dias e longo a internação acima de 30 dias, podendo se estender a meses ou com repetidas internações.

jogos, de acordo com a necessidade e limitação de cada paciente. Porém, não se observavam outras ações que também focassem o processo de ensino e aprendizagem do sujeito.

O lúdico é uma ferramenta do saber/conhecer que busca transpor as imposições da condição de enfermidade, buscando atingir a espontaneidade e a expansividade. Através das atividades recreativas, estimulam-se as habilidades cognitivas, percepto-motoras, e a expressão artística. Estas atividades são fundamentais e necessárias no contexto hospitalar.

Eram momentos de muita interação, as crianças brincavam, conversavam sobre sua doença e o porquê de estarem ali. A pesquisadora aproveitava para dialogar com elas, sobre sua vida em casa, na escola, e percebia que havia um número significativo de crianças que estavam fora da escola, que, por conta da enfermidade ou do tratamento, estavam impossibilitadas de frequentá-la. Mas, algo lhe chamava ainda mais atenção, o fato de essas mesmas crianças estarem no 2º, no 3º e no 4º ano do ensino fundamental e não saberem ler, de não estarem alfabetizadas. E mais, havia crianças que “moravam”<sup>4</sup> no hospital, que nunca puderam frequentar a escola e que também não eram alfabetizadas.

Deparava-se com crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem muito similares às que via na escola regular, só que em situação de enfermidade. As questões inquietantes ressurgiram: Por que essas crianças não foram alfabetizadas? O que aconteceu quando estavam na escola regular? E agora, neste contexto, será possível a aprendizagem? Como desenvolver o processo ensino e aprendizagem, o saber com sabor de vida, num espaço que vivencia constantemente a luta entre a vida e a morte?

Ortiz e Freitas lembram que o processo de aprendizagem no contexto hospitalar busca

[p]riorizar o resgate do poder infantil de conhecer e apreender o contexto vivido; implementar a continuidade ao ensino dos conteúdos da escolarização regular ou mesmo investir no trabalho escolar com conteúdos programáticos próprios à faixa etária da criança, buscando sanar dificuldades de aprendizagem e propiciar a aquisição de novos saberes; promover a apropriação de habilidades e aprendizagens escolares, fortalecendo o retorno e a reinserção da criança no contexto do ensino regular (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 55).

Até bem pouco tempo, uma pessoa que era internada num hospital de clínicas não contava com a possibilidade de ter um atendimento psicopedagógico, dentro do hospital, de tal maneira que pudesse evitar a defasagem de aprendizagem. Hoje, este tipo de apoio já é possível em muitos lugares do país, principalmente em grandes cidades como São Paulo e Rio

---

<sup>4</sup>São crianças dependentes de ventiladores mecânicos (respiradores) que, por isso, não podem se ausentar do hospital em hipótese alguma.

de Janeiro. Em Uberlândia, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) vem desenvolvendo o Projeto Escola Hospitalar, desde 2005, para oferecer apoio pedagógico e psicopedagógico às crianças internadas ou que se encontram em tratamento. Nesse projeto, a criança é entendida como um ser social, que aprende e interage nas relações com o outro, compondo experiências e ressignificando o seu contexto, mesmo sendo este um ambiente hospitalar.

A partir de 2008, os atendimentos foram estendidos ao adulto e ao idoso, pois outras demandas foram surgindo com pacientes adultos que eram internados. As queixas apresentadas pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos) eram de ordens diversas, quais sejam: pacientes que trocavam a medicação; pacientes que desejavam aprender a ler e a escrever (alfabetização de adultos); e pacientes que, devido à constante necessidade de afastamento para a internação hospitalar ou para tratamento, traziam consigo marcas explícitas<sup>5</sup>, uma vez que precisavam enfrentar o estranhamento por parte da comunidade (família, escola, amigos) e outras.

Iniciavam-se assim, no Setor de Hemodiálise, os atendimentos psicopedagógicos para pacientes adultos, os quais já eram oferecidos a adolescentes no referido setor. A demanda para o atendimento à pacientes adultos partiu da equipe que percebia a importância da assistência psicopedagógica para as crianças e adolescentes do setor e atentava para as necessidades também dos pacientes adultos.

Apesar das respostas positivas por parte dos pacientes a esse tipo de atendimento (pedagógico e psicopedagógico), não se conhece, ainda, de forma sistematizada, os resultados dessa modalidade de trabalho. Não há dados formalmente coletados e analisados, por exemplo, que mostrem se, e até que ponto, o apoio psicopedagógico contribui para um processo efetivo de desenvolvimento e aprendizagem do paciente nesse contexto e para uma melhor resposta em sua recuperação do ponto de vista clínico.

Assim, na tentativa de compreender a contribuição desse tipo de apoio para a saúde e o desenvolvimento do paciente hospitalizado ou em tratamento hospitalar, este trabalho busca investigar as possibilidades de o hospital ser um espaço educacional para esses sujeitos

---

<sup>5</sup>Os pacientes acabam tendo que enfrentar processos de estigmatização resultantes de várias condutas terapêuticas que culminam em amputações, queda de cabelo, cicatrizes, etc. Em muitos casos, o paciente precisa abandonar suas atividades laborativas devido à constante necessidade de afastamento para internação ou tratamento hospitalar. As marcas físicas que o paciente porta acabam fazendo com que ele seja visto como uma pessoa enfraquecida, que está vivenciando o risco de morte e que está debilitado para outros esforços intelectuais, cognitivos e sociais.

(adultos e idosos) e de a educação contribuir para a saúde dos mesmos, apesar das limitações do diagnóstico clínico.

O trabalho pedagógico e psicopedagógico continuava na enfermaria de pediatria, paralelo à demanda crescente de pacientes adultos e idosos no setor de hemodiálise. A opção por sujeitos adultos e idosos se justifica nas observações da pesquisadora sobre as poucas oportunidades oferecidas a esses pacientes no que se refere à continuidade do ritmo de vida e do desenvolvimento psicológico, intelectual e cognitivo dos mesmos. Percebia-se também, que a situação desses pacientes não era menos dolorosa do que a da criança e a do adolescente.

O hospital é um ambiente desafiador, mas cheio de muita vontade de vida, e, trabalhando com esses pacientes, a pesquisadora começou a perceber que a aprendizagem pode ser possível, embora tenha que acontecer em meio à dor e ao sofrimento. Nesse contexto, junto à vontade de viver, está o desejo de aprender/conhecer. Por esta razão, surgem dúvidas e questões que se pretende desvendar por meio da pesquisa aqui proposta: Como o serviço psicopedagógico vem se constituindo no âmbito do HC-UFU? De que forma o apoio psicopedagógico poderá contribuir para o processo de aprendizagem do paciente (adulto e idoso) em situação de enfermidade? O trabalho psicopedagógico poderá colaborar para a recuperação (da auto-estima, das expectativas, esperança de um futuro melhor) e reintegração social do paciente?

Entende-se que as experiências educativas podem assumir uma proposta recriadora, na medida em que resgatam a possibilidade de o paciente adulto lidar com o conhecimento de forma lúdica e prazerosa e de fazer dele (desse conhecimento) um instrumento de autonomia e de reconstrução de sua vida.

Cada paciente é diferente do outro e, por isso mesmo, o processo de adoecimento e hospitalização é muito singular. O paciente não pode ser apenas aquele que é o objeto do conhecimento e da ação da equipe médica; ele precisa ser participante de seu processo de cura. Nesse movimento, o papel do psicopedagogo difere do papel do médico. Este último faz um diagnóstico e indica a intervenção possível, no caso de uma determinada doença instalada num determinado organismo. O psicopedagogo busca tratar das representações que o indivíduo tem da doença em geral e de sua doença em particular, dos aspectos simbólicos. Busca uma proposta de educação que focalize o paciente como sujeito inventivo, que consegue se adaptar ao novo e sair das amarras do estado de paciente, de vitimização.



Após três anos de atuação no ambiente hospitalar, a pesquisadora considera que esse lugar não deveria ser visto apenas como um espaço de dor, debilidade orgânica e sofrimento; deveria ser encarado também como um ambiente onde existe vida, movimento e energia. Esta é a vivência da pesquisadora nas interações com os pacientes, no dia-a-dia do contexto hospitalar onde atua.

Pessini e Barchifontaine (2007) compreendem a saúde como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde, ou seja, a saúde seria o produto das condições objetivas de existência e não apenas a ausência de doença.

Desde a mais tenra infância até a idade mais avançada, o mundo e a realidade circundante se constituem em fonte constante de mistérios que desafiam a imaginação e a inteligência na busca de compreensão e entendimento. Esta ação de pensar a realidade possibilita uma dimensão nova em todos os aspectos: a dimensão significativa da compreensão. “A prática do conhecimento não é, pois, privilégio de ninguém, mas um direito de todos os seres humanos dotados de consciência (LUCKESI;COSMA; BAPTISTA, 2005. p.5).

Assim, os atos educativos implementados em espaços hospitalares consagram-se como reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade; são pensados como exercício constante em favor da emancipação e do desenvolvimento da autonomia de homens e mulheres, constituindo-se em fonte de conhecimento reflexivo-crítico que produz a essência da educação. Trata-se de uma educação que desenha seus traços buscando a essência saudável, aquilo que pode ser tocado e investido; uma educação para pacientes, pensada na provisoriedade do adoecimento. Como postula Freire (1997, p. 110), “a educação é uma forma de intervenção no mundo”. Neste sentido, acredita-se que o trabalho psicopedagógico poderá oferecer suporte e apoio de aprendizagens e de reaprendizagens, de humanização e de contribuição para a promoção da saúde, seja da criança, do adolescente, do adulto ou do idoso. Constata-se então a importância da inserção e o papel de destaque que os saberes e as práticas psicopedagógicas e educativas vêm adquirindo no contexto hospitalar.

Dessa forma, o propósito desta pesquisa é investigar como é possível favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem de pacientes no ambiente hospitalar, em tratamento prolongado, no Setor de Hemodiálise, a partir de um trabalho de acompanhamento psicopedagógico. Pretende-se, ainda, analisar o papel das atividades psicopedagógicas não

apenas no que se refere à construção de conhecimento, mas também no que concerne à própria recuperação e reintegração do paciente.

## 1.1 O Caminho Metodológico

Tendo em vista a problematização e os objetivos propostos, foi definido o percurso metodológico para orientar a busca por respostas e compreensão do serviço psicopedagógico oferecido a pacientes em tratamento prolongado.

Considerando a metodologia como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 1993, p. 22), esta pesquisa caracteriza-se por sua natureza de base qualitativa. A elaboração do conhecimento científico é uma busca de respostas, tendo por objetivo produzir explicações sobre a realidade, preenchendo algumas lacunas ou colocando em questionamento o que está posto. Entendendo que a pesquisa é um processo de criação e não de mera constatação, sua originalidade está no olhar do pesquisador que inventa o objeto e possibilita interrogações sobre ele. De acordo com Corazza (2002, p. 119) “o problema de pesquisa não é descoberto, mas engendrado”, e, para isto exige reflexão, método, rigor e ousadia.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 47), a investigação qualitativa possui cinco características: 1) “*A fonte direta dos dados é o ambiente e o investigador (sic) instrumento principal*”. Os locais têm de ser entendidos no contexto histórico a que pertencem, não se pode separar as ações, as palavras e os gestos de seu contexto, pois isto seria perder de vista o significado. 2) “*A investigação qualitativa é descritiva*” (p.48). A descrição funciona como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape. 3) “*Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos*” (p.49). 4) “*Os investigadores qualitativos tendem a analisar os dados de forma indutiva*” (p.50). A recolha de dados não tem por objetivo confirmar ou infirmar hipóteses anteriormente construídas, mas construir abstrações à medida que os dados particulares recolhidos vão se agrupando. 5) “*O significado é de importância vital na abordagem qualitativa*” (p.50). Busca-se compreender os sujeitos, o modo como interpretam suas experiências e como estruturam o mundo social em que vivem.

As teorias na pesquisa qualitativa dão base para a compreensão dos dados, dos sujeitos, do modo de entendimento do mundo, das asserções que as pessoas têm sobre o que é importante e o que é que faz o mundo funcionar. O verdadeiro conhecimento científico nasce de integrações do tipo sujeito/objeto, parte/todo, objetividade/subjetividade e neutralidade/participação, a partir das quais o pesquisador torna-se parte viva e ativa desse processo.

O pesquisador não é neutro; sua subjetividade está refletida no objetivo de pesquisa a partir de suas crenças, de seus saberes, de seus desejos, de suas ideologias e de suas convicções. O objeto do conhecimento tem uma relação muito tênue com o pesquisador, como afirma Brandão:

Defendo uma atitude séria, competente, honesta e rigorosa em todos os momentos de uma pesquisa, qualquer que seja a sua dimensão; qualquer que seja a sua duração e qualquer que sejam as suas intenções (um aporte a um trabalho comunitário, um artigo científico, uma dissertação de mestrado e/ou uma tese de doutorado). Não acredito inteiramente que, em nome disto, devamos desconfiar de nós mesmos e antepor, entre nós e os outros, todo um aparato experimental e objetivante nem sempre necessário. Desconfio de uma objetividade em si mesma neutra e impessoal (BRANDÃO, 2003, p. 36).

Assim, o princípio do diálogo é a base de qualquer interação, não como instrumento de trabalho, mas com finalidade de aprendizado, de comunicação entre as pessoas. Do singular ao plural, o sujeito que pesquisa educa-se enquanto pesquisador, como postula Brandão (2003, p.56), “(...) entrelaçando\_a dimensão pessoal e mesmo científica de nós mesmos, com a questão do domínio do político e o seu poder”. O autor complementa questionando: “(...) em nome de quê, de que projeto de vida social e de que alternativa de poder falamos, pesquisamos e criamos saberes”

No intuito de conhecer a realidade do serviço psicopedagógico no HCU-UFU e a contribuição desse tipo de apoio para a saúde e o desenvolvimento do paciente hospitalizado ou em tratamento hospitalar, optou-se pelo estudo de caso.

O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico. A apreensão do objeto é mais completa por levar em conta na interpretação o contexto em que ele se situa. O pesquisador busca revelar a multiplicidade de dimensões presentes no problema, focalizando-o como um todo.

O estudo de caso possibilita uma visão profunda e, ao mesmo tempo, ampla e integrada de uma unidade complexa, mas exige do pesquisador um trabalho de campo intenso e prolongado. A escolha pelo estudo de caso se faz ideal quando se busca entender um caso particular, levando-se em conta seu contexto e sua complexidade, composta de múltiplas variáveis. Mazzotti (2006, p. 650) diz que “o estudo de caso qualitativo constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em seu contexto, selecionada segundo critérios pré-determinados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenômeno estudado”. É crucial que haja critérios explícitos para a seleção do caso, como reforça a referida autora, e “que este seja realmente um caso, isto é, uma situação complexa e/ou intrigante, cuja relevância justifique o esforço de compreensão”.

A escolha pelo estudo de caso justifica-se por ser o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) o primeiro hospital na cidade e na região a oferecer o serviço psicopedagógico a pacientes hospitalizados, o que corrobora para a singularidade do caso em estudo. Para André (1995), o estudo de caso deve ser usado quando se está interessado em uma instituição, uma pessoa, ou um programa específico; quando se quer conhecer essa instância particular em sua complexidade e totalidade; quando se estiver interessado mais no processo que nos resultados; quando se busca novas hipóteses teóricas, novas relações, novos conceitos sobre algo; quando se quer retratar o dinamismo de uma situação numa forma muito próxima de seu acontecer natural.

## **1.2 O Contexto da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Setor de Hemodiálise do Hospital de Clínicas da UFU, visto que, no referido setor, há uma demanda maior de pacientes adultos e idosos que vêm sendo atendidos pelo serviço psicopedagógico. O Setor de Diálise situa-se no piso térreo do Bloco 2P do HCU/UFU, atende somente a clientela com indicação de hemodiálise e dispõe de 48 vagas para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com doença renal terminal. A Insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Quando os rins já não funcionam corretamente, há a necessidade de se fazer diálise. Na maioria das vezes, o tratamento deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de o paciente ser submetido a um transplante renal.

Os pacientes assistidos pelo serviço são provenientes do município de Uberlândia e demais cidades pactuadas, ou seja, além da cidade de Uberlândia, o HCU-UFU oferece o serviço de hemodiálise a outras cidades vizinhas, dentre as quais estão: Coromandel, Patrocínio, Monte Alegre, Monte Carmelo, Romaria, Abadia dos Dourados, Prata, Estrela do Sul e Nova Ponte. Eles fazem sessões de hemodiálise três vezes por semana com duração de três a quatro horas cada sessão, respeitando-se o limite de cada paciente por equipamento instalado por turno. São quatro turmas com sessões realizadas em dois turnos de trabalho: **1º)** turma - turno da manhã: Segunda/Quarta/Sexta-feira das 06h30min às 10h30min. **2º)** turma - turno da tarde: Segunda/Quarta/Sexta-feira das 12h30min às 16h30min. **3º)** turma - turno da manhã: Terças/Quintas/Sábado das 06h30min às 10h30min. **4º)** turma - turno da tarde: Terças/Quintas/Sábado das 12h30min às 16h30min. O setor funciona de segunda a sábado das 06h00min às 18h00min horas, com intervalo mínimo de uma hora entre cada sessão.

### **1.3 Os Sujeitos da Pesquisa**

Participaram da pesquisa três pacientes do setor de hemodiálise. O primeiro critério para a definição dos sujeitos pacientes foi a consulta à equipe do Setor (enfermeiro e médico) sobre a demanda e a necessidade de atendimento psicopedagógico detectada na dinâmica do tratamento. O segundo critério foi a predisposição e o interesse dos sujeitos em participar da pesquisa. Foram realizados três encontros semanais para o trabalho de apoio psicopedagógico com atendimento individualizado e observação participante, pois, conforme descrito acima, cada paciente vai ao hospital três vezes por semana para as sessões de diálise.

Para iniciar o processo de coleta de dados, foi necessário delimitar o grupo de sujeitos. Optou-se por uma amostra de três pacientes, os quais são identificados por nomes fictícios: Anastácia, Vitória e Celeste. Estes pacientes foram indicados pelo coordenador do setor de hemodiálise por não dominarem a leitura e a escrita, o que, conseqüentemente os leva a apresentar dificuldades para lidar com a medicação e a se sentir envergonhados por usarem a digital para assinar a folha de presença da hemodiálise. Tinham ainda dificuldade para identificar seus nomes no dialisador antes de serem submetidos à hemodiálise, conforme prevê a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº154/2004. Esta Resolução estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise, considerando-se a

necessidade de se redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica. A resolução normatiza também os mecanismos de sua monitoração e prevê a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise.

A paciente Anastácia é do sexo feminino, tem 60 anos de idade e faz hemodiálise há um ano e seis meses. O paciente Vitorio é do sexo masculino, tem 42 anos de idade e faz hemodiálise há três anos. E a paciente Celeste é do sexo feminino, tem 43 anos de idade e faz hemodiálise há doze anos.

#### **1.4 Instrumentos para a Coleta de Dados**

A coleta de dados aconteceu durante um período de seis meses (1º semestre de 2010). Os procedimentos adotados envolveram o acompanhamento (com o apoio psicopedagógico) a três pacientes que estavam submetidos a tratamento prolongado.

Após o consentimento e a aquiescência da direção do Hospital de Clínicas da UFU, bem como da coordenação do setor de hemodiálise e dos três pacientes já mencionados, iniciou-se a coleta de dados por meio de: observação participante, com os paciente (sujeitos da pesquisa), durante as sessões de trabalho de apoio psicopedagógico e dos processos em estudo, com notas de campo e entrevistas com os sujeitos pacientes.

Na coleta de dados, a observação participante representa um valioso procedimento, em que o pesquisador busca trabalhar, com seriedade e rigor, suas próprias percepções, transformando vivências metodologicamente interativas em registros e fatos. Busca, além disso, lidar com as teorias e pensar teoricamente os mistérios da vida social, a fim de poder agir sobre eles e transformá-los. “A relação afetivamente interativa entre as pessoas é a porta de entrada do conhecimento sobre elas” (BRANDÃO, 2003, p. 50).

Na pesquisa qualitativa, a observação é uma das mais importantes fontes de informação. Anotações cuidadosas e detalhadas feitas pelo pesquisador vão constituir os dados brutos das observações, cuja qualidade dependerá, sobretudo, das habilidades do observador. A este, não basta simplesmente olhar, pois deve, certamente, saber ver, identificar

e descrever diversos tipos de interações e processos humanos. Segundo Vianna, a observação como técnica científica

[p]ressupõe a realização de uma pesquisa com objetivos criteriosamente formulados, planejamento adequado, registro sistemático dos dados, verificação da validade de todo o desenrolar do seu processo e da confiabilidade dos resultados (VIANNA, 2003, p. 14).

Na observação participante, o observador é parte da atividade de investigação. Vianna (2003, p. 51) afirma que “o pesquisador mergulha no campo, observa segundo a perspectiva de um membro integrante da ação e também influencia o que observa graças a sua participação”.

A fase inicial do processo de observação é problemática e o observador precisa ser cauteloso para compreender de forma completa, a linguagem, os costumes e até mesmo os hábitos dos sujeitos sob observação, especialmente em função da especificidade do grupo. O pesquisador passa a registrar suas observações, tendo em vista dois pontos importantes colocados por Vianna (2003): o que é importante para os observados e o que é importante para o próprio observador.

As notas de campo são o detalhamento escrito daquilo que o pesquisador ouve, vê, experiencia e pensa no processo da coleta de dados. Na observação participante, os dados são registrados por meio de notas de campo. Estas devem relatar o máximo de observações possíveis, isto é, aquilo que ocorreu, quando ocorreu, em relação a que ou a quem, quem disse, o que foi dito e que mudanças ocorreram no contexto. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), o conteúdo das notas de campo constitui-se em dois tipos.

O primeiro é descritivo e busca apreender uma imagem por palavras do local, das ações, das pessoas e das conversas observadas; representam o esforço do pesquisador para registrar os detalhes do que ocorreu no campo. Bogdan e Biklen (1994) afirmam que os aspectos descritivos das notas de campo englobam: 1) retratos dos sujeitos, visto que se referem às suas particularidades, maneiras de falar, de se vestir, de se comunicar e de agir; 2) reconstruções do diálogo, uma vez que busca trazer, em detalhes, as falas dos sujeitos, seus gestos, suas pronúncias e suas expressões faciais; 3) descrição do espaço físico, descrição do ambiente em detalhes concretos como paredes, mobiliários e subjetivos, isto é, as impressões do pesquisador sobre o ambiente onde a pesquisa ocorre; 4) relatos de acontecimentos particulares; 5) descrição de atividades, que se refere à descrição dos comportamentos e ações; 6) descrição do comportamento do observador. As notas de campo tornam-se um

instrumento crucial durante a recolha de dados, pois são elas que permitem ao investigador analisar e refletir sobre a parte subjetiva no decurso da coleta de dados.

O segundo é a parte reflexiva das notas de campo que, segundo o referido autor, é a parte mais subjetiva da pesquisa, uma vez que envolve sentimentos, problemas, impressões, preconceitos e ideias. Constitui-se como o lugar em que o observador registra suas impressões, avalia o método, as estratégias, as particularidades, bem como as dificuldades e êxitos encontrados no estudo. Visando a organização dos dados, as notas de campo devem conter um cabeçalho com data e hora da observação, e informações sobre quem as fez, e onde, em que lugar, foram feitas.

A prática de pesquisa revela o modo de pensar, de agir, de desejar e de sentir de quem investiga, tendo implicações na própria vida do pesquisador; tem a ver com sua maneira de interrogar, de suscitar os acontecimentos. Szymanski (2002) afirma que a entrevista é uma situação de interação humana em que estão em jogo as percepções do outro e de si, as expectativas, os sentimentos, os preconceitos e as interpretações para os protagonistas: entrevistador e entrevistado. O pesquisador busca criar uma relação de confiabilidade. Ao mesmo tempo em que há representatividade na fala, há também ocultamento e distorções. Os significados, em jogo na entrevista, bem como seu contexto, podem ser mais bem capturados se o investigador fizer também notas de campos.

A entrevista é o momento de construção de um discurso, como evidencia Szymanski (2002, p. 14) quando afirma que “a entrevista também se torna um momento de organização de ideias e de construção de um discurso para um interlocutor, o que já caracteriza o caráter de recorte da experiência e reafirma a situação de interação como geradora de um discurso particularizado.” O significado é construído na interação e o processo interativo tem um caráter reflexivo. A referida autora mostra ainda que “o sentido de refletir a fala de quem foi entrevistado, expressando a compreensão da mesma pelo entrevistador e submeter tal compreensão ao próprio entrevistado, que é uma forma de aprimorar a fidedignidade” (SZYMANSKI, 2002, p.15). A expressão da compreensão se dá durante o processo em que o entrevistador vai apresentando sua compreensão do discurso do entrevistado, sem perder de vista os objetivos de seu estudo.

Os dados são analisados à luz dos objetivos propostos e da problematização. Dessa forma, a relevância científica da presente proposta está em favorecer o planejamento e o desenvolvimento de ações psicopedagógicas mais condizentes às necessidades dos internos e dos profissionais.



No próximo capítulo buscar-se-á um panorama geral da história das classes hospitalares, em cujo contexto a modalidade de atendimento educacional vem se constituindo. A classe hospitalar representa o início das ações educativas no HCU-UFU, portanto faz-se necessário compreendê-la para assim entender a constituição do serviço psicopedagógico no referido espaço.



## CAPÍTULO II

### CLASSE HOSPITALAR: EDUCAÇÃO EM CONTEXTO DIVERSIFICADO

*Alguns homens vêem as coisas como são e dizem: \_Por quê?  
Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo: \_Por que não?  
Bernard Shaw*

A Educação em hospitais apresenta diversas interfaces de atuação e está na mira de diferentes olhares dos profissionais da Educação, que tentam compreendê-la para melhor adequá-la a esse contexto. No entanto, é preciso deixar claro que nem a educação é elemento exclusivo da escola, nem a saúde, elemento exclusivo do hospital. O hospital é, inclusive, segundo definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 1977), um centro também de educação.

As ações educativas implementadas no ambiente hospitalar tiveram início com a classe hospitalar. Tratar da história da classe hospitalar não é tarefa simples, uma vez que tal modalidade de atendimento tem se mostrado dispersa e tem sido realizada de diversas maneiras no território nacional. Fonseca mostra que

[a] insuficiência de estudos desta natureza em território brasileiro gera, tanto na área educacional, quanto na área de Saúde o desconhecimento desta modalidade de atendimento não só para viabilizar a continuidade da escolaridade aquelas crianças e adolescentes que requerem internação hospitalar, mas também para integralizar a atenção de saúde e potencializar o tratamento e o cuidado prestados à crianças e ao adolescente (FONSECA, 1999, p. 7).

De acordo com a autora, a primeira classe hospitalar foi aberta em 1950 no Rio de Janeiro: a classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus (hospital público infantil). Observa-se que somente nos últimos anos vem acontecendo a expansão desta modalidade de ensino. A partir da década de 90, o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (BRASIL, 1990) e a Lei dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados (BRASIL, 1995) elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) começaram a conceber os pacientes hospitalizados, crianças e

adolescentes, como sujeitos de direitos e necessidades, iniciando-se assim o debate das políticas públicas para esses sujeitos.

O ministério da Educação (MEC), em 1994, definiu, através das *Políticas de Educação Especial*, responsabilidades quanto à execução do direito das crianças e adolescentes hospitalizados e oficializou esta modalidade de atendimento, conforme nos mostra a definição abaixo:

Classe Hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar (BRASIL, 1994, p. 20).

Em 2001, com a instituição das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), o Conselho Nacional de Educação, pela primeira vez após a publicação da LDB 9394/96, sinaliza o atendimento educacional à crianças em tratamento de saúde que implique internação hospitalar. No artigo 13 desse documento, o MEC indica a ação integrada entre os sistemas de ensino e saúde, através de classes hospitalares, na tentativa de dar continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças hospitalizadas.

No ano seguinte, em dezembro de 2002, o MEC publica o documento intitulado *classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar* (BRASIL, 2002), na busca de estruturar o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar. Nesse documento, a Secretaria de Educação Especial oferece estratégias e orientações que visam

[p]ossibilitar 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 encontram-se impossibilitados de freqüentar a 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. 14).

Sobre a terminologia *Classe Hospitalar*, Fonseca traz apontamentos relevantes para se pensar o termo:

Salientamos que, refletindo sobre o que consta no paradigma de inclusão e nas iniciativas oficiais em relação à promoção de uma escola para todos, consideramos ser a expressão *escola hospitalar* (atendimento escolar no

ambiente hospitalar) mais abrangente do que a terminologia *classe hospitalar* que, embora definida pelo MEC/SEESP como o atendimento escolar que se dá no hospital, possa parecer segregativa como se a escola para as pessoas doentes tivesse que ser essencialmente diferente da escola que qualquer indivíduo frequenta (FONSECA, 2003, p. 7).

Essa definição apresentada pela autora não exclui o conceito de classe hospitalar, ao contrário, parece ser mais abrangente na medida em que não exclui a escolarização de crianças que se encontram internadas, mas as incorpora dentro de uma nova dinâmica educativa.

Observa-se que, embora seja previsto por lei que crianças e adolescentes tenham acompanhamento pedagógico em ambiente hospitalar, bem como profissionais para realizá-lo, nota-se que os hospitais, de modo geral, têm feito muito pouco para possibilitar a esses sujeitos hospitalizados a continuação de seus estudos.

Em levantamento realizado por Fonseca (1999) no final da década de 90, havia 30 classes hospitalares distribuídas em 11 unidades da Federação. Quanto ao tipo de hospital no qual as classes hospitalares funcionam, a mesma autora evidencia que a maioria está localizada em hospitais públicos, com enfermaria pediátrica. Em geral, as classes hospitalares decorrem de convênio entre as Secretarias Estaduais ou Municipais de Educação e de Saúde do Estado. Dados mais recentes, levantados por essa autora, através do cadastro das escolas nos hospitais em um site da internet, demonstram que a oferta de atendimento pedagógico educacional no Brasil aumentou em 175% no período de 1998 a 2003 (FONSECA, 2003). A autora acredita que “a internação hospitalar em nada impede que novos conhecimentos e informações possam ser adquiridos pela criança ou jovem e venham a contribuir tanto para o desenvolvimento escolar (não ficando em defasagem nos conteúdos de seu grupo ou turma) quanto para o atendimento de sua doença e a recuperação de sua saúde” (FONSECA, 2003, p. 13).

Quanto ao perfil dos profissionais que atuam nas classes hospitalares, Fonseca (1999) mapeou um total de 80 professores exercendo atividades pedagógico-educacionais em hospitais, sendo que, para cada classe hospitalar, têm-se, em média, três professores por hospital. É interessante notar que a maioria desses professores atua a menos de cinco anos nessa modalidade de ensino, o que demonstra que as experiências pedagógicas no contexto de saúde ainda são muito recentes. Sobre o perfil discente, a mesma autora mostra que a grande maioria da clientela atendida em classes hospitalares tem idade entre 0 e 15 anos. Não há referência a pacientes adultos e idosos atendidos por essa modalidade de ensino.

Sobre o ambiente físico da classe hospitalar, as pesquisas de Fonseca (1999) revelam que a maioria das classes possui salas exclusivas cedidas pelo Hospital e/ou salas adaptadas, e que o restante das classes hospitalares tem suas atividades pedagógicas educacionais realizadas exclusivamente nas próprias enfermarias (junto aos leitos).

Outro dado relevante evidenciado pela autora em suas pesquisas é que algumas classes Hospitalares funcionam como uma escola regular ou como um anexo de uma escola regular. Outras contam com um profissional exclusivo para coordenar o trabalho. Em algumas, esse profissional é um dos professores regentes da classe hospitalar que responde e representa administrativamente essa classe.

Observa-se que, na maioria das práticas educativas, a característica da educação formal se faz presente através do acompanhamento individual de escolarização das crianças e adolescentes. As Classes Hospitalares atuam paralelamente ao sistema de ensino regular e são tratadas como um anexo do sistema educacional.

Em suas pesquisas, Fontes (2008) traz contribuições relevantes para que se possa pensar as práticas pedagógicas no ambiente hospitalar, em especial, nas enfermarias pediátricas. Segundo a autora, a discussão começa entre duas correntes teóricas, aparentemente opostas e, ao mesmo tempo, complementares. A primeira delas defende “a presença de professores em hospitais para a escolarização das crianças e jovens internados segundo os moldes da escola regular, contribuindo para a diminuição do fracasso escolar e dos elevados índices de evasão e repetência que os acometem” (FONTES, 2008, p.75). Esta corrente, com respaldo legal na *Política Nacional de Educação Especial* (Brasil, 1994) e seus desdobramentos – *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica* (BRASIL, 2001), preconiza uma educação escolar através de classes hospitalares. São representantes desta visão autores como Fonseca (1999 e 2003) e Cecim e Carvalho (1997 e 1999). É válido ressaltar que esse atendimento tem sido o modelo adotado desde 1950, pela primeira classe hospitalar do Brasil, a classe Hospitalar Jesus, vinculada ao Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro.

A outra corrente de pensamento, segundo Fontes (2008), sugere a construção de uma prática pedagógica com características próprias do contexto hospitalar e não simplesmente transplantada da escola para o hospital. Esta corrente segue os passos de Taam (1997), e preconiza que o trabalho pedagógico no contexto hospitalar pode contribuir para o bem estar físico, psíquico e emocional da criança, mas não necessariamente para o conhecimento

curricular, tal como ensinado no espaço escolar. Em outras palavras, para a autora, a questão do conhecimento naquele contexto extrapola a questão do conhecimento curricular.

Taam (2000) constatou que muitos professores que atuam no hospital levam, para o mesmo, formas tradicionais da escola, da educação, que não correspondem às demandas do contexto. Fontes reforça essa idéia afirmando que

(...) o fato de não existir uma política de atuação dos profissionais nessa área e um descaso do Estado com relação às políticas sociais, entre elas, a educação e a saúde, faz com que coexistam diferentes práticas sob o mesmo nome de *Classe Hospitalar*, reforçando a existência de muitas indefinições nas práticas que vem sendo implementadas (FONTES, 2008, p. 77).

As ideias defendidas por Taam (1997) são importantes e fornecem base para uma inferência de que o trabalho do professor na classe hospitalar deve se constituir para além do conhecimento curricular. Tal modalidade de ensino parece, muitas vezes, atuar de forma paralela ao sistema de ensino regular e é, em geral, tratada como um anexo do mesmo. A classe hospitalar precisa constituir-se como o espaço do aprender em situação hospitalar, configurando-se uma ação educacional compatível com o entorno problematizador. Torna-se crucial, como mostra Ortiz e Freitas,

(...) reinventar fundamentos teórico-metodológicos que instrumentalizam a reflexão sobre a educação em hospitais tendo como foco o interesse de estimular a união entre o pedagógico e a saúde (...) uma educação da sensibilidade, que inventa mudanças na relação profissional- paciente e reabilita fazendo e refazendo o compromisso do mais viver (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 50).

Assim, a classe hospitalar poderá ser percebida como um espaço educativo que oportuniza à criança a continuidade da sua vida escolar, objetivando também o enfrentamento da doença e da hospitalização.

No próximo tópico, buscar-se-á compreender o início da Classe Hospitalar no Hospital de Clinicas da UFU, bem como sua trajetória e o trabalho desenvolvido.

## 2.1 A Classe Hospitalar no HCU-UFU

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), as primeiras atuações pedagógicas iniciaram-se na Enfermaria de Pediatria, com a implantação do projeto Classe Hospitalar. Esse projeto iniciou-se em fevereiro de 2005, através da parceria entre o Setor de Psicologia da Saúde do HCU e a Secretaria de Estado de Educação e Superintendência Regional de Ensino, que cedeu uma professora para início das atividades pedagógicas com crianças e adolescentes hospitalizados.

Graças à humanização, de que muito se fala e que tanto se discute no âmbito hospitalar, incluindo-se o Hospital de Clínicas da UFU, aceita-se, com mais facilidade hoje, a necessidade de se incluir outros profissionais, além do corpo médico, no meio hospitalar, transformando-o em um contexto também afetivo e considerando a emoção no funcionamento cognitivo, psicológico e biológico da pessoa.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, a integralidade, o aumento da equidade da atenção em saúde e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Baseia-se numa concepção de saúde que vai além da ausência de doenças e preza a qualidade de vida, envolvendo as dimensões prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover. Em síntese, trata-se de produzir saúde, defender a vida e garantir o direito à saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH - Brasil, 2004) define humanização como: 1) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores; 2) fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; 3) aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; 4) estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão; 5) identificação das necessidades sociais de saúde; 6) mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; 7) compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

A PNH (Brasil, 2004) propõe como forma de operacionalizar tal construto: 1) troca e construção de saberes; 2) o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; 3) a identificação das necessidades, dos desejos e dos interesses dos diferentes sujeitos no campo da saúde; 4) o pacto entre diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal),



entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; 5) o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo-se os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; 6) construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 050, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de “projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, estabelece as atribuições para a prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia, afirmando que em suas atividades deve promover ações de educação para a saúde através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”, campanha, etc.” (ANVISA, 2002, p.26). No caso de prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação deve “realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional; e prestar assistência pedagógica infantil (de 1º grau) quando o período de internação for superior a 30 dias” (ANVISA, 2002, p.26).

Dessa forma, o projeto Classe Hospitalar na enfermaria de pediatria do HCU colabora com a implementação das políticas sociais asseguradas pelo SUS e pela PNH (2004). As necessidades pedagógicas e educacionais da criança e do adolescente, não só se mantêm quando estes requerem cuidados hospitalares, como se acentuam, pois o hospital rompe os laços do cotidiano desses sujeitos, e é aí que a classe hospitalar se insinua como atendimento fundamental de proteção, de continuidade e de desenvolvimento da educação escolar das crianças e dos adolescentes. O desenvolvimento dessa modalidade de atendimento reitera os princípios da PNH (2004) e da RDC (2002) em que se prevê o desenvolvimento de projetos que identifiquem as necessidades, os desejos e os interesses dos diferentes sujeitos no campo da saúde.

A enfermaria de pediatria no HCU é, por excelência, um ambiente carregado de emoções, tendo em vista que ao apresentar suas demandas a criança sensibiliza tanto à equipe multiprofissional quanto a família. A doença exclui a criança de seu ambiente, imobilizando-a social e intelectualmente. Junte-se a isto o fato de ela (a criança) estar excluída de seu ambiente cotidiano, de estar doente e de ser diferente, pelo menos temporariamente, de seus colegas de escola. Como consequência, é comum uma queda de sua auto-estima. A criança atingida por doença que requer tratamento de longo prazo, muitas vezes se vê inconformada

com a nova situação e passa a desenvolver posturas negativas, tanto diante da doença quanto diante da própria vida. Talvez, daí, derive o silêncio em que frequentemente ela se afunda. Essas crianças sofrem tanto pela doença quanto pelo distanciamento dos ambientes familiar, social e escolar, bem como dos amigos.

Estudos sobre o desenvolvimento humano (FONSECA, 2003; ORTIZ e FREITAS, 2005; MATOS, 2009) revelam que a criança e o adolescente necessitam não só de cuidados básicos de alimentação, saúde e higiene, mas também de atenção, afeto, sexualidade, amizade e escolaridade, aspectos transformadores que influenciam sua auto-estima e sua auto-imagem. Ceccim e Carvalho (1997, p. 31), por exemplo, acreditam que “para todas as crianças e adolescentes em nossa sociedade, a escola é um espaço social de vida. A manutenção desse espaço é uma necessidade para a criança e o adolescente”.

Para Andrade (2009), a falta de convivência escolar é tão dolorosa quanto a falta de convivência familiar. Em ambiência hospitalar, a rotina da criança será diferenciada, mas não poderá deixar de existir. A criança necessita ter hora para brincar, dormir, alimentar-se, realizar sua higiene pessoal, tomar suas medicações, realizar exames médicos, descansar e estudar.

Estabelecer rotinas com a criança é ofertar-lhe segurança e oportunidades para que se desenvolva, de forma a considerá-la em suas individualidades, atendendo seu ritmo pautado em suas reais necessidades e diferentes possibilidades a serem exploradas.

Com base nesses princípios, o objetivo do projeto *Classe Hospitalar* implantado na enfermaria de pediatria do HCU-UFU é assegurar o Direito Constitucional da Criança e do Adolescente Hospitalizado de dar continuidade à sua vida escolar, respeitando-se suas especificidades e sua patologia. A professora seria o elo de ligação entre a escola regular e o hospital, proporcionando atendimento pedagógico-educacional ao paciente.

Sobre os profissionais que compõem a classe hospitalar, além da professora cedida pela Superintendência, outra profissional da UFU, com o cargo de auxiliar de creche e com formação em pedagogia, veio para o Setor de Psicologia da Saúde para compor a equipe.

Em 2006, através de concurso público, a pesquisadora ingressou no Setor de Psicologia da Saúde, no cargo de Técnica em Assuntos Educacionais, para o qual se exigia graduação em Pedagogia e pós-graduação em Psicopedagogia. A função consistia em oferecer o serviço psicopedagógico a pacientes hospitalizados ou em tratamento prolongado.

A enfermaria de pediatria do HC possui 40 leitos, nos quais são internadas crianças na faixa etária de 0 a 13 anos. A classe Hospitalar começa o trabalho atendendo crianças em idade escolar entre 05 e 13 anos.

A sala de aula foi instalada no parque, ao lado da enfermaria de pediatria, na área externa. Era um espaço pequeno, com livros e material didático, jogos, um computador, uma lousa branca e três mesas pequenas com as respectivas cadeiras. O horário de funcionamento da classe hospitalar era: todos os dias pela manhã e dois dias também à tarde.

Os atendimentos eram realizados no parque com enfoque nas atividades lúdicas. As crianças que podiam sair do leito desciam com os responsáveis para delas participar. As professoras, juntamente com o Brinquedista, profissional da Brinquedoteca “Algodão Doce”<sup>6</sup>, organizavam as atividades. As crianças que não podiam sair do leito recebiam cadernos com atividades xerocadas a serem realizadas, as quais eram deixadas pela professora, ou jogos e brinquedos que eram deixados pelo brinquedista.

Observava-se que os atendimentos pedagógicos realizados pela equipe eram focados no lúdico, em trabalhos artesanais, tais como reciclagem, pinturas, dobraduras e outros, não havendo enfoque no ensino e aprendizagem de conteúdos escolares.

No final de 2006, detectaram-se várias necessidades da clientela atendida, bem como inadequações dos atendimentos pedagógicos para os pacientes. Era um desafio para o profissional da classe hospitalar atender a uma demanda bastante diversificada: crianças em idades diferentes, algumas das quais nunca haviam ido à escola, crianças que moravam no hospital, outras com defasagem de aprendizagem, ou que ainda não haviam sido alfabetizadas.

Foi um momento de transição envolvendo mudanças e inserindo outros saberes. O trabalho que antes era coordenado por uma das professoras, passou a ser coordenado por uma equipe, a Coordenação Colegiada, que envolvia psicologia, psicopedagogia e assistente administrativo. Houve mudança no nome do Setor, passando de Setor de Psicologia da Saúde para Setor de Psicologia da Saúde e Escola Hospitalar, com atendimentos psicológicos, pedagógicos e psicopedagógicos e aumento dos locais atendidos: Oncologia, Unidade de Queimados e Hemodiálise.

É em momentos como esse, de inquietações e mudanças, que novos saberes vão incrementando a assistência humanizada ao paciente hospitalizado. Um desses saberes é o serviço psicopedagógico no contexto hospitalar que, na concepção de Porto (2008, p.48) revela que “[a] psicopedagogia é um campo de atuação que integra saúde e educação e lida

---

<sup>6</sup> A Brinquedoteca “Algodão Doce” localiza-se dentro da enfermaria e funciona nos períodos da manhã e da tarde. Oferece um espaço lúdico com jogos e brinquedos para as crianças hospitalizadas.

com o conhecimento, sua ampliação, sua aquisição, suas distorções, suas diferenças e seu desenvolvimento por meio de múltiplos processos”

Refletir sobre a atuação psicopedagógica em hospitais tem sido uma questão delicada na recente e polêmica discussão da prática pedagógica neste contexto. Na revisão da literatura, nota-se que não há referência ao profissional psicopedagogo atuando nas classes hospitalares, ou em atendimento a pacientes adultos e idosos nessa modalidade de ensino. Para Porto,

[a] psicopedagogia hospitalar surge como uma terceira força da psicopedagogia que se organiza a partir de várias áreas de Educação e Saúde. Não vai ficar apenas em crianças e adolescentes que podem passar por longo período de internação. Se a vida é um constante aprendizado, ela não pode ser exclusiva da infância (PORTO, 2008, p. 48).

A hospitalização pode acarretar, não só à criança e ao adolescente, mas também ao adulto e ao idoso, alguns problemas em seu desenvolvimento, muitos dos quais a psicopedagogia pode prevenir e /ou remediar. Esses problemas podem ser de natureza emocional (ansiedade, depressão), cognitiva (dificuldades de aprendizagem), e motivacional (auto-estima negativa). A psicopedagogia vem oferecer suporte e apoio de aprendizagens e reaprendizagens ao paciente.

Sendo o propósito desta pesquisa investigar como é possível favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem de pacientes no ambiente hospitalar, em tratamento prolongado no Setor de Hemodiálise, a partir de um trabalho de acompanhamento psicopedagógico, bem como analisar o papel das atividades psicopedagógicas, não apenas no que se refere à construção de conhecimento, mas também no que concerne à própria recuperação e reintegração do paciente, o próximo capítulo aborda a psicopedagogia aplicada ao contexto hospitalar.

## CAPÍTULO III

### A PSICOPEDAGOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

*A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que não arrisca e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade. A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.*

*Carlos Drummond de Andrade*

Discutir sobre a prática de psicopedagogos em ambiência hospitalar é um tanto quanto desafiante, dada a possibilidade de atuação deste profissional em diferentes espaços e a escassez de publicações desta natureza nesse contexto.

De acordo com o que propõe o Código de Ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia-ABPp (1996), a Psicopedagogia caracteriza-se como área de estudo e de atuação nos contextos de saúde e educação, tendo como foco o processo de aprendizagem humana. Conforme prescrito no referido código, a psicopedagogia diz respeito à reflexão e às práticas que levam em consideração os padrões normais e patológicos, considerando-se a influência do meio – família, escola e sociedade – e os desenvolvimentos psico-sócio-educacional e físico dos aprendizes, a partir da utilização de procedimentos próprios da psicopedagogia. Nota-se que a atuação do psicopedagogo no campo da saúde está contemplada pelo código de ética.

Com isso, há que se ressaltar que a educação não se restringe exclusivamente aos bancos escolares institucionalizados, assim como a saúde também não é tratada unicamente em ambientes hospitalares. O espaço hospitalar é, inclusive, segundo definição do Ministério da Saúde, um centro de educação:

Hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimentos, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p. 3929).

Delinear concretamente os limites e as possibilidades desse novo campo de trabalho do psicopedagogo é de extrema relevância para sua legitimação profissional e para seu reconhecimento pelas políticas públicas. Além de se configurar como uma perspectiva nova, porém altamente pertinente e necessária, o trabalho psicopedagógico, no contexto hospitalar, é bastante complexo tanto para o psicopedagogo e para a equipe multiprofissional, como para os pacientes e seus acompanhantes.

A psicopedagogia estuda as características da aprendizagem humana. Tem como objeto de estudo o processo de aprendizagem e a forma como os diversos elementos envolvidos nesse processo podem facilitar ou prejudicar o seu desenvolvimento. A psicopedagogia estuda os atos de aprender e ensinar, tendo em vista as realidades interna e externa da aprendizagem. Procura estudar a construção do conhecimento em toda a sua complexidade, levando em conta os aspectos cognitivos, afetivos e sociais que lhe estão implícitos. A concepção de aprendizagem é resultado de uma dada visão de homem, e é em razão desta que acontece a práxis psicopedagógica. A psicopedagogia busca, em outras áreas do conhecimento, tais como a Psicologia, a Pedagogia, a Psicanálise, a Psicolinguística, a Neurologia, dentre outras, os conhecimentos necessários para a compreensão do processo de aprendizagem.

Para Bossa (2000a, p. 28), a psicopedagogia pode ser caracterizada como uma área de “confluência do psicológico (a subjetividade do ser humano enquanto tal) e do educacional (atividade especificamente humana, social e cultural)”. Para o psicopedagogo, aprender é um processo que implica pôr em ação diferentes sistemas que intervêm em todo sujeito, ou seja, conforme a referida autora “a rede de relações e códigos culturais e de linguagem que, desde antes do nascimento, têm lugar em cada ser humano a medida que ele se incorpora a sociedade”. Através da aprendizagem o sujeito se insere ao mundo cultural, com uma participação bastante ativa, ao se apropriar de conhecimentos e técnicas, construindo em sua interioridade um universo de representações simbólicas.

O campo de atuação da psicopedagogia, de acordo com a autora citada acima, refere-se não só ao espaço físico onde se dá esse trabalho, mas crucialmente ao espaço epistemológico que lhe cabe, isto é, o lugar deste campo de atividade e o modo de abordar o seu objeto de estudo. Nos dizeres de Bossa (2000a),

[a] psicopedagogia trabalha com uma concepção de aprendizagem segundo a qual participa desse processo um equipamento biológico com disposições afetivas e intelectuais que interferem na forma de relação do sujeito com o meio, sendo que essas disposições influenciam e são influenciadas pelas condições socioculturais do sujeito e do seu meio (BOSSA, 2000a, p. 22).

Os psicopedagogos podem ser, portanto, profissionais preparados para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de aprendizagem. Através do diagnóstico, identificam as causas da problemática e elaboram o plano de intervenção.

Sabe-se que o sentido das aprendizagens é único e particular na vida de cada um e que inúmeros são os fatores afetivo-emocionais que podem impedir a aprendizagem. O psicopedagogo, ao tratar a questão dos problemas de aprendizagem, deve considerar as dificuldades do sujeito com o meio e as dificuldades do meio com o sujeito, visto que essas duas dimensões devem ser analisadas reciprocamente. O psicopedagogo, ao compreender e elucidar os problemas e as dificuldades de aprendizagem, busca agir operacionalmente, aproximando-se e buscando soluções pedagógicas a partir de uma leitura afetivo-cognitiva e social do problema.

As possibilidades e o desejo de aprender são questões essenciais ao processo de aprendizagem. As possibilidades de aprender referem-se às condições físicas e psíquicas do sujeito; o desejo de aprender está ligado à energia necessária ao bom funcionamento cognitivo. Bossa (2000b) faz uma analogia interessante para se compreender essas questões:

Sabemos que um automóvel só pode andar com o motor e combustível. O motor, de acordo com nossa analogia seria o equivalente às possibilidades de aprender, ou seja, aos recursos cognitivos. O combustível, o equivalente à energia, ou seja, à afetividade que vai determinar o desejo de aprender (BOSSA, 2000b, p. 17)

Pode-se dizer que a função do psicopedagogo está relacionada a todas as atividades de aprendizagem e de desenvolvimento humano, seja com crianças, adolescentes, adultos ou idosos.

Sendo a aprendizagem um processo não exclusivo da instituição escolar, por ocorrer em espaços não-escolares, ela pode acontecer com determinadas especificidades. Porto (2008) aponta a psicopedagogia hospitalar como uma das novas especializações da psicopedagogia, que vem dar suporte e apoio de aprendizagens e reaprendizagens ao paciente interno, humanizando o contexto hospitalar e contribuindo para a promoção da saúde.

Se a aprendizagem humana, em seus diferentes contextos, é o objeto de estudo da psicopedagogia, no ambiente hospitalar, isto não poderia ser diferente. O que vai diferenciar o

processo de intervenção do psicopedagogo é a dinâmica de intervenção e os recursos adotados. Faz-se necessário que esse profissional, imbuído de competências, descortine o universo hospitalar, através de situações do cotidiano que exigem aprendizagem por meio de múltiplos processos.

A humanização tem sido um tema bastante discutido no espaço dos serviços de saúde, por esta razão, na próxima seção, buscar-se-á compreender o que vem a ser a política de Humanização e qual poderá ser a contribuição do serviço psicopedagógico para esse processo.

### **3.1 Humanização e Trabalho Psicopedagógico**

Em um mundo globalizado, novas tecnologias e os novos meios de comunicação se desenvolvem de forma acelerada. Na área da saúde, os avanços tecnológicos são percebidos com intensidade. É inegável que esses avanços trouxeram melhoria para a qualidade do atendimento hospitalar, entretanto, percebe-se que, com esta automatização, ainda são frequentes as atitudes insensíveis e de frieza para com os usuários daquele local.

Nos últimos tempos, por conta desta realidade, há uma busca pela chamada humanização em todos os hospitais, que remete a uma visão completa do processo de funcionamento do hospital; é a busca pelo equilíbrio tecnológico e o trabalho de todos os profissionais pela satisfação do usuário e de toda a comunidade hospitalar. Nas palavras de Oliveira,

[...] humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano (OLIVEIRA, 2001, p. 104).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da saúde em 2004, objetivando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a promoção de sujeitos.

Por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. De acordo com a PNH (BRASIL, 2004), os valores que



norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

No campo da saúde, a humanização, conforme a PNH (BRASIL, 2004, p.43), diz respeito a uma proposta ético-estético-política: “ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção de saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS”.

Nota-se que o compromisso ético-estético-político da humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidades entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A política nacional de humanização busca promover a mudança de cultura no âmbito de práticas de saúde, sejam elas de assistência ou de gestão, favorecendo a emergência de sujeitos sociais responsáveis e capazes de transformação social. O sujeito não é um objeto inerte e manipulável; não é só racional e orgânico, mas se constitui e se manifesta nas dimensões física, espiritual, estética, política, subjetiva, singular, social, cultural dentre outras. Essa mudança de cultura implica mudanças de postura e comportamento, na assistência e na gestão dos serviços de saúde.

São várias as diretrizes para implantação da PNH (Brasil, 2004); neste trabalho, estacar-se-á algumas consideradas relevantes para a incorporação de novos saberes no ambiente hospitalar: 1) ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção; 2) reforçar o conceito de clínica ampliada, para que seja entendida de forma a englobar compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; 3) adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

Para isso, a Humanização do SUS operacionaliza-se com: a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos; a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com a atuação transdisciplinar; e a identificação de necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo de saúde.

Nota-se que a dinâmica da PNH (BRASIL, 2004) prevê a incorporação de outros saberes, além do saber médico no campo da saúde. Diante desse contexto, acredita-se que o psicopedagogo hospitalar possui habilidades e conhecimentos pertinentes para compor a equipe de multiprofissionais e para desenvolver ações que atendam a estas necessidades, integrando educação e saúde e visando, assim, a melhoria do atendimento para os pacientes que ali se encontram.

As considerações de Romano são bastante pertinentes para se pensar sobre a equipe multiprofissional. Segundo a autora,

[t]odas têm uma especificidade que faz parte do seu corpo de saber, mas que, isoladamente, não da conta do real, que é sempre mais integrado, multifacetado do que se pode aprender. Então o primeiro fator que identifica uma equipe multiprofissional passa a ser a percepção, a crença de seus integrantes, de que o conhecimento não é algo isolado e fragmentado (ROMANO, 1999, p. 78).

O trabalho em conjunto não implica que todos saibam de tudo ou que façam tudo. A ideia de equipe remete a um campo de acolhimento, de subjetividades, em que cada profissional tem um lugar. Romano (1999) traz apontamentos para que o processo multiprofissional possa ser viável e facilitado. É preciso que os profissionais tenham humildade, respeito e, principalmente, disponibilidade para experimentar limites e intervenções em suas ideias. Trata-se, aliás, da essência da verdadeira aprendizagem, “desmontar referências e remontá-los todos juntos com um outro jeito. A atitude e as ações da equipe não são a síntese isolada de todas, mas aquela nova, gerada da proposição conjunta” (ROMANO, 1999, p. 80).

É muito importante a troca de saberes entre as equipes profissionais, dando a informação devida ao paciente sobre as medidas terapêuticas e suas consequências. Um paciente que esteja mal informado ou sem informação alguma, comumente, ingressa em uma situação de desespero ou num estado em que medos, expectativas e fantasias se misturam com conhecimentos insuficientes sobre o que o espera. Ao contrário, se as informações providas dos profissionais demonstram clareza, observa-se que isto aumenta a confiança do paciente, independentemente de quão doloroso o procedimento possa ser.

O tratamento de uma pessoa tem como objetivo eliminar ou aliviar a doença e reduzir ou afastar o sofrimento a ela associado. Algumas moléstias causam ao paciente dor e desconforto excessivo e limitam-lhe as funções. Neste momento, o paciente sente-se desamparado e incapaz de fazer, por si próprio, qualquer coisa a respeito de seus dolorosos e

perturbadores sintomas, tendo que submeter-se a às medidas terapêuticas e procedimentos para aliviar os mesmos. A duração do tratamento pode ser longa, e é muito importante que, durante esse período, a equipe multiprofissional e o(a) paciente tenha um bom relacionamento, para melhor andamento desse processo. Nesta situação, Porto acredita que a atuação psicopedagógica deve

[r]efletir sobre o processo de humanização, com a equipe de saúde, os meios e os métodos que tragam alegria e bem estar, que cada um torne-se singular, nomeado, identificado: Quem não gosta de ser conhecido? Estimulado? A Psicopedagogia Hospitalar tem o propósito de tornar esse ambiente hospitalocêntrico em uma estada passageira e, na medida do possível, lúdica, mesmo para aqueles que se encontram acamados (PORTO, 2008, p. 21).

Com essas considerações, não se intenciona negligenciar os aspectos dolorosos que precisam ser tratados, diariamente, numa enfermaria, tais como separações, dores físicas, morte, procedimentos terapêuticos incômodos, dentre outros. Todavia, questiona-se o pouco investimento nos aspectos prazerosos, de vida, praticamente ausentes no interior hospitalar.

A disponibilidade do psicopedagogo para estar com o outro e para o outro é condição imprescindível durante o atendimento psicopedagógico, em especial nas situações de enfermidade em que pretende perceber as intenções subjetivas das respostas do paciente. Possivelmente, fica menos traumático para o paciente enfrentar a hospitalização podendo compartilhar com o outro a dor por meio do diálogo e da escuta, em que se busca compreender, aprender e reaprender esta nova situação. O aprender é um processo carregado de significados, como revela Porto (2008, p. 24), ao afirmar que “é um processo de significação subjetiva do ser, ou seja, necessita ser exercido com liberdade, e não por imposição, pela simples razão de que, em uma relação dialógica entre sujeitos, sempre ocorreram trocas”.

Se a relação se estabelece objetivando esse processo, têm-se a possibilidade de humanização, com trocas, e não por imposição. Configura-se, assim, uma relação de acolhimento em que há troca de significados. O ser humano é o agente construtor da realidade que o cerca, como sabiamente escreveu Freire:

Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias. O homem enche de cultura os espaços geográficos e históricos. Cultura é tudo o que é criado pelo homem. Tanto uma poesia como uma frase de saudação. A cultura consiste em recriar e não repetir. O homem pode fazê-lo porque tem uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo (FREIRE, 1983, p.30).

A questão da humanização da saúde não é tarefa fácil e não pode ser equacionada em uma simples conversa. Ela é problemática, não tem definição categórica, não há uma receita; a humanização é construção processual refeita a cada momento histórico. Por outro lado, é uma idealização, uma insatisfação presente e um desejo projetado no futuro. Embora havendo uma disseminação de cuidados especiais de humanização, observa-se ainda que o paciente, na maioria das vezes, é um número, uma patologia, um protocolo médico em que há uma negação de sua humanização em nome da objetividade científica. Nesse sentido, Porto aponta algumas expectativas em relação ao trabalho do psicopedagogo.

[...] esperamos que o psicopedagogo tome a iniciativa. É nesse momento que apresenta a situação limite ou o inédito-viável da relação. Momento em que começa a descortinar toda a verdade daquela interação. Assim elegemos e direcionamos nossos esforços para a ação e a interação do psicopedagogo hospitalar para com seres humanos e não com objetos (PORTO, 2008, p. 24).

As palavras de Porto reforçam a importância de se olhar para o outro como sujeito singular, que cresce nas relações que estabelece com o meio, com o outro e consigo mesmo; um sujeito com vontades e desejos.

No ambiente hospitalar, o movimento próprio da vida parece ser interrompido. É como se suspendessem as funções que fazem parte da normalidade de cada pessoa, até que se estabeleça a saúde considerada adequada, para se retomar a história pessoal que o sujeito vinha construindo. Neste sentido, o trabalho psicopedagógico torna-se grande aliado do processo de humanização, pois poderá ressignificar o contexto hospitalar, não apenas como um cenário frio, hostil, asséptico, mas como um espaço em que a vida acontece; numa perspectiva de educação que a fertilize, pois o desejo de aprender/conhecer enquadra o desejo de viver do ser humano.

### **3.2 Ambiente Hospitalar: Compreensões**

Quando se instala a patologia, tanto de forma aguda quanto em uma apresentação crônica que não possa ser atenuada em caráter ambulatorial, têm-se a hospitalização como uma medida emergencial. O hospital busca sua instrumentalização e seu manejo de controle e

tecnologia para oferecer ao paciente, se não a cura, ao menos a possibilidade da melhora para a sua reinserção na sociedade.

A palavra hospital vem do latim, que significa hospeda e originou *hospitalis* e *hospitalium*, que significava o lugar onde se hospedavam as pessoas, viajantes e desabrigados. Porto (2008) afirma que a medicina na Índia, na Grécia e no Egito era aprendida e repassada para os que se interessavam pela arte de curar.

Após várias décadas, a medicina tem avançado sobremaneira na busca da cura das doenças, na arte de curar, no entanto este alto grau de especializações, nos dizeres da autora supracitada “talvez pelo alto grau de intelectualização, tornou, muitas vezes, os profissionais de saúde frios e objetivo que, muitas vezes, só reconhece o paciente por sua patologia local onde está alojado, procedimentos a serem realizados entre outras rotinas hospitalares” (PORTO, 2008, p. 21).

Para Ribeiro (1993), o hospital é um poderoso veiculador de atitudes a respeito do homem, a partir do qual se aprende a pensar e a sentir de acordo com os valores transmitidos pelo mesmo, que nem sempre está preocupado em discutir as concepções de saúde e de doença que embasam sua prática. Foucault, ao discutir as repercussões filosóficas do saber médico, afirma o seguinte:

A medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude (FOUCAULT, 1977, p. 228).

A racionalização no trato com a doença e a morte passou a fazer parte da instituição hospitalar que, nas palavras de Ribeiro (1993, p.16), “deixou de ser um local de assistência para atendimento de andarilhos, leprosos e necessitados, controlado por religiosos, para tornar-se uma empresa com finalidade de curar as doenças”. Em nome dessa racionalização é que foi se organizando o interior hospitalar, privilegiando-se o prolongamento da vida biológica, sem que se levasse em conta a qualidade de outras dimensões de vida.

Assim, o hospital sente-se responsável pela assepsia, pela eliminação da doença, mas não “pela experiência subjetiva das pessoas com relação à vivência hospitalar, pois a cura é a meta, e a instituição não se sente comprometida com a condição de vida que seus pacientes têm que enfrentar” (RIBEIRO, 1993, p.16).

Numa situação de internação hospitalar, o paciente se vê numa realidade diferente daquela vivida em seu cotidiano e, por isto, muitos aspectos de sua identidade são diluídos, ou

simplesmente deixados de lado, pelo menos temporariamente. O ambiente hospitalar exclui atividades da rotina de qualquer pessoa, seja ela criança, adolescente, adulto ou idoso.

A singularidade de cada sujeito fica restrita a um número de prontuário, a um número de enfermagem e um leito, que são sufocados nas rotinas e práticas hospitalares. Como consequência, os indivíduos não são vistos mais como sujeito, mas como pacientes; aqueles que inspiram e necessitam de cuidados médicos, que precisam ficar imobilizados e que parecem alheios aos acontecimentos ao seu redor. Nas palavras de Ortiz e Freitas (2005, p. 27), “o evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação do ser humano que se vê em estado de permanente ameaça”.

Nas enfermarias, os pacientes submetem-se a rotinas e normas pouco ou nada individualizadas. Compartilham seu espaço físico, sua intimidade e suas emoções com outras pessoas que nem ao menos conhecem, tanto membros da equipe como outros pacientes.

Nesse momento, o paciente busca o enfrentamento dessa nova situação, que pode ser descrita como caótica, tendo em vista as implicações de mudanças subjetivas em sua vida cotidiana. Entender os desdobramentos dessa hospitalização, da aceitação das mudanças físicas e das limitações decorrentes da doença, demanda a incorporação do não-familiar, do desconhecido, no universo de conhecimentos do paciente. Barros (1999) lembra que o processo de hospitalização é sempre envolvido por uma situação de estresse provocada pela angústia da indefinição diagnóstica, pela ansiedade de resposta ao tratamento médico e pelo afastamento do lar. As reflexões de Ortiz e Freitas demonstram que, na hospitalização,

[a]s rotinas da internação, muitas vezes, não vislumbram a subjetividade e seus contornos emocionais, culturais e sociais na criança. Há, portanto, uma preocupação com a devastadora influência do adoecimento e da internação hospitalar no processo de desenvolvimento deste paciente, quando este é cercado em seu transcurso de ser humano livre e saudável (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 28).

Entende-se que estas percepções da autora supracitada não se referem somente à criança, mas estende-se também ao adolescente, ao adulto e ao idoso.

Em parte, a situação de hospitalização é vista de modo tão dramático justamente pelo fato de o hospital representar uma ruptura brusca na vida do paciente e pelo fato de fazer muito pouco no sentido de minimizar a distância existente entre o interior hospitalar e a vida além dele. Camon e outros (2003) afirmam que o paciente, ao ser hospitalizado, sofre um processo de total despersonalização. Nas palavras dos autores, “[o] estigma de doente –

paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais (...) deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia” (CAMON et al., 2003, p. 16).

Pouco se trabalha no ambiente hospitalar no sentido de que não se tenha apenas a doença como referência e sim a saúde, a boa qualidade de vida. Assim, vislumbrando a possibilidade de que o processo normal de vida do paciente, embora hospitalizado, possa continuar, o psicopedagogo procura pensar o hospital como um local de oportunidades de aprendizagem, como uma importante possibilidade de desenvolvimento.

O campo psicopedagógico insinua-se no universo hospitalar acenando para um modo singular de compreensão dos sofrimentos dos pacientes hospitalizados. Há uma intencionalidade nesta ação, a luta contra a doença, não como arsenal curativo da medicina, mas, antes, como suporte e apoio de aprendizagens e reaprendizagens ao paciente interno. Humaniza-se, assim, o processo, contribuindo para a recuperação da sua saúde do paciente. Neste sentido, Porto nos fornece a seguinte descrição:

A Psicopedagogia não é apenas o estudo da atividade psíquica da criança e dos princípios que daí decorrem, visto que ela não se limita à aprendizagem da criança, mas abrange todo o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, inclui quem está aprendendo, independente de ser criança, adolescente ou adulto. A psicopedagogia é um campo de atuação que integra saúde e educação e lida com o conhecimento, sua ampliação, sua aquisição, suas distorções, suas diferenças e seu desenvolvimento por meio de múltiplos processos (PORTO, 2008, p. 48).

Assim, é necessário que o psicopedagogo conheça a história de vida de cada paciente, que busque estratégias que levem em conta características cognitivas, sócio-afetivas em que cada sujeito se encontra. Para isto, a história de cada pessoa representa um ponto-chave para que se possa entender como ela lida e compreende sua doença. Para Mello Filho (1992), a história da pessoa representa a “colheita de uma história que leve a uma compreensão global do ser humano e não restrita à doença apresentada como a anamnese tradicionalmente utilizada. É uma história da pessoa e não da doença somente” (p. 42).

O paciente não é um ser isolado, sofre influências do lugar onde está inserido e das instituições às quais está ligado, tanto no macro como no microsistema; pode-se dizer da sociedade como um todo e de uma parcela dela, à qual está diretamente ligado, como a família, por exemplo. Para Romano, “[o] sujeito não vem sozinho ao hospital: com ele vêm a doença, seus familiares e todas as implicações com relação a papéis, necessidades adaptativas, revisão de vínculos, etc” (ROMANO, 1999, p. 21).

O olhar do psicopedagogo volta-se para as potencialidades do paciente e não para as limitações impostas pelo adoecimento, que acaba tendo como consequência a hospitalização. Busca também valorizar as possibilidades do ser que aprende, viabilizando o caminho para a auto-estima, que constitui o ponto nodal do desenvolvimento do pensamento a partir da crença em si mesmo, em suas capacidades. Isto possibilitará ao paciente “a liberação da afetividade, formação de vínculos e, conseqüentemente, da motivação para a busca do saber” (CHAMAT, 2004, p. 27).

A psicopedagogia, como área de conhecimento e de pesquisa na atuação interdisciplinar voltada para os processos de ensino e aprendizagem, é um saber que, aliado a outros saberes corrobora para o bem estar físico, psicológico, e cognitivo dos pacientes hospitalizados. Nos dizeres de Ortiz e Freitas,

[q]uando o processo de internação hospitalar não é bem conduzido, ao lançar um olhar acurado ao paciente, pode-se captar alguns fenômenos colaterais surgidos durante o tratamento. São sintomas sutis que trazem prejuízos à integridade físico-emocional e raramente atribuídos à situação de hospitalização (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.33).

Revisitando as reflexões de Caparelli, elenca-se, a seguir a gama de sintomas e problemas de personalidade decorrentes de experiências traumáticas associadas ao evento da hospitalização:

Distúrbios de conduta; problemas alimentares; distúrbios do sono, regressão em níveis anteriores do desenvolvimento e perda de comportamentos já adquiridos: problemas no controles dos esfínteres; surgimento de movimentos involuntários denominados *tics*; depressão, ansiedade; medo do hospital, da equipe de saúde, de aplicação de injeção, procedimentos de diagnósticos como raio x; medo da morte, mutismo, regressão a estado de incomunicabilidade; sintomas estéricos; pensamentos e preocupações excessivas acerca do funcionamento do organismo ou desilusão sobre o mesmo (CAPARELLI, 1998, p. 59).

A atenção à saúde do paciente implica não só na ênfase aos cuidados biológicos, mas, inclui também cuidados não-médicos como os psicológicos, psicopedagógicos e sociais. É um olhar pautado na assistência integral ao paciente, vendo-o como um ser com necessidades a serem atendidas, com dúvidas e anseios na busca de respostas que desvelem os sentidos desse fenômeno: o adoecer. Quando o contexto hospitalar desconsidera a complexa dimensão humana, pode haver o estabelecimento de um quadro que potencializa o surgimento de traumas devido à situação de hospitalização.



Camon e outros lembram que, se o fenômeno depressivo vivido pelo paciente não for considerado e acompanhado, ele pode vir a ser um marco entre a opção pela vida ou a entrega à morte. Nas palavras dos autores,

[p]ode-se observar inúmeros casos onde, embora o prognóstico do paciente fosse bom, a depressão que se instalou funcionou como agravante seríssimo de seu estado biopsicológico, derivando para agravamentos somáticos do quadro clínico, eventualmente levando à morte (CAMON et al., 2003, p. 46).

Tais reações têm muito a ver com a maneira como foram respeitados os fatores de adaptação do paciente ao processo de internação. De acordo com Mello Filho (1992), o enfermo fora de seu ambiente social e cultural, desenraizado, torna-se com, frequência, melancólico, deprimido, desconfiado e, algumas vezes, hostil à abordagem médica.

A situação de hospitalização passa a ser determinante para muitas situações que poderão ser consideradas invasivas, caso não sejam respeitados os limites e as imposições da pessoa hospitalizada, como mostra Camon e colaboradores:

Embora esteja vivendo um processo de despersonalização, ainda assim determinadas práticas são consideradas ainda mais agressivas pela maneira como são conduzidas dentro do âmbito hospitalar. Assim, será visto como sendo algo invasivo a enfermeira que vem acordá-la para aplicar injeção, ou a atendente que interrompe uma determinada atividade par servir-lhe as refeições. Tudo passa a ser invasivo. Tudo passa a ser abusivo diante de sua necessidade de aceitação desse processo (CAMON et al., 2003, p. 18).

Apesar de o hospital e o fenômeno doença serem armazenados, muitas vezes, como experiências que representam um sabor amargo, há um desafio para a equipe multiprofissional, em especial o psicopedagogo, que se traduz na promoção do encontro de afetos. É uma ação pensada não apenas como instrumentalização técnica, mas como uma atitude de escuta às expectativas.

Cabe ao psicopedagogo buscar compreender todo o complexo hospitalar. Desenvolver sua atividade profissional em um hospital significa estar presente, em todos os sentidos, e atento a tudo e a todos os acontecimentos. É preciso que esse profissional veja, por si mesmo, esclareça pessoalmente os fatos, indague, e procure ter uma visão pessoal e intransferível daquilo que o próprio paciente está vivenciando. Equivale a dizer que ele deve circular pelo hospital para conhecer, *in loco*, o trabalho de seus colegas de equipe e para tentar compreender suas rotinas, e seus horários.

Em se tratando de uma área relativamente nova, em que a instituição, em muitas ocasiões, não saberá o que pedir ao psicopedagogo, cabe ele mostrar o que pode ser acrescentado em benefício do paciente e da instituição, como um todo. Sua adaptação a esse novo ambiente deverá suscitar pontos de reflexão e de questionamento constantes na práxis do psicopedagogo. Vale ressaltar, ainda, que esse é um espaço já provido de regras, normas, valores e função social, em que esse profissional deverá conscientizar-se de sua identidade profissional e delimitar até onde vai sua atuação e a de outro profissional. Como evidencia Bossa,

[a] psicopedagogia institucional se caracteriza pela própria intencionalidade do trabalho. Atuamos, como psicopedagogos, na construção do conhecimento do sujeito, que neste momento é a instituição com sua filosofia; valores e ideologia. A demanda da instituição está associada à forma de existir do sujeito institucional, seja ele a família, a escola, uma empresa industrial, um hospital, uma creche, uma organização assistencial (BOSSA, 2000a, p. 89).

O psicopedagogo, junto à equipe multidisciplinar, deverá atuar de forma coesa e nunca isolada ou fragmentada. É necessário um espaço em que haja troca dos diferentes saberes, discussão sobre casos clínicos, em que novas ideias vão sendo compartilhadas e ressignificadas por toda a equipe. Conhecer o olhar de cada um dentro da equipe multiprofissional corrobora para o reconhecimento das dificuldades pessoais e institucionais do psicopedagogo hospitalar, que deve contribuir para que o vínculo entre a equipe se consolide da forma mais prazerosa possível, para que um ambiente mais humanizado seja oferecido ao paciente.

A Psicopedagogia, em qualquer âmbito em que seja aplicada, trabalha as questões ligadas à ansiedade, à baixa auto-estima e a depressões; minimiza os prejuízos de ordem cognitiva no processo de aprendizagem, facilita a relação saudável do indivíduo com o meio e o prepara para aprender inclusive questões ligadas à sua maneira de ser, aos seus limites e às suas potencialidades. Nesse sentido, a intervenção psicopedagógica é também terapêutica, pois colabora para amenizar as adversidades inerentes à condição de enfermidade e hospitalização. Nas palavras de Bossa (2000a), o trabalho psicopedagógico

[i]mplica compreender a situação de aprendizagem do sujeito, individualmente ou em grupo, dentro do seu próprio contexto. Tal compreensão requer uma modalidade particular de atuação para a situação em estudo, o que significa que não há procedimentos predeterminados (BOSSA, 2000a, p. 85).

Cada caso tem a sua singularidade e, por esta razão, o psicopedagogo procura observar o sentido particular que assumem as alterações da dinâmica vivencial para o paciente. A enfermidade tende a afetar as interações desse paciente com o ambiente físico e social em que vive e, por sua vez, os aspectos do ambiente são alterados como consequência da enfermidade. A capacidade de conhecer sua nova situação e gerenciá-la de modo otimista, produtiva e saudável pode fazer toda a diferença na realização futura desse paciente, especialmente para aquele para quem a hospitalização se dá por longos períodos.

A proposta da Psicopedagogia Hospitalar é ser o interlocutor de pacientes: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Todos aqueles que passam por internações, sejam elas de curta, média ou longa duração, doenças crônicas e de pacientes terminais. Os psicopedagogos hospitalares, embasados na técnica e na prática, utilizam todo o seu conhecimento para criar um mundo onde as pessoas se preocupam umas com as outras.

O que possibilita e molda o trabalho do psicopedagogo não é o lugar em que ele ocorre, nem os entraves que o cercam. Seu aspecto terapêutico oportuno e pertinente resulta da eficácia de suas ações, dos objetivos, claramente traçados e a serem atingidos, da possibilidade de trocas eficientes com a equipe multiprofissional e do consenso de que a intervenção psicopedagógica junto ao paciente e seus familiares interfere positivamente em seu tratamento e na promoção de sua saúde e melhor qualidade de vida.

Com base nessas compreensões, o próximo capítulo abordará o trabalho psicopedagógico no HC-UFU, suas contribuições e implicações para o tratamento e recuperação do paciente com Insuficiência Renal Crônica no setor de hemodiálise.



## CAPÍTULO IV

### A PSICOPEDAGOGIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFU

*Que a vontade de aprender suporte o erro. Que a tentativa de tudo permita a decepção. Que a busca da perfeição escute a crítica. Que todo esforço compreenda o desprezo. E que a alegria de estar vivo Vença o medo de viver.  
(Autor desconhecido)*

Para os profissionais que atuam no hospital, ao adentrarem por suas portas e subirem as rampas em direção às enfermarias, é comum que certo pesar os assaltem: nunca sabem, ao certo, que evoluções tiveram os quadros de doença dos pacientes que vinham acompanhando, ou com quais novos pacientes de outras patologias irão se deparar.

Os corredores são um vai e vem de vozes apressadas, urgentes nos seus afazeres. As pessoas não param muito para conversar. O trabalho é exaustivo; doentes não faltam. Jalecos brancos correm de leito em leito, veias são procuradas, medicamentos introduzidos, exames realizados. Vozes misturam-se: são médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos, pessoal dos serviços gerais, dentre outros. Todo um arsenal humano é preparado para combater a doença do paciente, porém, tudo parece estranho aos olhos do mesmo, que não se reconhece e pouco se identifica com esse contexto.

Normalmente, após a admissão do paciente, estes são encaminhados aos leitos, cujos números passarão, muitas vezes, a identificá-los, e inicia-se o tratamento.

#### **4.1 A Dinâmica de Funcionamento e o Atendimento Psicopedagógico no Setor de Hemodiálise**

O setor de hemodiálise, local onde se desenvolveu a presente pesquisa, tem características próprias do espaço que o diferencia das demais enfermarias do hospital. Atende

somente a clientela com indicação de hemodiálise e dispõe de 48 vagas para pacientes com doença renal terminal. O Setor trabalha com todas as vagas preenchidas. Os pacientes vão ao hospital para as sessões de hemodiálise três vezes por semana, permanecendo de três a quatro horas por dia, tempo que dura cada sessão, respeitando-se o limite de cada um.

Os pacientes, sujeitos da pesquisa, permaneciam no Setor de Hemodiálise por um período de mais ou menos cinco horas. Esse tempo distribuía-se entre espera para a sessão de diálise, a diálise em si, refeições e espera pelo transporte. Tendo em vista o tempo que o paciente permanecia no hospital, bem como a dinâmica do setor, os atendimentos psicopedagógicos só eram possíveis durante a sessão de diálise. Portanto, o local para os atendimentos psicopedagógicos era a sala onde se realizavam as sessões de hemodiálise, nos momentos em elas aconteciam.

Considerando-se a importância dos aspectos referentes ao desenvolvimento e à aprendizagem, buscou-se, dentro do Setor de Hemodiálise, adequar os atendimentos ao espaço físico e à rotina do setor.

O local onde os pacientes dialisavam era uma sala grande, retangular, com doze máquinas dispostas lado a lado, formando uma meia lua. O espaço entre uma máquina e outra era pequeno, o que dificultava a privacidade para os atendimentos. Além disso, havia circulação de profissionais – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, etc. – quase o tempo todo. Havia também duas TVs que ficavam ligadas normalmente em canais diferentes, com o volume mais alto, a pedido de alguns pacientes. Tudo isso causava ruídos e barulhos que, por vezes, dificultavam o trabalho. Tendo em vista que as condições físicas, orgânicas e psicológicas dos pacientes não eram muito favoráveis, como também não o era o espaço físico, o trabalho psicopedagógico era um desafio, porém cheio de descobertas.

As atividades psicopedagógicas eram desenvolvidas três vezes por semana, durante mais ou menos trinta minutos para cada atendimento. A definição por este período de tempo (trinta minutos) para a realização do trabalho psicopedagógico se deu em função da dinâmica do setor e das peculiaridades do paciente quando submetido à máquina de hemodiálise. Os pacientes, no período em que estão ligados à máquina, comumente sentem-se sonolentos; apresentam oscilações da pressão sanguínea (hipotensão/ hipertensão). Esse tempo às vezes se estendia, dependendo do limite de cada paciente, e, no decorrer das sessões, eles poderiam ser solicitados para exames, medicamentos, aferição de pressão, etc.

Antes do início de cada atendimento psicopedagógico, a equipe de enfermagem era consultada em relação ao estado clínico dos pacientes. Quando esses não se sentiam bem, fisicamente, ou quando apresentavam qualquer outro motivo, o trabalho era interrompido. O paciente era avisado constantemente sobre o caráter voluntário de sua participação, de sua liberdade de aceitar, ou não, o atendimento naquele dia.

Os pacientes, quando ligados à máquina de hemodiálise, normalmente, ficam deitados, na posição horizontal, com a parte superior das cadeiras levemente inclinadas. Conforme oscilações da pressão sanguínea, a parte superior da cadeira precisa ficar abaixo da parte inferior, lembrando a posição de um paciente submetido a tratamento odontológico.

Para a realização do trabalho, utilizava-se uma mesinha giratória<sup>7</sup> que se encaixava no leito de cada paciente e onde se colocavam os materiais pedagógicos a serem utilizados, tais como: jogos, aparelho de CD, livros e outros. No entanto, a utilização dessa mesinha só era possível quando as condições clínicas do paciente eram favoráveis para que pudesse reclinar a cadeira. Para as atividades previstas, havia objetivos definidos, porém o planejamento era flexível.

Baseando-se numa visão de desenvolvimento em que o sujeito é interativo e constrói seu pensamento e seu modo de ação num ambiente que é histórico e social, a atuação psicopedagógica visava ampliar as possibilidades de acesso dos pacientes a instrumentos físicos e simbólicos que pudessem constituir seus pensamentos, raciocínios e afetos.

Como mostra Ribeiro (1993), no ambiente hospitalar, os pacientes estão submetidos ao controle de uma instituição que interfere, no seu funcionamento de suas atitudes frente à vida, à doença e à morte.

Os pacientes estão inseridos nesse ambiente e, portanto, adequando-se às vivências que passam a ter em tal contexto. Considerando-se que são reduzidas as possibilidades de reflexão sobre sua condição de “paciente” (aquele que recebe a ação praticada por outro), de atuar nesse novo ambiente, de alterar a rotina de que passa a fazer parte, de impor sua individualidade e de continuar a desenvolver suas atividades habituais (ou outras), o atendimento psicopedagógico buscava criar condições que propiciassem experiências potencialmente favorecedoras de uma continuação do ritmo de vida do paciente e de seu desenvolvimento psicológico, intelectual e cognitivo.

---

<sup>7</sup> A mesinha giratória é utilizada pela equipe de enfermagem para procedimentos como: curativos, exames e outros.

As dificuldades impostas pela doença tendem a se acentuar, tendo em vista as poucas oportunidades oferecidas no atendimento às necessidades, além daquelas relacionadas ao tratamento físico.

O atendimento psicopedagógico acontecia com horários e dias predeterminados. Tinha-se a expectativa de que os pacientes, apesar da enfermidade, de estarem ligados à máquina para os procedimentos da diálise, sentir-se-iam atraídos por atividades relacionadas ao seu cotidiano, à sua história de vida e que, dessa forma investiriam no seu dinamismo. Nos dizeres de Porto,

[o] adulto fica impedido de suas atividades laborativas, a angústia, o medo, a morte estão em uma constante no seu período de hospitalização. Cabe ao psicopedagogo, dependendo de cada caso, fazê-lo reaprender determinados comportamentos e atuar na auto-estima (PORTO, 2008, p. 84).

O estabelecimento de um espaço que despertasse o interesse dos pacientes, embora ligados à máquina de hemodiálise, poderia gerar uma expectativa, durante o período de internamento, de estarem inseridos num processo de movimento, de aprendizagem, de transformação contínua.

Através de conversas, jogos, músicas, histórias de vida, leitura e escrita, emergiram diversas possibilidades de interação e aprendizagem. Esperava-se que o paciente tivesse a oportunidade, de forma lúdica e prazerosa, de se apropriar de conhecimentos variados que não fossem reproduções das experiências escolares, mas que, por outro lado, contribuíssem para a construção do conhecimento.

Por meio dos atendimentos psicopedagógicos, buscava-se oferecer um espaço em que o paciente pudesse refletir sobre sua experiência no hospital. Em geral, ele permanece sozinho na elaboração das vivências hospitalares, absorvendo isoladamente as representações que aquele grupo tem de sua situação, sem possibilidade de refletir sobre sua condição.

Assumindo que não é o meio externo que determina diretamente o conhecimento do sujeito, mas que este se constitui também na relação com outras pessoas, eram criados espaços de construção de conhecimentos, os quais poderiam resultar em conhecimentos variados, não planejados em decisões prévias. Buscava-se, dessa forma, investir em propostas que permitissem ao paciente alguma compreensão de sua condição e que promovessem o seu bem estar.

Alguns aspectos trabalhados regularmente com os pacientes referiam-se à sua identificação: sua história de vida, sua cidade de origem, sua escolaridade, seus familiares,



seus interesses pessoais, etc. , além dos motivos que levaram ao seu internamento. Buscava-se assim proporcionar a oportunidade de o paciente verbalizar sua percepção do hospital, de trocar informações acerca da rotina hospitalar, colocando suas opiniões e sentimentos relativos ao internamento. O paciente com IRC, ao iniciar o tratamento, fica exposto a estimulações desconhecidas que até então não faziam parte de seu universo de conhecimentos, abrindo a brecha para que se instale o terror pessoal. Por isso é importante dar meios para que ele possa decodificar essa nova vivência, assimilando a nova situação.

Há um certo consenso de que a psicopedagogia deve ocupar-se em estudar a aprendizagem humana, porém é uma ilusão pensar que tal consenso nos conduza, a todos, a um único caminho. “O tema da aprendizagem apresenta tamanha complexidade que tem a dimensão da própria natureza humana. É importante, no entanto, ressaltar que a concepção de aprendizagem é resultado de uma visão de homem, e é em razão desta que acontece a práxis psicopedagógica” (BOSSA, 2000a, p. 20).

A aprendizagem no contexto hospitalar refere-se ao processo adaptativo, no sentido piagetiano do termo, das novas condições desencadeadas pela patologia, as quais provocam um desequilíbrio (cognitivo, emocional, social) e geram novas demandas. Essas demandas são específicas de cada paciente, conforme sua realidade e história de vida. Vale ressaltar que o adoecer configura-se como um fator provocador de desajustes. Ao enfermar o paciente é acometido de mal-estares e perturbações oriundas de fatores físicos e emocionais.

O paciente portador de enfermidades crônicas assume, normalmente, nos primeiros dias do adoecimento, postura de expectador desconfiado e calado. Observa seu entorno, procurando eleger alguém, uma pessoa dentro desse estranho mundo asséptico, o hospital, com quem possa se sentir seguro e amparado em sua necessidade de falar de si e de seus mistérios pessoais.

Estar doente não implica a perenidade da doença e nem a aceitação da totalidade do corpo doente. Há funções que se mantêm preservadas, e é precisamente para estas potencialidades que a psicopedagogia hospitalar aponta seus vetores, apostando na saúde da história de vida do paciente, no seu desenvolvimento biopsicossocial.

A rigor, a situação de enfermidade não configura, por si só, um fator limitador do aprendizado, pois, mesmo sob restrições, é possível encontrar alternativas que favoreçam o desenvolvimento cognitivo, psicológico, histórico e cultural do paciente.

Nesse sentido, para compreender melhor o paciente com IRC, foi realizado o diagnóstico, etapa precípua do trabalho psicopedagógico, cujo desenvolvimento está descrito a seguir.

#### **4.2 O Diagnóstico Psicopedagógico no Setor de Hemodiálise: Primeiros Vínculos**

O diagnóstico psicopedagógico é processual e contínuo; está em constante movimento de ir e vir. Segundo Bossa (2000a, p. 95), ele inicia-se “numa atitude investigadora, até a intervenção. É preciso observar que essa atitude investigadora, de fato, prossegue durante todo o trabalho, na própria intervenção, com o objetivo da observação, ou acompanhamento da evolução do sujeito”.

Para o atendimento psicopedagógico no contexto hospitalar, o psicopedagogo precisa conhecer as necessidades específicas de cada paciente. A busca desse conhecimento inicia-se no processo diagnóstico, momento em que a ênfase é a leitura da realidade do paciente, para então proceder à intervenção.

O atendimento psicopedagógico no hospital difere de outros espaços por ser o ambiente hospitalar permeado cotidianamente por: mudanças no quadro clínico dos pacientes; procedimentos terapêuticos bastante incômodos; dores físicas; morte; alta hospitalar. Tudo isso leva o psicopedagogo, em muitas situações, a atendimentos pontuais. Talvez daí derive a dificuldade da pesquisadora, em alguns momentos, de separar o diagnóstico da intervenção.

Para a realização do diagnóstico psicopedagógico concernente a esta pesquisa, foi preciso inicialmente conhecer a problemática (queixa) apresentada pela equipe (médicos e enfermeiros) para a demanda de atendimento psicopedagógico. Como esse trabalho já fazia parte da rotina de alguns pacientes do referido setor, o primeiro contato com a equipe se deu de forma tranqüila e acolhedora.

O enfermeiro, muito prestativo e atento às especificidades de cada paciente, acolheu a pesquisa, se colocando à disposição para o que se fizesse necessário. Ao ser consultado sobre os pacientes que tinham demanda para atendimento psicopedagógico, com entusiasmo, foi logo indicando quatro pacientes. Segundo ele, esses pacientes apresentavam algumas dificuldades que, a seu ver, tinham implicações relevantes para o tratamento: não identificavam o peso na balança antes e depois das sessões de Hemodiálise; não identificavam

o nome no capilar usado nas máquinas<sup>8</sup>; não conseguiam assinar a folha de frequência do Setor de Hemodiálise; sentiam-se constrangidos por usar a digital; apresentavam dificuldades com os medicamentos e baixa auto-estima.

Por meio dessas informações, a pesquisadora ficou a par da queixa e da demanda apresentada pela equipe, que marcou o critério de indicação dos sujeitos. Posteriormente à medida que se ia conhecendo melhor os casos foi-se descobrindo outros aspectos relacionados à queixa, desta vez advinda dos próprios sujeitos. Antes de iniciar o acompanhamento desses sujeitos, foi feita uma abordagem com cada um para informá-los sobre o que seria a pesquisa e para investigar o desejo dos mesmos de participar do trabalho.

Dar voz a esses pacientes e escutá-los foi o primeiro passo para que se estabelecesse uma relação dialógica, ponto chave para o início do trabalho. De forma poética, Brandão assim descreve o pesquisador:

Eu, uma pessoa: esse instrumento afetuosamente subjetivo e, talvez por isso mesmo, o mais desafiadoramente confiável. Imperfeito e aperfeiçoável, sou para mim mesmo e no diálogo com os outros uma pessoa vocacionada a fazer-se crer através do que e de como se conhece quando interage consigo mesma e com os outros. Através de como aprende a trabalhar com seriedade e criativo rigor as suas próprias percepções; através de como transforma vivências metodologicamente interativas em registros de fatos e de dados (BRANDÃO, 2003, p. 48).

Uma paciente, dentre os quatro indicados pelo coordenador, procurou a pesquisadora, antes de a mesma abordá-la. Relatou que gostaria de participar do trabalho e que já vinha observando os atendimentos psicopedagógicos a outros pacientes, porém se sentia acanhada e com vergonha de pedir para ser atendida. Como o enfermeiro já havia comentado sobre o trabalho, essa paciente sentiu-se mais à vontade para procurar pelo atendimento psicopedagógico. Infelizmente, na semana seguinte, após esta conversa, essa paciente veio a óbito. Estava com um quadro clínico complicado. Com muitas intercorrências, ficou internada devido a uma pneumonia que se agravou; não resistiu e faleceu. São momentos difíceis e dolorosos vivenciados pelo pesquisador, mas que fazem parte da rotina de um hospital. Ao se dispor a pesquisar esse espaço, estes acontecimentos infelizmente acabam sendo inevitáveis. Nos dizeres de Ortiz e Freitas,

---

<sup>8</sup> Conforme a RDC nº 154/2004, os dialisadores são reutilizados nas sessões de diálise. “Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas para o mesmo paciente, até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20(vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático em máquinas registradas na ANVISA” (ANVISA, 2004, p. 6). Para tanto, cada paciente precisa reconhecer seu nome no dialisador.

[é] um jogo muito próximo de afetividade e de subjetividade. Criam-se laços fortes, e o sofrimento enfrentado pelo paciente desgasta a todos. O rompimento dos laços e a preparação para o óbito são aprendizados que bem poderiam ser retirados deste exercício, porém, inevitavelmente ele virá (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 16).

Houve tentativas de colocar outro sujeito para substituir aquela que havia falecido, mas os pacientes abordados se recusaram a participar do estudo. Assim, permaneceram três pacientes indicados pelo enfermeiro e que aceitaram participar da pesquisa, os quais foram identificados por nomes fictícios: Anastácia, Vitório e Celeste.

Uma vez identificada a queixa e definidos os sujeitos da pesquisa, foram eleitos os instrumentos do diagnóstico: observação, conversas informativas com a equipe multiprofissional e com algum membro da família, entrevista com os sujeitos, jogos e atividades pedagógicas.

Tendo em vista as especificidades dos sujeitos pacientes, para o diagnóstico psicopedagógico, torna-se crucial conhecer a patologia que os acomete, assim como (também) as implicações em sua vida cotidiana. É necessário conhecer, ainda, as rotinas do setor de hemodiálise, local onde se realiza o tratamento. Assim, no próximo tópico será sucintamente apresentado o que vem a ser a Insuficiência Renal e as características dos pacientes submetidos à hemodiálise.

#### **4.2.1 Insuficiência Renal e suas Implicações: Características e Peculiaridades de Pacientes Submetidos à Hemodiálise**

O número de pessoas acometidas por doenças renais é grande. Algumas sofrem de doenças que não são graves, outras apresentam doenças como a diabetes e pressão alta que, se não tratadas de maneira correta, podem levar à falência total do funcionamento renal. E existem também pessoas que, quando manifestam algum sintoma, já estão com os rins totalmente paralisados.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a cada ano, cerca de 21.0000 brasileiros precisam iniciar tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal. Raros são aqueles que conseguem ter pelo menos uma parte do funcionamento dos rins recuperada o

bastante para deixar de necessitar de diálise e poucos têm a sorte de receber um transplante renal.

Segundo Romão Junior (2004), os rins são responsáveis por quatro funções no organismo: 1- eliminar toxinas do sangue, por um sistema de filtração; 2- regular a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos; 3- regular a pressão sanguínea; 4- controlar o delicado balanço químico e de líquidos do corpo. Conforme o referido autor os rins trabalham para conservar o corpo livre de toxinas, cuja eliminação muito se assemelha ao trabalho dos filtros. “O sangue entra nos rins através da artéria renal. Uma vez que o sangue chega aos rins, as toxinas são filtradas para a urina; o sangue limpo volta ao coração por uma veia renal” (ROMÃO JUNIOR, 2004, p.3).

A função normal dos rins determina a formação de ossos saudáveis e a produção dos glóbulos vermelhos; a formação dos ossos porque regularizam as concentrações de cálcio e fósforo no sangue e produzem uma forma ativa da vitamina D. Os rins também liberam o hormônio chamado de eritropoetina que, segundo Romão Junior (2004), ajuda na maturação dos glóbulos vermelhos do sangue e da medula óssea. A falta deste hormônio pode causar anemia.

O controle da pressão arterial sanguínea também é uma função dos rins. A pressão alta sanguínea (hipertensão) pode ser a causa ou também o resultado da enfermidade renal. Conforme Romão Júnior descreve no *site* da Sociedade Brasileira de Nefrologia:

Os rins controlam as concentrações de sódio e a quantidade de líquido no corpo. Quando os rins falham e não cumprem com estas funções vitais, a pressão sanguínea pode elevar-se e pode ocasionar inchaço (edema). Os rins também secretam uma substância que se chama renina. A renina estimula a produção de um hormônio que eleva a pressão sanguínea. Quando os rins não funcionam bem se produz renina em excesso e isto pode resultar em hipertensão. A hipertensão prolongada danifica os vasos sanguíneos, causando assim falha renal (ROMÃO JUNIOR, 2004, p. 6).

O acúmulo de toxinas no sangue, causado pelo mal funcionamento das funções renais, resulta em uma condição muito séria, conhecida como uremia. De acordo com o autor supracitado, os sintomas da uremia são: náuseas, debilidade, fadiga, desorientação, dispnéia e edema nos braços e nas pernas. As toxinas que se acumulam no sangue podem ser usadas para avaliar a gravidade do problema.

A Insuficiência Renal é a perda de todas essas funções dos rins descritas acima, podendo ser aguda ou crônica. A Insuficiência Renal Aguda é a perda rápida, porém

temporária, das funções dos rins. Rápida porque a função renal é perdida em algumas horas e temporária porque os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas. A esta situação os médicos chamam de insuficiência renal aguda. Em muitas ocasiões, o paciente necessita ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantém o paciente sem sintomas da doença. De acordo com Barros e outros,

[a] expressão insuficiência renal crônica (IRC) refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. Embora essa definição não faça menção à quantidade de função perdida, costuma-se usar os qualitativos imprecisos “leve”, “moderada” e “grave ou “terminal” conforme o grau de diminuição da filtração glomerular (BARROS, et al., 1999, p. 423).

Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase que sem sintomas. Romão Junior (2004) mostra que, a partir daí, podem aparecer sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito o paciente, como: anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e dos pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e urina muito clara, sangue na urina etc. Deste ponto até que os rins estejam funcionando somente 10-12% da sua função renal normal, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dietas. Quando a função renal normal se reduz abaixo destes valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento de insuficiência renal: diálise ou transplante renal. Ainda segundo o referido autor, diversas são as doenças que levam à IRC. As três mais comuns são: a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite.

Como os rins são os responsáveis, no organismo, pelo controle da pressão, quando não há o funcionamento adequado, há subida na pressão arterial que, por sua vez, “leva a piora da disfunção renal, fechando assim um ciclo de agressão aos rins. O controle correto da pressão arterial é um dos pontos principais na prevenção da insuficiência renal e da necessidade de se fazer diálise” (ROMÃO JUNIOR, 2004, p. 4).

O diabetes, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, é uma das mais importantes causas de falência dos rins, com um número crescente de casos. A glomerulonefrite (“nefrite crônica”) resulta de uma inflamação crônica dos rins. Depois de algum tempo, se a inflamação não é curada ou controlada, pode haver perda total das funções dos rins.

Diversos fatores devem ser considerados no processo de decisão sobre qual deve ser o melhor tratamento dialítico para um determinado paciente com insuficiência renal crônica.

Segundo Barros e outros (1999, p. 428), as opções são: “hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal cíclica noturna (CCPD) e transplante renal, seja com doador vivo relacionado, seja com doador cadáver”.

Conforme aponta o referido autor, a escolha do melhor método deve, portanto, ser individualizada e deve contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas do paciente. É importante apresentar ao paciente e aos familiares, de forma clara e compreensível, as opções de tratamento, assegurando-lhes a possibilidade de modificar a escolha inicial conforme a evolução.

No caso deste estudo, os sujeitos participantes são pacientes com IRC, com indicação de hemodiálise, atendidos pelo Setor de Hemodiálise do Hospital de Clínicas da UFU, com doença renal terminal.

Com realidades distintas, esses sujeitos têm em comum o fato de serem acometidos por Insuficiência Renal Crônica. Esta patologia limita as possibilidades de uma vida normal, na medida em que os pacientes tornam-se dependentes do serviço de hemodiálise e que precisam ir ao hospital três vezes por semana, durante três a quatro horas por cada dia.

O impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico pode levar o paciente renal crônico a um progressivo e intenso desgaste emocional, devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo, que ocasiona limitação física e diminuição da vida social. A dificuldade de adaptação do paciente pode ser verificada logo no início do tratamento, pois se trata de uma situação em que a ansiedade pode se fazer presente durante todo o processo. As características pessoais podem indicar uma melhor aderência ou não ao tratamento dialítico, e o modo como o paciente processa cognitivamente a doença e suas consequências, pode predizer um melhor ou pior prognóstico, interferindo diretamente em sua qualidade de vida.

Sabe-se que a maioria das pessoas que passam por episódios desagradáveis reage com tristeza ou humor depressivo, quando se defrontam com situações que, devido à gravidade da doença e à duração do tratamento, que são maiores que sua capacidade de adaptação. É esperado, por parte do indivíduo, que ele apresente manifestações depressivas, com o aparecimento de doenças crônicas, durante os períodos de adaptação. Da mesma forma, no que diz respeito aos pacientes com IRC, entende-se que suas reações imediatas ao processo terapêutico são uma forma de resposta adaptativa frente aos sentimentos de inseguranças e perdas. Ortiz e Freitas (2005, p. 28) salientam que “a aceitação das mudanças físicas e limitações decorrentes da doença, a postura de passividade frente aos desafios, o desapego de

suas referências pessoais, familiares e sociais demarcam um processo de despojamento doloroso para o paciente”.

A hemodiálise, enquanto um procedimento de apoio à função renal, consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido por uma máquina de diálise; é um procedimento que filtra o sangue. Através da hemodiálise, são retiradas do sangue substâncias que, quando em excesso, trazem prejuízos ao corpo, como a uréia, o potássio, o sódio e a água.

A hemodiálise é feita com a ajuda de um dialisador (capilar ou filtro), formado por um conjunto de pequenos tubos. Durante a diálise, parte do sangue é retirado e, em seguida, é conduzido através da linha arterial do dialisador, onde o sangue é filtrado, e retorna ao paciente pela linha venosa. Atualmente, tem havido um grande progresso em relação à segurança e à eficácia das máquinas de diálise, tornando o tratamento bastante seguro. Existem alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema (detectores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue, etc.).

Conforme prevê a Resolução nº154/2004 da Diretoria Colegiada (RDC), que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise, estes devem funcionar de forma a atender aos requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que tenha como objetivo:

- a) uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos;
- b) um monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus eventos adversos;
- c) responsabilidade integral pelo tratamento e de suas possíveis complicações;
- d) a melhora geral do seu estado de saúde, com vistas à sua reinserção social (ANVISA, 2004, p.3).

Todo serviço de diálise deve fornecer ao paciente, no dia do procedimento dialítico, alimentação de acordo com a orientação dietética do nutricionista e com base na prescrição médica, considerando-se seu estado clínico e nutricional.

Na percepção de Barros e outros (1999), outras condutas devem ser avaliadas e reforçadas, como o controle dietético, pois o tratamento da IRC modifica os hábitos alimentares e a qualidade de vida do paciente.

Na insuficiência renal, situação na qual os rins estão com perda parcial ou total de suas funções, não é possível eliminar o excesso de sódio do organismo e manter o equilíbrio apropriado entre a quantidade de sódio e a água no corpo. Isto faz com que a água, que



deveria ser eliminada na forma de urina, fique retida no corpo, manifestando-se como inchaço (edema) nos pés, nas pernas, no abdômen ou na face. Em situações ainda mais graves, pela retenção de sódio e água no corpo, pode acontecer aumento do peso, piora da pressão arterial (hipertensão arterial), das funções do coração (insuficiência cardíaca) e dos pulmões (edema pulmonar).

Os alimentos que são enriquecidos com sal e que, portanto, são ricos em sódio, devem ser comidos com moderação, ou evitados, para que se tenha bom controle do sódio no corpo e se evite as situações descritas anteriormente. Esses alimentos são: salgados, salsicha, presunto, bacon, lingüiça, etc., e alimentos industrializados de forma geral, pois são ricos em sódio.

O potássio é um elemento fundamental para o funcionamento dos músculos de todo o corpo, inclusive os músculos do coração. É essencial também para o bom funcionamento das células nervosas. Os rins são os órgãos que eliminam o excesso deste elemento. Barros e outros afirmam que

[o] potássio está presente na maioria dos alimentos em quantidades variáveis. O mecanismo primário da excreção de potássio é a urina (...) em condições normais, a excreção de potássio iguala-se à sua ingestão, sendo que aproximadamente 90% do potássio ingerido é excretado na urina e o restante nas fezes e no suor (BARROS, et al., 1999, p. 35).

Em pacientes com insuficiência renal, Romão Junior (2004) explica que o excesso de potássio que não pode ser eliminado pode trazer complicações muito sérias na atividade muscular, como fraqueza ou câibras, e principalmente para o coração, que pode ter suas contrações enfraquecidas ou até totalmente paralisadas (parada cardíaca). Sendo assim, a restrição da ingestão de alimentos ricos em potássio é muito importante. Esses alimentos são: frutas secas (todas), banana, maracujá, tamarindo, coco, feijão, chocolate e outros.

Outro fator importante para os pacientes com IRC é o uso dos medicamentos. Os pacientes, na maioria dos casos, necessitam de medicamentos que requerem atenção especial em sua administração. Os medicamentos para o controle da pressão arterial, chamados anti-hipertensivo, são frequentemente utilizados e devem ser tomados diariamente por pacientes com pressão elevada.

No tratamento dialítico, é importante pensar na qualidade de vida dos pacientes, tendo em vista as inúmeras limitações dele decorrentes. Embora o paciente seja o responsável pela sua aderência ao tratamento, o processo também pode ser entendido como um trabalho

conjunto com a equipe de profissionais, familiares e amigos envolvidos direta ou indiretamente no tratamento.

Percebe-se que a Insuficiência Renal Crônica, enquanto uma patologia cronicadora e insidiosa, compromete mais que as funções vitais dos pacientes; debilita e impõe restrições físicas e psicológicas ao exigir um esforço muito grande dos mesmos para tolerarem e se adaptarem às mudanças de vida e à sua conseqüente e gradual perda de qualidade. Nesse sentido, a proposta da psicopedagogia hospitalar, como evidencia Porto, se caracteriza pelo papel do psicopedagogo, que deve

(...) ser o interlocutor, não só de crianças, mas também de todos aqueles que passam por internações, sejam elas curtas, médias e de longas durações, doenças crônicas e de pacientes terminais, dando o melhor de nossa atenção e técnica, mas criando um mundo, onde pessoas se preocupam com outras (PORTO, 2008, p. 22).

Além de conhecer a patologia para que a atuação psicopedagógica seja eficiente, faz-se necessário conhecer os sujeitos.

#### **4.2.2 Conhecendo Os Sujeitos: História de Vida, Educação e Mudanças**

O paciente adulto fica impedido de exercer suas atividades laborativas; a angústia, o medo e a morte tornam-se presenças constantes em seu período de tratamento. É uma tarefa desafiadora para o psicopedagogo, o resgate da identidade e da singularidade desse paciente. Assim, faz-se necessário conhecê-lo, saber sua história de vida antes e depois do adoecimento, bem como sua trajetória escolar. Por esta razão, dar voz aos pacientes que participaram da pesquisa, escutar e acolher suas queixas foram os primeiros procedimentos adotados pela pesquisadora.

Como colocado anteriormente, a pesquisa foi desenvolvida com três pacientes que apresentavam demanda para atendimento psicopedagógico e aceitaram participar do estudo. Esses pacientes foram identificados por nomes fictícios: Anastácia, Vitório e Celeste.

A paciente Anastácia é do sexo feminino, tem 60 anos de idade e iniciou a diálise em outubro de 2008. Apresenta Insuficiência Renal Crônica (IRC) terminal, com provável

nefroexclerose hipertensiva<sup>9</sup>, cujo antecedente patológico é a hipertensão arterial (pressão alta). Faz uso de medicações, tais como: anti-hipertensivos, eritropoetina<sup>10</sup> e vitamina D. Durante a sessão de diálise, Anastácia apresenta algumas intercorrências na máquina como: hipotensão (queda de pressão); hipertensão (aumento da pressão); náuseas e vômitos; arritmia aguda.

Anastácia reside na cidade de Nova Ponte. MG, e dialisa às terças e quintas e aos sábados, no período da manhã. Acorda às 03h40min da madrugada para vir à hemodiálise, pois o transporte que a busca em sua casa passa por volta das 04h30min<sup>11</sup>.

Anastácia perdeu sua mãe aos sete anos de idade, indo morar com uma madrinha que, segundo relata, era muito rígida, dava-lhe muitas surras e nunca a deixou estudar.

Quando tinha entre 13 e 14 anos de idade, foi morar com outra madrinha. Sempre morando na roça, e com muitas limitações, começou a trabalhar desde menina, na lavoura de café. Anastácia relatou que essa segunda madrinha era professora e era mais amável que a primeira com quem tinha ido morar após a perda da mãe. Disse ainda que a madrinha tentou várias vezes ensiná-la a ler, mas ela não quis aprender. Quando indagada sobre o porquê de não querer aprender, Anastácia relatou que não achava importante, disse que sentia preguiça e que não tinha nenhuma vontade, apesar da insistência de sua madrinha. Nunca frequentou uma escola regular de ensino.

Anastácia é mãe de cinco filhos e ficou viúva quando os filhos ainda eram pequenos. Disse que teve uma vida conjugal conturbada e sofrida. Relatou ainda que seu marido era alcoólatra. Em suas palavras: “chegava em casa e ele me batia, era uma vida sofrida! Até me ensinou a beber!” Quando indagada sobre o porquê de sua aceitação e sobre o porquê de ela ter permitido que seu marido lhe ensinasse a beber, Anastácia diz: “no começo era ruim, eu vomitava muito, passava mal, achava que até ia *morrê*, mas depois comecei a gostar, porque eu esquecia dos problemas”. Anastácia diz que, em sua viuvez, passou por muitas privações para criar os filhos: “passei até fome com meus *mininu*.”

Sempre trabalhou na roça, e antes de iniciar o tratamento da diálise, estava trabalhando na lavoura de café. Atualmente, sua residência fica no fundo da casa de sua filha, no mesmo terreno. Ela diz que a filha a auxilia com os serviços da casa, os quais não consegue fazer

---

<sup>9</sup> O médico responsável do setor de hemodiálise fez esclarecimentos sobre o que vem a ser nefroexclerose hipertensiva: doença dos vasos causada por hipertensão severa; os vasos endurecem e vão se fechando, causando a hipertensão.

<sup>10</sup> Hormônio usado para corrigir a anemia.

<sup>11</sup> Os pacientes que dialisam no período da manhã são ligados às máquinas por volta das 06h30m da manhã.

sozinha. Anastácia diz que a fístula no braço a impede de fazer serviços pesados como: lavar e passar as roupas; pegar peso. Segundo relata, sua filha também a ajuda com as medicações que toma diariamente.

A expressão do rosto de Anastácia é quase sempre fechada, às vezes sisuda; parece olhar o mundo com toda mágoa, sofrimento e amargura que parece guardar dentro de si.

No início, não foi fácil conquistá-la, estabelecer um vínculo. Anastácia é de pouca conversa; limita-se a responder o que lhe perguntam. Há uma dureza em suas respostas, como se projetasse na equipe, nos médicos e principalmente nos enfermeiros, a raiva de estar ali tendo que se submeter à hemodiálise.

Há queixas recorrentes da equipe de enfermagem sobre Anastácia: “mal-humorada”; “reclama de tudo”; “mal-educada”. Para a equipe, a agressividade é uma emoção perturbadora. Não conseguem entendê-la, nem considerá-la justificada. E, como sempre fazem tudo o que podem pelos pacientes, não aceitam facilmente as expressões de agressividade. Camon e outros mostram que

[s]empre que se suspeita de agressividade escondida como causa de perturbação no progresso ou cuidados do paciente, deve-se conversar com este sobre a sua agressividade. Deve-se encorajá-lo a expressar a sua agressividade ou, então, descobri-la. Quem quer que seja que fale com ele, pode dizer-lhe que a sua agressividade já era esperada; e, se o paciente se cala, deve-se contar-lhe algumas coisas que despertam a agressividade em outros pacientes, usando a projeção como fator de manifestação e elaboração do sentimento agressivo (CAMON et al., 2003, p. 41).

Conhecer a história de vida de Anastácia foi o primeiro passo para compreendê-la e para buscar estratégias pertinentes às suas características cognitivas e sócio-afetivas. É uma história da pessoa e não da doença somente. Isto proporcionou à pesquisadora o conhecimento sobre “com quem estava lidando”, permitindo fazer correlações com o “estar doente”, seja no momento presente ou no passado.

A busca desses dados é tarefa que exige tato, sensibilidade e respeito às peculiaridades do sujeito. Estabelecer o diálogo é uma exigência existencial (FREIRE, 1987).

Notava-se em Anastácia modificações nas expressões, nos gestos quando relatava fatos do seu passado. Seus olhos às vezes se enchiam de lágrimas, mas não chegava a chorar. Sua agressividade, percebida pela equipe, deve ser considerada não como algo ruim, mas como algo muito importante; sobretudo quando se considera a saúde e a enfermidade, a agressividade pode estar implicada em todos os atos e incidentes da vida humana. Nenhuma

situação vital elimina a possibilidade de sentimento, de pensamento ou de ato de raiva. Camon e outros revelam que

[d]esde o nascimento até a morte, não há nada que não possa despertar em nós um sentimento de raiva. Não há nada que possamos fazer que não tenha, pelo menos parcialmente, uma motivação agressiva. A agressividade basicamente é uma proteção. É a força que, muito mais que apenas o medo, permite progredir (CAMON et al., 2003, p. 55).

A história de vida de Anastácia revela que boa parcela de sua atual agressividade origina-se no passado e se dirige contra a equipe porque, como apontam Camon e outros, “estes agora representam alguém ou alguma coisa desse passado que (...) ameaça, basicamente uma atitude projetiva” (CAMON et al., 2003, p. 55). A agressividade da paciente dirigida ao ambiente poderia, então, ser interpretada como uma forma de tentar proteger-se, não só das agressões que sente que o meio lhe impõe, mas também das agressões que a doença e seus sintomas estão lhe causando.

Entende-se que a atenção integral à saúde do paciente predispõe uma aproximação aos sentimentos do mesmo. É estar atento às manifestações contraditórias, aos pedidos de socorro imbricados nas reações psicológicas como rebeldia e ira. Como nos mostra Freire, “[n]ão é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1987, p. 45). Para isso o diálogo representa o encontro a partir do qual os pacientes ganham significação enquanto homens, espaço em que se solidarizam o refletir e o agir. Abre-se um espaço em que o sujeito poderá ressignificar o ambiente hospitalar, não apenas como um cenário asséptico, mas como um espaço onde a vida acontece, onde tudo o que faz parte de sua vida é aceito. A escuta psicopedagógica representa, assim, ponto chave para que o vínculo possa se estabelecer, para que a interação aconteça através do diálogo, assim como para se propor qualquer intervenção. Nos dizeres de Chamat,

[r]efiro-me ao termo ‘escutar’ no sentido de apropriar-me do saber psicopedagógico, que é percebido como possível com a análise e o intercâmbio dos conteúdos manifestos (explícitos) e latentes (implícitos) do discurso (CHAMAT, 2004, p. 45).

A escuta, o acolhimento, é inerente ao trabalho psicopedagógico, corrobora com os princípios previstos na PNH (2004), que dizem respeito à recepção do usuário, desde sua chegada, ouvindo suas queixas e permitindo que expresse suas preocupações e angústias. A Política de Humanização reforça a importância, na ambiência hospitalar, do componente

afetivo expresso na forma de acolhimento, de atenção dispensada ao usuário e de interação entre os trabalhadores e gestores. Entende-se, assim, que o trabalhador da área da saúde precisa ser solidário, capaz de ouvir ou de ser continente às necessidades do paciente, embora também seja ele um ser humano, com carências e frustrações, perdas e vulnerabilidades. Mas, ali no serviço de saúde, é também um agente terapêutico.

O segundo sujeito paciente, identificado por Vitório, é do sexo masculino, tem 42 anos de idade e iniciou a diálise em maio de 2007. Portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) terminal, sem diagnóstico de base, apresenta antecedente patológico: a hipertensão arterial. Faz uso de medicações, tais como: anti-hipertensivos, eritropoetina e vitamina D.

Vitório reside na cidade de Patrocínio, MG, e faz hemodiálise às segundas, quartas e sextas-feiras no período da tarde. Chega ao hospital por volta das 11h00min da manhã e inicia a diálise por volta das 12h30min. Raramente, apresenta alguma intercorrência durante a sessão de diálise.

Vitório é casado, tem dois filhos com quatorze e dezesseis anos de idade. Sua fala evidencia uma relação amistosa e comprometida com sua família. Ao se referir à esposa e aos filhos, demonstra muito afeto. Relata que sua esposa foi a pessoa que sempre lhe deu sustentação e força nos momentos graves de sua vida, em especial ao descobrir a doença renal.

Ao contrário de Anastácia, os primeiros contatos com o paciente se deram de forma calorosa e receptiva por parte de Vitório, que, embora trouxesse no olhar uma expressão de sofrimento, a princípio, parecia mostrar-se adaptado ao ambiente e tratamento.

Antes de iniciar o tratamento, Vitório trabalhava em uma chácara, na zona rural próximo, à cidade de Patrocínio, onde ele e sua esposa eram os funcionários responsáveis por cuidar da horta e do pomar da propriedade. Relata que: "... era muito feliz naquele lugar; gostava do *trabaio*, e os patrões *era muito bom*". Ao relatar este fato, Vitório se emociona e permanece em silêncio por alguns instantes. Ao descobrir a doença, precisou mudar para a cidade com a família para se submeter ao tratamento. Em sua fala, deixa claro que esse fato representou mudanças bruscas e o enfrentamento doloroso: a adaptação à vida na cidade, paralelamente à situação de enfermidade. Como mostram Camon e outros,

[o] doente acamado perde tudo. Sua vontade é aplacada; seus desejos coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho o proscrito; seu mundo de relações, rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico hospitalar, suspensa sua individualidade, transformado em mais um caso a ser contabilizado (CAMON et al., 2003, p. 26).

A história da vida escolar desse paciente (Vitório) foi marcada por repressão e entraves relevantes que dificultaram sobremaneira seu acesso à escola e, como consequência, sua aprendizagem.

Foi à escola pela primeira vez aos sete anos de idade. Nessa época, morava em Guanambi, no estado da Bahia, cidade onde nasceu. Morava na roça e, para chegar à escola, “caminhava muitas léguas”. Frequentava a escola com mais dois irmãos. Permaneceu na instituição por dois meses e afirma que foi uma experiência negativa.

Relatou que, no início “fazia *tudinho*,” o que significava copiar tudo o que era passado, até que, em um dado dia, a professora fez um ditado. Vitório disse que, nesse momento, ficou trêmulo, sabia que não iria conseguir, pois aquilo que tinha que reproduzir não estava escrito no quadro. A professora insistiu e ele não conseguiu fazer o ditado. Para sua infelicidade, relata que foi punido com palmatória e que suas mãos ficaram vermelhas e inchadas. Nesse momento, saiu correndo da sala e foi levado de volta pela professora, puxado pelas orelhas. Vitório disse que até hoje não pode ouvir a palavra ditado.

A partir de então, não voltou mais à sala de aula. Seu pai ainda lhe obrigou a continuar na escola. Vitório relata que chegava até à porta, mas não entrava, ficava escondido no meio do mato, já que sua escola se localizava na zona rural.

Passados dois anos, ingressou novamente na mesma escola, por insistência de seu pai. A professora não era mais a mesma; a que ministrava as aulas tinha um grau de parentesco com Vitório. Segundo relata, era uma “prima longe”. Isto não facilitou sua vida, pois a primeira tentativa sem êxito para o “bendito ditado” serviu para deixá-lo atrás da porta, de joelhos, por toda a aula. Desde então, abandonou definitivamente a escola.

Vitório vivia numa família de oito irmãos, com muitas limitações financeiras, por isso, começou a trabalhar desde menino no corte da cana-de-açúcar. A escola já não era mais parte de seus projetos de vida.

Vitório relatou que, no início do ano de 2009, por insistência da esposa, matriculou-se na escola, no programa de alfabetização para adultos. Ficou apenas por quatro meses, pois, segundo ele, os dias em que vinha para o hospital o deixavam cansado e indisposto. Afirma que, apesar do interesse da professora para que continuasse, a “cabeça ficava ruim (...) não conseguia aprender”.

Quando indagado sobre a forma de trabalho desenvolvida pela professora, Vitório relata que eram cartilhas e que o que gostava mesmo era de copiar do quadro. Até disputava com alguns colegas sobre quem ia terminar de copiar primeiro.

Fuck (2007, p. 26) mostra que “a lógica que preside a compreensão de um adulto sobre o que é ler e escrever e que se concretiza na seqüência metodológica das cartilhas, não corresponde nem de perto à trajetória que segue uma pessoa que se alfabetiza”. As cartilhas perseguem direta e imediatamente o cerne do sistema de escrita, que é a constituição de sílabas por meio de letras, de forma mecânica e repetitiva. Nas cartilhas, ignora-se que o aprender é um ato de construção. O processo de alfabetização nada tem de mecânico; do ponto de vista de quem aprende, ao contrário, o sujeito que aprende constrói seu sistema interpretativo, pensa, raciocina e inventa, buscando compreender esse objeto social complexo que é a escrita. Acertadamente disse Freire (1997, p. 18): “é por isso que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador”.

Apesar do esforço da professora, reconhecido na fala de Vitório, o mesmo disse que não estava aprendendo nada, culpabilizando a doença pelo seu não aprendizado: “a cabeça não tava boa não, essa doença mudou minha vida por demais da conta”.

Acredita-se que, no caso de Vitório, os vínculos iniciais problemáticos com a instituição escola e, conseqüentemente, as representações que a constituem contribuíram para desencadear o problema de aprendizagem em relação ao processo de leitura e escrita. A este respeito, Bossa nos lembra que

[m]uitas vezes o problema de aprendizagem que leva o sujeito ao consultório tem causa na sua estrutura de personalidade e/ou familiar, mas, sem sombra de dúvidas, a incidência de problemas, conseqüência de inadequação dos métodos, do conteúdo, do professor, enfim, da estrutura de ensino, supera qualquer outra causa (BOSSAa, 2000, p. 89).

Vitório atribuía a responsabilidade de seu fracasso escolar como algo intrínseco à sua pessoa. Sabe-se que o problema de aprendizagem escolar sempre traz sofrimentos, quase sempre camuflados por comportamentos que sugerem desinteresse, desatenção, incompetência, etc.

Comumente, o sujeito não aprende a leitura e a escrita não por falta de requisitos intelectuais, mas sim por bloqueios e inibições no pensar e no agir gerados por problemática afetiva e ou emocional. Chamat (2008, p. 31) lembra que “[a] quebra ou defasagem na relação



do ‘Ser que ensina’ com o ‘Ser que aprende’ é desastrosa do ponto de vista da aprendizagem [...] além disso, sua auto-estima estará defasada na vinculação com a aprendizagem, que repercutirá em outras áreas”.

Freire (1989) destaca a importância de se reafirmar a alfabetização de adultos como um ato político, ato de conhecimento, por isso mesmo, como um ato criador. Em suas palavras,

[p]ara mim seria impossível engajar-me num trabalho de memorização mecânica dos BA-BE-BE-BO-BU, dos LA-LE-LI-LO-LU. Daí que também não pudesse reduzir a alfabetização ao ensino puro da palavra, das sílabas ou das letras. Ensino em cujo processo o alfabetizador fosse “enchendo” com suas palavras as cabeças supostamente “vazias dos alfabetizados” (FREIRE, 1989, p. 13).

As primeiras experiências de Vitório no contexto escolar foram marcadas por frustrações e angústias que afetaram sobremaneira sua auto-estima. Em suas concepções, a aprendizagem da leitura e da escrita é algo distante dele, “intocável.” O não-aprender para esse sujeito está implicado em suas “incapacidades”, já que acreditava tê-las. Conhecer suas concepções sobre o processo de ensino e aprendizagem foi ponto crucial para as futuras intervenções.

O terceiro sujeito da pesquisa, identificado por Celeste, é do sexo feminino, tem 43 anos de idade e iniciou a diálise em maio de 1998. Com IRC terminal, sem diagnóstico de base, apresentava antecedente patológico: a hipertensão arterial. Faz uso de medicações, tais como: anti-hipertensivos, eritropoetina e vitaminas, conforme necessidades.

Celeste mora na cidade de Monte Alegre, MG. Faz hemodiálise às segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã. Também acorda às 4h: 00 da madrugada para ir para o hospital. Raramente apresenta alguma intercorrência durante a sessão de diálise.

Nos primeiros contatos com Celeste, a pesquisadora observou que a paciente era muito tímida. De pouca fala, respondia apenas o que lhe era perguntado, com pouca interação. Apesar de se limitar a responder, seus olhos evidenciavam o desejo de comunicar e interagir com a pesquisadora; por vezes dava alguns sorrisinhos tímidos e levantava as sobrancelhas. Estabelecer o vínculo com o paciente pressupõe, em um primeiro momento, estabelecer uma relação de confiança, que se torna possível através do diálogo.

Celeste apresentou quadros de hipertensão (pressão alta) desde mais jovem, o que ocasionou a perda dos rins. Atualmente, é a paciente que tem maior tempo de hemodiálise no Setor: doze anos. Relata que foi à escola pela primeira vez quando tinha entre sete e oito anos

de idade, ficando apenas um mês. Nessa época, morava na roça. Seu pai trabalhava no garimpo, o que os obrigava a mudar frequentemente, dificultando o seu acesso à escola.

Aos dez anos de idade, Celeste foi morar na cidade. Nessa época, sua mãe tentou matriculá-la na escola, mas, como não tinha certidão de nascimento e como a escola exigia a referida documentação, não conseguia matricular-se. Disse que tinha muita vontade de estudar, mas essa não era a prioridade de seus pais.

Vinda de família, segundo ela, muito pobre e humilde precisou trabalhar desde menina para ajudar no sustento da casa. Com mais seis irmãos, a vida de Celeste não era fácil; trabalhava na lavoura para ajudar sua mãe. Foi mãe pela primeira vez aos dezesseis anos de idade. Casou-se aos vinte anos. Seu esposo não era o pai do seu primeiro filho. Como precisasse do registro de nascimento para se casar, seu esposo foi quem a registrou. Celeste dizia que ele “era homem bom”; além de registrá-la, ensinou-lhe a assinar o nome.

Celeste, ao relatar esses fatos de sua vida, mantinha os olhos fixos em um ponto. Sua expressão facial denotava o sofrimento que essas lembranças lhe causavam. A expressão não verbal nem sempre possui a clareza das palavras, mas é carregada de significados. Pôde-se perceber isto no olhar da paciente. Por alguns instantes silenciava-se, mantinha os olhos perdidos no infinito. Nesses momentos, a pesquisadora olhava calmamente a paciente, como que ouvindo o seu silêncio. Por meio de um gesto, de um toque suave, estabelecia uma comunhão não verbal apenas para marcar a presença e nada mais.

Sua vida foi marcada por repressões, poucas escolhas e quase nenhuma autonomia, o que a levou a uma situação de conformismo que tolhia seus desejos, sonhos e expectativas: “A vida é assim mesmo não tem jeito não.”

Pensar o indivíduo como sujeito autônomo é considerá-lo como protagonista, co-responsável pela produção de si e do mundo em que vive. Autonomia é uma palavra que parecia ausente em sua vida. Com isso, não se está negligenciando as restrições e limitações que sempre estiveram presentes na vida da paciente. Como coloca Freire (2000, p. 51), “isto não significa negar os condicionantes genéticos, culturais e sociais a que estamos submetidos. Significa reconhecer que somos condicionados, mas não determinados”.

Celeste é mãe de quatro filhos. Separada do esposo há oito anos, mora com uma de suas filhas e o neto sobre o qual fala com muito afeto. Nunca frequentou uma escola regular de ensino.

Conhecendo melhor os sujeitos, a pesquisadora sentiu-se mais segura para propor uma intervenção psicopedagógica, a qual não se desvincula do diagnóstico. Pode-se afirmar que o

diagnóstico é investigativo e interventivo, e a intervenção é também diagnóstica. Durante a fase de conhecimento do sujeito ocorre uma interferência em sua vida provocando reflexões, indagações e lembranças. Todo esse movimento caracteriza uma intervenção, a ponto de desencadear alguns resultados. Por exemplo, quando observa que alguém se voltou para suas necessidades, o sujeito pode se animar e esboçar uma melhora. No entanto, o oposto pode ocorrer quando o sujeito está acomodado à sua situação e não apresenta perspectivas de mudanças; nesse caso pode reagir de forma agressiva ou demonstrar desinteresse pela ação psicopedagógica. Dessa forma, o diagnóstico é também interventivo. Por outro lado, a intervenção é diagnóstica à medida que possibilita conhecer melhor o sujeito, confirmando ou refutando hipóteses levantadas no processo diagnóstico.

Tomando como referência a relação mútua entre diagnóstico e intervenção, no próximo tópico, serão descritos os caminhos, as possibilidades e as descobertas oriundas da intervenção psicopedagógica com os sujeitos pacientes.

#### **4.3 A intervenção Psicopedagógica no Setor de Hemodiálise**

O diagnóstico, a contextualização e a intervenção são procedimentos básicos da ação psicopedagógica em qualquer âmbito onde se desenvolva esse trabalho, seja na escola, na clínica, na empresa ou no ambiente hospitalar. Refere-se ao tratamento das demandas apresentadas pelo sujeito.

No contexto hospitalar, o psicopedagogo procura observar o sentido particular que assumem as necessidades do sujeito. Busca o significado de dados que lhe permitirá dar sentido ao observado. Interage e dialoga com esta complexidade, que é o hospital, que se manifesta com suas particularidades e especificidades. Como afirma Bossa (2000a, p. 89) “[a] demanda da instituição está associada à forma de existir do sujeito institucional, seja ele a família, a escola, uma empresa industrial, um hospital, uma creche, uma organização assistencial”.

O trabalho psicopedagógico no Setor de Hemodiálise partiu de uma queixa da equipe em relação às dificuldades apresentadas pelos pacientes em participar ativamente de seus tratamentos. O fato de não serem alfabetizados os impedia de identificar seus nomes no dialisador da máquina, de assinar a folha de frequência do setor e de lidar com as medicações.

A partir da queixa a pesquisadora iniciou o processo de diagnóstico para conhecer melhor os sujeitos. Realizou entrevistas, desenvolveu atividades pedagógicas e lúdicas, observou suas posturas, conversou com os pacientes.

Os três pacientes, sujeitos da presente pesquisa, têm suas especificidades e singularidades inerentes a qualquer ser humano. Entretanto, apresentam algumas características, reveladas por meio do diagnóstico, que, ao olhar da pesquisadora, parecem comuns na história de vida desses sujeitos: uma vida marcada por limitações de ordem financeira, social e cultural; pouca oportunidade de acesso à escola regular de ensino e baixa auto-estima.

Estabelecer o vínculo com os pacientes era o primeiro passo para qualquer intervenção. Para isso, foi preciso conhecê-los, interagir, dialogar e fazer a escuta. A pesquisadora sempre os recebeu amistosamente, buscando proporcionar-lhes um ambiente acolhedor, no qual se sentissem respeitados e confiantes para se expressarem livremente.

Com a paciente Anastácia, como já citado, estabelecer o vínculo, a princípio, não foi fácil. Foi necessário conhecer seus desejos, suas necessidades e suas expectativas. No decorrer de algumas sessões, tornou-se evidente o pouco entendimento que a paciente tinha a respeito do funcionamento da hemodiálise, bem como de sua doença e o que lhe ocasionou a perda da função renal.

Por meio da observação, foi analisado como Anastácia se comportava, se sentia e se relacionava durante a diálise. Ela tinha muitas oscilações da pressão sanguínea, o que ocasionava vômitos frequentes durante a diálise; assim sua cadeira ficava quase sempre com a parte superior reclinada para baixo. A posição da cadeira parecia não lhe agradar. Reclamava dos procedimentos da enfermagem e solicitava que subissem a cadeira. A enfermeira que a acompanhava explicava-lhe as implicações da mudança da posição. Mas, mesmo assim, Anastácia insistia. Quando a enfermeira cedia aos seus pedidos, quase sempre a paciente apresentava suores excessivos e acabava por vomitar. Quando isso acontecia, a equipe de enfermagem se mostrava irritada e com pouca paciência aos pedidos da paciente.

Este é um caso em que o psicopedagogo precisa ir além da superfície dos fatos para buscar os significados, muitas vezes ocultos, e interpretá-los, explicá-los e analisar o impacto dos mesmos na vida desses pacientes. Entretanto, é preciso considerar que as explicações desses fatos estão impregnadas de intensa subjetividade.

A observação é um comportamento inerente à condição humana. Ao observador, na pesquisa, cabe buscar as entrelinhas dos acontecimentos. As reações e os comportamentos de

Anastácia demonstravam suas insatisfações e angústias frente à doença e, conseqüentemente, ao tratamento. Era uma forma de tentar se proteger das agressões que o meio e a doença lhe impunham. Notava-se na equipe a pouca sensibilidade para perceber os conflitos afetivos e emocionais da paciente frente ao tratamento. Simonetti nos mostra que

[o] paciente difícil é o protótipo da pessoa na posição de revolta, embora alguns pacientes na posição depressão também possam receber esse rótulo. Esses pacientes acabam sendo evitados pela equipe de uma forma consciente: “ah, desse daí eu não cuido”; ou inconsciente, por meio de pequenos esquecimentos dos horários de medicação, cuidados muito apressados, silêncio temeroso, etc. (SIMONETTI, 2004, p. 47).

Os pacientes agressivos e mal-humorados comumente despertam o afastamento da equipe. No entanto, tratá-los pelo caminho do isolamento só faz piorar a situação, uma vez que esta atitude contribui para o agravamento de seu quadro emocional. Pode-se dizer que, em algumas situações, a equipe tornava-se co-responsável pelos atos agressivos, pois se colocava distante da paciente ou inconscientemente reforçava suas atitudes incertivas. A pesquisadora observou que, quando os pacientes podem ser escutados em sua revolta e em seu mau-humor, quando podem ter seus sentimentos reconhecidos, geralmente, melhoram em seus relacionamentos.

O adoecer configura-se como um fator provocador de desajustes no paciente e em sua família. Há um reconhecimento da limitação e dos ataques a seu corpo, ameaçando-o em seus aspectos vitais. Isto faz com que remonte suas experiências a partir de um novo contexto situacional. O atendimento psicopedagógico, com vistas a medidas de superação deste estágio de suscetibilidade da paciente, busca oferecer meios para que a mesma possa decodificar esta nova vivência, assimilando a nova realidade, rememorando experiências já vividas para incorporá-la ao seu campo de conceitos consensuais.

Os contatos com Anastácia eram breves e cautelosos. Logo após o café da manhã, que era servido entre as 07h30min e 08h00min, ela mostrava-se mais tranquila e menos sonolenta. Este era o horário em que a equipe médica fazia a corrida de leito no setor, mas, como era o momento em que a paciente parecia se sentir mais a vontade, procurou-se adequar os atendimentos a esse período. Como o processo da diálise já implicava muitas restrições, um dos objetivos do atendimento era promover a iniciativa através da fala, do diálogo e da descontração.

Nesse sentido, a atuação psicopedagógica reveste-se de um instrumental muito poderoso no processo de humanização do hospital, na medida em que oferece condições de

análise das relações interpessoais. A escuta, o acolhimento, o olhar são imprescindíveis a qualquer pessoa, seja sadia ou doente; o ser humano é movido por afetos e emoções.

Entende-se que o tratamento da Insuficiência Renal Crônica pode se constituir em uma possibilidade de amadurecimento psicoafetivo e social do paciente, quando resguardadas a prevenção das agressões invasivas do tratamento, dos efeitos psicológicos e das consequências mórbidas, e quando se garante a atenção às necessidades adaptativas do enfermo. A adaptação, como bem colocam Ortiz e Freitas,

[...] não vista como viés conformista, mas, antes como um dispositivo de reconhecer, dentro do contexto, emoções possíveis a cada situação de prazer e desprazer, apropriando-se de saberes para o enfrentamento da nova realidade. É um olhar pontuado na hospitalização como possibilidade de vida e não de morte (ORTIZ; FREITAS 2005, p. 41).

Os caminhos psicopedagógicos assumidos no contexto hospitalar, no olhar da pesquisadora, pontuaram a aproximação da conduta Freireana por estarem alicerçados em pilstras da educação não formal e norteados por princípios que acrescentam que a amorosidade não se acha excluída da cognoscibilidade e que a alegria deve ser inserida nos atos psicopedagógicos, assim como a ética e dialogicidade.

O diálogo assumido numa relação horizontal, proposto como veículo de compreensão das alteridades culturais e concepções de mundo dos sujeitos, busca garantir o despertar do desejo de aprender do sujeito enfermo. Nos dizeres de Freire,

[a] existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar (FREIRE, 1987, p. 44).

O conhecimento é construído com base em uma situação dialógica entre sujeitos cognoscentes, promovendo a atividade intelectual, curiosidade, indagação e criatividade de quem busca o saber emancipador.

O trabalho psicopedagógico se pauta no atendimento às necessidades intelectuais, sócio-interativas, afetivas dos pacientes. A vertente lúdica apresentava-se como uma ferramenta metodológica importante para suprir essa demanda.

Anastácia ia aos poucos cedendo, interagindo aos atendimentos. A princípio, limitava-se a responder o que a pesquisadora perguntava. No decorrer das sessões psicopedagógicas, foi se interessando pelas conversas, assim como pelas imagens e jogos que lhe eram oferecidos. Percebia-se em Anastácia a necessidade de carinho, de toque, de afeto. Alguns comportamentos eram reveladores de tais necessidades.

A paciente usava óculos e, à chegada da pesquisadora para os atendimentos, sempre dizia: “não tô enxergando nada.” Então a pesquisadora pegava os óculos que ficavam presos pela haste em sua blusa e os colocava em seu rosto. Quando já estava com os óculos em seu rosto, falava: “esse óculos tá sujo, não tô vendo nada.” A pesquisadora então os limpava e os colocava novamente em seu rosto.

Colocar e retirar os óculos eram uma ação possível de ser praticada por Anastácia, já que a sua fístula se localizava no braço esquerdo e apenas este ficava imobilizado. Contudo, percebia-se que, quando a pesquisadora tocava o seu rosto, ela parecia suavizar a expressão e dava, timidamente, um leve sorriso.

A pesquisadora, sensível ao estado conflituoso da paciente, revestia sua atuação de companheirismo e disponibilidade, para estabelecer parcerias e cumplicidades. Dessa forma, o vínculo foi sendo estabelecido e a paciente conquistada. Nesse caso, foi necessário desvelar, em sua postura e em seu olhar, o pedido implícito de socorro, tomando atalhos inusitados e lançando sorrisos tranquilizadores, comentários bem-humorados a respeito das situações, ou mesmo uma expressão facial que fazia chegar o sorriso tímido da paciente até seu olhar.

Um dos atendimentos psicopedagógicos precisou ser interrompido rapidamente para dar espaço à equipe de médicos e enfermeiros, pois Anastácia sentiu-se muito mal; estava tendo uma parada cardíaca. Foi uma situação conflituosa e desagradável, mas que faz parte da rotina hospitalar. Essa intercorrência durou em média quarenta minutos, até que a situação clínica da paciente se normalizasse.

A pesquisadora esperou até que a paciente melhorasse para abordá-la novamente. Anastácia segurou firme na mão da pesquisadora, sem lhe dizer palavra alguma, mantendo-se de olhos fechados. Simonetti lembra que

[m]esmo naqueles casos em que o paciente encontra-se impossibilitado de falar por razões orgânicas ou não, tais como inconsciência, sedação por medicação, lesões na região oral, ou pura resistência, ainda assim essa orientação do trabalho pela palavra é válida, já que existem muitos signos não-verbais, com valor de palavra, como gestos, olhares, a escrita e mesmo o silêncio (SIMONETTI, 2004, p. 23).

Nesses momentos, o psicopedagogo constata que, no contexto hospitalar, independentemente das horas de estudo e reflexão teórica sobre a temática e dos ensinamentos e leituras acerca da sua prática acadêmica, seus conhecimentos mostram-se insuficientes para embasar sua atuação. Assim, descobre que terá de aprender com os pacientes sobre sua dor, sua angústia e sua realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicopedagogo sobre a doença e sobre como lidar com a própria dor diante do sofrimento.

Assim, a pesquisa confirma que a atuação psicopedagógica disponibiliza o atendimento em conformidade com a necessidade de apego sentida pelo paciente, garantindo uma qualidade de afeto mesmo, por meio da intervenção que caminha rumo à humanização do hospital em seus aspectos mais profundos e verdadeiros. Como mostra Porto (2008, p. 25), “[p]arece ser muito difícil humanizar a saúde, mas, desde que se tenha vontade, determinação, metas e estratégias, é possível. Saber ser na verdade uma implementadora de ‘emoções’ ”.

Anastácia, a princípio, mostrava-se muito resistente ao atendimento psicopedagógico. Embora a pesquisadora a deixasse à vontade para aceitar ou não as intervenções, em alguns momentos, eram observadas expressões endurecidas e humor deprimido, que foram se modificando pouco a pouco.

É importante que o psicopedagogo tenha clareza dos limites de sua atuação para não se tornar também mais um dos elementos abusivamente invasivos que agridem o processo de hospitalização e que permeiam largamente o ambiente hospitalar. Ainda que o paciente com IRC em seu processo de tratamento esteja necessitado da intervenção psicopedagógica e encaminhado para o atendimento, sua opção em receber ou não esse tipo de intervenção deve ser soberana e deliberar a prática do psicopedagogo.

Entende-se que balizar a necessidade de intervenção, a própria necessidade ou a aquiescência do paciente de receber tal intervenção, é delimitação imprescindível do psicopedagogo, para que essa atuação caminhe dentro dos princípios que incidem no real respeito à condição humana.

Outro aspecto relevante que se pôde observar durante os atendimentos com Anastácia refere-se ao fato de ela, aos poucos, ter se tornado mais tranquila aos procedimentos da enfermagem, bem como ao tratamento. Houve relatos dos profissionais do setor sobre a mudança de comportamento da paciente, que, ao olhar da equipe, mostrava-se mais adequada ao tratamento e aos procedimentos. Embora, em alguns momentos, essa não fosse a percepção da pesquisadora, talvez por conta das oscilações de humor da paciente durante os atendimentos. Isto porque, em muitas situações, o pesquisador se vê contaminado pela sua



subjetividade em suas observações e tenta analisar objetivamente aquilo que, às vezes, precisa compreender interativamente. Assim, o trabalho com essa paciente foi também permeado de incertezas, descobertas e desafios.

Anastácia nunca foi à escola regular. Havia uma queixa da equipe: suspeitavam que ela não tomasse as medicações corretamente, motivo pelo qual apresentava intercorrências durante a sessão de Hemodiálise. A pesquisadora foi informada sobre a abordagem feita à família de Anastácia pelo enfermeiro chefe e por profissionais do serviço social para averiguar tais questões. O fato de Anastácia não saber ler justificava sua dificuldade com as prescrições e medicações. Mas, a paciente sempre reforçava que sua filha lhe dava os medicamentos corretamente. Houve várias tentativas por parte da pesquisadora para conversar com a família da paciente. No entanto, isto não foi possível.

Anastácia dializava o tempo todo com a cadeira na posição horizontal, às vezes com a parte superior reclinada para baixo. Foi preciso adaptar os materiais pedagógicos e os atendimentos à sua necessidade.

O trabalho de construção da leitura e da escrita com Anastácia foi possível após vários encontros, pois, estabelecer o vínculo e a confiança, essenciais ao acompanhamento psicopedagógico foi um processo vagaroso e de persistência.

Quando o paciente concorda com o trabalho do psicopedagogo, este fluirá sem muitos problemas, mas, se o paciente verbaliza que está de acordo, mas demonstra o contrário, aí o psicopedagogo estará diante de um grande desafio; o psicopedagogo terá que, como mostra Ortiz e Freitas (2005, p. 15) “perscrutar seu quadro emocional para depois travar a conquista, aquele jogo de sedução para que o paciente abandone sua insegurança e se entregue a oferta educativa”.

A estratégia utilizada pela pesquisadora foi discutir com a paciente os supostos motivos que levaram a equipe a considerar que o atendimento psicopedagógico seria benéfico ao seu tratamento. Com isso, a pesquisadora teve a oportunidade de explicar o que é o atendimento psicopedagógico, desfazendo possíveis fantasias sobre a psicopedagogia, tais como a idéia de que o psicopedagogo iria convencê-la a fazer algo que não desejava. Essa discussão possibilita ao paciente a oportunidade para expressar suas expectativas e seus interesses sobre o trabalho do psicopedagogo. Dessa forma, a pesquisadora restituía à paciente o poder de decidir sobre o atendimento, perguntando-lhe novamente se concordava em experimentar os trabalhos psicopedagógicos, deixando-a livre para aceitar ou não. Anastácia dizia: “Eu quero só aprender a escrever meu nome, mais nada”. Dessa forma, o processo de

aprendizagem era construído, perscrutando-se os interesses da paciente, buscando envolvê-la e trazendo suas vivências e significados para a constituição de novos saberes.

Em um dos atendimentos, Anastácia mostrou-se à vontade para contar a história de seu nome. Disse que sua mãe lhe dera este nome porque ela havia nascido no mesmo dia dos Santos Reis<sup>12</sup>. Falou sobre a importância que o significado de seu nome tinha para ela e sobre seu envolvimento nas festas religiosas, eventos durante os quais conheceu seu último namorado.

A partir de jogos, alfabeto móvel e música, construía-se o sistema de escrita, partindo de seus interesses, de fatos e pessoas significativos em sua vida. Buscou-se o tempo todo fazer correlações da escrita com a vida da paciente. Por exemplo, em um dos atendimentos relatou que sentia saudades de seu irmão que morava em outra cidade e que, por conta do tratamento, não podia visitá-lo. A pesquisadora aproveitava esses momentos para conversar com a paciente sobre seus sentimentos e para fazer tentativas de escrita sobre palavras como saudade, o nome do irmão distante, etc. Assim, aos poucos, ia se desvendando esse objeto social complexo que é a escrita. Nos dizeres de Freire,

[n]a verdade, para que a afirmação “quem sabe, ensina a quem não sabe” se recupere de seu caráter autoritário, é preciso que quem sabe saiba sobretudo que ninguém ache tudo e que ninguém tudo ignora. O educador, como quem sabe, precisa reconhecer, primeiro, nos educandos em processo de saber mais, os sujeitos, com ele, deste processo e não pacientes acomodados; segundo, reconhecer que o conhecimento não é um dado aí, algo imobilizado, concluído, terminado, a ser transferido por quem o adquiriu a quem ainda não o possui (FREIRE, 1989, p. 17).

As ações psicopedagógicas sinalizavam para caminhos novos, direcionados para atingirem “a razão e o coração”, sem exclusividade de um parâmetro sobre o outro. O ato de educar apresentava a sensibilidade e o desenvolvimento da compreensão e da apreensão, como pontos de referência para o início e o término do acompanhamento psicopedagógico.

Outra queixa da equipe de enfermagem era que a paciente não conseguia identificar o peso corporal na balança antes e depois das sessões de diálise.

Durante os atendimentos, Anastácia revelou conhecer o sistema numérico e identificava os algarismos. Perguntada sobre a idade de seus filhos, conseguiu representar com as cartelas, que continham números de 1 a 50, os algarismos com as respectivas idades.

---

<sup>12</sup> Figura santa, segundo os preceitos religiosos da Igreja Católica.

Surgiram alguns questionamentos: Se a paciente conseguia identificar o sistema numérico, por que não conseguia olhar o peso na balança? Seria problema com a visão?

A cada atendimento, de forma descontraída e num bate-papo, a paciente era questionada quanto ao seu peso corporal naquele dia. Anastácia respondia: “Não sei, eu não vi não”. Perguntada sobre o porquê de não ter visto, lembrando-lhe de que isso era importante para o processo do tratamento, ela dizia: “Eu não olho isso não, fico com preguiça, as enfermeira *olha*”.

Essa fala revelava que Anastácia não participava ativamente de seu tratamento e que havia por parte da equipe de enfermagem certa displicência. O descontentamento de estar ali e sua revolta acabavam se projetando na equipe. Simonetti (2004, p. 120) lembra que a “revolta não é para ser subjugada, dominada a força, e sim ultrapassada, tornada desnecessária pela ventilação dos sentimentos reprimidos”. Segundo o autor, todo o problema envolvendo pacientes tem dois lados a serem observados: o que é errado do ponto de vista do tratamento médico, e o que é certo do ponto de vista da vivência do paciente. Em suas palavras: “Existe sempre uma verdade no sentido do paciente que o leva a um ato errado; há sempre uma intenção positiva embutida em um comportamento negativo” (SIMONETTI, 2004, p. 120).

Cabe ao psicopedagogo encontrar essa verdade e permitir que o paciente fale sobre ela. Isto ajuda enormemente o trabalho, lembrando que toda e qualquer reação do paciente tem, como elemento básico, suas vivências, seu universo simbólico e, essencialmente, a forma singular com que está encarando e elaborando a doença e o tratamento.

Assim, era fundamental deixá-la falar, trazer à tona suas angústias e seus sentimentos, para compreendê-la e buscar caminhos para ultrapassar essa suscetibilidade. Nesse sentido, aconteceram conversas com a paciente sobre sua percepção da doença e sobre a dinâmica do tratamento. Em um dos atendimentos, a pesquisadora esperou até que a sessão de hemodiálise terminasse e foi com Anastácia até a balança. Perguntou-lhe qual era o peso, e ela respondeu-lhe: “quarenta e seis e dois”. Elogiando a resposta, a pesquisadora pediu-lhe que se dirigisse à enfermeira para informar-lhe sobre seu peso, ao que Anastácia cedeu de pronto. Posteriormente, houve relatos da equipe de enfermagem: “Essa mocinha já está olhando o peso na balança”. Anastácia ouvia e esboçava um leve sorriso.

Os avanços no trabalho eram notórios, mas, ao mesmo tempo, era intrigante a forma como Anastácia apresentava oscilações no humor. Em alguns atendimentos, mostrava-se interessada, dialogava; em outros, parecia indiferente, respondia com frases curtas. Em um dos atendimentos, após algumas conversas, a pesquisadora perguntou-lhe: “A senhora que eu

pare de vir? Quer parar com o trabalho?” Anastácia respondeu: “A senhora pode continuar vindo; a minha menina ficou satisfeita de saber que eu estou escrevendo meu primeiro nome”. A pesquisadora insistiu: “Anastácia, e a senhora? O que tem pensado sobre isso? Os atendimentos, o trabalho que estamos desenvolvendo”?, ao que ela respondeu: “Nunca achei que eu ia dar conta de escrever meu nome”. Essa fala de Anastácia é um indicio de interesse pelo trabalho. Tinha uma forma muito peculiar de se expressar que, por vezes, denotava desinteresse, mas que seu olhar parecia contradizer.

Anastácia já identificava todas as letras do alfabeto, como também já conseguia escrever seu primeiro nome. As primeiras assinaturas na folha de frequência da hemodiálise foram feitas juntamente com a pesquisadora. A partir de acordado firmado com o enfermeiro chefe, ficou estabelecido que, a princípio, Anastácia assinaria somente seu primeiro nome, pois era o possível para o momento. Essa era uma forma de incentivá-la e estimulá-la no processo de aprendizagem, impactando positivamente sua auto-estima. A pesquisadora constatava modificações no comportamento de Anastácia e atuava para que seu avanço no processo de aprendizagem fosse maior.

Na pesquisa qualitativa, por vezes, o pesquisador se acha tão imbricado no processo em estudo, com suas percepções, sua subjetividade e a sua intensa imersão na realidade estudada, que, às vezes, precisa distanciar-se para compreender os significados ali envolvidos.

Os impedimentos e entraves do tratamento do paciente com IRC podem levá-lo à desistência do papel de autor de sua própria história, negando seu potencial de construtor da aprendizagem e de transformador do mundo; por vezes, abandona sua capacidade humana de ser mais e de modificar a si mesmo.

O apoio psicopedagógico no setor de Hemodiálise postulava o espaço de alteridade, onde as alegrias, as críticas, os medos e as inconformidades dos pacientes encontravam sustentação e ponto de apoio para que sobressaísse a vontade de viver. A construção do conhecimento, oportunizada nesse espaço, procurava diminuir os motivos de infelicidade do paciente e instrumentalizá-lo para lidar com seu tratamento e coordenar sua vida dentro e fora do hospital.

Com o paciente Vitório, os primeiros contatos se deram de forma receptiva e calorosa. Ele trazia no olhar uma simplicidade carregada de esperança e expectativas: “Aqui eles tudo é muito *bão*, tá tudo muito *bão*!” Talvez a palavra que, a princípio, o definisse melhor, fosse “resignado”. Mostrava-se adequado ao tratamento e às solicitações da equipe. Raramente

apresentava alguma intercorrência durante a diálise. Assim, sua cadeira permanecia quase sempre reclinada; dializava praticamente o tempo todo sentado.

No início dos atendimentos, Vitório mostrava-se ansioso. Ficava batendo os pés uns nos outros, respondia às perguntas da pesquisadora apressadamente antes que a mesma terminasse a fala, sempre concordando e aceitando tudo que lhe era proposto.

A postura de Vitório era intrigante, pois suas atitudes eram de muita “aceitação”, que parecia encobrir sua ansiedade. Camon e outros lembram que

[a] resposta ansiosa do paciente à enfermidade atual nunca se deve apenas àquela afecção. A ansiedade é histórica. Todas as experiências passadas com doença ou outros perigos, similares ou não, tendem a acumular-se na atual. É deste modo que cada pessoa gradualmente constrói sua maneira característica de reagir à enfermidade e a ansiedade que ela provoca (CAMON et al., 2003, p. 53).

Nesse caso, a psicopedagogia pode oferecer a escuta ao sujeito adoentado para falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser. A escuta psicopedagógica busca dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito, que a hospitalização e o tratamento crônico afastam dele. “A doença é um real do corpo no qual o homem esbarra, e quando isso acontece toda sua subjetividade é sacudida” (SIMONETTI, 2004, p.19).

Assim, conhecer os desejos e expectativas de Vitório era essencial para compreendê-lo melhor. Neste sentido, a história de vida oferece a compreensão global do sujeito e não da doença somente.

Vitório parecia sentir-se à vontade quando falava de sua vida fora do hospital. Gostava de contar sobre as pescarias que realizava com a família nos fins de semana. Quando se referia a esses fatos, seus olhos brilhavam e sua fala era carregada de entusiasmo; parecia que se transportava para um outro lugar, um outro espaço.

São momentos de interação em que pesquisador e paciente conversam, e essa conversa é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos. O que interessa à psicopedagogia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com o seu sintoma ou, em outras palavras, o que o paciente faz com sua doença, o significado que lhe confere, e, a isso, se chega também pela linguagem, pela palavra. O diálogo, como preconiza Freire,

(...) fenomeniza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e; nele ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes “admiram” um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se. Vimos que, assim, a consciência se existência e busca perfazer-se.[...] O isolamento não personaliza porque não socializa. Intersubjetivando-se mais, mais densidade subjetiva ganha o sujeito (FREIRE, 1987, p. 8).

É através da interação e do diálogo que o psicopedagogo se aproxima do paciente. Esses diálogos permitiam conhecer os diversos sentimentos e preocupações de Vitório. Os momentos de trocas lhe permitiam falar sobre suas experiências dentro e fora do hospital.

É interessante salientar que, apesar de Vitório adotar, em suas primeiras falas, uma postura resignada e até “agradecida” diante da equipe de médicos e enfermeiros, à medida que a conversa evoluía, ele ficava mais à vontade para verbalizar suas insatisfações. Em alguns momentos, manifestava desagrado: “O jeito que esse povo aqui quer que a gente *come* é difícil demais”; “a gente não tem vida não”.

Sendo assim, a pesquisadora buscava incentivar as verbalizações de Vitório, confrontar as diversas opiniões, de forma que os próprios atos de falar e ouvir acabassem esclarecendo as opiniões e os sentimentos que tinha frente a determinadas situações. Suas colocações expressavam tanto os pontos relativos à sua situação concreta, em que tinha que conviver no ambiente hospitalar, como também os diversos pontos relacionados às outras vivências.

A troca de informações, de experiências e de sentimentos favorecia a proximidade. Frequentemente, ouvia-se de Vitório: “Você já vai embora? Mas é muito rápido; passa depressa”. O tempo dos atendimentos sempre se estendia um pouco mais que o previsto. Isto indicava que o envolvimento do paciente nos atendimentos estava sendo significativo, pois se mostrava atuante, interessado, curioso e com vitalidade suficiente para participar de situações que lhe eram propostas, confirmando as colocações de Porto (2008, p. 52), quando afirma que “[o] ponto de partida para os psicopedagogos trabalhar [sic] é identificar o sujeito relacional/real”, isto é, como anda a relação deste sujeito com o outro, do outro com ele e dele consigo mesmo. E a autora continua, “(...) no primeiro momento, irá se trabalhar [sic] com o sujeito simbólico/afetivo, o sujeito do desejo, identificando neste sujeito o que ele mais gosta e sabe fazer, buscando caminhos para resgatar a auto-estima”.

A atuação psicopedagógica era fortemente marcada pelas relações afetivas, servindo de apoio e suporte para que Vitório não desistisse de lutar por sua saúde e se mantivesse esperançoso em suas capacidades de esforço.

O psicopedagogo passa a ser um estimulador cauteloso, solícito e atento; busca reinventar formas para desafiar os sujeitos pacientes quanto à possibilidade de aprendizagem, incentivando-os a vencer a doença e a engendrar projetos de vida emancipatória.

Como já abordado anteriormente, a vida escolar de cada um dos sujeitos desta pesquisa foi marcada por muitos entraves, com acesso quase inexistente à escola regular. Promover a aprendizagem e despertar o desejo pelo conhecimento era um desafio ao trabalho psicopedagógico, tendo em vistas as limitações físicas, psicológicas e orgânicas dos pacientes, quando submetidos à Hemodiálise.

O diagnóstico revelou que Vitório sabia escrever o nome – aprendeu a copiá-lo – e conhecia algumas letras. O mais curioso era o seu desejo de aprender a ler: “Eu tenho muita vontade de aprender a ler, mas eu nunca consegui aprender; minha cabeça não dá pra essas coisas não”. Vitório estava na hipótese pré-silábica,<sup>13</sup> com transição para silábica, mas não estava alfabetizado. Conhecer suas hipóteses relacionadas ao processo de aquisição da língua escrita era necessário para se propor qualquer intervenção.

Passaram-se alguns encontros em que as intervenções eram feitas através de jogos, músicas, fotos da família e história de vida. Vitório esperava ansioso pelos atendimentos. O processo de ensino e aprendizagem foi sendo construído conforme algumas premissas colocadas por Carraher (1993): a) o conhecimento é uma representação mental; b) aprender a pensar sobre assuntos é mais importante que aprender fatos sobre os mesmos assuntos; c) o ensino e a aprendizagem são vistos como um convite à exploração e à descoberta, ao contrário de transmissão, memorização de informações e técnicas.

Vitório dialisava quase o tempo todo sentado, o que facilitava o uso dos materiais pedagógicos. No entanto, sua fístula localizava-se no braço esquerdo, o qual utilizava para as atividades manuscritas, e este precisava ficar imobilizado durante a sessão de diálise. Porém, isto não representou impedimento para o desenvolvimento do trabalho. Quando atividades de escrita se faziam necessárias, utilizava-se o alfabeto móvel, uma caixa que continha letras grandes, de madeira, e também jogos que continham o alfabeto. Em alguns momentos, Vitório questionava: “mas a gente não escreve no caderno?”. Essa fala revela como o ensino tradicional ainda estava presente em suas concepções de aprendizagem. A escrita se dava de forma diferente da que conhecia, a partir do uso de letras móveis de madeira, quadro com pincel, jogos, que eram construídos, e outros. Por outro lado poderia também estar

---

<sup>13</sup>A hipótese pré-silábica caracteriza-se pela ausência de critérios grafo-fonológicos e pelo uso aleatório de letras. O desenvolvimento da consciência grafo-fonológica possibilita a proposição de um grafema para um fonema, marcando o avanço para a hipótese silábica.

reivindicando a produção da sua própria caligrafia, com suas próprias mãos, entretanto naquele momento isto não era possível, visto que seu braço esquerdo o qual utilizava para as atividades manuscritas ficava imobilizado.

Uma frase recorrente de Vitório, “*Fé na vida*”, foi uma das primeiras frases que construiu com o alfabeto de madeira. Quando leu a frase ficou deslumbrado; olhava para a pesquisadora, olhava para as letras e repetia a frase várias vezes. Seus olhos traziam o encantamento da criança que descobre o mundo. Relatou que escrevera essa frase várias vezes em casa e dizia: “Olha *mulhé*, eu *tô* aprendendo, lá eu não uso caderno, não escrevo; é uma coisa esquisita. Não vejo nem o tempo *passá*, mas eu *tô* sabendo *tudinho*”.

Esses momentos revelavam alguns avanços no trabalho psicopedagógico. Como mostra Ferreiro,

[c]ada passo resulta da interação que ocorre entre o sujeito cognoscente e o objeto de conhecimento no processo de assimilação (isto, é no processo de elaboração da informação), o sujeito transforma a informação dada; às vezes a resistência do objeto obriga o sujeito a modificar-se também (isto é, a mudar seus próprios esquemas) para compreender o objeto (isto é, para incorporá-lo, para apropriar se dele) (FERREIRO, 2001, p.70).

A intervenção psicopedagógica foi um trabalho contínuo e cheio de descobertas. Não existiam verdades e soluções prontas. Os caminhos e as possibilidades foram construídos no decorrer dos atendimentos. A proposta psicopedagógica vai na contramão de metodologias, técnicas e procedimentos de ensino pré-definidos. Como evidencia Miranda (2008, p. 96), “[e]la não endossa expectativas pré-estabelecidas e nem ações instrumentalizadas, uma vez que defende as estruturas da inteligência como uma sistema aberto à pluralidade de combinações não previsíveis”.

Vitório, em um dos atendimentos, relatou à pesquisadora que, no fim de semana, havia assistido um programa de TV com os filhos em que os participantes tinham que adivinhar a palavra. Ele, então, disse a um dos filhos: “Eu sei que palavra é essa que está escrita aí na TV”. Seu filho lhe respondeu: “Sabe nada pai, o senhor não sabe ler”. Vitório disse-lhe: “A palavra é motocicleta”.

Ao relatar este fato, seus olhos evidenciaram um encantamento, pois lhe era descortinado o universo da leitura e da escrita. Era assim que o processo de aprendizagem era construído, com base numa relação dialógica, de trocas entre sujeitos. Nos dizeres de Freire,



[...] a leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele [...] este movimento do mundo à palavra e da palavra ao mundo está sempre presente. Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos. De alguma maneira, porém, podemos ir mais longe e dizer que a leitura da palavra não é apenas precedida pela leitura do mundo, mas por uma certa forma de “escrevê-lo” ou de “reescrevê-lo”, quer dizer, de transformá-lo através de nossa prática consciente (FREIRE, 1989, p. 13).

Os atendimentos psicopedagógicos com Vitório revelavam situações que pareceram contribuir sobremaneira para seu desenvolvimento. Algumas interações não apenas propiciavam processos de elaboração de conhecimentos como também modificavam sua auto-estima.

No Setor de Hemodiálise, o trabalho psicopedagógico ganhava credibilidade e confiança, conforme acolhimento e receptividade à pesquisa pela equipe. Os resultados atingiram outros espaços, tanto que o Setor de Comunicação<sup>14</sup> do HCU-UFU se interessou em divulgar o trabalho.

Uma jornalista solicitou permissão à equipe coordenadora do Setor, à pesquisadora e aos pacientes para escrever uma matéria no jornal da UFU sobre os atendimentos psicopedagógicos. Segundo ela, o trabalho era interessante e mostrava as ações de humanização que aconteciam no HCU.

Concedida a permissão, Vitório foi o paciente que se dispôs a ser entrevistado<sup>15</sup>.

Após a publicação da reportagem, a pesquisadora levou o jornal para que Vitório pudesse ver. A manchete intitulava-se: “Projeto resgata auto-estima dos pacientes”. A pesquisadora perguntou a Vitório se ele gostaria de ler o jornal. Ele lhe respondeu: “Lê aí pra nós”. O excerto abaixo transcreve parte da matéria:

Por meio da proposta sócio-interacionista, a psicopedagoga trabalha as aprendizagens e as reaprendizagens dos pacientes, tornando-os sujeitos do processo do conhecimento. ‘Sou apenas uma mediadora. A partir do diagnóstico da história de vida do paciente, traço estratégias e metas. Utilizo jogos, músicas, sempre partindo de algo que seja significativo para o paciente. Este é o ponto-chave da aprendizagem, pois aprendemos aquilo

---

<sup>14</sup> Há, no HCU-UFU, um setor denominado Câmara de Humanização, que busca zelar pelo bem estar dos pacientes e mantê-los informados sobre seus direitos. Divulga os projetos de humanização que são desenvolvidos, bem como cartilhas para informar os direitos que a lei garante aos usuários. Esta divulgação acontece pelo jornal do HCU-UFU, pelo o jornal da UFU e pelos Sites da UFU na internet. Há outro setor no HCU, denominado de Comunicação, que é responsável por essas e outras divulgações.

<sup>15</sup> Ver entrevista em anexo (Anexo D).

que é significativo para nossas vidas’, explica Pérsia. No caso [Vitório], para dar início ao processo de alfabetização, a psicopedagoga utilizou fotos da família. Deu certo. ‘Hoje, já estou lendo e agradeço à Pérsia, pois o que eu sei foi ela que me ensinou’, declara. Feliz com os conhecimentos adquiridos [Vitório] faz planos e revela o seu maior desejo: tirar a Carteira Nacional de Habilitação. ‘Tenho carro, mas é minha mulher que dirige, pois não tenho carteira. Quero, até o final deste ano, tirar a habilitação’, acredita (ANEXO-D, JORNAL/UFU).

Quando a pesquisadora finalizou a leitura, perguntou: “O que está escrito neste jornal é verdade?”. Com lágrimas que brotavam em seus olhos, respondeu-lhe: “Demais da conta”. E ainda acrescentou: “Eu ainda vou ser alguém na vida”.

A fala de Vitório pontuava a importância das ações educativas desenvolvidas pelo atendimento psicopedagógico. A este respeito, Ortiz e Freitas afirmam que,

[é] na relação de investimentos no outro que a educação sinaliza para a emancipação da vida em hospitais, resignificando-se uma pedagogia dialógica que legitima a concepção de pacientes autônomos e cidadãos, com projeto de identidade incluyente e que fomenta, na sua práxis, uma educação humanizada em um mundo humanizado (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 54).

Vitório ainda disse: “Meus amigos lá da rua onde eu moro não *acredita* que eu tô aprendendo a ler aqui no hospital”, e acrescentou: “eu falei pra eles que é meia *horinha* só que eu estudo, e aprendo *tudinho*”. Essa fala evidencia que as relações de aprendizagem no contexto hospitalar são injeções de ânimo, infusão de coragem, instilação de confiança no progresso e nas capacidades e potencialidades.

Durante os atendimentos psicopedagógicos, o paciente sinaliza quando precisa descansar ou quando se sente enfraquecido. Por outro lado, também sinaliza quando necessita de maior estímulo e novas convocações ao desejo de saber, de aprender e de recuperar-se. Era assim que a pesquisadora compreendia Vitório.

A pesquisadora interpelou o paciente: “Lembra, Vitório, quando te falei que esse trabalho seria diferente, que não seria como quando você tinha ido à escola?”. Ele respondeu: “É mesmo!”, e acrescentou: “A minha esposa não acreditou que eu ia aprender a ler. Sempre tive muita pouca paciência; eu não gosto que as pessoas ficam falando muito comigo. Mas aqui, eu não sei o que acontece; fico calmo, nem vejo a hora passar”.

Porto (2008, p. 53) nos lembra que “[t]oda atividade que nos leva a perceber mais intensamente a vida dentro e fora de nós, é [sic] altamente enriquecedora por fortalecer nossa

vida de mistérios”. O trabalho psicopedagógico atenta para a singularidade do paciente, acenando para um processo de aprendizagem permeado de afetividade e de alegria de viver.

Vitório interessava-se pelas atividades com jogos; gostava de desafios. Em um dos atendimentos, a pesquisadora levou um jogo, já conhecido por ele, e que sempre pedia nos atendimentos. Neste dia, Vitório estava pensativo, parecia um pouco entristecido, ensimesmado. Começou a relatar situações de sua vida antes de iniciar a hemodiálise. Contou à pesquisadora sobre um sonho que tivera há tempos atrás. Disse ter sonhado com o seu último local de trabalho<sup>16</sup> antes de iniciar as atividades no referido emprego. Em seu sonho, disse ter visto o quintal, os pés de frutas: “o lugar era lindo!”. Disse ainda que, em seu sonho, tinha pacotes com sementes de flores e frutos, e que lia, nos rótulos das sementes, o significado de cada uma delas. Quando terminou a fala, estava emocionado; algumas lágrimas escorreram de seus olhos. A pesquisadora disse-lhe: “Que sonho lindo!”. Vitório respondeu sustentando o olhar: “Eu ainda vou conseguir fazer o transplante! E, olha, vou sair daqui lendo e tirar a minha carteira de motorista”.

É interessante constatar que, quando o vínculo se estabelece, os resultados fluem de maneira diferente. Barreiras são quebradas, a confiança é estabelecida e o prazer se instala. O trabalho psicopedagógico contribuía para o avanço no processo de aprendizagem da escrita, mas não como um simples ato de aprender a ler, mais do que isso, a construção do conhecimento representou uma ponte para o desenvolvimento das potencialidades de Vitório.

Outro momento relevante para o desenvolvimento do trabalho foi a construção do poema, que se intitulou: “Vitório, Vitório”. A partir da música *Maria, Maria*, de Milton Nascimento, a pesquisadora incentivou Vitório a parafrasear o texto, trocando as palavras e dando sua redação pessoal. Aos poucos, o texto foi sendo construído, com transcrições de seus sentimentos, de seus desejos e de suas vontades. Ao final de alguns encontros, o poema estava pronto. Vitório o leu efusivamente e, em seguida, comentou: “Tá bonito *né*, vou levar pra ler *pro* pessoal lá em casa”.

Após a divulgação do trabalho psicopedagógico pelo Jornal da UFU, algumas emissoras de TV interessaram-se por entrevistar os pacientes e os profissionais da equipe, envolvidos com o trabalho. Houve novamente uma consulta a todos os envolvidos para as realizações da entrevistas. Novamente, Vitório foi o paciente que se dispôs a ser entrevistado.

---

<sup>16</sup> Antes de iniciar o tratamento, Vitório trabalhava em uma chácara, na zona rural próximo a cidade de Patrocínio, onde ele e sua esposa eram os funcionários responsáveis por cuidar da horta e pomar da propriedade.

Em uma das entrevistas para a TV Bandeirantes, Vitório leu o referido poema citado acima. Terminada a entrevista, relatou: “*Tô suando, não é que eu dei conta?*”. Posteriormente, ele relatou a repercussão dessas entrevistas em sua vida. Falou sobre o contentamento da esposa e dos filhos, assim como dos amigos: “Todo mundo me viu na TV. Eles não acreditavam que eu sei lê”.

O processo criativo é um ato de coragem, uma ousadia. É a capacidade de o sujeito encantar-se; deixar fluir o que há dentro de si. Era isso que acontecia com Vitório. É assim que a educação cumpre seu papel de transformar os sujeitos. Transforma o que está posto a eles, um mundo singular, repleto de medo, de distanciamento e de dor, trazendo a sensibilidade, o diálogo e instituindo o respeito à linguagem simbólica do enfermo. Freire (1987, p. 46) nos lembra que “não há também, diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens”.

Com a paciente Celeste a interação não se deu de imediato. Nos primeiros diálogos, ela mostrou-se retraída. Apesar de ser uma das pacientes com maior tempo de hemodiálise, doze anos, era de pouca conversa. Quase não interagiu com a equipe.

Em conversa informal, o enfermeiro chefe relatou que a paciente era muito tímida e que, embora já dialisasse há bastante tempo, se manifestava minimamente. Segundo ele, era difícil perceber se Celeste estava triste ou não, se estava satisfeita ou insatisfeita. As primeiras observações da paciente causaram à pesquisadora a percepção de ser ela uma pessoa recolhida em si mesma, ensimesmada.

Celeste dializava com a cadeira deitada quase o tempo todo e sempre cobria o rosto com o lençol durante toda a sessão de diálise. Os pacientes que ficavam ao seu lado conversavam entre si, no entanto, ela raramente interagiu com eles.

Uma situação de perda, talvez seja a melhor forma de se definir a palavra doença, afinal, perde-se a saúde, perde-se a autonomia, perde-se tempo e dinheiro, e muitas outras coisas, isto quando não se perde a própria vida. As perdas, algumas reais e outras imaginárias, trazem consequências subjetivas para a pessoa adoentada.

O ser humano, comumente, confere sentido a tudo que vivencia, e com o adoecimento não é diferente. O paciente quer ser compreendido em sua totalidade. Como sujeito de vontades e desejos, não quer ser visto apenas pela patologia que apresenta. Como salienta Simonetti em suas colocações sobre a instituição hospitalar,

[h]oje em dia, o que mais se espera da medicina e da ciência não é o desenvolvimento tecnológico, pois nesse campo, felizmente, já estamos bem avançados. O que mais se quer é uma humanização da medicina, e do que mais se fala é da relação médico- paciente, da bioética, do barateamento dos custos, do acesso à saúde para todos, etc. E tudo isso só será possível se escaparmos do cientificismo duro e conseguirmos criar conexões produtivas entre a ciência e outros campos do saber, como a psicologia, a espiritualidade, a política e a cultura em geral (SIMONETTI, 2004, p. 26).

Celeste tinha expressão entristecida, humor depressivo; limitava-se, a princípio, a responder o que lhe era perguntado. O paciente com doenças crônicas, após o primeiro impacto do tratamento, da ambiência hospitalar, das estimulações e das valorizações pelo enfrentamento da doença, passa a penetrar na rotina tediosa da unidade, com poucos desafios intelectuais, esbarrando-se na ansiedade de ver as pouquíssimas chances da finitude do tratamento e tendo a dimensão de sua solidão. Celeste tinha essas características. Neste sentido, Ortiz e Freitas sustentam que

[as] reinternações recomendáveis aos pacientes portadores de doenças crônicas e com seqüelas irreversíveis impõe ao paciente um eficaz instrumental adaptativo e um esforço para burlar o processo de invalidez emocional, isto é, transtornos nas relações consigo mesmo e com os outros (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 39).

A pesquisadora observou que o retorno continuado ao hospital, do paciente com IRC, apesar de trazer bem-estar físico, representava a possibilidade de novos afastamentos, de insegurança acerca da eficácia do tratamento e o reconhecimento da provisoriedade de sua vida.

Durante o tratamento, todo o cenário em que vinha ocorrendo sua vida altera-se drasticamente. Mudam-se as pessoas, as atividades, o ambiente, tudo, enfim. E a alteração é radical. Poucos elementos de sua vida anterior ao tratamento são preservados.

É claro que, nesse novo ambiente, o paciente continua aprendendo e se desenvolvendo, pois permanece num ambiente social, em contato com pessoas que interagem com ele. É submetido a novas experiências e está, enfim, vivendo. O que se discute é a qualidade das experiências oferecidas a esses pacientes.

Nos primeiros encontros, Celeste olhava para a pesquisadora de forma desconfiada; parecia sentir vergonha e estava acanhada. Olhava o tempo todo para os seus colegas das máquinas ao lado e observava os procedimentos de enfermeiros e médicos. Parecia que os

olhares das outras pessoas a incomodavam. Como agravante, havia sempre algum “curioso”, querendo saber o que se passava.

Não se pode negar que a falta de privacidade, o local inadequado, o barulho, as interrupções, o tempo curto e o descrédito de alguns membros da equipe obstaculizavam o trabalho, mas tudo isso era resolvido sem se tornar o fundamental.

É certo que a ambiência hospitalar é, por vezes, adversa a atividades psicopedagógicas, mas não as impede, desde que, é claro, o psicopedagogo encontre uma postura flexível e criativa, objetivando contornar as dificuldades.

No caso de Celeste, o atendimento psicopedagógico buscou, através do diálogo, das conversas, resgatar seus desejos, suas expectativas e seus interesses. O vínculo da pesquisadora com a paciente deu-se de forma lenta e gradativa. Foi preciso cautela e, essencialmente, sensibilidade para provocar uma aproximação. Metaforicamente, Brandão assim descreve o pesquisador e sua sensibilidade:

Passei anos de minha vida de iniciante em pesquisas entre martelos e pregos. Aprendi aos poucos que posso carregar na caixa de ferramentas chamada “método” alicates, chaves de fenda, trenas, furadeiras, plainas, além de outros instrumentos. Aprendi mais tarde que bem melhor do que minhas máquinas são as minhas mãos. E quem as dirige não são as ferramentas de que me valho, mas o meu coração e a minha mente, que dão sentido à madeira que trabalho, às ferramentas e às minhas mãos (BRANDÃO, 2003, p. 45).

De início, quando indagada sobre o que gostava de fazer fora do hospital, Celeste respondia com frases curtas: “nada, só gosto de ficar em casa”.

Em um dos atendimentos, a pesquisadora levou uma caixa colorida, denominada “caixinha de sentimentos”. Pediu a Celeste que fosse retirando um sentimento da caixa de cada vez. A pesquisadora lia a palavra e o seu significado. Havia, na caixa, várias palavras como: raiva, tristeza, alegria, ansiedade, frustração, amor, etc. Em um dado momento, a pesquisadora perguntou-lhe sobre quais sentimentos existiam em sua casa. Notou, então, a dificuldade de Celeste em falar de si e de seus sentimentos. A paciente respondeu: “La em casa tem fogão, geladeira, sofá...”.

Com cautela, a pesquisadora explicou que não estava se referindo ao espaço físico, ao mobiliário da casa, mas aos sentimentos. Então, Celeste disse: “Tem o Lucas. Ah...como eu gosto dele! Ele me dá muita alegria”. Lucas era seu neto; moravam na mesma casa. Aos poucos, Celeste foi trazendo suas vivências, seus afetos, seus amores e desamores, e ia

interagindo com o trabalho. Ia lentamente se deixando conhecer e permitindo a pesquisadora compartilhar um pouco da sua história de vida.

Nesse sentido, a atuação psicopedagógica buscava abraçar a verdadeira essência do sofrimento da paciente; torná-la sujeito pensante, de vontades e desejos, um sujeito ativo capaz de intervir em seu tratamento. O fato de ela se tornar apta a reconhecer quão condicionada ou influenciada era pela estrutura hospitalar tornava-a também capaz de intervir na realidade condicionante. A este respeito, Freire sabiamente postula que

[s]aber-se condicionado e não fatalistamente submetido a este ou aquele destino abre caminho à sua intervenção no mundo. O contrário da intervenção é a adequação ou a pura adaptação à realidade que não é assim contestada. É neste sentido que entre nós, mulheres e homens, a adaptação é um momento apenas do processo de intervenção no mundo (FREIRE, 2000, p. 27).

Foi possível constatar, com a pesquisa, que as rotinas a que é submetido o paciente com IRC no Setor de Hemodiálise não vislumbram a subjetividade e os contornos emocionais, culturais e sociais do paciente. Ao instalar-se na unidade de tratamento, o paciente, já infligido pelas incômodas sensações corporais, terá ainda que assumir o enfrentamento das precariedades e/ou limitações de seu corpo. Terá que enfrentar a adaptação ao desconhecido mundo branco hospitalar, aos prejuízos em sua vivência familiar e ao reconhecimento de estar cerceado em seu transcurso de ser humano livre e saudável. Além disso, para esses pacientes, ter acesso de forma simples às informações a respeito da doença e de si próprio faz dissipar as más impressões, amenizando o sofrimento.

Acreditando que o homem, submetido a condições históricas, é capaz de transformá-las, deve-se estar alerta às oportunidades que são oferecidas à construção de seres humanos com capacidade de compreensão, reflexão e mudança da realidade que os cerca, inclusive quando essa realidade está relacionada a instituições como o hospital, frequentemente com uma estrutura repressora e despersonalizante. Ao trabalhar no sentido de diminuir os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicopedagogo estará ajudando na humanização do hospital.

Com base nas reflexões acerca dos atendimentos psicopedagógicos, observou-se que o trabalho ali proposto buscava, com a participação dos pacientes, recuperar parte do fluxo normal da vida que vinham tendo, e até acrescentar outras oportunidades quando possível.

Acreditava-se que o tratamento do paciente com IRC não precisaria necessariamente barrar esse fluxo.

A construção do processo de ensino e aprendizagem com a paciente Celeste também representou um desafio para o trabalho, uma vez que ela nunca havia frequentado a escola regular.

Depois de alguns atendimentos, pôde-se diagnosticar que Celeste estava na hipótese silábica,<sup>17</sup> com algum valor sonoro. Era interessante ver em Celeste a construção e a representação que possuía do sistema de escrita. Quando indagada sobre como já sabia tanto sobre a escrita, a paciente dizia: “Meu marido me ensinou a escrever o nome, depois as letras, ajuntar uma com a outra, mas, daí pra frente, eu não dei conta mais não”.

Antes do início dos atendimentos, era verificado, junto à equipe de enfermagem, qual era o estado clínico da paciente; quando seu quadro estava estável, reclinava-se um pouco a cadeira para que se pudesse dar início ao trabalho psicopedagógico. Houve algumas tentativas da equipe de colocar a cadeira da paciente em posição vertical, para os atendimentos, porém, como ela apresentasse suores excessivos e hipotensão, a cadeira era rapidamente colocada de volta à posição horizontal. No decorrer dos atendimentos, a posição em que Celeste parecia sentir-se mais confortável era com a cadeira deitada com a parte superior levemente reclinada. Quando seu quadro clínico não permitia tal posição, os atendimentos aconteciam com a cadeira totalmente na posição horizontal.

Celeste tinha a sua fístula no braço direito, o qual usava para as atividades manuscritas. Foi preciso uma adaptação dos materiais pedagógicos, o que não representou impedimento para o trabalho. No entanto, o que, por vezes, era um dificultador na realização do trabalho era a posição da cadeira, pois não facilitava a utilização dos jogos e de alguns materiais pedagógicos. Sendo assim, foram revistas as estratégias, assim como todo o material.

O trabalho psicopedagógico buscava resgatar a singularidade da paciente, como forma de estimular a autoconfiança e a valorização. Para tanto, cada paciente tinha um tratamento peculiar, de acordo com o nível em que se encontrava frente a determinado conhecimento.

A compreensão do processo de construção de conhecimentos democratiza o saber quando levadas em conta as hipóteses formuladas pelos pacientes, os seus saberes. Não há

---

<sup>17</sup>Na hipótese silábica, há uma exigência rigorosa do sujeito que constrói o sistema de escrita: “uma sílaba por letra, sem omitir sílabas e sem repetir letras” (FERREIRO, 2001, p. 25). Esta fase é de suma importância, pois permite ao sujeito regular as variações na quantidade de letras e as variações sonoras da palavra escrita.



aprendizagem sem prazer, sem desejo ou sem que ela se apresente como um valor para a pessoa que aprende. Como nos mostra Fuck,

[é] preciso desmitificar uma aprendizagem pela percepção ou pelo exercício motor, isto é, em que a memória funciona como um depósito de informações, que entrariam pelos sentidos ou pelo movimento, sem nenhuma interferência de aspectos lógicos. Outrossim, não queremos cair no extremo de dizer que aprender é só estabelecer relações lógicas, como se estas não estivessem imbricadas na dramática dos desejos e na esfera do perceptivo motor. A matéria prima da lógica são as percepções, os movimentos, as palavras e os afetos (FUCK, 2007, p. 24).

Assim, era crucial conhecer os desejos de Celeste, bem como conhecer sua real necessidade e, essencialmente, sua vontade de aprender a ler nesse momento, nesse espaço. Era preciso conhecer o que isso representava em sua vida.

Para que se aprenda algo, é necessário que haja uma insatisfação. Foi nessa “falta”, nesse desejo, que o trabalho com Celeste foi desenvolvido. Perguntada se gostaria de aprender a ler e se isso era importante, respondeu: “Aprender a ler sempre me fez muita falta, pra ler um documento, uma receita, um remédio, mas, hoje, o que eu gostaria mesmo de poder ler era a bíblia”.

Há um enfoque que o psicopedagogo não pode negligenciar, pois se faz necessário em sua atuação no ambiente hospitalar. Trata-se de discorrer sobre as necessidades emocionais do paciente, e, desta forma, identificar o tipo de contribuição que poderá prestar com os atendimentos.

No caso de Celeste, fazer a escuta sobre sua necessidade da leitura e perscrutar seu quadro emocional foram duas etapas fundamentais para que o processo de aprendizagem pudesse se desenvolver. A escuta psicopedagógica possibilita a construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, sobre as informações médicas e sobre aquela doença, de forma lúdica e menos dolorosa. Na realidade, não é uma escuta sem eco. É uma escuta da qual brota o diálogo, que é a base de toda a educação.

A escuta psicopedagógica buscava transcender o físico, aparentemente imediato, e adentrar o mundo silencioso e/ou silenciado das subjetividades da paciente. Nas palavras de Ceccim,

[o] termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo

expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, [mais do que isso] busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade (CECCIM, 1997, p. 31).

Problematizar, buscar o cerne da questão, despertar interesses e desejos eram os primeiros passos. Celeste dava os primeiros indícios para o desenvolvimento do trabalho. Seu desejo de aprender a ler naquele momento ligava-se às questões religiosas. Acredita-se que a fé ajuda as pessoas a atravessarem os momentos difíceis da vida, sendo a doença e a morte os maiores dentre eles. Assim, na prática da psicopedagogia Hospitalar, a fé raramente se opõe à ciência, constituindo-se em uma força de superação a ser incentivada pelo psicopedagogo.

O psicopedagogo pode estimular o paciente a falar sobre sua religiosidade, afinal, no atendimento psicopedagógico, fala-se sobre qualquer assunto, em especial aqueles que são importantes para o paciente. No ambiente hospitalar, existem além de psicólogos e psicopedagogos, outras pessoas interessadas em acolher a subjetividade do paciente, tais como padres, pastores e voluntários, com os quais o psicopedagogo hospitalar deve procurar manter uma relação de cooperação; cada um tem seu campo de trabalho e sua especificidade. Mesmos com objetivos distintos, tanto os psicólogos e psicopedagogos quanto os religiosos têm em comum a vontade de escutar o paciente, a disposição para tratá-lo com ternura e paciência e a postura de aceitação incondicional.

A atuação da pesquisadora no setor de Hemodiálise exigia o desenvolvimento de suas habilidades para trabalhar com o imprevisto, pois o paciente repentinamente pode apresentar mal-estares, oscilações da pressão sanguínea, às vezes uma recaída aparentemente inexplicável, interrupções para medicações intravenosas e outros. Essas intercorrências aconteceram em vários momentos do atendimento com Celeste e, só após o esboço de uma melhora, o trabalho era reiniciado; do contrário, era interrompido.

Em um dos atendimentos em que não se sentia bem, Celeste disse: “Não vai embora não. Hoje quero só ouvir uma história”. Notava-se que, aos poucos, a pesquisadora ganhava sua confiança e simpatia. Era preciso estar atenta à pluralidade dos aspectos sutis que atravessavam o cotidiano do setor e que compunham a diversidade do grupo de pacientes com IRC.

O papel do psicopedagogo, no ambiente hospitalar, apresenta diversas interfaces, de cunho político, psicológico, pedagógico, social e ideológico, mas nenhum desses aspectos, como já falado no início deste trabalho, é tão constante quanto a disponibilidade para estar

com o outro e para o outro. Possivelmente, fica menos traumático enfrentar esse percurso quando não se está só, podendo compartilhar com o outro a dor, através do diálogo e da escuta atenciosa.

Os atendimentos com Celeste tinham uma permanência, normalmente, de vinte minutos; tempo em que a paciente sentia-se confortável e disposta para se engajar nas atividades. Realmente, a posição de sua cadeira durante a sessão de Hemodiálise era um desafio para o desenvolvimento do trabalho. Não era fácil despertar o interesse, a curiosidade, o diálogo em um paciente que, comumente, se mostrava sonolento e aparentemente sem vontades. Assim, era imprescindível lançar o olhar para suas potencialidades, fazer emergir de dentro e trazer à tona o saber com sabor de vida.

A música foi uma ferramenta importante para o trabalho com Celeste, pois fazia emergir abstrações, compreensões e hipóteses sobre o sistema de escrita.

Perguntada sobre sua preferência musical, respondeu ser o estilo sertanejo. As conversas sobre o texto da música propiciavam momentos de interações. Ao falar, ela revelava suas compreensões, suas abstrações e suas vivências. A música parecia representar uma ponte que a transportava para outro lugar, outro tempo. Havia um brilho no olhar quando trazia as representações que a música tinha em sua vida.

A conquista da autonomia, como autoria de pensamentos e ações, implica processos pedagógicos que estimulam o aprender a aprender. Como mostra Porto,

[t]orna-se produtivo e reativo, como resultado desta aprendizagem, demanda ações educativas transcendentais ao simples movimento de processar informações, ou o de relembrar situações guardadas na memória. Ser criativo implica elaborar, construir novas estratégias diante das situações desconhecidas, desafiar o receio diante do diferente, possibilitar e efetuar modernizações nas relações estabelecidas entre sujeito e seu ambiente (PORTO, 2008, p. 63).

A busca de sentido é que direciona a procura e revitaliza as descobertas. Assim, contrapondo hipóteses e questionando, a partir dos interesses da paciente, foi se configurando a construção do processo de escrita. O envolvimento e o interesse de Celeste foram se modificando no decorrer dos atendimentos, para os quais ela permanecia acordada e não mais aguardava de rosto coberto com o lençol.

A pesquisadora percebeu a limitação visual de Celeste para enxergar os textos das músicas que levava para os atendimentos. Assim, o material escrito oferecido a ela era sempre

ampliado com o objetivo de facilitar-lhe a visão. A pesquisadora informou ao enfermeiro chefe e à assistente social sobre as dificuldades visuais da paciente.

Em um dos atendimentos, a pesquisadora levou um trecho da Bíblia sugerido por Celeste. Ela leu pausadamente as palavras olhando a pesquisadora que a sustentava com o olhar incentivando para que continuasse. “*É difícil* essas palavras!” A pesquisadora respondeu-lhe: “Mas é possível, veja como você está conseguindo”. Celeste balançou a cabeça: “*É*, mais ou menos!”

Celeste já dominava o sistema de escrita; o que lhe faltava era um pouco mais de autoconfiança: “Ler aqui com você é fácil, lá em casa é tão difícil”.

As ações educativas sinalizavam uma proximidade maior entre pesquisadora e paciente e a troca de afetividade passava a ter relevância na cognição. Por esta razão, as relações assumiam um caráter de encontro. Encontros esses marcados pela sensibilidade e o desenvolvimento intelectual, cognitivo, cultural e social, essenciais à assistência psicopedagógica. Como lembra Porto,

[a] percepção do novo depende da capacidade de descobrir, e aqui chegamos a uma encruzilhada muito especial: O que é descobrir? Descobrir é tirar os véus, isto requer coragem e certa dose de loucura. Esta descoberta não depende de conhecimentos científicos, mas sim da capacidade de encantar-se, da capacidade de voltar-se para buscar o novo (Porto, 2008 p. 54).

Era assim que o conhecimento era construído com Celeste, com base numa relação dialógica entre sujeitos, de forma a promover a curiosidade, a indagação e a criatividade e a fortalecer suas potencialidades.

Tornou-se possível perceber nesse contexto intersubjetivo do hospital, em que se interpenetram os conceitos de educação e de saúde, uma nova perspectiva de educação que fertilizava a vida, pois o desejo de aprender/conhecer engendra o desejo de viver do ser humano.

A atuação educativa é essencialmente dialógica. Em se tratando do ambiente hospitalar, ela deve primar pela relevância à ajuda ao paciente, para a superação da enfermidade e a transformação da aprendizagem em formas de aperfeiçoamento. Já que o foco de sua ação é o ser humano.

A Psicopedagogia Hospitalar “vem dar suporte e apoio de aprendizagens e reaprendizagens ao paciente interno humanizando e contribuindo para a promoção da saúde” (PORTO, 2008, p. 20). Tratar a pessoa, e não a doença, é um dos objetivos mais valorizados

na psicopedagogia hospitalar, e tal só se torna possível quando se conhece minimamente a vida da pessoa, seus interesses, seus assuntos favoritos, seu trabalho, sua condição de vida, etc; e uma ótima forma de se alcançar esse conhecimento é conversando de maneira descompromissada com o paciente, num bate-papo sem temas pré-definidos. A pesquisadora constatou que esse tipo de intervenção tende a ser agradável para o paciente e favorece a interação. Vale reforçar que, se para o psicopedagogo o atendimento é uma entrevista, para o paciente é melhor que se pareça com uma conversa. Nesse sentido, Porto define da seguinte forma o papel do psicopedagogo:

Costumo chamar o psicopedagogo hospitalar de intermediador, porque ele dá voz ao paciente, ensina, aprende, reaprende em um eterno movimento, pois viver é um aprendizado constante. Se aprendizagem é mudança de comportamento, somos profissionais das mudanças e da vida (PORTO, 2008, p. 101).

O psicopedagogo está inserindo nesse contexto da saúde de forma tão emaranhada quanto outros profissionais atuantes nessa área e, às vezes, sem uma real consciência dessa realidade. Esse contexto contraditório e incongruente recebe o psicopedagogo, que tem sobre si outras contradições que o envolvem diretamente desde as lidas de sua formação acadêmica; como também com a equipe multiprofissional e essencialmente com o paciente.

A atuação do psicopedagogo deve ser de mediador, que, embasado na técnica e na prática, utiliza seu conhecimento para criar situações de aprendizagens, de interações, de diálogo, de escuta às subjetividades do paciente, colaborando para que o ambiente hospitalar possa ser mais humanizado e acolhedor.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo investigar como é possível favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem de pacientes no ambiente hospitalar, em tratamento prolongado no Setor de Hemodiálise, a partir de um trabalho de acompanhamento psicopedagógico. Pretendeu-se, ainda, analisar o papel das atividades psicopedagógicas, não apenas no que se refere à construção de conhecimento, mas também no que concerne à própria recuperação e reintegração do paciente. A pesquisa revelou que é possível desenvolver, no âmbito hospitalar, uma ação que articule saúde e educação e, dessa forma, contribuir para a recuperação de pacientes em tratamento prolongado.

Por meio da intervenção psicopedagógica, os pacientes com IRC, sujeitos desta pesquisa, obtiveram alguns avanços. As análises dos dados se apresentam como fortes indicadores de que o paciente com IRC no setor de hemodiálise, em geral, não está incapacitado para a aprendizagem e, se por um lado o tratamento é um dificultador, por outro não impede sua curiosidade e sua disposição para o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo ele beneficiar-se das mediações que o atendimento psicopedagógico lhe proporciona na dinâmica do tratamento e também em sua vida fora do hospital. Tal constatação ocorreu por meio dos relatos do sujeito Vitório, que trouxe para os atendimentos psicopedagógicos as representações e as repercussões que o conhecimento, construído durante as sessões, tiveram em sua vida, com sua família e com os amigos, na cidade onde morava.

Constatou-se, através dos dados, que os sujeitos, mesmo ligados à máquina de hemodiálise, interessavam-se pelas atividades. Raramente recusavam o atendimento, o que demonstra que, mesmo na doença, havia uma disponibilidade para se exporem a novas experiências. E essa disposição traz benefícios ao tratamento e favorece a recuperação, na medida em que a patologia deixa de ser a evidência principal e cede espaço para o surgimento de novas expectativas. Foi o que ocorreu com a paciente Celeste, que antes dos atendimentos psicopedagógicos dializava o tempo todo com o rosto coberto com o lençol e pouco interagia. Posteriormente, esperava a pesquisadora não mais de rosto coberto e se interessava pelas atividades e conversas.

A intervenção psicopedagógica foi um trabalho contínuo e cheio de descobertas. Não existiam verdades e soluções prontas. Os caminhos e as possibilidades foram construídos no decorrer dos atendimentos, à medida que o paciente se deixava conhecer. A atuação

psicopedagógica foi fortemente marcada pelas relações afetivas, o que sugere uma carência de atenção e interação, comum aos pacientes em tratamento prolongado. Essa característica dos sujeitos alertou para a necessidade de ações voltadas para a subjetividade, confirmando assim a atuação psicopedagógica na perspectiva holística de desenvolvimento.

A possibilidade de expressar-se sobre as situações que estavam enfrentando, de trazer à tona as angústias e as insatisfações através das conversas, do diálogo, repercutiu favoravelmente na dinâmica do tratamento desses sujeitos.

Os pacientes, por vezes, sugeriam que os atendimentos se estendessem, assim como reivindicavam mais sessões. Participavam com interesse das atividades, mesmo após as interrupções da equipe de enfermeiros e médicos para procedimentos relativos ao tratamento ou outras intercorrências, e pediam a continuidade dos atendimentos.

Durante os atendimentos, manifestavam suas opiniões acerca do hospital, do tratamento e da condição de paciente em se encontravam, para as quais ocorreram mudanças significativas, substituindo a posição de desânimo, de desinteresse e distanciamento por uma postura de investigação, de curiosidade e de envolvimento.

Foi possível oportunizar aos sujeitos pacientes a construção de aprendizagens, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos, desde a troca de informações sobre a sua percepção do hospital e da rotina do tratamento, colocando suas opiniões e sentimentos, até a construção da leitura e escrita.

Os dados sugerem que os pacientes com IRC podem beneficiar-se de experiências de aprendizagem durante o tratamento. O trabalho indica que os pacientes mostraram-se receptivos à elaboração de novos conhecimentos, como quando aprenderam ou ampliaram suas informações acerca do significado da escrita. O momento da sessão de diálise tornou-se uma oportunidade singular de veicular importantes informações e de oferecer oportunidades educativas enriquecedoras. Os pacientes tinham a possibilidade de se expressar, de imaginar, de conversar e de jogar, de forma lúdica e prazerosa, durante o tratamento, mobilizando suas potencialidades e capacidades a favor da superação desse momento de suscetibilidade.

Reconhecendo-se a inadequação de um enfoque apenas curativo no tratamento do paciente, pode-se transformar a situação de hospitalização em uma oportunidade de aprendizagens e reaprendizagens. Não está se referindo aqui à aprendizagem escolar, mas aos aspectos relativos à educação para a saúde. Sobretudo no caso dos sujeitos desta pesquisa, os dados mostraram um quadro de baixo poder aquisitivo, baixa auto-estima e pouco acesso à escola regular. Assim, o acompanhamento psicopedagógico desses pacientes, durante o



tratamento, oportunizou-lhes a ampliação de suas experiências, permitindo que se apropriassem de informações e de conhecimentos que parecem ter contribuído para o bem estar e para o tratamento e, acima de tudo, para a condição de cidadãos dos mesmos.

Esses resultados foram confirmados pela equipe, que afirmou que os pacientes mostravam-se mais tranquilos e envolvidos com o tratamento. Houve, por exemplo, o relato de uma técnica de enfermagem que afirmou que a paciente Anastácia estava mais serena e menos agressiva em suas verbalizações durante os procedimentos da diálise.

A pesquisa revelou que muitos profissionais procuram informar e orientar os pacientes, contribuindo, de alguma forma, naquilo em que se sentem capacitados. Entretanto, algumas práticas revelam intolerância e pouco envolvimento nas necessidades afetivas do paciente, confirmando a primazia do saber médico.

Foi possível constatar que o serviço psicopedagógico no âmbito do HCU-UFU é incipiente. No que se refere aos materiais pedagógicos utilizados para o atendimento, quase todos foram adquiridos com recursos do próprio pesquisador. Constata-se o pouco investimento da instituição nesses recursos, o que revela que a atenção à saúde do paciente está implicada principalmente nos cuidados médicos, biológicos, ficando em segundo plano os outros saberes. A falta de espaço físico foi outro obstáculo ao trabalho. Havia também concepções equivocadas quanto ao trabalho do psicopedagogo, reveladas em afirmações, ditas por alguns membros da equipe, tais como: “É a professorinha que vai te ensinar a ler”. Isto revela que há uma identidade a ser construída, um espaço a ser conquistado pelo psicopedagogo hospitalar.

Pode-se constatar que há uma demanda reprimida de pacientes adultos e idosos, nas demais enfermarias do HCU-UFU em condições similares. Em outros locais do hospital, há pacientes que ficam internados por longos períodos e que se vêem impedidos de desenvolver suas atividades, justamente por estarem na condição de “pacientes”, vistos como aqueles que recebem cuidados e que precisam ficar imobilizados, alheios às situações ao seu redor. Há, portanto, a necessidade de ampliação do serviço psicopedagógico às demais enfermarias do HCU e, conseqüentemente, do aumento do quadro de profissionais psicopedagogos. Enquanto essa ampliação não é uma realidade, a pesquisadora pretende propor um projeto a ser desenvolvido por alunos estagiários dos cursos de Pedagogia e Psicologia da UFU em outras enfermarias do HCU, para o acompanhamento de sujeitos hospitalizados por longos períodos. É necessário pensar o hospital como um espaço de educação em saúde e favorecer o

desenvolvimento da pesquisa e da extensão na área da psicopedagogia hospitalar, ainda pouco explorada.

A inserção do serviço de apoio psicopedagógico no âmbito hospitalar não é um processo linear; vigora a cultura de que o hospital é um espaço exclusivo de tratamento da doença e o paciente é identificado principalmente por sua patologia. O olhar holístico para o sujeito hospitalizado é uma conquista a ser efetivada. Prevalece a ideia de que o saber médico é, senão o suficiente, o mais importante para estabelecer a recuperação. Embora o Sistema Único de Saúde tenha uma concepção de saúde que vai além da ausência de doenças e que preza a qualidade de vida que envolve as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, ou seja, produzir saúde, defender a vida e garantir o direito à saúde dos usuários, não é possível garantir o acompanhamento do paciente em todas as suas demandas, conforme a exigência legal instituída pela PNH (2004).

Logo, o trabalho psicopedagógico, além de obter credibilidade quanto aos seus esforços no setor de hemodiálise, confirma-se como sendo um lócus essencialmente constituído de encontros: de afetos, de ressignificações e de práticas educativas. Configura-se, portanto, como uma ação que busca o bem estar do paciente enfermo, preconizando a saúde como afirmação da vida e não somente como a ausência da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. Campinas: Papyrus, 2000.

ANDRADE, J. C. Educação: um direito interrompido? IN: **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009, p.118-131.

ANDRÉ, M. E. D. A. Etnografia e o estudo da pratica escolar cotidiana. IN: **Etnografia da prática escolar**. Campinas/SP: Papyrus, 1995, p. 35-48.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de Normas Técnicas. **Resolução-RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002**.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de Normas Técnicas. **Resolução-RDC nº154, de 15 de junho de 2004**.

BARROS, A. S. A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo: Anped,nº. 12, p. 84-93, out./dez. 1999.

BARROS, E. , MANFRO, R. C. , THOMÉ, F. S. , GONÇALVES, L. F. S. **Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em Educação**. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Portugal: Porto Editora, 1994.

BOSSA, N. A. **A psicopedagogia no Brasil**: contribuições a partir da prática. 2ªed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Dificuldades de aprendizagem**. O que são? Como tratá-las? Porto Alegre: Artmed, 2000b.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Do número ao nome, do caso à pessoa, da solidão à partilha – Alguns dilemas e alternativas da pesquisa na educação. In: **A pergunta a várias mãos**: a experiência da pesquisa no trabalho do educador. São Paulo: Cortez, 2003, p. 31-66.

BRASIL, Ministério da Saúde. Definições e normas das instituições e serviços de saúde. **Diário Oficial da União** de 5/4/1977- Seção I, Parte I,p.3929,1977.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA. Ministério da Justiça/ Secretaria de Estado e Direitos Humanos/ Departamento da Criança e do Adolescente, 1990, p.162.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL, **Direitos da Criança e Adolescentes Hospitalizados**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/1995), 1995, p.1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF v.134, nº248, 23 dez. 1996. Seção 1. Lei Darcy Ribeiro.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CEB nº2, de 11 de setembro de 2001. Estabelece as Diretrizes Nacionais de Educação Especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC; SEESP, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2004.

CAMON, A., A., V., TRUCHARTE, F. A. R., KNIJNIK, R. B., SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: teoria e pratica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAPPARELLI, A. B. de F. A doença, a criança e sua família. **Pediatria Moderna**, v, 34, n.1/2, p. 59-62, jan./ fev. 1998.

CHAMAT, L. S. J. **Técnicas de Diagnostico Psicopedagógico: o diagnostico clinico na abordagem interacionista**. São Paulo: Vetor, 2004.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de intervenção psicopedagógica: para dificuldades e problemas de aprendizagem**. São Paulo: Vetor, 2008.

CARRAHER, David William. Educação tradicional e educação moderna. In: CARRAHER, Terezinha Nunes (Org.). **Aprender pensando: contribuições da Psicologia Cognitiva para a Educação**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 11-30.

CECCIM, R. B. & CARVALHO, P. R. A. (Org). **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta a vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1997.

\_\_\_\_\_. R.B. ; FONSECA, E.S. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional a criança e ao adolescente hospitalizado. **Revista Integração**, Brasília, ano 9, n.21,p.31-39,1999.

CÓDIGO DE ÉTICA da ABPp. Conselho Nacional do Biênio 91/92, revisão Biênio 95/96, São Paulo, julho de 1996.

CORAZZA, S.M. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: CORAZZA, S.M. (org) **Caminhos Investigativos: Novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 105-131.

FERREIRA, P. K. R.K e MOTA, M. V. S. **Caracterização das Instituições de Educação Infantil do Município de Uberlândia.** Artigo (Iniciação Científica)-Universidade Federal de Uberlândia, 2001.

FERREIRO, E. **Reflexões sobre Alfabetização.** Tradução de .Horácio Gonzales. 24<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FONSECA, E. S. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados:** realidade nacional. Brasília: MEC/INEP; 1999.p.7-15.

\_\_\_\_\_. **Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar.** São Paulo: Memnon, 2003.

FONTES, R.d. S. Da classe a pedagogia hospitalar: a educação para além da escolarização. **Linhas**, Florianópolis, v.9,n.1, p. 72-92, jan./jun. 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** Tradução Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. 6<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1983.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 17<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessário a prática educativa. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FUCK, I. T. **Alfabetização de adultos:** relato de uma experiência construtivista. 11<sup>a</sup>.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

LUCKESI, C; COSMA, E.B. e BAPTISTA, E. (orgs). O conhecimento como compreensão do mundo e como fundamentação da ação. In: **Fazer a Universidade: uma proposta metodológica.** São Paulo: Cortez, 2005.

MATOS, L. M. (org.). **Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MAZZOTTI, A. J. A. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v.36, n.129, p. 637-651, set./dez., 2006.

MELLO FILHO, J. de. (org.) **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas sul, 1992.

MINAYO, M.C.O **Desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MIRANDA, Maria Irene. **Problema de aprendizagem na alfabetização e intervenção escolar**. São Paulo: Cortez, 2008.

OLIVEIRA, M.E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERE, M.F.M.; BRUGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização**: reflexos sobre o cuidado durante o processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ORTIZ, L. C. M. e FREITAS, S. N. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: Ed. UFSM, 2005.

PESSINI, L., BARCHIFONTAINE, C. P. Saúde no Brasil: realidades e perspectivas. In: PESSINI, L., BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 8ª ed revista e ampliada. São Paulo: Loyola, p. 145-175, 2007.

PORTO, Olivia. **Psicopedagogia hospitalar**: intermediando a humanização na saúde. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2008.

RIBEIRO, M. S. **O atendimento à criança hospitalizada**: um estudo sobre serviço recreativo-educacional em enfermaria pediátrica. 1993. 150 f. Dissertação (Psicologia Educacional)- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROMÃO JUNIOR, J. E. O rim e suas doenças. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Revisado em out. 2004. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.asp>>. Acesso em: 02 mar., 2010.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.asp>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

SZYMANSKI, Heloisa (org). **A entrevista na pesquisa em educação**: a prática reflexiva. Brasília: Plano Editora, 2002.

TAAM, Regina. Educação em enfermarias pediátricas. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v.23, nº133, p. 74-75, 1997.

\_\_\_\_\_, Regina. **Assistência pedagógica à criança hospitalizada**. 2000. 216f. Tese de doutorado em Educação- Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2000.

VIANNA, H. M. **Pesquisa em Educação** – a observação- Brasília: Editora Plano, 2003.

## ANEXOS

### ANEXO A - AUTORIZAÇÃO

Autorizamos o projeto de pesquisa, **“O APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO PACIENTE HOSPITALIZADO: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR”** pesquisadoras responsáveis PÉRSIA KARINE RODRIGUES KABATA FERREIRA, MARIA IRENE MIRANDA cujo objetivo é, investigar se, e até que ponto, é possível desenvolver um trabalho de ensino e aprendizagem com pacientes no ambiente hospitalar (em situação de tratamento prolongado), a partir de um trabalho de assistência psicopedagógica; como também analisar o papel das atividades psicopedagógicas não apenas no que se refere à construção de conhecimento, mas também no que concerne à própria recuperação e reintegração do paciente. A pesquisa será realizada no espaço do Setor de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Nome do responsável pela Instituição

Cargo que exerce

Carimbo do responsável pela Instituição

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PACIENTE

O senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “**O apoio psicopedagógico ao paciente hospitalizado: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no contexto hospitalar**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira e Maria Irene Miranda .

Nesta pesquisa estamos buscando investigar sobre o papel do apoio psicopedagógico, no ambiente hospitalar, para o desenvolvimento intelectual, cognitivo e psicológico de pacientes em situação de internação ou de tratamento prolongado. Para ser possível este trabalho de pesquisa, faremos o acompanhamento psicopedagógico através de atividades pedagógicas que serão desenvolvidas com o senhor(a) aqui no hospital. Os registros das atividades poderão ocorrer por meio atividades pedagógicas (textos,desenhos,atividades escrita) entrevistas, e notas de campo.

Em nenhum momento o nome senhor(a) será citado na publicação dos resultados, mantendo-o no anonimato. O senhor (a) também não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa.

Os resultados podem ser publicados porém, todos os cuidados serão tomados para que os nomes não sejam identificados. Os resultados beneficiarão nossa compreensão sobre a contribuição desse tipo de apoio para a saúde e o desenvolvimento intelectual e cognitivo do paciente hospitalizado ou em tratamento prolongado.

O senhor(a) é livre para deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor(a).

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Maria Irene Miranda e Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira. Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco G, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34)3239-4163.

Comitê de Ética: Av. João Naves de Ávila, nº 2020, bloco J, Campus Santa Monica-Uberlândia-MG, CEP: 38408100; fone: 32394131.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Pérsia Karine R. Kabata Ferreira

---

Maria Irene Miranda

Eu aceito participar, voluntariamente, do projeto citado acima, uma vez que fui devidamente esclarecido.

---

Paciente



## **ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PACIENTES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Titulo da pesquisa: O APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO PACIENTE HOSPITALIZADO: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Pesquisadora: Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira

Orientadora: Maria Irene Miranda

### **ROTEIRO ENTREVISTA COM OS PACIENTES**

1- O que você pensa sobre serviço psicopedagógico oferecido pelo HC?

---

---

---

---

2-Em sua opinião, o serviço psicopedagógico poderá interferir em seu tratamento? De que forma?

---

---

---

---

3- Você acha possível a aprendizagem acontecer durante a sessão de diálise?

---

---

---

---

4-Em sua opinião, o trabalho psicopedagógico poderá trazer contribuições para a sua vida dentro e fora do hospital? Quais?

---

---

---

## ANEXO D – ENTREVISTA JORNAL DA UFU

### PROJETO RESGATA AUTOESTIMA E CIDADANIA DOS PACIENTES

*Por meio de atendimento psicopedagógico pacientes aprendem a ler e a escrever enquanto passam por sessão de hemodiálise*



Imagine ficar de três a quatro horas ligado a uma máquina de hemodiálise três vezes por semana? O que parece penoso é a realidade de muitos pacientes que sofrem de doenças renais, entre eles está \_\_\_\_\_.

Há quase três anos ele viaja cerca de 180 km, de Patrocínio até Uberlândia, três vezes por semana, para fazer hemodiálise. Nos últimos seis meses, a rotina de \_\_\_\_\_ durante as sessões do tratamento mudou. Em meio a jogos, músicas e com a ajuda da psicopedagoga Pérsia Karine Rodrigues Kabata, o paciente está descobrindo um mundo novo: o mundo das letras. A iniciativa faz

parte do projeto “Psicopedagogia e Educação em Saúde”, desenvolvido pelo setor de Psicologia da Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que tem como um de seus objetivos a alfabetização de adultos.

Quando chegou ao HC-UFU, \_\_\_\_\_ não sabia ler e tinha dificuldade até para assinar o nome. Ele frequentou a escola quando criança, “mas ia um dia e depois não ia mais”. Não conseguiu sair do primeiro ano. Também participou de um curso de alfabetização de adultos, em Patrocínio, cidade onde mora “Participei uns três meses, mas era difícil, porque o dia que chegava daqui, não dava conta. Estava passando mal. Outro dia não dava para a minha mulher me levar. Desisti”, afirma. No hospital, ele encontrou o apoio e a confiança que precisava para aprender a ler.

Por meio da proposta sociointeracionista, a psicopedagoga trabalha as aprendizagens e as reaprendizagens dos pacientes, tornando-os sujeitos do processo do conhecimento. “Sou apenas uma mediadora. A partir do diagnóstico da história de vida do paciente traço estratégias e metas. Utilizo jogos, músicas, sempre partindo de algo que seja significativo para o paciente. Este é o ponto-chave da aprendizagem, pois aprendemos aquilo que é significativo para nossas vidas”, explica Pérsia.

No caso de \_\_\_\_\_, para dar início ao processo de alfabetização, a psicopedagoga utilizou fotos da família. Deu certo. “Hoje já estou lendo e agradeço à Pérsia, pois o que eu sei foi ela que me ensinou”, declara. Feliz com os conhecimentos adquiridos, \_\_\_\_\_ faz planos e revela o seu maior desejo: tirar a Carteira Nacional de Habilitação. “Tenho carro, mas é a minha mulher que dirige, pois não tenho carteira. Quero, até o final deste ano, tirar a habilitação”, acredita.

#### **Benefícios**

Além de ajudar a passar o tempo durante as sessões de hemodiálise, vários são os benefícios que o projeto “Psicopedagogia e Educação em Saúde” proporciona aos pacientes.

Para o médico Emerson Nunes Costa, chefe da Unidade de Hemodiálise do HC-UFU, saber ler a receita e a bula do medicamento favorece uma maior adesão ao tratamento. “A partir do momento que ele sabe da necessidade da medicação, do horário e da maneira correta de utilizá-la, o paciente ajuda no acompanhamento”, garante.

Diante de tantos benefícios, a equipe não esconde a satisfação em realizar um trabalho que proporciona ao paciente, mesmo em meio à dor e ao sofrimento, descobrir um espaço de vida. “Isto é humanização”, garante Pérsia.