

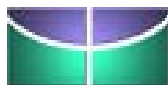


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

**PEDAGOGIA E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA A
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

HELOISA ALVES ALTOÉ

BRASÍLIA
DEZEMBRO DE 2009



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PEDAGOGIA E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA A
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS EM AMBIENTE
HOSPITALAR

HELOISA ALVES ALTOÉ

BRASÍLIA
DEZEMBRO DE 2009

Heloisa Alves Altoé

**PEDAGOGIA E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA A
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Trabalho Final de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Pedagogia, à Comissão Examinadora da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Me. Maria Luiza Pereira Angelim

Comissão Examinadora:

Prof^ª. Me. Maria Luiza Pereira Angelim (Orientadora)
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Renato Hilário dos Reis
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Amaralina Miranda de Souza
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

Brasília – DF

Dezembro de 2009

Heloisa Alves Altoé

**PEDAGOGIA E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA A
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Trabalho Final de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de **Licenciado em Pedagogia**, à Comissão Examinadora da **Faculdade de Educação da Universidade de Brasília**, sob a orientação da Professora Me. Maria Luiza Pereira Angelim

Comissão Examinadora:

Prof.^a. Me. Maria Luiza Pereira Angelim (Orientadora)
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Renato Hilário dos Reis
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

Prof.^a. Dr.^a. Amaralina Miranda de Souza
Faculdade de Educação da Universidade de Brasília

BRASÍLIA-DF

Dezembro de 2009

*Às minhas filhas Isabella e Mirella, que trouxeram um sentido a mais para razão da
minha existência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, e por me conceder saúde e sabedoria para mais uma conquista na minha trajetória. Por Sua presença e proteção em todos os momentos, e pela capacidade a mim confiada de poder lançar sementes.

No percurso de nossas vidas há sempre algumas pessoas que contribuem direta ou indiretamente para a concretização de nossos objetivos. Por isso quero deixar algumas palavras de agradecimento sincero, ainda que muito singelo ante a grandeza e generosidade que cada uma demonstrou.

À minha mãe Maria Helena, que não mediu esforços para me propiciar uma educação carregada de sentido e sobretudo fundamentada no amor.

Ao meu amado esposo Ademir, por ser sempre um porto seguro ao longo do tempo, pela compreensão e o apoio incondicional que sempre demonstrou.

À Professora Sumeire Brandão (*in memoriam*), querida Professora e amiga, que se tornou o motivo para o culminar deste trabalho. Meu reconhecimento pelos ensinamentos, estímulo e amizade!

À Professora Maria Luíza Pereira Angelim por ter se tornado o meu maior referencial a ser seguido como educadora. Essa obra não seria a mesma sem a sua primorosa orientação e incansável dedicação.

Ao Professor Renato Hilário dos Reis pelo incentivo e motivação à continuidade desta pesquisa tornando-se o maior exemplo de como um educador amoroso pode contribuir na formação do sujeito.

À Professora Doutora Rejane Fontes pela sua generosidade e valiosa contribuição a esta investigação, apontando caminhos como somente uma verdadeira educadora poderia fazê-lo com

tamanha prontidão. Obrigada pela paciência e pelo acolhimento que recebi. A ela devo o incentivo, apreciação e o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da Biblioteca Central, pelo convívio, solidariedade, generosidade, palavras de otimismo, momentos felizes e momentos difíceis, que conseguimos superar juntos, e pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

Ao meu grande amigo Attila Blacheyre, pelo apoio e ajuda indispensável que permitiram a concretização deste trabalho.

À equipe de profissionais da saúde do hospital pesquisado, em especial à enfermeira chefe do centro de hemodiálise Elinete e à Dr^a Eliane Seidel pela atenção, exemplo e estímulo.

Aos demais educadores e funcionários desta instituição que contribuíram direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Aos alunos de EJA, que foram fonte de ensinamentos e inspiração à minha formação acadêmica.

E, especialmente, ao sujeito participante desta pesquisa pela disponibilidade em participar deste estudo e pelo conhecimento compartilhado. A minha sincera gratidão pelas contribuições imprescindíveis à elaboração deste trabalho, que reconhecidamente se tornou possível pelo desejo deliberado de dialogar e pelas trocas que ficaram estabelecidas em nossos encontros.

Não há figura mais bela para um educador do que ser um semeador. Um educador que semeia é um revolucionário. Ele nunca mais tem controle sobre o que planta. As sementes terão vida própria e poderão mudar para sempre o ecossistema emocional e social. (Augusto Cury)

ALTOÉ, Heloisa Alves. *Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar*. Trabalho Final de Curso - Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

RESUMO:

O presente trabalho de conclusão de curso nasceu do desejo de sinalizar uma perspectiva à educação de jovens, adultos e idosos em ambiente hospitalar. Realizou-se uma investigação em um hospital público de Brasília, com o objetivo de explorar empiricamente a probabilidade de se propiciar às pessoas hospitalizadas um atendimento educacional aliado aos pressupostos da Pedagogia Hospitalar, respaldado na educação inclusiva como paradigma educacional e com base na concepção de direitos humanos. A investigação levantou dados, no setor de hemodiálise do hospital, que refletem sobre as necessidades e demandas apresentadas por esse público inerente à modalidade de ensino da Educação de Jovens e Adultos. Houve um levantamento dos indícios concernentes às dificuldades e obstáculos que possam inviabilizar ou não a implementação desse atendimento diferenciado proposto pela Educação Especial. Nesta pesquisa foram desenvolvidos dois estudos de campo, o primeiro procurou identificar a concepção da equipe multiprofissional de saúde sobre essa nova área de atuação do pedagogo, com o objetivo de delinear as características do campo de ação pedagógica no hospital; o segundo estudo baseou-se em entrevistas realizadas no setor de hemodiálise do hospital, com o objetivo de analisar as expectativas instituídas pelas pessoas com insuficiência renal crônica e pelos profissionais da área de saúde. Buscou-se também suscitar indicadores que possam ressignificar o processo de doença e cura com a prerrogativa de um atendimento mais humanizado; bem como valorizar o espaço de atuação do pedagogo como membro da equipe hospitalar, fundamentando o compromisso de levar a todos o direito à educação; assim como, consubstanciar a prerrogativa da ação coletiva na construção do espaço pedagógico no hospital, a fim de transformá-lo em um novo ambiente virtual de aprendizagem.

Palavras chaves: Educação de Jovens e Adultos, Pedagogia Hospitalar, Educação Especial, Humanização, Inclusão, Necessidades Educacionais Especiais, Ambiente Virtual e perspectivas.

ALTOÉ, Heloisa Alves. *Pedagogy and Health: a Vision for Youth and Adults in the hospital*. Brasília-DF, Brasília University / Faculty of Education (Final Course), 2009.

ABSTRACT:

This work of completion was the desire to signal a perspective to the education of young people, adults and elderly in hospitals. There was an investigation into a public hospital in Brasília, in order to explore empirically the probability of people hospitalized provide a combined educational assistance to the assumptions of pedagogy Hospital and support for inclusive education, as educational paradigm based on the concepts of the humans. The research gathered data on the hemodialysis unit of the hospital, which reflect on the needs and demands presented by the public inherent in the mode of education of Youth and Adults. There was a survey of evidence concerning the difficulties and obstacles that could derail or not, the implementation of differentiated service proposed by the Special Education. This study was developed two field studies, the first sought to identify the concept of multidisciplinary health care team about this new area of work of teachers, in order to delineate the characteristics of the field of pedagogical action in the hospital, the second study was based on interviews conducted in the hemodialysis unit of the hospital, in order to analyze the expectations established by people with chronic renal failure and the professionals of health. In this research tried to also give new meaning to indicators that the disease process and healing with the prerogative to have a more humane, as well as enhance the area of work of teachers as a member of hospital staff, stating its commitment to bring to everyone the right to education, so as to substantiate the prerogative of collective action in the construction of educational space in the hospital in order to transform it into a new virtual learning environment.

Key words: Education, Youth and Adults, Education, Hospital, Special Education, Humanization, Inclusion, Special Educational Needs, Virtual Environment and Prospects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Perfil sociodemográfico – Idade	138
Gráfico 2 - Perfil sociodemográfico – Sexo	138
Gráfico 3 - Perfil sociodemográfico – Escolaridade	139
Gráfico 4 - Perfil sociodemográfico – Domicílio	140
Figura 1- Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar – compreensão do entrevistado quanto à educação	143
Figura 2 - Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar – concepção sobre atendimento pedagógico no ambiente hospitalar	144
Figura 3 - Concepção a cerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar – idealização do ambiente de aprendizagem hospitalar	145
Figura 4 - Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar – aspectos de adesão ao tratamento	146
Figura 5 - Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar – contribuição da educação para a saúde	147
Tabela 1 - Sobre a educação na perspectiva quanto ao ambiente hospitalar	149
Tabela 2 - Sobre os aspectos contributivos da educação	150

LISTA DE SIGLAS

CNE – Conselho Nacional de Educação

CEC – Comissão de Educação e Cultura

CCJC – Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

DF – Distrito Federal

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ENEJA – Encontro Nacional de Educação de Jovens e Adultos

FE – Faculdade de Educação

GTPA – Grupo de Trabalho Pró-Alfabetização do Distrito Federal e Entorno

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério de Educação

MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização

NEE – Necessidades Educacionais Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCN'S – Parâmetros Curriculares Nacionais

PNAC – Programa Nacional de Alfabetização e Cidadania

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

SEESP – Secretaria de Educação Especial

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I.....	24
MEMÓRIAS DA FORMAÇÃO EDUCATIVA.....	24
1.1 A experiência de vida como meio para aprimorar a educação	24
1.2 Alfabetizadora e o sonho de ser bailarina.....	25
1.3 Os horizontes da educação	27
1.4 Casamento, filhos e a educação para zelar	28
1.5 Mais mudanças da vida. As adaptações e reflexões.....	29
1.6 Experiência baseada no princípio político-pedagógico de Paulo Freire.....	31
1.7 As dificuldades e as descobertas	33
1.8 Momento de Reflexão	34
1.9 Perspectivas e sonhos	35
1.10 Momento atual.....	36
CAPÍTULO II.....	40
EJA EM AMBIENTE HOSPITALAR – DESAFIOS DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS	40
2.1 EJA: Breve histórico e bases legais.....	40
2.2 Educação como promoção à saúde.....	47
2.3 Educação Inclusiva: princípios e bases legais	52
2.4 Pedagogia Hospitalar: uma realidade a ser expandida	59
2.5 A humanização da atenção à saúde	66
2.6 Formação do Pedagogo	73
2.7 Pedagogia Hospitalar no possível Ambiente virtual de aprendizagem	80
2.8 Atendimento hospitalar voluntário de alfabetização de adultos – assistencialismo ou compromisso?.....	86
CAPÍTULO III	91
DESAFIOS DOS REFERENCIAIS METODOLÓGICOS	91
3.1 Pesquisa qualitativa – um estudo exploratório baseado na “escuta sensível”	91
3.2 Universo de pesquisa.....	96
3.3 Instrumentos da coleta de dados	97
3.4 Procedimentos da coleta de dados	98
3.5 Análise dos dados	98
CAPÍTULO IV	99

ESTUDO DE CASO EXPLORATÓRIO NO SETOR DE HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO DF	99
4.1 Análise e Discussão dos Resultados	99
4.2 Análise dos dados	100
4.3 Apresentação e discussão dos resultados	128
4.3.1 Setor de Hemodiálise.....	128
4.3.2 Sujeito com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise	137
4.3.3 Equipe multiprofissional do hospital.....	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS	157
REFERÊNCIAS	158
Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	171
Apêndice B – Questionário dos profissionais da saúde.....	172
Apêndice C – Questionário do sujeito hospitalizado	174
Apêndice D – Questionário de Validação	175
Apêndice E – Transcrição das entrevistas – Equipe multidisciplinar do hospital pesquisado	180
Apêndice F – Transcrição da entrevista do sujeito hospitalizado com doença renal crônica	238

APRESENTAÇÃO

A finalidade deste trabalho parte do direito constitucional de todos à educação e à saúde, e sobretudo busca aliar estes na promoção da qualidade de vida à sociedade e da humanização da assistência hospitalar. Assim, se entendemos e valorizamos o fato de que políticas públicas de humanização da atenção à saúde vêm sendo consolidadas nos últimos anos, devemos considerar que, para melhor atingir seus objetivos há a necessidade de incluírem-se outros profissionais além do corpo médico no meio hospitalar.

É a partir destes princípios que se pode vislumbrar a Pedagogia Hospitalar como alternativa para o atendimento integral, promovendo o acompanhamento educacional durante o período de hospitalização, inclusive, aos sujeitos jovens acima de 14 anos, adultos e idosos.

Ao abordar tal problemática, este estudo revela o objetivo de pesquisar o processo de adesão ao atendimento de jovens, adultos e idosos, inclusos na modalidade de ensino de Educação de Jovens e Adultos (EJA), no atendimento pedagógico hospitalar. Tal iniciativa é justificada pela necessidade de aprimoramento e expansão destes ambientes de ensino, com vistas a atender o direito de acompanhamento pedagógico a todos que dele anseiam. Também se investigou em que medida o atendimento à EJA em ambiente hospitalar pode propiciar uma educação com perspectivas para a aprendizagem e à promoção da saúde. Considerando que o desafio da legislação de incluir o sujeito que apresenta necessidades educacionais especiais não deve ser visto apenas como uma mudança de paradigma, pois a inclusão exige bem mais e requer a ampliação e aprofundamento da discussão.

Os objetivos desta pesquisa buscam não apenas compreender a contribuição da educação, ao operar com processos de conhecimento afetivos e cognitivos, no resgate da saúde do sujeito hospitalizado, como também delinear o espaço de atuação do Pedagogo nesse novo contexto.

Ao propor à realização desta pesquisa, procuro dar prosseguimento às reflexões que desenvolvi durante a realização da disciplina Pedagogia Hospitalar, cuja preocupação central foi investigar a legitimidade do atendimento pedagógico à EJA em hospitais. Esta investigação faz alusão à prática pedagógica já realizada com criança em hospitais com base no documento mais recente, publicado pelo Ministério da Educação, *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações*. (BRASIL, 2002)

Entretanto faz-se necessário ressaltar que o atendimento à EJA não parte do mesmo princípio curricular preconizado por este dispositivo legal, por se tratar de outra faixa etária, com especificações e singularidades específicas, que requer um enfoque diferenciado em relação à proposta pedagógica para a criança hospitalizada.

A EJA, que foi há muito tempo relegada a um plano secundário, vem sendo retirada desse espaço marginalizado para ser inserida como um importante objeto de estudo e de atuação, tanto pelos seus sujeitos, educandos e educadores, quanto pelas estratégias de desenvolvimento pedagógico. Diante da necessidade social da adoção de políticas educacionais voltadas à inclusão de todos, independentemente das suas especificidades e demandas, e que não tenham sido atendidas pelos processos educacionais vigentes faz-se necessária a mudança e combate a essa realidade.

As preocupações que estiveram na origem deste projeto surgiram a partir de constatação da inexistência de atendimento pedagógico aos adultos hospitalizados que realizam hemodiálise em uma instituição hospitalar pública de Brasília. Foi pensando nas pessoas acometidas por doença crônica que realizam acompanhamento ou tratamento de saúde em hospital que proponho esta análise com vistas à investigação e ao acompanhamento pedagógico educacional no ambiente hospitalar.

Para melhor situar a abordagem metodológica do presente trabalho, apresento suas características, começando pelo problema que instiga a investigação: Quais as possibilidades e os limites da pedagogia em realizar uma educação para a saúde com jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, trabalhadores, alfabetizados ou não, em ambiente hospitalar?

Sob tal perspectiva, a metodologia utilizada nesta investigação é a do tipo qualitativa. Com a utilização de técnicas como a observação na busca pela compreensão das relações de aprendizagem no âmbito hospitalar, entrevistas abertas, depoimentos, histórias de vidas, estudo de documentos e textos impressos e eletrônicos, histórico da instituição, diário de bordo, análise de conteúdo e técnicas bibliográficas.

Buscou-se, por meio da aplicação de questionários, dados que permitissem identificar a necessidade de uma prática pedagógica às pessoas hospitalizadas que passam muito tempo de suas vidas realizando tratamento médico, como também analisar a concepção aludida pela equipe de saúde em relação a essa nova proposta de atendimento pedagógico no ambiente hospitalar.

Portanto o presente trabalho representa a culminância de um percurso realizado em busca de um aperfeiçoamento consistente e comprometido com uma aprendizagem significativa e surge como um estudo para melhor compreender a necessidade da prática pedagógica no contexto hospitalar, abordando mais especificamente as pessoas com doença renal crônica e a equipe multiprofissional do hospital público investigado.

Este trabalho se compõe por quatro capítulos. Na apresentação da pesquisa são contempladas a identificação do trabalho e a opção pelo tema proposto. A introdução sinaliza os pressupostos legais com indícios do referencial teórico, propondo estímulos mais humanizadores e inclusivos junto às pessoas hospitalizadas, no qual o pedagogo reforça seus princípios sintonizados com a pedagogia freireana. Nesta parte se expõe os objetivos do estudo realizado.

No primeiro capítulo encontra-se a memória educativa, com apresentação da minha trajetória acadêmica, com conquistas e perdas até o encontro com a Pedagogia Hospitalar.

O segundo capítulo apresenta a resenha da literatura e os desafios dos referenciais teóricos relativos ao histórico e bases legais da EJA; a educação como promoção à saúde; a Educação Inclusiva; as bases legais da Pedagogia Hospitalar; a identificação ao movimento de humanização da atenção à saúde; contemplando a formação do Pedagogo e as possibilidades do ambiente virtual de aprendizagem no ambiente hospitalar. Finalizando com uma apreciação aos exemplos encontrados de atendimento hospitalar voluntário de alfabetização aos hemofílicos no Brasil.

O terceiro capítulo contempla um estudo de caso exploratório no setor de hemodiálise de um hospital público. Verificam-se nesse contexto os desafios dos referenciais teóricos e a metodologia utilizada na pesquisa, dessa forma optou-se por dois questionários que foram aplicados à equipe de profissionais do hospital público pesquisado e aos sujeitos que realizam hemodiálise no mesmo hospital, com os quais se realiza um diálogo constante em busca da melhoria desse trabalho.

No quarto capítulo são apresentados os resultados das análises dos dados, obtido pelos questionários aplicados, tanto na forma de descrição quanto de interpretação dos mesmos à luz da literatura estudada. Assim como as conclusões suscitadas por todas as etapas desta investigação, que é produto de uma prática, fruto de discussões com grandes teóricos e autores, e da contribuição dos sujeitos participantes desta pesquisa.

As considerações finais confirmam as reflexões acerca da construção do conhecimento no contexto hospitalar, e a necessidade de uma prática a ser construída com pedagogos, equipe médica e sujeitos hospitalizados, tendo como referência as conclusões do estudo realizado.

As perspectivas profissionais são ancoradas ao final e abordam alguns elementos considerados neste estudo, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma prática efetiva ao atendimento pedagógico à EJA no ambiente hospitalar.

INTRODUÇÃO

A sociedade perpassa por transformações constantes, suas demandas sugerem políticas e ações governamentais que concretizem soluções para problemas emergentes. Especificamente nas áreas de Educação e Saúde, a história revela antigas preocupações. Diante do contexto atual da educação brasileira fazem-se necessárias modificações que promovam sua qualidade e acesso a todos os cidadãos. Diante da complexidade dos sistemas de ensino em face de sua organização e atendimento às diferenças, emerge a necessidade de discutir ações políticas organizacionais para se instituir ambientes educacionais diferenciados, levando o debate para além da escola comum. As instituições hospitalares, com vistas à melhoria da própria qualidade de vida da população, também se encontram nessa busca de modelos que favoreçam a qualidade na prestação de assistência. Nessa perspectiva é essencial promover ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes hospitalares, para que possam realizar iniciativas de inclusão de adultos ao atendimento pedagógico hospitalar. Esse tipo de atendimento classificado como Pedagogia Hospitalar deve acolher sujeitos hospitalizados que não podem permanecer excluídos em virtude de sua idade ou nível de escolaridade.

Sabemos que excepcionalmente a prática coletiva, democrática, desafiadora e de comprometimento com as classes populares na luta pelo seu processo de inclusão social resultará efetivamente em práticas pedagógicas significativas, que atendam às necessidades sociais e educacionais de jovens, adultos e idosos no contexto social e econômico atual.

Considerando que a Educação de Jovens e Adultos (EJA) foi historicamente renegada pelas ações governamentais, por da falta de vontade política e pelo caráter evasivo da legislação, podemos observar que há uma crescente mobilização para assegurar a educação, em todas as suas dimensões e espaços, como um processo social formador do ser humano. Mas, apesar de termos um conjunto de leis e de declarações nacionais e internacionais que colocam a educação e a saúde como foco prioritário da promoção à vida, esses direitos ainda não são plenamente alcançáveis à realidade das classes populares. Um fato que Foucault (2006) ressalta como um outro princípio de exclusão: o isolamento.

Para a presente discussão, o aspecto específico que se destaca nessa ampla questão é como a situação de exclusão contribui para delinear a especificidade e a necessidade do atendimento pedagógico hospitalar a jovens, adultos e idosos como sujeitos de aprendizagem. Torna-se importante um aprofundamento a respeito da viabilidade de propor a essas pessoas programas de

educação em ambiente hospitalar, já que, quando se fala dessa modalidade de ensino EJA, o título abrangente não evita que a referência principal seja o acesso à Educação Básica, geralmente para educandos das classes de alfabetização e das séries iniciais do ensino fundamental.

Refletir sobre a escola brasileira do ponto de vista da EJA, como um processo social formador de todas as dimensões do ser humano, evidencia afirmar a educação, em todas as suas dimensões e espaços. É fundamental manter o compromisso por transformações político-sociais na sociedade brasileira, para que se possa vivenciar uma concepção de educação pautada nas atividades de alfabetização de Paulo Freire. Em Freire (1996), a pessoa, por ter uma natureza de curiosidade sobre o mundo e estar sempre querendo saber mais, torna-se um ser inconcluso, portanto sujeito ao aprendizado em toda sua vida.

Nesse aspecto as práticas alfabetizadoras desenvolvidas em ambiente hospitalar apresentam um caráter inovador, pois visam contemplar regularmente a população excluída do atendimento escolar tanto por instituições da rede regular de ensino como por entidades de movimentos populares. A Educação Inclusiva entra nesta empreitada com o objetivo de investigar o processo educacional e pedagógico de inclusão escolar do educando com necessidades especiais, buscando propor ações educativas que favoreçam a educação para a diversidade e a inclusão social nesse novo campo da educação: o ambiente hospitalar.

O tema se reveste de uma importância crucial nos dias atuais a partir da constatação de que sua análise se volta para as populações já, sistematicamente, excluídas, sócio-economicamente, do acesso a bens culturais e de saúde. O hospital como espaço educativo não tem a ver apenas com a aprendizagem de conceitos, mas com a promoção da cidadania, um ambiente para reflexão sobre práticas sociais, valores e crenças.

Nesse sentido, o presente estudo pretende contribuir para o campo da pesquisa com a análise, partindo da concepção dos sujeitos hospitalizados e profissionais da equipe hospitalar de um hospital público de Brasília sobre o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar, com o propósito de viabilizar o processo de inclusão de alunos da EJA, sinalizando para uma nova perspectiva de educação. Uma iniciativa que possa auxiliar na construção de resposta educativa significativa a esse público, com a finalidade principal de assegurar o direito à educação básica aos jovens, adultos e idosos durante o período sob tratamento de saúde em instituição hospitalar.

O direito a um trabalho pedagógico de boa qualidade em hospital nasce aliado ao movimento de humanização, com o objetivo de realizar um atendimento mais igualitário e menos excludente em hospitais, capaz de enxergar o paciente como sujeito integral (FONTES, 2004).

Buscando adequar-se ao que prevê a legislação em vigor o Ministério da Educação - MEC, através da Secretaria de Educação Especial, procedeu à revisão em sua documentação no que tange às estratégias e orientações para o trabalho pedagógico com as pessoas com necessidades especiais (FONSECA, 2003). A partir dessa revisão, a área de atendimento pedagógico hospitalar e o atendimento domiciliar passaram a dispor de um documento que regulamenta essas modalidades de atendimento que se denomina: Classe Hospitalar e Atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações. O trabalho realizado pela Classe Hospitalar está de acordo com a Resolução n.º 2 do Conselho Nacional de Educação, de 11 de fevereiro de 2001, que em seu Art. 13 determina:

os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio (BRASIL, 2002).

Segundo Fontes (2005a), “esse documento visa estruturar e promover a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares de forma a assegurar o acesso à educação básica e à atenção às necessidades educacionais especiais às crianças hospitalizadas”. Nesse caso a Pedagogia Hospitalar, sob a nomenclatura de Classe Hospitalar, está contemplada no Referencial de Educação Especial (2001), como um direito da criança.

De acordo com esse documento, a educação tem eficácia para reconstituir a integralidade e a humanização nas práticas de atenção à saúde, entabulando uma educação do olhar e da escuta que seja mais significativa à afirmação da vida. Portanto o direito a ter um acompanhamento pedagógico em hospital já é reconhecido, mas falta ser reconhecido pela prática e ampliado a todos os cidadãos hospitalizados deste país. Nesta perspectiva os enfrentamentos dos problemas entre as áreas da Saúde e da Educação relacionados à hospitalização exigem maior atenção e estudo; neste sentido, Ceccim (2000, p.32) esclarece que uma atenção integral em saúde “é entendida como a articulação/integração/simultaneidade das ações e dos serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.”

A inclusão no atendimento pedagógico em ambiente hospitalar à Educação de Jovens e Adultos acende o questionamento nas formas tradicionais de tratamento e recuperação do sujeito hospitalizado, pois busca na educação uma pedagogia transformadora, no sentido de contribuir para o processo de promoção da saúde, percorrendo um caminho não apenas biológico, mas permeado por questões políticas, econômicas e sociais.

Há ainda que se considerar que a educação vislumbrada no espaço hospitalar para jovens e adultos precisa propiciar ao sujeito ressignificar o contexto hospitalar e a doença, uma vez que a Pedagogia permita ampliar a possibilidade de reflexão desses educandos em relação à interação com o mundo, desenvolvendo a capacidade de participação social, no exercício da cidadania.

Esse enfoque de possibilidades educativas aponta, ainda, mais um recurso contributivo à cura, favorecendo segundo Matos e Muggiati (2008, p. 30) “a associação do resgate, de forma multi/inter/transdisciplinar, da condição inata do organismo, de saúde e bem estar, ao resgate da humanização e cidadania.”

Nessa perspectiva, Barbier (2007, p. 141) nos apresenta a escuta sensível como método de investigação científica a ser perseguido neste tipo de estudo, torna-se fundamental lembrar que “o homem permanecerá, para sempre, dividido entre o silêncio e a palavra”, onde apenas a sensibilidade na percepção ao outro pode revelar aquilo que ficou velado.

Para materializar esta perspectiva pedagógica são consideradas abordagens trazidas por vários autores, com subsídios necessários para a elaboração de uma prática impregnada de sentido. Uma prática educativa que exige sensibilidade e intuição como elementos essenciais para perceber atitudes, verbalizadas ou não, presentes no cotidiano do sujeito hospitalizado. Uma metodologia que vise propiciar ações pedagógicas implicadas com a valorização da vida.

Nesta linha de entendimento, interessa uma investigação que busca compreender o papel da educação na saúde de adultos hospitalizados, bem como a ação principal de observação participante, cujas informações coletadas tenham um tratamento qualitativo à luz da compreensão do pesquisador, envolvendo ainda, a dimensão sócio-histórica na qual pesquisador e sujeitos da pesquisa encontram-se dialeticamente inseridos. Dessa forma:

o pesquisador desempenha, então, seu papel profissional numa dialética que articula constantemente a implicação e o distanciamento, a afetividade e a racionalidade, o simbólico e o imaginário, a mediação e o desafio, a autoformação e a heteroformação, a ciência e arte (BARBIER, 2007, p. 18).

A esse respeito, Galvani (2000) busca articular a perspectiva de transdisciplinaridade e contempla o eixo da ação educativa para desenvolver uma abordagem interior da educação: a autoformação. Uma abordagem transdisciplinar que culmina com a autoformação num processo antropológico de tomada de consciência que resulta numa dialética sobre si mesma e sobre suas interações com o meio ambiente físico e social. Este processo de conhecer e se reconhecer como um elemento com potencial de mudança, sinaliza a capacidade do ser humano de enfrentar seus problemas cotidianos e de criar possíveis estratégias para superá-los, mas sem desprezar o cuidado ao outro numa dimensão cósmica – parte de um todo bem maior.

Diante disso, pensar no processo da hospitalização humana sugere estabelecer uma inter-relação entre as diferentes áreas do conhecimento, que conduzem à formação de profissionais com postura interdisciplinar. Esta iniciativa parte do pressuposto de que a ação educativa em ambiente hospitalar representa um adicional de possibilidades, no sentido de abrir novas perspectivas a favor do restabelecimento da saúde das pessoas hospitalizadas – compreendidas como sujeitos em estado permanente de aprendizado, no desenvolvimento de potencialidades e capacidades, em comunicação com a vida saudável que inclui aprender com o estado da doença.

Considerando que de acordo com Dethlefsen e Dahlke (2001, p.14) “a doença significa a perda relativa da harmonia, ou o questionamento de uma ordem até então equilibrada.” Isso significa abordar a doença/saúde de um novo ponto de vista, isto é, o evento da doença a partir da consciência do ser humano. Ou seja:

[...] a doença é um estado do ser humano que indica, que, na sua consciência, ela não está mais *em ordem, ou seja*, sua consciência registra que *não há harmonia*. Essa perda de equilíbrio interior se manifesta no corpo com um sintoma. Sendo assim, o sintoma é um sinal e um transmissor de informação, pois, com seu aparecimento, ele interrompe o fluxo da nossa vida e nos obriga a prestar-lhe atenção (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p. 17).

Nessa perspectiva não basta combater a doença para se obter saúde, é necessário aprender a utilizar uma visão polarizada, reconhecendo a totalidade da vida. É importante porém instaurar o processo de escuta dos próprios sintomas da doença para poder se orientar ao caminho da cura. Para os autores Dethlefsen e Dahlke (2001, p.17) os sintomas querem revelar algo,

na medida em que nos disserem o que de fato nos falta, na medida em que nos conscientizarem de assuntos que ainda temos de integrar em nós mesmos, eles nos darão – por meio de processos de aprendizagem e conscientização – a oportunidade de os transformar em algo de que não necessitamos mais.

As circunstâncias, portanto, pedem um outro enfoque, estabelecido em torno da noção de doença, a fim de que se comece a dar maior prioridade à saúde. Essa atenção ajudará os sujeitos a se tornarem mais participativos, ativos e envolvidos. Dessa forma, Ceccim e Carvalho (1997) consideram o aspecto cognitivo na capacidade das ações a serem praticadas no ambiente hospitalar. Os autores nos chamam atenção para um olhar atento que orienta as ações naquele espaço, havendo a necessidade de lançar uma “escuta pedagógica” quando se fala numa atenção integral à criança.

Uma expectativa que também pode ser constitutiva para o atendimento ao adulto hospitalizado, pois contempla a dimensão cognitiva para a compreensão do humano. Como ressalta Fontes (2003, p. 123):

a escuta pedagógica diferencia-se das demais escutas realizadas pelo serviço social ou pela psicologia do hospital, ao trazer a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, as informações médicas ou aquela doença, de forma lúdica e, ao mesmo tempo, didática. Na realidade, não é uma escuta sem eco. É uma escuta da qual brota diálogo, que é a base de toda educação.

Nesse contexto o diálogo a ser estabelecido é aquele que garante a identidade dos sujeitos nele engajados, portanto como entende Freire (1996, p. 127) “somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele.” O autor considera o ser humano um ser da *práxis*, ou seja, um ser da ação e da reflexão. Como tal, uma vez inserido no mundo, sua humanidade se realiza nas relações que estabelece e na reflexão que produz sobre si e sobre o mundo.

Portanto, sem dúvida estes pressupostos são qualitativamente significativos para chamar atenção para a necessidade de aprofundamento desta investigação. Especialmente no que refere aos procedimentos e orientações didático-pedagógicas para Pedagogos que visam o ambiente hospitalar, apontando para a necessidade de conscientização da sociedade em relação à importância desse atendimento às pessoas hospitalizadas.

CAPÍTULO I

MEMÓRIAS DA FORMAÇÃO EDUCATIVA

1.1 A experiência de vida como meio para aprimorar a educação

Para apreender a procedência e a direção que assumiu o trabalho apresentado nesta monografia faz-se necessário ressaltar alguns momentos da minha vida pessoal e acadêmica. Relembrar o passado através de reflexão das nossas experiências pessoais exige assumir uma atitude crítica que implica humildade e coragem. Humildade no sentido de reconhecer as nossas limitações e coragem para nos exigir mudanças para as quais muitas vezes não estamos preparados.

É preciso, portanto, para efetivamente escrever a nossa história, lançar um olhar novo à própria realidade. Uma tarefa difícil! Eu diria que, antes mesmo de ser escrita, é necessário uma reavaliação do nosso modo de pensar e agir em relação ao passado não muito distante em nossa vida. Tentar encontrar o sentido original dessa história às vezes perdida ou esquecida em meio à complexidade que a condição de viver nos impõe.

Trata-se, portanto, de buscar algo na sua origem, encontrar um novo sentido para questões provocadoras que nos desafiam; situações extremas. É nessa medida que imagino que se possa escrever uma história de vida próxima da originalidade, falar daquilo que é provocador, estimulador, para ir adiante e idealizar de forma diferente a própria perspectivas de vida atual.

Uma história pode trazer respostas e perguntas. Estas últimas certamente provocarão rupturas e ao mesmo tempo permitirão uma atitude crítica. Nesse sentido, Buarque citado por Bursztyn (1998, p. 135) nos leva a refletir:

Cada pessoa é a soma das respostas que deu ao longo da sua vida às perguntas que lhe foram formuladas. O sucesso depende dos acertos nas respostas. Mas os homens que mudam o próprio destino são aqueles que não se limitam a acertar respostas, mas também criam as próprias perguntas certas para o momento.

Pensando assim, é que me proponho, então, reescrever as perguntas e os momentos que construíram a minha história. Quem sabe, a descrição de um contexto permeado por respostas confusas, incertas... Insanas! Mas única, original e real.

Contudo estou certa de que não inscrevo esta história sozinha, com Holanda (1995, p. 9) posso me reiterar de que:

A certa altura da vida, vai ficando possível dar balanço no passado sem cair em autocomplacência, pois o nosso testemunho se torna registro da experiência de muitos, de todos que, pertencendo ao que se denomina uma geração, julgam-se a princípio diferentes uns dos outros e vão, aos poucos, ficando tão iguais, que acabam desaparecendo como indivíduos para se dissolverem nas características gerais da sua época. Então, registrar o passado não é falar de si; é falar dos que participaram de uma certa ordem de interesses e de visão do mundo, no momento particular do tempo que deseja evocar.

1.2 Alfabetizadora e o sonho de ser bailarina

Formei-me professora, em 1994, na cidade de Vitória – ES. Exercer o Magistério com paixão teve seus antecedentes ainda na minha infância. Afirmar que nasci para a carreira de magistério é ser muito positivista, a ponto de não perceber o ser humano como uma novidade. Quem era eu quando criança? Alguém que percebia o mundo com suas vicissitudes e limitações. Mas acima de tudo, um ser que interagira com as pessoas – o outro já representava o eixo representativo dos meus ideais. Eu, minha mãe, meu irmão, meu pai, uma família desestruturada e cheia de conflitos. Minha frágil saúde refletia as dificuldades que nos afligiam; era impossível para uma criança deixar de sofrer as conseqüências de uma realidade tão dura, e foi nessas circunstâncias que eu despertei para um verdadeiro desejo de transformar as coisas. Não me conformava mais com o sofrimento das pessoas ao meu redor, e isso foi se estendendo ao contexto social, lembro-me de momentos em que questionava a razão de tanta tristeza no mundo: fome, guerra e ódio entre os homens.

Sozinha eu não conseguiria saber minha vocação para determinada profissão. Mas havia um desejo incontido de dançar, colocar nas pontas dos pés a esperança de um mundo leve como os gestos de uma bailarina e suave como uma música clássica.

O tempo passou e a vida, no entanto, não foi generosa no sentido de oferecer oportunidades para realizar o meu sonho de infância. Contudo foi a própria vida sem expectativas que me revelou a possibilidade de poder transformar a vida de outros. A história e as condições daqueles momentos foram a favor quando pôs em meu caminho a chance de poder conhecer

melhor a realidade de jovens e adultos que precisavam de mudança. Pode parecer estranho, mas não escolhi a Pedagogia, parece que fui escolhida!

Ainda com nove anos de idade fui levada por uma prima para ajudá-la numa classe de alfabetização de adultos, o antigo Mobral – Movimento Brasileiro de Alfabetização – que se espalhou por todo país e funcionou até 1985 quando foi transformado em Fundação Educar.

Bom, nesse tempo eu ainda não sabia de tudo isso. Mas algo de novo, inusitado e fascinante aconteceu; aquela preocupação com o outro que já tinha se tornado uma convicção, agora parecia ter encontrado uma forma para se converter em possível contribuição, uma curta experiência que abriu caminhos e norteou o curso da minha história.

Estudei por alguns anos em colégios particulares. Frequentei o Colégio Marista de Goiânia até a quinta série do ensino fundamental. Mas não pude suportar ver o sacrifício da minha mãe para pagar por uma escola destinada à elite. Uma situação que decidi por fim, mesmo tendo profunda consciência do que era o melhor para mim.

Resolvi que queria sair do Marista e estudar em uma escola pública. Não foi fácil convencer minha mãe, uma mulher semi-alfabetizada e sofrida que lutava sozinha, incessantemente, para criar seus dois filhos. Mas as condições financeiras estavam cada vez mais complicadas. Depois do Colégio Marista, estudei mais dois anos no Colégio Objetivo e finalmente ingressei em uma escola pública. Foi quando pude perceber a realidade de forma mais profunda, as diferenças tornaram-se mais objetivas ao meu olhar. Consegui concluir o ensino fundamental e estava disposta a cursar o Magistério; sentia a necessidade de tentar superar de alguma forma a realidade.

A vida que levava era de muitas dificuldades, mas esses anos que passei em escolas particulares, passando por todo tipo de humilhação, discriminação e indiferença me tornaram inconformada. Na verdade não conseguia aceitar as circunstâncias impostas pelo sistema de educação liberal – o fracasso no sentido individual. Mesmo tendo boa educação, a chance para chegar ao poder não dependia só de mim. Era óbvio que me restaria a profissionalização como mão de obra barata para servir a elite.

Iniciei o magistério, mas como já trabalhava de secretária não encontrava forças para realizar o curso no período noturno. Parei temporariamente de estudar e fiquei dando aulas particulares nas horas de folga, uma atividade que já exercia desde os onze anos, alfabetizando meus primos e dando aulas de reforço aos filhos de vizinhos. Já não me restavam sonhos, as

coisas do mundo não tinham graça, mas eu conseguia ver a beleza que o ser humano representava. Acreditava que de alguma forma faria a diferença nesse mundo.

Quando parecia que o meu destino era seguir um rumo incerto, fui convidada a morar em Brasília por familiares.

1.3 Os horizontes da educação

O óbvio se expressou com simplicidade. A condição pré-estabelecida no meu desenvolvimento condicionou as minhas escolhas. Logo que cheguei em Brasília, recebi uma proposta de emprego numa escola particular. Não pude recusar, morando de favor, não pretendia ser uma despesa a mais. Trabalhava nove horas por dia numa creche, como auxiliar de professora em uma turma de maternal, e à noite fazia o supletivo do segundo grau – hoje chamado EJA – no Colégio JK. Parecia que minha vida estava tomando o sentido determinado, impresso pela lógica arbitrária do mundo. O sonho de ser bailarina desvaneceu-se na tênue lembrança que restava. Mas, por incrível que pareça, fiquei resignada e me sublimei ao novo, e entretanto já conhecido, ofício.

Paulatinamente fui desenvolvendo apreço pelo exercício da educação. Comecei a tecer outras perspectivas a respeito de minha vida. Fui me revelando uma professora. Os planos começaram a desabrochar. Queria mais... planejava concluir o magistério após terminar o supletivo, hoje denominado EJA. A educação começou a ter outro significado. Surge uma paixão em lecionar que antes só havia se pronunciado timidamente na minha infância, quando compartilhei da experiência com alfabetização de adultos.

Foi um período em que ajustei meus interesses financeiros e pessoais trabalhando na educação infantil. O carinho e afeto dispensados às crianças nada mais eram do que uma extensão do processo de educar. Então consumou-se a escolha pela educação.

Porém o destino resolvera apresentar mais uma vez uma novidade. Conheci o homem com quem me casaria um ano depois.

Novamente não foi minha escolha, fui escolhida! Na verdade aceitei mais essa faceta do destino. Eu queria ter meu próprio lar, minha família, e tudo caminhou a esse favor. Em pouco tempo descobri que o amor já falava mais alto e precisei abrir mão de tudo.

Parei de trabalhar e estudar assim que me casei. Fomos morar em outro estado, onde começou outra fase da minha vida, um período de adaptação muito complicado e cheio de responsabilidades.

1.4 Casamento, filhos e a educação para zelar

Estava motivada a continuar os estudos, a lecionar e aprimorar-me na arte da educação. Outros acontecimentos também vieram se juntar nesse maravilhoso processo de autoconhecimento. Aos vinte anos de idade tive a minha primeira filha. No período de gestação consegui concluir o nível médio, e concluí o curso de Magistério três anos depois, durante a gravidez da segunda filha. Nesse período, em virtude do trabalho do meu marido, fomos morar em quatro estados diferentes. Moramos em Santa Tereza-ES, Goiânia-GO, Vitória-ES e Guaratinguetá-SP, antes de voltarmos para Brasília em 1996.

Uma fase de nossas vidas que cooperou significativamente para o meu aperfeiçoamento como ser humano, amiga, esposa e mãe. Na minha experiência individual, um dos momentos mais expressivos tem sido a relação entre eu e minhas filhas. Sou uma educadora constante no meu lar e a educação que procuro consolidar nesse espaço tem sido dialética. Construímos uma educação na qual aprendo ensinando.

Percebi que a maternidade tem um sentido incondicional, o ato de amar o outro, reconhecendo-o como uma novidade, caminhando juntos na tentativa de contribuir na construção de um mundo melhor e de humanidade mais fraterna. Mas que humanidade poderia vislumbrar se eu não me colocasse à disposição daqueles que querem descobrir caminhos?

Como educadora, preciso ser capaz de crescer, aprender, celebrar, viver e conviver com minhas filhas e com todas as outras crianças que buscam construir o seu mundo, um espaço de liberdade, de solidariedade e de respeito. Esta tarefa está relacionada com a grande necessidade que surge de repensar posturas pedagógicas presente nos trabalhos educativos na infância. Assim, buscar analisar em que medida a pedagogia da conscientização de Paulo Freire pode ser capaz de contribuir com a consolidação de uma pedagogia para a educação da infância, onde as crianças poderão ser assumidas como sujeitos críticos e criativos.

Pensando nessa responsabilidade, passei a cuidar da educação das minhas filhas considerando-as como membro da sociedade e ao mesmo tempo procurando mostrar-lhes a

realidade além daquela vivenciada em nosso cotidiano. Alfabetizei as duas em pouco tempo e simultaneamente realizei essa tarefa como professora em escolas de educação infantil em Brasília. Foi uma experiência maravilhosa. Em Freire (2001, p. 140), foi possível vislumbrar a probabilidade de uma escola que (ela mesma) seria objeto de reflexão das crianças e objeto de reflexão dos pais, ao mesmo tempo em que procurava “estimular nas crianças uma forma crítica de pensar.” Que pudesse ter “uma educação aberta, democrática, que estimulasse nas crianças o gosto da pergunta, a paixão do saber, da curiosidade, a alegria de criar e o prazer do risco, sem o qual não há criação.” (FREIRE, 2001, p. 141).

No âmbito desta discussão, e conforme entendemos, as contribuições de Paulo Freire sobre a importância e o papel do diálogo nos processos educativos, sobretudo o escolar, tornaram-se preponderantes uma vez que fornecem importantes subsídios capazes de justificar a importância da educação libertadora na construção da humanidade do ser humano.

De Paulo Freire podemos depreender que a educação não pode abrir mão da utopia. Ele acredita que ela deve ressaltar da esperança a sua capacidade de ser necessidade ontológica e requerer da utopia a possibilidade de tornar-se *concretude* histórica. Por isso não acredita na educação que humaniza, distante da utopia. E, radicalizando, chega mesmo a assegurar que somente na educação libertadora, há espaço para a utopia: é denunciando uma realidade vivida que se é possível projectar uma outra realidade desejável (DE ANGELO, 2006 , p. 1).

Conservo o pensamento de que os filhos não são propriedade exclusiva dos pais, e que é nossa responsabilidade propiciar à criança um aprendizado que se reflita na construção de uma sociedade mais democrática. Foi nesse aspecto que pude exercer o desejo de querer transformar a realidade, por meio da educação, com minhas próprias filhas.

1.5 Mais mudanças da vida. As adaptações e reflexões...

Estava me sentindo realizada como mãe e professora. Agora com emprego em duas escolas, pela manhã em escola pública (contrato temporário) e à tarde na particular (NDA Júnior). Algum tempo depois precisei mudar novamente, mas fui convidada para ser coordenadora em uma escola particular próxima a minha nova residência em Santa Maria DF.

Aquelas crianças às quais estava educando, não por obrigação ou para satisfazer certas teorias pedagógicas, estavam sob os meus cuidados. Constituir uma família e zelar por ela é algo

fascinante. E ser educadora proporciona incontestável certeza de ser abençoada. Percebi quanto sou agraciada por Deus.

A Escola Recreação e Jardim de Infância Baby não apresentava opções muito vantajosas se comparada a outras escolas em que eu já tinha trabalhado. Havia pouco espaço físico e também escassez de recurso didático, mas muita criatividade por nós professores. Idealizamos e construímos algumas estratégias indispensáveis para desenvolver o imaginário infantil. Entretanto, a aquisição de conhecimentos da área pedagógica dava indicações de saturação. Aos poucos constatei que precisávamos de mais conhecimentos. O que almejava era transcender ao que estava estabelecido; tornar mais significativa a educação infantil. Enquanto coordenadora sempre respeitei as diversas metodologias em que os professores se apoiavam e desenvolviam sua proposta educativa, no entanto, sentia necessidade de melhorar cada vez mais a qualidade de ensino daquelas crianças. Surge novamente uma forte preocupação em estudar, pois tinha convicção de que algo inédito estava para acontecer em minha vida.

Ora, eu já era educadora. Já cursara o Magistério. Já estava integrada ao ensino de crianças. E mais: tinha uma família para me dedicar. Por que prestar vestibular? Por quê? Quero enfatizar que quem realmente *educa* ama a liberdade, e busca o conhecimento para edificar esse ideal. O impulso de querer acolher o ideal de educação vem antes do diploma de educador. A profissão é educar, mas a capacidade abrange estados mais complexos.

Só havia uma resposta, precisava aprender. Não havia alternativa a não ser continuar trabalhando e estudando. Minhas filhas e meu marido incentivaram-me a prestar o vestibular na UNB. Um passo novo adiante – pensei! Precisei me preparar, fiz alguns cursinhos para alunos carentes em minha comunidade e depois de duas tentativas frustradas, Deus me abençoou no ano de 2005, e finalmente ingressei no tão desejado nível superior.

Alguns motivos, entretanto, se apresentaram diante de mim: cuidar de duas filhas pequeninas, administrar o lar, estar com o meu marido, dar assistência a minha mãe com problemas de saúde e ainda trabalhar. Não foi fácil tomar a decisão de abrir mão do trabalho como coordenadora na escola de educação infantil, mas continuei o trabalho que havia começado em 2004 com alfabetização de adultos.

Talvez tenha sido esse um dos principais motivos da minha procura por aperfeiçoamento profissional. O engajamento no Projeto Alfabetização Solidária levou-me a restabelecer o elo com a minha própria história. Havia me inscrito num processo de seleção na Universidade

Católica de Brasília para participar de um curso de alfabetização de adultos, promovido pela Universidade em parceria com uma ONG e com o governo do Distrito Federal. Quando fui classificada para realizar o curso e trabalhar como alfabetizadora de adultos na comunidade que moro, não podia imaginar que logo estaria mudando novamente meus caminhos.

1.6 Experiência baseada no princípio político-pedagógico de Paulo Freire

Vivemos em uma sociedade cunhada por interesses que forjam a divisão de classes. Assim não se pode simplesmente fechar os olhos para o fato: a existência de “oprimidos e opressores”. A *pedagogia do oprimido* de Paulo Freire (1980), seus sonhos e suas utopias expressam a libertação do homem, em comunhão, da condição de oprimido. Para que estes consigam ter o direito de saber e dizer a "sua palavra" com criticidade, restaurando suas subjetividades, humanidade e liberdade, até então reprimidas pela classe dominante hegemônica. (FREIRE, 1980, p. 20).

Meu primeiro passo em direção à pedagogia do oprimido foi através do diálogo na turma de alfabetização de adultos do Projeto Alfabetização Solidária, do qual fazia parte. O diálogo aconteceu na troca de experiências com a subjetividade de cada um e o processo de descoberta que pude compartilhar com todos. Fui contemplada com o conhecimento que cada aluno me propiciou. Assim a conscientização aconteceu por meio do diálogo em comunhão do oprimido com o oprimido sobre suas situações de vida e de existência. A conscientização significou passos concretos rumo à libertação. Uma libertação conquistada em conjunto, no coletivo, na comunidade, e como nos ensinou Freire “os homens se libertam em comunhão”, este é o encontro dos homens para sua real vocação de Ser Mais, pois todos somos seres inconclusos, em processo constante. (FREIRE, 1980, p. 52).

Daí a ação de repensar a necessidade de ser uma educadora problematizadora, que tentava auxiliar os educandos e educandas a serem críticos, ativos e que realizassem a práxis (reflexão e ação para a transformação). O diálogo esteve sempre voltado para a realidade e para o mundo do educando/a, para que os debates - o que Paulo Freire chama de “círculos de cultura” - pudessem ter sentido.

Na alfabetização que pude propiciar aos alunos, iniciamos os nossos encontros com um círculo de apresentações, no qual cada um fez um breve relato de suas vidas e por meio dele,

selecionamos uma "palavra geradora" e após essa seleção , problematizando o tema ou a palavra geradora de maneira pluridisciplinar - para auxiliar educandos e educandas reorganizarem novas palavras e idéias e uma nova visão de mundo. O tema surgia dos anseios de cada um por uma vida melhor e do que lhes motivara a sair da suas cidades de origem à procura de outras possibilidades em Brasília. No final dos depoimentos, houve um consenso de que todos sonhavam com melhores condições de vida. Na verdade, o que eles buscavam era a conquista dos seus direitos como cidadãos, daí surgiu o tema gerador: Cidadania.

Numa coragem que jamais imaginei existir dentro de mim procurei o caminho para a conscientização dos alunos de que a situação que eles relataram era em função dessa desigualdade social promovida por uma ideologia que nos faz pensar que somos os culpados por nosso fracasso e que nos torna conformados com a nossa realidade. Contudo, mais que a reflexão sobre o contexto social, baseei-me no amor e na fé nos homens e mulheres em processo e, também, na humildade. Essas atitudes auxiliaram estabelecer laços de confiança entre os sujeitos do diálogo e fomos envolvidos numa análise crítica sobre nossas histórias de vida, não apenas sob a ótica do que faltou fazer individualmente em nossas vidas, mas na capacidade que se adquire – juntos – para realizarmos aquilo que desejamos. Uma capacidade que se pronuncia em comunhão, na ação coletiva.

Entretanto não foi fácil instaurar esse processo dialógico. Ao se conscientizarem de sua condição de explorados, houve sentimento de medo da liberdade e não se acharam capazes de assumi-la. Pude perceber que a concepção “bancária” de educação encarrega-se de manter o ciclo de opressão entre essas pessoas. Na concepção pedagógica tradicional, o professor considera que o aluno ou a aluna deva estar ali para receber as suas lições e, depois, ao final de uma unidade de ensino devolvê-las em provas e testes exatamente como foram ensinadas, até mesmo nas vírgulas e pontos (FREIRE, 1980, p. 67). E era exatamente essa expectativa dos alunos.

Nessa visão distorcida da educação não existe saber, criatividade, transformação, sonhos e utopias. Privilegia-se a cultura do silêncio ao fazer com que as pessoas desde criança sejam proibidas de atuar em sua sociedade para realmente transformá-las. Assim a educação se torna uma prática de dominação, de conformidade com o que está posto, e não de liberdade.

Procurei fazer a minha parte no campo da educação, reivindicando nossos direitos de cidadania, reivindicando o direito de sonhar. Analisando o conteúdo contido nos sonhos e nas utopias, sempre bem-vindas da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, como educadores e

educadoras devemos ser agentes de mudanças. Aguçando em nossos educandos e educandas e na sociedade, como um todo, o senso crítico e a importância de nos unirmos para dizer nossas palavras (FREIRE, 1980).

A minha experiência durante esse tempo com alfabetização de adultos sob a ótica de Paulo Freire, merece toda exclusividade e profundidade que o tema requer. Mas posso sintetizar que não desejo mais parar, o sentimento típico de educador aflorou em mim definitivamente quando acalentei essa experiência de vida.

1.7 As dificuldades e as descobertas

Comecei este Memorial enfatizando a questão da educação e do autoconhecimento como coadjuvante na elaboração deste escrito. Estou lidando com a matéria instável das lembranças. Não se trata apenas de explicitar experiências de vida e profissional distintamente. Ambas já se fundem em meu dia a dia e em minhas reflexões. Minhas intenções estão fundamentadas em relatar e narrar uma história permeada pelas pessoas que participaram dessa minha caminhada, numa trajetória inscrita num modelo de sociedade que nos exige mais que a simples tarefa de viver.

Um bom momento para uma confissão: tive muita dificuldade no início do curso. As readaptações aos estudos implicaram uma radical dedicação aos livros e textos, concomitante à atenção redobrada nas aulas. Tudo muito óbvio para quem estuda. Mas para mim não era apenas estudar, numa universidade cujos méritos são reconhecidos no país. Precisei reconhecer meus limites. Afinal, passei dez anos sem estudar, e ao mesmo tempo precisava cuidar de meus alunos, de minhas duas filhas, de meu marido, da minha mãe e do meu lar. Dedicando-me também, ao estágio na Biblioteca Central como forma de custeio aos meus gastos com transporte, alimentação e vestuário. Eu chegava cansada na universidade. Não tinha muita disposição mental e pouca motivação para concentrar-me nas aulas.

Todavia, na Faculdade de Educação, as disciplinas de Filosofia, O Educando com Necessidades Educacionais Especiais, Sociologia, Antropologia, e outras, suscitaram algumas questões fundamentais. Tão fundamentais que eu não tinha respostas satisfatórias. Embora já me dedicasse à educação há muitos anos, e soubesse idealizar planos e objetivos para minhas aulas, isso tudo quase foi ofuscado por reconhecer meus limites! Isso mesmo. Minha metodologia

estava vulnerável. Era perfeitamente aplicável e de bom resultado, mas continha falhas. A partir dessa constatação, minha mente reacendeu para as aulas. E tudo o que leio, ouço e dialogo a respeito do que aprendo em sala de aula, soma-se à vontade de querer saber mais sobre educação. Os textos que reflito têm a particularidade de “dar um nó” em meus pensamentos. Mas são esclarecedores quando apresentados em seu contexto.

1.8 Momento de Reflexão

Os semestres da faculdade foram se desenrolando, estou me sentindo mais fortalecida, com a bagagem teórica que passa a amparar meu trabalho. Já não aceito passivamente os acontecimentos e tenho convicção do meu objetivo – aprender para compartilhar experiências transformadoras.

Minha atitude em querer saber mais a respeito da questão educacional, e todo meu empenho em procurar apreender os pilares teóricos, foram fundamentais para que eu continuasse a acreditar na beleza e na responsabilidade que representa o ato de educar.

Hoje quando olho para trás, lembro que havia atividades iguais para todos os alunos, tal lembrança me preocupa. Não me vejo mais trabalhando com a educação tradicional. Alguns quesitos como autonomia, felicidade, cooperação, inclusão, e liberdade, somando tudo isso, não tem preço.

Os obstáculos sempre existirão. Esboçar essas memórias tem sido uma introspecção de muito valor. A minha inspiração não tange somente a minha vida. Mas a vida transformada pela prática da educação.

Sei também que alunos e professores aprendem juntos e passam por transformações. Cada pessoa no seu devido tempo descobre o mundo e penso que ao educador cabe sempre a atitude de colocar o mundo no horizonte do educando. Esse relato ajusta-se ao que penso a respeito de minha profissão como educadora. Tenho amor pelo meu trabalho, e essa afeição estende-se às crianças, aos jovens, aos adultos e aos idosos, o que resulta, então, num método de aproximação e educação voltadas às mesmas.

Pude compreender ainda melhor que o desafio do educador é caminhar para um ensino e uma educação integral, voltada a todas as dimensões do ser humano. Sabendo das dificuldades no ensino em que predominam a fala excessiva e a falta do diálogo, o grande número de alunos por

sala, professores mal preparados e mal renumerados, como também a falta de motivação para o exercício do magistério.

Segundo Moran, Masetto e Behrens (2000, p. 176):

as mudanças na educação dependem, em primeiro lugar, de termos educadores maduros intelectual e emocionalmente, pessoas curiosas, entusiasmadas, abertas, que saibam motivar e dialogar. Pessoas com as quais valha a pena entrar em contato, porque desses contatos saímos enriquecidos.

É nesse sentido que eu me proponho a desenvolver minha prática, buscando continuamente um processo didático-pedagógico que estabeleça pontes entre a reflexão e a ação, interagindo com os outros e com o mundo. Fundamentalmente ajudando o aluno a acreditar em si, valorizando-se como pessoa e exercendo a alteridade. Pois o sujeito que acredita em si compreende melhor o outro.

1.9 Perspectivas e sonhos

Penso que a tarefa de despertar no outro suas potencialidades e sua consciência crítica, a fim de transformar a realidade, assume uma posição relevante nesse grande cenário que é a vida. Através do ensino realizamos uma obra de arte, onde nós somos os pintores e a vida uma grande tela. Nossos recursos são os pinceis e a tinta é a elaboração dos nossos ideais. O resultado da obra se reflete através da beleza, da dor, da alegria, do sofrimento e do prazer que é aprender. Educar é uma arte que exige intuição, imaginação, sonhos, criatividade, ousadia, conhecimento, politização, responsabilidade e amor pelo seu semelhante.

Sei que não posso mudar o mundo, mas posso contemplar a concepção das coisas e descobrir a melhor maneira para superar os obstáculos, propiciando germinar o amor capaz de frutificar novas descobertas que iluminem a humanidade. Afinal “todos os pensamentos e ideias sempre estão potencialmente presentes; o ser humano precisa apenas de tempo para integrá-los.” (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p. 249).

Por um instante em minha vida os ritos de passagens reivindicaram seu lugar. Passado e presente se apresentaram em harmonia e cumpriram sua mágica interferência para despertar percepções que envolvem a compreensão de quem sou. Para esta autobiografia, os traços mais

marcantes são as características da minha própria existência como ser único, subjetivo e em processo de constante aprendizado com o outro – flexível às modificações ao longo da existência.

Contudo, ao concentrar a minha reflexão para o desenvolvimento educacional, pude perceber que existe algo de básico, de essencial, neste momento marcante que é o contexto afetivo. É com sentida emoção que revivemos os significativos processos da aprendizagem, atribuindo sublimemente ao professor essa inesquecível experiência.

Mas, no final deste memorial, procurei na lembrança algumas referências e vêm-me apenas vagas recordação de escolas por onde passei: nenhum nome, nenhum rosto, nem sensação de afeto ou acolhimento. A insensibilidade de alguns professores que atravessaram a minha educação foi significativa, e talvez eu tenha demorado a perceber a contribuição de outros professores que fizeram a diferença no aperfeiçoamento da pessoa que sou hoje. Mas fica aqui um obrigada! Por aquilo que sou e por aquilo que procuro **não** ser, indiferente ao sofrimento humano.

Estou satisfeita com esses acontecimentos educacionais que ocasionaram meu crescimento pessoal. Não sou uma bailarina, mas concluo este Memorial com a leveza de quem intuiu um caminho humilde e simples, contudo, guiado por muita luz.

1.10 Momento atual

Depois de tantas expectativas esperava por um grande e significativo final. Mas o coroamento do meu percurso acadêmico não poderia ocorrer simplesmente de forma pacífica. O trabalho final de curso ou monografia tornou-se mais um desafio na minha história. Uma história que me aproxima de tantos homens e mulheres que são excluídos apenas por serem eles próprios.

Precisei transpor minhas idéias ao papel sem muito aporte, mas percebo a cada dia o quanto isso me proporcionou mais autonomia.

Os caminhos que me levaram a traçar uma perspectiva para o atendimento da EJA em ambiente hospitalar foram projetados no meu percurso educativo durante o período de ausência e perda de uma querida professora e amiga, Sumeire Brandão. Realizamos um trabalho de pesquisa muito favorável sobre “O computador como ferramenta mediadora no processo educativo”, durante a realização de Projetos que são obrigatórios no curso de Pedagogia. Trabalhamos em um

grupo de cinco alunas e pretendíamos expandir essa investigação ao nosso trabalho final de curso, onde eu daria um enfoque à Educação de Jovens e Adultos.

Tudo ficou em suspense quando recebemos a notícia que a Professora Sumeire estava doente e teve que sair de licença. Enquanto se aguardava com ansiedade o seu restabelecimento para continuarmos a pesquisa iniciada nos Projetos 3 e 4 fomos expandindo nossos conhecimentos em outros horizontes. Foi quando pude contemplar a oportunidade de realizar a disciplina Introdução à Classe Hospitalar, com a Professora Anelice Batista.

O desejo de atuar no ambiente hospitalar nasceu de forma muito natural. Aconteceu durante as discussões sobre Pedagogia Hospitalar, mediada por uma bibliografia diferenciada e que sugeria um novo olhar à educação. Comecei a imaginar a possibilidade de investigar a inclusão dos alunos da EJA nesse novo contexto educativo. As perspectivas e horizontes para o atendimento pedagógico de jovens, adultos e idosos surgiram como algo inédito, uma vez que esse atendimento é contemplado e amparado legalmente apenas à faixa etária de 6 a 14 anos.

Não consigo me distanciar da educação para jovens e adultos, por mais que eu tenha experiência na prática educativa com crianças, há um chamado constante que direciona meu olhar a esses sujeitos. E foi a partir desse primeiro contato com o conceito de Classe Hospitalar que imaginei propostas para ampliar esse atendimento nos hospitais as pessoas hospitalizadas, sem restrição de idade. Comecei a vislumbrar essa possibilidade de inclusão da EJA na Pedagogia Hospitalar e fui investigando mais a respeito. Contudo já sabia que não seria fácil encontrar subsídios para minha análise.

No ano seguinte o que parecia improvável ocorreu, o falecimento da Professora Sumeire, e com ela os vários planos em relação ao projeto que construímos. Fiquei consternada com sua perda. A sensação de culpa por não ter ajudado no seu processo de recuperação afligiu-me por vários dias, uma mistura de sentimentos – incapacidade, distanciamento, desamparo.

Como não esperava tal acontecimento fiquei me sentindo órfã academicamente, sem a amiga e a conselheira que me orientava nos projetos. Este seria o meu último semestre, mas devido a tais circunstâncias precisei reunir forças para redirecionar meus objetivos. Comecei então a buscar apoio para minha nova empreitada, estava decidida a superar a morte com a perspectiva de proporcionar mais qualidade de vida àqueles que necessitam. Logo, dei início à elaboração de um projeto de pesquisa.

Foi quando mais uma vez fui surpreendida e dessa vez com a carência de adesão acadêmica em relação aos meus planos. Senti-me sozinha, mas o desejo incontido de realizar algo significativo não deixou meu entusiasmo acabar.

Passei a procurar orientação fora da UnB, e não mais para minha surpresa a investigação que eu propunha foi acalentada pela Professora Rejane Fontes^{*}. Ela prontamente respondeu um e-mail que lhe enviei pedindo ajuda quanto ao tema: educação de adultos no ambiente hospitalar. Tudo voltou a ter luz depois de receber suas orientações e de passamos a conversar por e-mail sobre minhas expectativas. Não tive mais dúvida de que deveria continuar. Trocamos vários e-mails, onde pude enviar o projeto de pesquisa que desenvolvi por iniciativa própria; numa generosidade de se admirar a Professora Rejane Fontes contemplou esse empreendimento me auxiliando sempre que eu sentia necessidade.

Nesse intervalo de tempo solicitei ajuda à Professora Maria Luiza Pereira Angelim que não se negou a contribuir com seus conhecimentos sobre EJA. Sua experiência nessa área me ajudou a fundamentar os marcos teóricos sobre essa modalidade de ensino. Seu auxílio e apoio afetivo foram nessas circunstâncias essenciais para a continuidade deste trabalho.

Após esse direcionamento me senti mais segura para continuar a pesquisa. Com mais confiança e na certeza do que estava por realizar comecei a elaborar por iniciativa própria as entrevistas aos sujeitos hospitalizados e equipe médica.

O ambiente hospitalar causa bastante impacto, porque podemos sentir a vulnerabilidade do sujeito que é assistido nesse contexto. Após passar pela pediatria do hospital onde a pesquisa foi realizada e conversar com as pedagogas que trabalham no local sobre o que elas pensam sobre atendimento pedagógico para adultos, foi possível vislumbrar a possibilidade de seguir em frente. Foi quando iniciei as entrevistas com a equipe de profissionais do hospital, uma investigação independente e sem a formalidade do processo de autorização institucional.

Essa liberdade de ação possibilitou uma exploração maior do ambiente e de dialogo com esses profissionais, buscando contemplar a contribuição da educação à saúde do sujeito hospitalizado. Obtendo assim um aval dessa equipe para que propostas pudessem ser discutidas *a posteriori*.

^{*} Rejane de Souza Fontes é mestre em educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutora em educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e é professora na Faculdade de Educação na UFF.

Tudo ia bem quando passei a segunda fase das entrevistas – os sujeitos hospitalizados. Seria primordial saber qual a concepção da pessoa com doença sobre a possibilidade de aprender no hospital, para possibilitar a elaboração de uma prática pedagógica adaptada a essa nova realidade do pedagogo. Em tese tudo bem didático e metodológico, mas na prática quando ocorreu o encontro com a pessoa doente, debilitada e deprimida pude perceber que existe nesse contexto a necessidade de uma ação amorosa.

Houve um revés nesse momento, quase pensei em desistir por me encontrar sozinha nessa empreitada, uma fase que senti a necessidade de apoio das pessoas com mais experiência nesse contexto. Algumas vezes cheguei a buscar refúgio com a Professora Maria Luiza Angelim e outras vezes a desabafar nas aulas com o Professor Renato Hilário dos Reis durante a realização da disciplina – Seminário sobre Trabalho Final de Curso. Mas, a paciência desses professores e a imagem tão comovente do setor de hemodiálise me fizeram seguir em frente. Foi esse o verdadeiro motivo que me fez continuar, o desejo de propiciar ao sujeito dessa pesquisa um ambiente mais alegre, afetivo e com um novo significado.

CAPÍTULO II

EJA EM AMBIENTE HOSPITALAR – DESAFIOS DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 EJA: Breve histórico e bases legais

De acordo com Ventura (2002) somente a partir da década de 1940, na Era Vargas, a Educação de Adultos começou a se constituir como política educacional oficial no Brasil.

Segundo a autora na década de 1960 surgiram vários movimentos populares como Movimento de Cultura Popular (MCP), Movimento de Educação de Base (MEB), Centros Populares de Cultura (CPC's), campanha “De pé no chão também se aprende a ler”, essas experiências de educação popular trouxeram uma perspectiva da educação como libertadora, onde os alunos estariam sendo incentivados a adquirir autonomia e a se organizarem enquanto capazes de gerar transformação na sociedade. Em 1961, com a Lei de Diretrizes e Bases, as campanhas desapareceram por causa da descentralização prevista para a educação. Nessa época existiam ao mesmo tempo duas concepções diferentes de educação: uma que colocava a educação como preparação de recursos humanos para a realização de serviços e outra que entendia a educação como formadora de consciência nacional e capacitadora para a geração de transformações sociais.

Em 1970 foi criado pela lei nº. 5379 de 15 de Dezembro de 1967, o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), que oferecia à população a alfabetização e as quatro primeiras séries do Ensino Fundamental. Esse movimento fazia restrições às idéias de Paulo Freire e tinha a educação como preparação de mão-de-obra para o desenvolvimento econômico, representava uma ação centralizadora de âmbito nacional, enquanto as ações do Ministério de Educação caminhava cada vez mais para a descentralização do Ensino Fundamental (VENTURA, 2002).

O programa adotava alguns aspectos da proposta freireana tais como uso da palavra geradora e o levantamento do universo vocabular, mas abolia seu sentido principal: a problematização crítica da realidade do educando e seu caráter de conscientização e transformação. O Mobral, apesar de ter tido dinheiro e financiamento, foi um fracasso (GÓES; CUNHA, 1985).

Em 1978, com o objetivo de padronizar as estatísticas educacionais e influenciar as políticas sobre o tema, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco - definiu a pessoa funcionalmente alfabetizada como aquela que pode assumir todas as atividades para as quais as habilidades de leitura, escrita e cálculo são requeridas (inclusive aquelas necessárias à inserção e ao bom desempenho grupal), além de ser capaz de continuar a usar tais habilidades para seu desenvolvimento pessoal e da sua comunidade. A situação de analfabetismo funcional, na acepção adotada pela Unesco, portanto, remete à impossibilidade de plena inserção social daquele indivíduo que é incapaz de utilizar a leitura, a escrita e o cálculo em atividades que demandem tais habilidades (UNESCO; MEC, 2003).

Na Constituição Federal de 1988 fica declarada o papel fundamental da Educação para o exercício da cidadania. O artigo 6º institui a educação como um dos direitos sociais do cidadão, sendo ratificado no artigo 205 como direito de todos. Por sua vez, a Lei de Diretrizes e Bases Nacional de nº. 9394/96, artigos 84, 85 e 87, incisos I e II, respaldam as mesmas idéias, ao considerar que a educação é dever do Estado.

Conforme o exposto na lei maior que rege o nosso país, a Constituição Federal de 1988, mais precisamente no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo III – Da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I, artigo 205: “a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.” (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 (art. 214, I) determina ainda como um dos objetivos do Plano Nacional de Educação a integração de ações do Poder públicos que conduzam à erradicação do analfabetismo. A LDB determina no Art.4, inciso VII a educação escolar regular para jovens e adultos como um direito, dever da sociedade e do governo: “oferta de educação escolar regular para jovens e adultos, com características e modalidades adequadas as disponibilidades, garantindo-se aos que forem trabalhadores as condições de acesso e permanência na escola.” (BRASIL, 1997). O Art. 37 estabelece a EJA como uma modalidade de ensino obrigatória: “a educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria.” (BRASIL, 1997).

Em 1991 depois de anunciado o Ano Internacional de Alfabetização, que pretendia erradicar o analfabetismo em 10 anos, o Governo lança o Programa Nacional de Alfabetização e Cidadania (PNAC), sendo essa a primeira tentativa de priorização da alfabetização de Adultos pelos representantes do Ministério da Educação - MEC, porém os recursos foram utilizados indevidamente e sem eficiência durante o governo Collor. No ano de 1996 é elaborada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN 9394 - propondo que a escola seja responsável por desenvolver no aluno aptidões para a vida produtiva no art. 39 e faz com que a educação de jovens e adultos seja reduzida a exames e cursos supletivos em seu art.38. Se observarmos a década de 1990 como um todo, é visível seu processo de exclusão pela falta de compromisso com essa modalidade de educação e em decorrência do processo de globalização e da forma da apropriação de novas formas do processo de trabalho.

A partir de 1995 surge a “Alfabetização Solidária” – programa de cunho assistencialista – e em 2003 o “Brasil Alfabetizado”, ambos programas do governo federal. Por sua vez, a Lei Federal nº. 9.394/96, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), não trouxe muitas melhorias à educação de Adultos, o assunto é tratado nos artigos 4º, 5º, 37, 38 e 87 e no que couber, da educação Profissional, ressaltando aspectos concernentes apenas ao acesso, gratuidade e estímulo a permanência do educando (BRASIL, 1997).

Destarte o artigo 37 afirma que a educação de jovens e adultos é destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria, cabendo aos sistemas de ensino assegurar gratuitamente a esses jovens e adultos “oportunidades apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames”. O parágrafo 1º coloca que os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos alunos de EJA oportunidades educacionais apropriadas e o parágrafo 2º coloca sobre o Poder Público a responsabilidade de viabilizar e estimular o acesso e a permanência do trabalhador na escola. Portanto cabe analisar em que medida a LDB promove a obrigatoriedade da oferta de EJA e o compromisso com a continuidade dessa modalidade de ensino (BRASIL, 1997).

O artigo 4º em seu inciso VII, garante a oferta de educação escolar regular para jovens e adultos, com características e modalidades adequadas às suas necessidades e disponibilidades, garantindo aos que forem trabalhadores as condições de acesso e permanência na escola. Para Ventura (2002) apesar de a EJA ter tido um lugar de destaque na nova LDB, ela sofre um

retrocesso em relação à Constituição de 1988, pois retorna à concepção de educação compensatória.

No entanto, a Lei Federal nº. 10.172 de janeiro de 2001, que aprovou o Plano Nacional de Educação, inclui metas referentes à erradicação do analfabetismo até fins de 2010, ratificando possibilidade de completamento do ensino fundamental, até o final da década, por toda a população maior de 15 anos, bem como a um programa nacional que assegure às escolas públicas de áreas com analfabetismo e baixa escolaridade o desenvolvimento de ações de alfabetização e de educação de jovens e adultos (BRASIL, 2001).

Felizmente não podemos deixar de enfatizar que há um reconhecimento explícito da EJA como um direito social, garantido nos textos constitucionais dos três entes federativos: União, Estado e Município (este, pela sua Lei Orgânica), na legislação federal e, especificamente, na municipal, bem como nas normas dos respectivos Conselhos de Educação.

Atualmente a concepção de alfabetização da Unesco inclui o desenvolvimento de conhecimentos e competências necessários para o indivíduo inserir-se e movimentar-se com desenvoltura no meio social, entre os quais o domínio de novas linguagens e tecnologias. Portanto, o atual conceito de alfabetização extrapola o ato de ler e escrever, afinando-se com a perspectiva de educação ao longo de toda a vida, que deve ocorrer de maneira flexível e articulada a diferentes aspectos de uma realidade concebida enquanto processo de constante mudança. Considerada direito humano fundamental e condição para a participação de todos numa sociedade democrática a “alfabetização contribui para a liberdade e para a igualdade, sendo parte integrante de um projeto social que tem como objetivo uma sociedade mais justa e mais equitativa.” (UNESCO; MEC, 2003, p. 49).

Nesse começo de século, está ocorrendo um esforço internacional pela alfabetização universal. O ano de 2009 é o sétimo da Década das Nações Unidas para a Alfabetização: Educação para Todos (2003-2012), aprovada na 54ª Sessão da Assembleia Geral, por meio da Resolução nº 54/122, e instituída na 56ª Sessão, por meio da Resolução nº 56/116. Seus objetivos primordiais são a conscientização mundial e o estímulo a ações governamentais e não-governamentais que possam responder ao desafio da alfabetização (UNESCO; MEC, 2003).

A Década para a Alfabetização reafirmou a meta fixada em abril de 2000, pelo Fórum Mundial de Educação, realizado em Dacar, Senegal: “atingir, em 2015, 50% de melhora nos

níveis de alfabetização de adultos, especialmente para as mulheres, e igualdade de acesso à educação fundamental e permanente para todos os adultos.” (UNESCO; MEC, 2003, p. 54).

Nesse contexto e em referência a grupos compromissados com a EJA, cabe também ressaltar o incansável trabalho da iniciativa civil como o Fórum de Educação de Jovens e Adultos, cuja história tem início no Rio de Janeiro com a convocação da UNESCO para a organização de reuniões locais e nacionais preparatórias à V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos, que aconteceu em Hamburgo, Alemanha, em julho de 1997. Gerido por instituições governamentais e não-governamentais, movimentos sociais, sindicatos e educadores que dele participam, o Fórum do RJ consolidou a plenária mensal como instância deliberativa e espaço de socialização de informações e de formação continuada, visando o fortalecimento dos profissionais para a luta em defesa do direito e da qualidade de atendimento na área da educação de jovens e adultos trabalhadores (FÓRUM DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

A experiência inspiradora do Fórum do Rio de Janeiro fez nascer muitas outras, o que impulsionou a idéia de um Encontro Nacional de Educação de Jovens e Adultos – ENEJA. A partir dessa iniciativa houve o crescimento dos Fóruns nacionalmente e sua expressão nacional pelos ENEJAs, tornou o MEC um interlocutor privilegiado, com o qual os Fóruns vêm travando parcerias e contribuindo na formulação e efetivação de ações na área. A legitimidade dos Fóruns vem sendo reconhecida em muitos espaços, especialmente representados pela ocupação de um lugar na Comissão Nacional de Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos – CNAEJA, assim como em um colegiado de representantes com o qual o Ministério da Educação tem dialogado permanentemente (FÓRUM DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

A V Conferência Internacional de Educação de Adultos (Confintea) foi fundamental para deslanchar esse processo, e o apoio da Unesco tem sido determinante para manter na agenda do país a mobilização em torno do tema, ombreando-se à resistência que a sociedade brasileira tem sabido construir por intermédio dos Fóruns, e expressado nos ENEJAs — a defesa de políticas públicas mais democráticas, que assegurem o direito à educação de jovens e adultos. Toda essa mobilização proporcionou ao Brasil sediar a VI Conferência Internacional de Educação de Adultos, prevista para dezembro de 2009 pela Unesco (FÓRUM DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

Dentre as iniciativas que tornam realmente significativas a consolidação de práticas em prol da EJA destaca-se o GTPA/DF - FÓRUM EJA/DF (Grupo de Trabalho Pró-Alfabetização do Distrito Federal e Entorno - Fórum de Educação Básica de Jovens e Adultos). Este grupo está contabilizando 20 anos na luta (1989-2009) para alfabetizar jovens e adultos em todo o Distrito Federal e Entorno.

A gênese histórica deste grupo conforme Angelim (1997) nasceu:

em 1988, sob o desafio da nova Constituição Federal (Art. 60º das Disposições transitórias) a UnB, em parceria com a Fundação Educar, sob a influência entre outras, da experiência da Baixada Fluminense no Rio de Janeiro, premiada pela UNESCO, em 1986, desenvolveu, em Ceilândia, um significativo projeto de alfabetização de jovens e adultos com formação de 120 educadores populares (jovens da comunidade e estudantes de graduação em licenciaturas). Tal projeto ensejou uma ampla articulação de todos os segmentos envolvidos nas ações alfabetizadoras e, no bojo da preparação do Ano Internacional de Alfabetização/1990, resultou na criação do Grupo de Trabalho Pró alfabetização do Distrito Federal e Entorno (GTPA/DF), em 20/outubro/ 1989, como espaço político organizado da sociedade civil, de exercício de parcerias com autonomia, democrático e aberto a pessoas, movimentos, grupos, associações, sindicatos, empresas, universidades, entidades interessadas nas ações em prol da alfabetização de jovens e adultos no DF e entorno (GTPA-Fórum EJA/DF, 2006).

Na prática o GTPA/DF assumiu o conceito de Paulo Freire – “educação é um ato essencialmente político”, e o GTPA/DF - FÓRUM EJA/DF instituiu-se como um grupo de grande colaboração e reconhecido internacionalmente na luta pró-alfabetização (ANGELIM 1997).

Portanto significa uma grande tarefa apreender o sentido real da EJA no Brasil. Mostra-se necessário desvendar as falácias que compuseram este sentido e as intenções que o utilizaram, bem como os impactos e resultados que provocam. Entendê-los também representa a possibilidade de avançarmos – negando-os, afirmando-os ou reconceituando-os – no sentido cada vez maior de buscar fundamentar a ampliação das condições de acesso real e qualitativo das populações econômica e socioculturalmente excluídas das políticas de educação do país. Pois a sociedade precisa servir-se dos benefícios e serviços que oportunamente são construídos e desconstruídos, coletivamente, utilizando, entendendo e definindo novos conceitos que partem da objetivação de suas idéias, da constatação de sua realidade e da concretização de seus direitos.

Mais uma vez, os direitos são esquecidos, ou usurpados dos cidadãos, pois não se justificam os milhares de brasileiros sem garantia de educação e formação continuada. Uma vez que as campanhas de alfabetização sem compromisso com a continuidade do ensino não

estabelecem, na prática do processo de ensino-aprendizagem, sujeitos envolvidos numa ação-reflexão-ação. Por isso o pensamento de Paulo Freire é colocado nessa dimensão pública de responsabilidade no atendimento dessa demanda educacional, possibilitando flexibilizar os tempos e espaços ao nível da escola, para atender a esses princípios norteadores da institucionalização da EJA e o necessário compromisso com a cidadania e a emancipação.

Nesse sentido acredita-se que o compromisso da EJA se constitui no diálogo entre ideologia, política e ética, de forma a desenvolver a capacidade crítica dos alunos, visto que, o sujeito que aprende de forma crítica não só apreende o conhecimento elaborado como também constrói seu próprio conhecimento. A capacidade de aprender implica na capacidade de transformar a realidade não somente intervindo de maneira consciente, mas também recriando esta realidade, atribuindo novos valores à mesma (FREIRE, 1980; 1996).

Dessa forma a construção da identidade, o reconhecimento do “eu” como sujeito, é o primeiro passo para a construção do conhecimento, onde o sujeito alfabetizando poderá relacionar o mundo ao seu próprio cotidiano, e reconhecer-se no contexto social onde a leitura e a escrita são a elaboração desta prática.

Diante desse desafio representado pela EJA, reafirma-se a necessidade de o Estado cumprir as metas de erradicação do analfabetismo, por meio de uma educação continuada que priorize políticas públicas sérias e compromissada com essa modalidade de ensino. Deve-se direcionar, portanto, a alfabetização para a formação de uma sociedade com cidadãos conscientes de suas capacidades, detentores de senso crítico, capazes de transformar a realidade e criar uma nova sociedade.

A EJA tem como fundamento a garantia do atendimento dessa demanda educacional, por mais específica que seja. A partir do que determina a Constituição Federal de 1988, podemos entender, portanto, que o direito à educação é de todos e para todos, em quaisquer circunstâncias. Sendo, pois, a educação um direito de todos, inferimos que qualquer pessoa que esteja hospitalizada também deve ter garantido esse direito. Nesse embate é preciso oferecer condições de adaptabilidade aos sistemas, para serem capazes de alcançar a realidade dessa demanda educacional, superando burocracias, assim como a cultura organizacional da escola e do hospital. Assim a flexibilização de tempo e espaço para o atendimento à EJA no ambiente hospitalar se faz necessário e imprescindível.

2.2 Educação como promoção à saúde

Ao analisar o contexto social e cultural de quem atravessa longo período hospitalizado é possível observar uma lacuna evidente no desenvolvimento e na socialização desse sujeito. A realidade de quem vive ou permanece mais tempo no hospital que em outros ambientes sociais se distancia qualitativamente de quem pode se interagir e relacionar com o mundo sem restrições de acessibilidade. O ambiente hospitalar enfraquece a capacidade que dispomos para processarmos o mundo com suas vicissitudes e transformações. Quando o sujeito hospitalizado fica isolado da produção cultural cessa a inter-relação com o mundo real, com a vida, restando um contexto impessoal e traumático que pode interferir na sua recuperação.

Somos sujeitos sociais e a educação é um processo que diz respeito a nossa vida, para Matta (1983) a sociedade e a cultura são duas dimensões inerentes à condição humana. Um arranjo de idealizações que nos permite enxergar o mundo transformado:

daí também a distinção entre sociedade e cultura como dois segmentos importantes da realidade humana: o primeiro indicando conjuntos e ações padronizadas; o segundo expressando valores e ideologias que fazem parte da outra ponta da realidade social (a cultura). Uma se reflete na outra, uma é o espelho da outra, mas nunca uma pode reproduzir integralmente a outra (MATTA, 1983, p.51).

Nesse contexto a educação pode propiciar a mudança no comportamento, onde a consciência é marcadamente a zona de diálogo capaz de ressignificar o mundo e de vivenciar as regras sociais. A cultura e os valores sociais assimilados desde cedo permitem ao homem fazer-se a si próprio e poder ver-se a si mesmo em tudo – um encontro que só é possível com o reconhecimento do outro.

Destarte, vale ressaltar que a ampliação das capacidades inatas no homem, segundo Geertz (1966, p. 41) depende dos “padrões orientadores da cultura humana”. Para o autor a nossa cognição também está sujeita à existência de modelos simbólicos externos da realidade.

Vygotsky (1996) concebe o homem como um ser inserido em sua cultura e em suas relações sociais. É através de mediações sociais e da relação com um outro, via linguagem, que vai se constituindo a subjetividade humana. É nesse aspecto que Molon (2003, p. 118), apresenta sua tese afirmando que o sujeito se constitui e é constituído pelas relações sociais, sendo esse social “constituído e constituinte de sujeitos historicamente determinados em condições de vida

determinadas historicamente. Um social que é também subjetividade e intersubjetividade, cuja dinâmica se constitui na teia de relações entre sujeitos diferentes e semelhantes.”

A subjetividade para a autora manifesta-se e objetiva-se no sujeito: “ela é processo que não se cristaliza, não se torna condição nem estado estático e nem existe como algo em si, abstrato, imutável. É permanentemente constituinte e constituída. Está na interface do psicológico e das relações sociais.” (MOLON, 2003, p. 119).

Vygotsky (1987) citado por Molon (2003) onde a análise do sujeito não se limita à ordem do biológico e nem se localiza na ordem do abstrato, mas sim ao sujeito que é constituído e é constituinte de relações sociais, o homem sintetiza o conjunto das relações sociais e as constrói. Neste sentido, o sujeito não é um mero signo, ele exige o reconhecimento do outro para se constituir enquanto sujeito em um processo de relação dialética. Ele é um ser significante, é um ser que tem o que dizer, fazer, pensar, sentir, tem consciência do que está acontecendo, reflete todos os eventos da vida humana.

Em termos amplos pode-se considerar o mundo como o lugar de constituição da subjetividade, uma vez que “a subjetividade significa uma permanente constituição do sujeito pelo reconhecimento do outro e do eu.” (MOLON, 2003 p. 120).

Nesse contexto, a linguagem constitui o sistema de mediação simbólica que funciona como instrumento de comunicação. É justamente pela sua função comunicativa que o indivíduo se apropria do mundo externo, pois é pela comunicação, estabelecida na interação, que ocorrem, reinterpretações das informações, dos conceitos e significados. Visto como Vygotsky (1993), a linguagem materializa e constitui as significações construídas no processo social e histórico. Quando os indivíduos a interiorizam, passam a ter acesso a estas significações que, por sua vez, servirão de base para que possam significar suas experiências, e serão estas significações resultantes que constituirão suas consciências, mediando, desse modo, suas formas de sentir, pensar e agir.

Vygotsky (1994) ao ser mencionado por Reis (2000) atribui relevância ao papel da educação na transformação do homem, reflete em uma real utopia que se consolida na constituição de um novo homem.

Novo homem que é sonho e permanência de sonho daqueles cuja maior esperança é a de teimar a sublime teimosia de que o mundo pode ser melhor. De que o homem pode ser mais solidário. O sonho de que vida pode ser menos desigual na distribuição da riqueza entre os homens, se não puder ser igual para todos. Sonho de que a educação pode

contribuir com a constituição desse mundo, homem e vida melhores para todos: nunca mais excluídos! Sonho de que o melhor começo é o começar. E ao começar as visões vão se clareando sob ponto de vista prático- teórico e teórico- pratico. Clarear de visões, em que os sujeitos podem se constituir, constituindo e sendo constituídos, em concepção e exercitação do poder, saber e amor. Sujeitos políticos: descobrindo, participando e exercendo poder. Sujeitos epistemológicos: falando/ pensando/produzindo saber. Sujeitos amorosos: acolhidos/escutados pelo e acolhendo/ escutando o outro (REIS, 2000, p.72).

Essa é a verdadeira interação com o outro, pois nas relações dialéticas e em sociedade todos vão se constituindo, rumo à transformação e à libertação. Freire (1980) ao falar da educação dialógica e do diálogo, diz que não há diálogo sem um profundo amor ao mundo e aos homens, sem humildade, sem uma intensa fé dos homens no seu poder de criar e recriar, sem esperança que os leva à eterna busca, e que não há diálogo verdadeiro sem um pensar verdadeiro. O autor nos fornece as razões que justificam a necessidade do diálogo como ponto de referência central de seu pensamento. Considera o processo de aprender um ato de comunicação, pertencente à natureza do ser humano e que embora tenha uma dimensão individual, o ato de aprender depende do outro, pois é dialético. Deste modo acredita que através da dialética é possível seres humanos se transformarem, no sentido de rupturas, podendo atuar para transformar a realidade.

Neste ponto, construído o caminho que nos permite concluir com uma aproximação da idéia de autonomia de Paulo Freire (1996), diria que autonomia consiste na capacidade de reflexão e conscientização da dimensão de mundo – socialmente e politicamente adquirida pela nossa experiência como sujeitos em socialização – e, também, na capacidade de transformação a partir de projetos coletivos criados em diferentes espaços, capazes de estimular e oportunizar diferentes fazeres, articulados em torno de objetivos comuns, construídos eticamente com o outro a favor da liberdade.

Sendo assim, a prática de uma política de autonomia segundo Castoriadis (1982) pode ajudar a coletividade a criar as instituições – aqui inferindo o hospital – cuja interiorização não limita, mas amplia sua capacidade de autonomia.

Dessa forma o trabalho de investigação e reflexão sobre a concepção desse novo ambiente educativo, o hospital, possibilita uma dimensão coletiva de ações fundadas na reciprocidade social, cujas pessoas envolvidas (pessoa hospitalizada, equipe de saúde, familiares, amigos, voluntários, educadores) umas com as outras possam construir iniciativas capazes de cooperar para a afirmação de valores de solidariedade, proximidade e partilha, instituindo no ambiente

hospitalar relações diferenciadas e diferenciadoras para um processo em comunhão de permanente busca da liberdade do ser humano.

Para Angelim (2006), isso implica na valorização das diferenças como constitutivo do próprio coletivo, bem como a valorização da perspectiva de processo, onde nada está pronto e acabado. Ou seja, o real é o mundo material e as relações que o ser humano estabelece na vida social, consigo mesmo, com a natureza, com os outros seres e com o transcendente.

Há, certamente, várias perspectivas a partir das quais é possível analisar as questões saúde/doença, mas o que se considera nesse estudo é aquela que se situa na dimensão histórica. Marx e Engels (2007) reconhecem na ciência social da história, condições de abranger tanto a natureza quanto o mundo dos homens com condições de levar em conta, de forma concreta e material, as relações da vida humana. “É somente na comunidade [com outros] que cada indivíduo possui os meios de desenvolver suas faculdades em todos os sentidos; é somente na comunidade que a liberdade pessoal é possível.” (MARX; ENGELS, 2007, p. 92).

Por isso, ao falar em EJA, temos que levantar a questão da saúde na sua dimensão de totalidade, que envolve o conjunto das relações sociais vivenciadas nas áreas de produção e trabalho. Lembrando que a capacidade criadora do homem segundo Marx (1961) se manifesta no trabalho, condição especificamente humana de transformar a natureza em coisas úteis, segundo os seus interesses, desse modo, a manutenção da vida humana. Habilidades que não podem ser esquecidas simplesmente porque a pessoa está hospitalizada, pois essa dimensão do ser humano produtor, criador e histórico é a própria essência humana, que é prática e se manifesta socialmente.

Portanto cabe ressaltar a relevância de as pessoas mudarem o seu comportamento social e as suas atitudes, pois conforme a própria essência da teoria do materialismo histórico aborda, toda a história não é mais do que a transformação sucessiva da natureza humana e que embora os homens sejam produto da situação e da educação, ela pode ser mudada e, portanto os homens transformados serão o produto de outras circunstâncias e de outra educação.

Nesse aspecto é importante contemplar a educação como parte do tratamento para que o atendimento à necessidade de todo ser humano em desenvolver-se integralmente não seja esquecido. E, refletindo dentro desse enfoque, não se poderá dizer que saúde é uma circunstância de possível harmonia entre a pessoa e a sua totalidade, a realidade e o mundo que a cerca?

Contudo, a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como: “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças”. A definição adotada pela (OMS) tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de “completo” bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível. Entretanto podemos considerar que saúde é uma sensação capaz de gerar harmonia na vida da pessoa independente da sua condição orgânica.

Além disso o conceito de saúde como um estado de bem estar capaz de proporcionar um equilíbrio emocional e físico, gerando conforto e estabilização da própria condição, é complementado por um novo conceito:

[...] o conceito saúde entendido até então, é substituído por outro, novo e ampliado em seus diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, com a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde. A saúde é definida como elemento de Seguridade Social (BRASIL, 1988, p.103), “a qual compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, com os objetivos de universalidade, uniformidade, equidade, descentralização, entre outros (BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008, p.92).

Nessa ótica a doença deve ser analisada segundo Ceccim (1997, p. 29) como um “um fenômeno vital tal qual a saúde”. Isso significa dizer que o cuidado e a prevenção deve ser uma proteção e uma responsabilidade com a vida, porque o estado de doença é um sinal de que o corpo necessita defender-se e que a situação requer um esforço de superação para a cura.

Todo esse processo abre possibilidades para a recuperação da saúde na medida em que a doença é vista com outro olhar capaz de proporcionar um processo de reflexão. Mas, para que isso ocorra, é importante lembrar que o foco deve ser a vida; a pessoa hospitalizada nesse processo precisa ser orientada por uma equipe que visualize o sujeito integral, preocupando-se com todos os que estão participando da construção desse espaço. Cujo trabalho seja estimular e oportunizar diferentes fazeres, articulado em torno de objetivos comuns. Um espaço onde a construção coletiva se apresenta como idéia-força capaz de articular as singularidades, num esforço propiciador da potencialização das pessoas, elevando-se ao autêntico processo de sua humanização e libertação criadoras (FREIRE, 1980).

O legado freireano pressupõe que é na pluralidade de relações que as pessoas constroem sua consciência crítica, que eles vão reconstruindo e redirecionando a capacidade de organizar as melhores respostas para responder às variedades dos desafios.

A intenção de constituir uma prática pedagógica, aliada ao atendimento pedagógico em ambiente hospitalar, de modo que a integração entre as diferentes áreas do conhecimento relacionadas à Saúde e à Educação possam colaborar na cura e restabelecimento da saúde da pessoa hospitalizada, resulta da importância desta interação teórica e prática entre os integrantes da equipe hospitalar e pedagógica, que se consolida na busca de uma parceria construída no viés da interdisciplinaridade e que se apóia segundo Matos e Mugiatti (2008, p.30), “na integração e na inter-relação de profissionais inseridos em contexto hospitalar”. A parceria, numa proposta transdisciplinar, também surge de uma necessidade de troca e possibilita o diálogo com outras formas de conhecimento às quais tentamos nos habituar, e nessa tentativa a possibilidade de interpretação delas. A parceria seria, por assim dizer, a possibilidade de relação com diferentes perspectivas teóricas se complementando entre si. Ascendendo a esperança de que um pensar venha a se complementar no outro e os paradigmas se transformem.

É exatamente este o aspecto primordial que incentiva as ações diferenciadas em EJA, com o propósito de reafirmar a necessidade de consolidar a qualidade desse trabalho em desenvolvimento, cuja realidade é abordada a seguir.

2.3 Educação Inclusiva: princípios e bases legais

Ao buscar uma familiaridade nesse novo contexto educativo não se pode esquecer que as concepções precisam ser constantemente testadas, revistas, confrontadas e tem como foco promover a educação inclusiva aos educandos historicamente excluídos do sistema de ensino.

Nesta perspectiva, a finalidade de propiciar um aprendizado significativo para os adultos hospitalizados acompanha o objetivo de tornar a difícil experiência causada pela enfermidade e a hospitalização, em momentos de aprendizagem e autoconhecimento. De acordo com a resolução CNE/CEB nº. 2 de setembro de 2001, a Educação Especial enquadra-se como modalidade de educação escolar, entendendo-a como processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais

especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica. Desta forma nos sistemas de ensino deve funcionar um setor responsável e dotado de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilize e dê sustentação ao processo de construção da educação inclusiva.

Tais políticas normativas tiveram início com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº. 9.394 de dezembro de 96, respaldadas na Constituição Federal de 1988, que garante aos portadores de necessidades especiais os serviços necessários para a sua aprendizagem e desenvolvimento, respeitando suas peculiaridades e necessidades. De forma que tais alunos sejam incluídos em salas da rede regular de ensino, garantindo sua inclusão educacional. Resguardando quando necessário a possibilidade de atendimentos individualizados ou em salas especiais.

Existem alguns princípios básicos que norteiam e justificam a elaboração de normas específicas para a Educação Especial, e que se constituem como base não somente para a elaboração da legislação, mas também faz parte das práticas inclusivas referentes às pessoas com necessidades especiais. Segundo o parecer CNE/CEB 17/2001, existem três princípios básicos que se inter-relacionam e se justificam dentro das discussões atuais em defesa dos direitos iguais para todos. São eles:

a preservação da dignidade humana, a busca da identidade, e o exercício da cidadania. Se historicamente são conhecidas as práticas que levaram, inclusive, à extinção e à exclusão social de seres humanos considerados não produtivos, é urgente que tais práticas sejam definitivamente banidas da sociedade humana. E bani-las não significa apenas não praticá-las. Exige a adoção de práticas fundamentadas nos princípios da dignidade e dos direitos humanos(...). O respeito à dignidade da qual está revestido todo ser humano impõe-se, portanto, como base e valor fundamental de todo estudo e ações práticas direcionadas ao atendimento dos alunos que apresentam necessidades especiais, independentemente da forma em que tal necessidade se manifesta (BRASIL, 2001).

Em relação à educação inclusiva, as atuais políticas educacionais entendem que a Educação Especial engloba uma imensa diversidade de necessidades educativas especiais; assim como uma equipe multidisciplinar, composta pelos mais diversos profissionais e especialistas. Seu objetivo principal é promover uma melhor qualidade de vida àqueles que, por algum motivo, necessitam de um atendimento mais adequado à sua realidade física, mental, sensorial e social. Seus destinatários são todas as pessoas que precisam de métodos, recursos e procedimentos especiais durante o seu processo de ensino-aprendizagem.

Com base nos pressupostos da educação inclusiva as deficiências e as doenças são condições, definitivas ou transitórias, que implicam em determinadas necessidades, que são chamadas de especiais – NE se não forem compartilhadas pela maioria das pessoas. Caso essas

necessidades especiais não possam ser atendidas pelos meios tradicionais de ensino, por demandarem uma série de recursos e estratégias de caráter mais especializado por parte da instituição, elas passam a denominar-se de necessidades educacionais especiais - NEE (FERREIRA, 2007, p. 44).

Aborda-se aqui, portanto, os sujeitos amparados e protegidos pela legislação conforme preconiza o Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, capítulo I, Art. 3º que trata das disposições gerais:

I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999).

Logo o Art. 4º considera a pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I – deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; II – deficiência auditiva – III deficiência visual acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações; IV deficiência mental funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; h) trabalho; V deficiência múltipla associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999).

Constata-se que a legislação contempla todos os tipos de pessoas que possuam qualquer diferença considerada fora dos padrões sociais de normalidade. Desde as diferenças físicas mais perceptíveis, às diferenças de comportamento, como aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica. Problemas de atenção, perceptivos, emocionais, de memória, cognitivos, psicolingüísticos, psicomotores, motores, e ainda a fatores ecológicos e socioeconômicos, como as privações de caráter social.

Neste momento de afirmação da Educação de Jovens e Adultos - EJA, como modalidade de ensino, com a garantia do direito de todos à educação, nos deparamos com o contexto da exclusão de jovens e adultos com necessidades educacionais especiais, com os quais devemos dialogar em diferentes situações de ensino.

Na perspectiva de aprendizagem ao longo da vida a educação de jovens e adultos exige complementaridade e continuidade, refletindo fatores como idade, igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, cultura e disparidades sociais e econômicas, assim como a inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais.

Neste sentido a Declaração de Dakar (2000) reafirmando a visão da Declaração de Educação Para Todos, da Conferência de Jomtien (1990), apoiada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e pela Convenção sobre os Direitos da criança declara que:

todas as crianças, jovens e adultos, em sua condição de seres humanos, têm direito de beneficiar-se de uma educação que satisfaça as suas necessidades básicas de aprendizagem, na acepção mais nobre e mais plena do termo, uma educação que signifique aprender a fazer, a conviver e a ser. Uma educação orientada a explorar os talentos e capacidades de cada pessoa e a desenvolver a personalidade do educando, com o objetivo de que melhore sua vida e transforme a sociedade (UNESCO, 2000, p. 1).

De acordo com a Unesco (2000, p. 2), a educação é apontada como a “chave para um desenvolvimento sustentável”, é um meio eficaz de oferecer às pessoas a oportunidade de desenvolver a convivência em sociedade, com possibilidades de aumentar sua criatividade e produtividade dando-lhes acesso a informações que oportunizem a melhoria da qualidade de vida.

Dentre outros marcos e ações, a Declaração de Salamanca (1994), reunindo os Delegados da Conferência Mundial da Educação Especial, constitui a educação para crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais, dentro do sistema regular de ensino. A Declaração prevê aos jovens com necessidades educacionais especiais auxílio para a transição da escola para o trabalho, dando atenção especial quanto ao desenvolvimento e implementação de programas de educação para adultos.

Na Declaração de Hamburgo (1997) sobre a Educação de Adultos encontramos referências de que a educação amplia as oportunidades de acesso à saúde, contribuindo significativamente para o desenvolvimento humano e para o aumento das possibilidades de participação no mundo do trabalho.

Nesse sentido, o Documento Base Nacional Preparatório à VI Confintea reafirma o compromisso político do Estado brasileiro para avançar na garantia do direito à educação de jovens e adultos (EJA), destacando-se dentre outras, as recomendações ao Ministério da Educação quanto a:

fomentar assistência a educandos com dificuldades de aprendizagem, detectadas por equipe multidisciplinar, assim como a continuidade de estudos para aqueles com necessidades educacionais especiais, após avaliação de rendimento em período de escolarização, bem como a garantia de participação em programas de formação para o trabalho (BRASIL, 2008, p. 27).

Esse documento refere-se à educação inclusiva, como forma de garantir o processo de escolarização, a formação para o mundo do trabalho e a participação social de todos os educandos.

Considerando-se especificidades no processo educacional de educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação, é reconhecido o direito à oferta de atendimento educacional especializado e complementar na EJA, bem como a promoção da acessibilidade (BRASIL, 2008, p.16).

A Educação Especial é, portanto, uma modalidade que apesar de possuir contornos próprios e legislação específica, se insere em todos os níveis e modalidades da educação.

O paradigma da escola para todos, atendendo às reivindicações dos movimentos sociais, contribuiu para transformações significativas na oferta da Educação Especial. Na tentativa de responder às demandas por uma educação especial inclusiva – inclusão dos portadores de necessidades especiais nas escolas regulares – a União delibera várias medidas de normalização dessa modalidade de ensino para garantir aos portadores de necessidades especiais o ingresso e permanência em todos os níveis de ensino (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003).

Nessa luta travada pela inclusão Ferreira e Guimarães (2003) apontam um apelo à mudança de antigos para novos paradigmas, a fim de que resultem em significativas modificações na área educacional para tornar os seres humanos mais fraternos e compreensivos.

Rumo a essas novas perspectivas é proposto um convite para repensar a educação sob o paradigma da inclusão, orientando para as particularidades apresentadas pelos alunos e não apenas às necessidades da sociedade. A autora provoca uma reflexão em direção ao novo, vislumbra uma educação mais humanizada, respeitando cada indivíduo como único e parte de um todo.

De acordo com Larrosa (2000, p. 188) “a educação é a forma com que o mundo recebe os que nascem”. Observa-se a importância que é dada à educação face ao indivíduo independente de sua razão de ser – o nascimento é o surgimento de algo novo no mundo e a novidade não deve ser temida nem discriminada, um novo ser deve ser recebido como uma renovação, e a educação não deve delimitar o aluno aos ideais e projetos implacáveis da lógica do mundo. O olhar para o outro na ação pedagógica precisa ter cuidado para não perder o que parece ser o mais interessante na essência da natureza humana, que é a diferença e que começa sempre no nascimento, uma vida concreta e singular.

Assim a inclusão não começa na inserção do educando com necessidade educacional especial em uma escola regular, mas quando a instituição e seus profissionais sabem exatamente o que possuem em si para dar ao outro. Do contrário a superficialidade em determinados métodos e técnicas continuarão a ser o meio mais fácil de receber esse ser singular que é o sujeito com necessidades especiais.

Como profissional na área de educação torna-se de grande relevância as reflexões acerca do tema inclusão e educação de qualidade para todos. Trata-se de repensar as práticas pedagógicas e o papel da escola no sentido de propiciar a construção de consciências críticas capazes de traçarem uma história mais justa. Por meio da conscientização é possível que o homem deixe fluir seus sentimentos, e o amor que é transformador abra novas perspectivas para a humanidade a fim de fazer enxergar o outro e a si próprio como parte integrante desse universo, desse todo que se constrói, somando numa bela harmonia entre o semelhante e as diferenças.

Estamos diante de um processo que nos encaminha para a necessidade de um posicionamento diante do quadro que se apresenta. Em Freire (1980) creditamos que a busca de uma educação “em comunhão” e que ultrapasse os limites atribuídos pela deficiência seja um caminho importante para compreendermos a verdadeira dimensão de uma proposta de educação inclusiva.

Desse modo, incluir jovens e adultos com necessidades educacionais especiais na EJA, deve ser uma prática pedagógica que busque democratizar o acesso e permanência, a qualidade e a equidade do ensino para todos, realizando projetos e situações de ensino que possibilitem a estes educandos exercer o direito à igualdade de forma a se perceberem capazes de aprender, capazes de produzir, de se integrar ao mundo da leitura e da escrita.

É nessa perspectiva que a educação pode se revelar em práticas facilitadoras de acesso ao conhecimento e a uma melhor condição de vida em termos de cidadania. Como já foi apresentada a educação tem papel relevante no próprio processo de humanização do homem e na transformação social. É com fundamento nos pressupostos referenciados que a educação inclusiva acena com a possibilidade de busca pelo direito de todos à educação de qualidade, implicando um sistema educacional que reconheça e atenda as diferenças e necessidades educacionais do sujeito.

Considerando a importância do atendimento em Educação Especial, deve-se ressaltar tão somente que a condição especial de um sujeito com comprometimento de saúde física ou doença crônica, tais como: diabetes, câncer, epilepsia, problemas renais crônicos, AIDS, hemofilia, entre outras, não possui apenas limitações ou dificuldades na mobilidade. Em decorrência dos procedimentos ambulatoriais, internações hospitalares e efeito colateral da medicação em uso há de estabelecer-se um novo cenário de atendimento pedagógico que vai além da inclusão na rede regular de ensino. Esse sujeito hospitalizado por motivo de tratamento contínuo e pela vida toda necessita que a oferta educativa esteja presente no ambiente onde ele passa a maior parte do tempo que é o próprio hospital.

Entendemos, portanto, que a Educação Especial é, antes de tudo, um processo que abrange não somente alunos com deficiência, mas todos que em algum momento da vida possam requerer atendimento específico diante de alguma limitação ou necessidade especial. Desse modo, a Educação Especial respeita as diferenças e necessidades dos educando como membro de uma sociedade, respeitando o direito à cidadania das pessoas nos mais diversos e possíveis ambientes em que se pode promover a educação.

Como vemos, as concepções que permeiam as políticas inclusivas, bem como os sistemas educacionais e os educadores, são determinantes para o avanço e sucesso das práticas inclusivas em todos os âmbitos da sociedade, inclusive no contexto hospitalar.

Se hoje é exigido que a escola se construa em perspectivas inclusivas, é necessário que a mesma e seus educadores conheçam a legislação que fundamenta tais perspectivas, e em seguida inicie processos de mudanças que a princípio se dão nas concepções relativas às pessoas com necessidades especiais, e depois reflitam sobre suas práticas buscando modificá-las de forma a abranger a todos em suas necessidades básicas de aprendizagem.

O que se deve compreender é que a educação inclusiva depende não só da capacidade dos sistemas de ensino, do fundamental ao ensino superior, repensarem suas práticas, mas devem também buscar soluções para o desafio de realizar o atendimento pedagógico no local em que o sujeito se encontra restringido – que pode ser o ambiente hospitalar.

Nessa perspectiva deve-se propiciar às pessoas com necessidades educacionais especiais não apenas o acesso às escolas comuns ou ensino regular, mas o acesso dessa escola e desse ensino ao sujeito que se encontra incapacitado de freqüentar as aulas numa instituição de ensino regular, por motivo de doença crônica e internação hospitalar prolongada, buscando assim integrá-los ao sistema de ensino mesmo estando fora dele. Ratificando que a acessibilidade deva ser assegurada não como forma de fazer chegar a pessoa com doença à escola, mas na possibilidade de levar à pessoa em situação de hospitalização todos os recursos possíveis para que ele tenha seu direito à educação assegurado, independente dela estar fora dos muros da escola.

Uma proposta que já foi construída e embasada nas políticas de inclusão educacional, com a qual crianças e adolescentes tem se beneficiado, e se faz necessário referenciá-la.

2.4 Pedagogia Hospitalar: uma realidade a ser expandida

Até o momento refletimos sobre a legitimidade do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, fazendo considerações sobre a relação da educação com a saúde e destacando os aspectos legais da política nacional de Educação Especial. No entanto convém ressaltar os aspectos que caracterizam a modalidade de ensino EJA e outros fatores pertinentes a essa discussão que influenciam de forma determinante o desenvolvimento dessa prática educacional no ambiente hospitalar.

Nesse contexto considera-se Classe Hospitalar a terminologia utilizada pelo Ministério de Educação/Secretaria de Educação Especial (MEC/SEESP) para designar o atendimento pedagógico educacional no hospital, com vistas à continuidade do aprendizado de conteúdos curriculares. Seu principal objetivo é pautado no combate ao fracasso escolar, comum às crianças e adolescentes que são submetidos a internações longas e/ou freqüentes, impossibilitando-os de acompanhar o ano letivo da escola regular (BRASIL, 2002).

A literatura da área traz outras denominações, tais como: atendimento pedagógico educacional hospitalar (Fonseca, 1999); espaço escolar para crianças hospitalizadas, atendimento escolar no ambiente hospitalar (Fonseca, 2002); escola hospitalar (Fonseca, 2003); escolarização hospitalar, espaço de ensino em ambiência hospitalar [Ortiz & Freitas, 2001] (CARDOSO, 2007).

Sob essa ótica, a Pedagogia hospitalar, enquanto fundamentada na modalidade de Educação Especial, se fortalece na luta pelo direito à educação e promoção da vida, encontrando-se apoiada no documento: *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações* (BRASIL, 2002).

Esse documento visa estruturar e promover a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares de forma a assegurar o acesso à educação básica e à atenção às necessidades educacionais especiais. Preceitua que:

o atendimento pedagógico deverá ser orientado pelo processo de desenvolvimento e construção do conhecimento correspondentes à educação básica, exercido numa ação integrada com os serviços de saúde. A oferta curricular ou didático-pedagógica deverá ser flexibilizada, de forma que contribua com a promoção de saúde e ao melhor retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos envolvidos (BRASIL, 2002, p.14).

Ainda nesse mesmo documento, afirma-se que:

cumpra às classes hospitalares 1 e ao atendimento pedagógico domiciliar 2 elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que encontram-se impossibilitados de freqüentar escola, temporária ou permanentemente e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (BRASIL, 2002, p.9, grifo nosso).

Encontra-se, portanto, na lei esse dispositivo que contempla o atendimento pedagógico também aos jovens e adultos hospitalizados, no entanto atualmente se reconhece esse direito apenas às crianças e jovens até os 14 anos. Um grande e necessário passo, sem dúvida, mas que não exclui a possibilidade de se repensar os motivos que levaram a exclusão do atendimento às outras faixas etárias e refletir em propostas que possam assegurar esse direito aos jovens, adultos e idosos que queiram usufruir desse direito que é reconhecidamente de todos.

Podemos verificar que vários autores, Ceccim (1997), Matos e Mugiatti (2008), Fontes (2005), Fonseca (2003), têm preconizado o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar à

criança, por sua reconhecida importância ao seu desenvolvimento integral. As pesquisas nesse campo mostram a relevância do tema e como ele é apresentado por seus diferentes autores. Contudo as práticas que alimentam esse cenário de inclusão e adequação ao atendimento pedagógico, no ambiente hospitalar para crianças com necessidades educacionais especiais, também podem abrir caminho para a discussão da necessidade de expansão desse atendimento, que hoje é contemplado apenas a uma restrita faixa etária.

No entanto o que se focaliza nesse estudo não é apenas a apropriação desse modelo de atendimento à criança voltado ao adulto hospitalizado, mas os princípios norteadores de um atendimento humanizado que contemple a inclusão e o direito à educação para todos.

Então parece que a questão que se coloca é muito maior do que quem está dentro ou fora e precisa ou deve ser incluído. O enfoque, sobretudo, destaca a respeito de como se dá esta inclusão e em que contexto se pretende incluir. Também e principalmente, da implicação do Pedagogo nesse processo.

Na tentativa de dar maior visibilidade e validade a essa proposta educativa torna-se importante destacar o projeto que corre em tramitação no congresso, o qual dispõe sobre o atendimento educacional especializado em classes hospitalares e sobre o atendimento pedagógico domiciliar. No Projeto de Lei 4191/04, do deputado Wladimir Costa (PMDB-PA), o texto deixa claro que os sistemas de ensino e de saúde devem oferecer atendimento educacional especializado a crianças, jovens e adultos que estejam impossibilitados de frequentar as aulas por limitações de saúde. O projeto, que tramita em caráter conclusivo, foi analisado pelas comissões de Educação e Cultura, de Constituição e Justiça e de Cidadania.

O Relator da Comissão de Educação e Cultura (CEC), Deputado Professor Sétimo, explica em seu Relatório sobre o Projeto de Lei nº. 4.191 de 2004 o seguinte:

O Projeto de Lei em comento propõe que os sistemas públicos de saúde e educação prestem atendimento educacional especializado às crianças, jovens e adultos que, por estarem doentes ou em outras situações de agravo à saúde, fiquem impossibilitados, temporária ou permanentemente, de frequentar aulas em ambiente escolar. O atendimento em questão deverá ocorrer em classes organizadas nos hospitais e similares ou nos domicílios em que vivam os educandos enfermos ou incapacitados, incluídas neste caso as casas de passagem, casas de apoio, casas-lar ou outras estruturas de apoio similares. Segundo o deputado-proponente, aqueles que se encontram na situação de enfermidade devem ser considerados “educandos portadores de necessidades especiais” e, enquanto tais, ficam também sob a cobertura das leis que se destinam a este contingente populacional. O Projeto define os objetivos a que deve servir o atendimento educacional preconizado e estabelece que as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação e de Saúde deverão celebrar convênios entre si, que fixem as

respectivas responsabilidades e competências, as formas de integração e a divisão de atribuições para a oferta de classes hospitalares e do atendimento pedagógico domiciliar. Postula que devem ser também firmados convênios com outros órgãos e instâncias governamentais e não-governamentais, visando ao cumprimento das finalidades estipuladas. A Proposição estabelece, por fim, os diferenciados patamares de formação requeridos para os docentes que deverão atuar nos diversos níveis educacionais do atendimento hospitalar e domiciliar, bem como determina as condições trabalhistas especiais que lhes deverão ser asseguradas. O autor, ao justificar sua proposta, reconhece que o quadro legal e institucional que fundamenta a idéia-mestra de seu Projeto já é amplo: parte da Constituição Federal, passa pela LDB e pela Lei nº 7.853/1989, que assegura os direitos das pessoas com deficiência e chega a Resoluções Específicas do Conselho Nacional de Educação, todas com vistas a garantir tal atendimento suplementar e especial àqueles que, por estarem hospitalizados ou impossibilitados de comparecer à escola por doença ou incapacidade, precisam, ainda assim dar continuidade ou mesmo início à sua formação educacional. Menciona inclusive a publicação pelo MEC, em dezembro de 2002, de Documento intitulado “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar – estratégias e orientações”, elaborado para incentivar e orientar estados e municípios na implementação das disposições legalmente estabelecidas sobre o assunto (BRASIL, 2004).

O voto do Relator ao Projeto de Lei nº 4.191 de 2004, ressaltou a necessidade de assegurar às crianças, aos jovens e aos adultos com doença, seu direito constitucional à educação básica. Além disso, Deputado Professor Sétimo julgou ponderável:

[...] não só reunir como reafirmar, em uma nova lei, os dispositivos existentes em diversas leis maiores e menores, já que o próprio Ministério da Educação denunciava, em 2004, que somente 13 unidades da Federação dispunham de atendimento educacional hospitalar e domiciliar para seus doentes que queriam estudar ou precisavam dar seqüência a seus estudos de nível infantil, fundamental ou médio. É justo que o Parlamento faça o que estiver ao seu alcance para assegurar que estas pessoas, já vitimadas por condições adversas à saúde, que lhes fazem permanecer por tempo maior ou menor apartadas da normalidade da vida social, não tenham que ser penalizadas também pela ignorância, patrocinada pelo Poder Público (BRASIL, 2004).

Também foi lembrado pelo Relator do Projeto de Lei - PL 4610 de 2004, os preceitos constitucionais do direito à educação como um dever do Estado e da Família.

Assim, se todo cidadão brasileiro - criança, jovem ou adulto - tem direito à educação, cabe, portanto, ao Poder Público oferecê-la, por si ou em parcerias que o viabilizem, não sendo admissível que a impossibilidade de comparecer às aulas em escolas regulares, por problemas de saúde, se constitua em impedimento para a oferta educacional. O Projeto em tela detalha suficientemente a maior parte das questões implicadas na oferta de educação básica em ambientes não escolares – no caso, hospitalares e domiciliares –, principalmente ao observar as peculiaridades de formação dos docentes, que estarão trabalhando em espaços e condições muito diferentes dos usuais, e seu autor cuida ainda de mostrar que o próprio Ministério da Educação já vem tratando dos diversos aspectos envolvidos nessa oferta, ao editar, por exemplo, Documento orientador contendo estratégias que podem e devem ser utilizadas quando da implementação estadual ou municipal destas experiências (BRASIL, 2004).

Identifica-se portanto o explícito reconhecimento desse PL 4610/2004, que tramita em caráter conclusivo, pelas comissões de Educação e Cultura; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Principalmente porque a característica dessa proposta segundo (CEC, 2007) visa assegurar “a oferta de educação hospitalar ou domiciliar a um grande contingente de brasileiros de todas as idades, temporária ou permanentemente impossibilitados de freqüentar as escolas de educação básica por enfermidades.” Ainda, à luz do que ficou exposto pela análise do Relator, a Comissão de Educação e Cultura foi favorável à aprovação do Projeto de Lei nº 4.191/2004, apresentando as seguintes emendas:

Emenda nº 1- O caput do art. 1º do projeto passa a ter a seguinte redação: "Art. 1º - Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, ficam obrigados a oferecer atendimento educacional especializado a crianças, jovens e adultos, temporária ou permanentemente impossibilitados de freqüentar as aulas nas escolas de educação básica, em decorrência de condições e limitações específicas de saúde." Emenda nº 2 - O § 2º do art. 2º do projeto passa a assumir a seguinte redação: "§ 2º Denomina-se atendimento pedagógico domiciliar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambiente domiciliar ou em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar ou outras estruturas similares de apoio da sociedade, em decorrência de problema de saúde que impossibilite o educando de freqüentar a escola." Emenda nº 3- Renumere-se como art. 5º aquele cujo texto é o que se segue, e a seguir, os artigos que lhe são subseqüentes: "Art. 4º Os Poderes Públicos, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, poderão celebrar, por meio de suas secretarias de Educação, convênios ou outros instrumentos de cooperação com órgãos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, universidades e organizações não governamentais, visando à promoção do atendimento educacional especializado em classes hospitalares ou por meio de atendimento pedagógico domiciliar, bem como o acompanhamento e avaliação das ações decorrentes desta Lei." Emenda nº 4 - O inciso I do art. 7º do Projeto original (ou do já renumerado art. 8º) passa a assumir a seguinte redação: "I – identificar os estabelecimentos hospitalares ou similares que ofereçam atendimento educacional para crianças, jovens e adultos, e orientá-los quanto às disposições legais." (BRASIL, 2004).

Já o relator da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), Deputado Geraldo Pudim, declara em seu parecer que:

O projeto de lei em epígrafe propõe que os sistemas públicos de saúde e educação prestem atendimento educacional especializado às crianças, jovens e adultos que, por estarem doentes ou em outras situações de agravo à saúde, fiquem impossibilitados, temporária ou permanentemente, de freqüentar aulas em ambiente escolar. O atendimento deverá ocorrer em classes organizadas nos hospitais e similares ou nos domicílios em que vivam os educandos enfermos ou incapacitados, incluídas neste caso as casas de passagem, casas de apoio, casas-lar ou outras estruturas de apoio similares. Aqueles que se encontram na situação de enfermidade devem ser considerados “educandos portadores de necessidades especiais”. (COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA. Acesso em: 03 nov. 2009)

Vale destacar que, de acordo com o PL 4610/2004, as classes hospitalares atenderão aos estudantes internados em qualquer hospital, inclusive hospital-dia, hospital-semana e serviços de atenção integral à saúde mental. Esse atendimento diferenciado deverá assegurar a aprendizagem desses alunos especiais e manter o vínculo com as escolas, de forma a favorecer o ingresso ou retorno dos alunos à escola regular. A proposta também assegura a frequência escolar do aluno, com base em relatório elaborado pelo professor responsável pelo atendimento.

Quanto à jurisdição pelo projeto, fica na competência das secretarias de Educação, as quais deverão contratar e capacitar professores, prover os recursos financeiros e materiais para os atendimentos e acompanhá-los para assegurar o cumprimento da legislação. Já as Secretarias de Saúde deverão disponibilizar e adequar espaços nos hospitais e dotar esses espaços de instalações sanitárias próprias e adaptadas às necessidades dos educandos.

Os professores que participarem desse atendimento diferenciado deverão ser formados em nível superior em curso de licenciatura, de graduação plena, para atuação na educação básica. Além disso, sistemas de ensino deverão lhes assegurar oportunidades para formação continuada. Quem ministrar aulas em classes hospitalares ou na casa do aluno doente terá direito de receber os adicionais de periculosidade e de insalubridade. (COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA. Acesso em: 03 nov. 2009)

A Pedagogia Hospitalar, portanto, pode estar se preparando para construir as possibilidades educativas que acontecem em um hospital, buscando uma amplitude da ação pedagógica à EJA. Dessa forma, precisará prever uma flexibilização da construção do conhecimento sob uma concepção aberta do currículo, com vista para uma seleção de conteúdos significativos a pessoa com doença em seu cotidiano. Pois ao se extrapolar o espaço escolar e pensar novos sentidos para a ação, além dos muros da escola, deve-se também ressignificar a práxis educativa.

Diante da proposta de inclusão dos que estão excluídos social e educacionalmente, poderíamos alegar que a contribuição do acompanhamento pedagógico em qualquer idade infere no bem-estar do sujeito hospitalizado e pode ser analisado sob dois aspectos. Primeiro, porque um tipo de atividade capaz de acionar a imaginação como canal de comunicação possibilitará um momento de reflexão e estabilização do desgaste que o ambiente hospitalar ocasiona. Pois concordando com Arendt (1993, p. 52):

somente a imaginação nos permite ver as coisas em suas perspectivas próprias; só ela coloca a uma certa distância o que está próximo demais para que possamos ver e compreender sem tendências ou preconceitos [...] Sem esse tipo de imaginação, que na verdade é compreensão, jamais seríamos capazes de nos orientar no mundo. Ela é o único compasso interno que possuímos.

Em segundo, conforme Fontes (2004):

[...] porque ao conhecer e desmistificar o ambiente hospitalar, ressignificando suas práticas e rotinas, que é uma das propostas de atendimento pedagógico em hospital, o medo que paralisa as ações e cria resistência, tende a desaparecer, surgindo em seu lugar a intimidade com o espaço e a confiança naqueles que cuidam dele. FONTES, Rejane de Souza. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 271-282, 2004.

Por isso ao propor a perspectiva do atendimento pedagógico ao jovem e adulto no ambiente hospitalar, o que precisa ser considerado como foco prioritário é a construção de conhecimento significativo, transdisciplinarmente, marcado pela interseção de vários campos de saberes. Propiciando ao sujeito um contexto de aprendizagem com seu estado de saúde, onde lhe será permitido lançar um outro olhar sob sua própria história de vida.

Uma concepção de educação que têm o potencial de transformação da realidade, em que o sujeito possa conhecer o seu corpo, conhecendo sua enfermidade, fazendo escolhas e assumindo decisões juntamente com a equipe médica. Desta forma o processo hospitalização/educação fica entendido como instrumento potencializador na conquista do bem-estar e de fonte de informação.

Um atendimento pedagógico capaz de inter-relacionar com outras áreas do conhecimento consolidando uma prática educativa que transcenda os conteúdos curriculares, constituindo uma nova perspectiva de vida aos adultos hospitalizados. Um contexto de novas experiências que permita o sujeito perceber seu estado de saúde sob outro ponto de vista. O ponto de vista do aprendizado e não apenas o da doença.

Uma tentativa em transformar esse espaço de doença – o hospital – em espaço de criação, capaz de envolver profissionais, pessoas com doença, familiares e sociedade na construção coletiva de um novo ambiente de aprendizagem. Vislumbrar no hospital não apenas lugar de tratar a doença, mas um ambiente que pode gerar espaço para o lúdico potencializando a condição humana da alegria (do riso); capaz de estabelecer trocas e conhecimentos nas dimensões física, emocional, mental, espiritual e que podem se expressar por diferentes linguagens –

profissional, artística, intelectual, artesanal, poética, musical, espiritual, corporal e tantas outras que a condição humana nos permite elaborar; um espaço que promova o diálogo entre os profissionais que cuidam, grupos voluntários, familiares e a pessoa doente, sendo que dessa troca surja uma nova visão sobre a doença/saúde. Essa nova concepção de ambiente hospitalar sugere uma relação de cura pela diversidade de saberes sobre o processo de doença e cura, e que não esteja mais restringida aos profissionais da saúde, mas propiciada como fonte de informação a todos os participantes desse processo coletivo de promoção da saúde.

Assim o hospital torna-se um espaço social apropriado para a promoção da saúde uma vez que pode lançar mão de propostas pedagógicas para promover a saúde, a auto-estima, comportamentos positivos, além de habilidades para a vida cotidiana, tais como capacidade para tomadas de decisão, comunicação, compreensão de emoções, pensamento crítico e aprendizagens significativas.

2.5 A humanização da atenção à saúde

A sucessão de injustiça, miséria, indiferença e analfabetismo levam à exclusão de milhares de crianças, jovens, adultos e idosos no nosso país. Se destacarmos nesse meio os sujeitos hospitalizados com NEE, então teremos mais um dado preocupante no contexto ético voltado ao respeito ao outro.

As pessoas hospitalizadas que não foram alfabetizadas ou não conseguiram dar continuidade ao processo de escolarização por motivo de doença, ainda não viraram dados estatísticos. Mas não seria difícil constatar essa demanda nos hospitais, assim como foi investigado nesta pesquisa. Os sujeitos que fazem parte desse contexto acham-se duplamente lançados no processo de exclusão social, primeiro pelo analfabetismo e segundo pela hospitalização.

Cabe portanto destacar que, no plano das garantias legais, o pressuposto que rege as intenções em busca de uma saúde integral e digna para todos é reconhecido na Constituição Federal de 1988. O art. 196 preconiza saúde como direito de todos e dever do Estado, e o art. 198 afirma que as ações e serviços são integradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto sabe-se que o acesso aos serviços, com acompanhamento e responsabilização pelas necessidades

de cada usuário e a participação dos sujeitos, permanecem como desafios a serem superados (BRASIL, 1990a).

Entretanto sabemos que mesmo com avanços, como os direitos reconhecidos na Constituição Federal e a regulação do SUS, estes não foram suficientes para assegurar a legitimação do direito à saúde de todos os cidadãos usuários. À medida que depende, em parte, da ação administrativa e política do Estado, que nem sempre garante medidas de proteção a esses direitos, a sociedade é conduzida a criar espaços democráticos para a conquista do direito à saúde, sobretudo em sociedades autoritárias e desiguais como a brasileira (CHAUÍ-BERLINCK, 2006).

Ainda que seja precária a assistência à saúde nos serviços públicos do Brasil, propiciar o desenvolvimento desse sujeito – no ambiente em que ele se encontra restringido por motivo de saúde – pode representar uma experiência educativa capaz de repercutir num atendimento hospitalar mais humanizado. Pois, quando o ser humano encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento e necessita de hospitalização, o problema pode se agravar com a falta de humanização da assistência. Nesse sentido Fortes (1998), observa que embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente.

Para o autor:

a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco. FORTES P. A. C. *Ética e Saúde*. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

Segundo Ribeiro (2002), o humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens. Pode ser expresso pela atitude e a forma de atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área. Humanizar compreende uma transformação social e cultural das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito e sensibilização.

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos

humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde. Como refere Zoboli (2003), o estado de saúde e o processo saúde/doença em cada pessoa são vivenciados como condição única.

Deve-se enfatizar que a humanização da atenção à saúde tem seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu art. 1º afirma: "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade".

De grande importância também, para a fundamentação sobre a humanização na saúde, foi a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão soviético, de 6 a 12 de setembro de 1978. A Conferência formulou uma declaração que expressa a necessidade de uma ação mútua entre governo e sociedade em prol da saúde.

I - A Conferência reafirma, firmemente, que saúde, que é um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, é um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social do mundo, cuja realização exige a ação de muitos outros setores, social e econômico, em adição ao de saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A Declaração enfatiza que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é o objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde, sendo que as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente, no planejamento e na implementação de seus cuidados com saúde. E reitera a colaboração de todos para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, enfocando que esses cuidados incluem (VII) "educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle".

Posteriormente, na primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde, no Canadá, em 1996 (mundialmente conhecida como carta de Ottawa) consagrou-se a reorientação dos serviços de saúde pública no Brasil. O reconhecimento de outros determinantes além do biológico no processo de saúde/doença foi incorporado ao Movimento para a Reforma Sanitária, constituindo as idéias centrais da criação do SUS (BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008).

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, diversos documentos asseguram a dignidade ao ser humano no atendimento em saúde:

Constituição Federal do Brasil, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei dos Planos de Saúde e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, códigos de ética das profissões, resoluções do Conselho Federal de Medicina, declarações internacionais de princípios, normas de pesquisa com seres humanos, normas do Ministério da Saúde, legislação esparsa e jurisprudência. O Ministério da Saúde publicou, em 1999, uma carta de direitos dos usuários, e, após sete anos, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006b).

A legislação concernente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (BRASIL, 1990b).

A visão de saúde na concepção integral constitui os objetivos do SUS, pois prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e as pessoas, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e exige o desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde (BRASIL, 1998, p.20).

Ao Ministério da Saúde cabe a direção nacional do SUS, dispondo e estabelecendo normas em nível nacional. Lembrando que a partir da regulamentação do SUS, a concepção de saúde tornou-se mais ampliada pelo reconhecimento dos fatores determinantes às condições materiais de vida, além do biológico, no processo de saúde/doença. A relação saúde e fatores sociais favoreceu as discussões acerca dos cuidados ambientais e ações comunitárias, destacando que a promoção da saúde se desenvolve por meio da práxis entre os serviços de saúde e comunidade, numa atuação abrangente e de integração com outras necessidades, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, o acesso a bens e serviços assistenciais (BRASIL, 1990, p.20).

Com o reconhecimento de que a maioria das demandas voltadas aos serviços de saúde não tem uma causa orgânica precisa, mas expressam as condições de vida, de trabalho e cultura das pessoas, o SUS passou a ter com desafio “um novo modelo de assistência e organização de serviços ainda não implantado plenamente e que exige, além do financiamento necessário, mudanças profundas envolvendo os sujeitos do processo.”(BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008, p.12).

Ressaltando que o final da década de 90 foi marcado por discursos governamentais referentes à humanização na atenção à saúde. Em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O Programa enfocava a necessidade de ocorrer uma transformação cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado ao usuário, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas. Expressa que as relações humanas que caracterizam o atendimento à saúde exigem "agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação." (BRASIL, 2002).

O Manual de humanização, elaborado com base no Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar (PNHAH) apresenta informações que permitem consolidar o processo de expansão do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar.

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2002).

Dessa maneira em 2002 o Sistema Único de Saúde (SUS) institui uma política de saúde que visa a integralidade, a universalidade, o aumento da equidade e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Assim lança a Política Nacional de Humanização – PNH (2002) que apresenta propostas e ações de melhoria do sistema de saúde no Brasil.

A partir da regulamentação da educação permanente em saúde, instituída pela Portaria Ministerial nº. 198 de 2004, o Ministério da Saúde cria estratégias a fim de implementar os preceitos do SUS em relação ao desenvolvimento de novas práticas e saberes para consolidar a formação dos trabalhadores da saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como referência principal a integralidade do atendimento, sinalizando estratégias para mudanças e qualificação da atenção à saúde. Segundo Bertani, Sarreta e Lourenço (2008, p. 36):

nessa perspectiva cabe aos atores do SUS diretamente envolvidos com as ações de assistência, realizá-las de forma integrada e humanizada, considerando as subjetividades, acolhendo as necessidades dos usuários para dentro dos serviços de saúde, e respeitando sua história de vida, sentimentos, incertezas, conflitos, medos. A equipe de saúde, ao

estabelecer uma relação horizontal com a população, permite que a mesma participe de todo o processo que envolve o tratamento. Este paradigma desenvolve a capacidade crítica, de reinventar o trabalho e encontrar a melhor solução para os problemas apresentados, ou seja, o usuário não fica passivo, sendo reconhecido enquanto sujeito que pensa, age e é responsável por todos os seus atos, e também participa com os profissionais de saúde de todas as decisões que envolvem sua vida.

Nesse sentido, o fato de humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS apresenta-se como política pública estratégica para a qualificação das práticas de saúde, pela articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria da ambiência do cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, valorizando a dimensão subjetiva e social (BRASIL, 2006).

No contexto da política de humanização na saúde, a subjetividade é entendida como identidade pessoal resultante da constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados na produção da própria saúde, que influenciam as condições de uma vida saudável. Esse sujeito é, também, coletivo, histórico e determinado por múltiplos fatores – familiares, políticos, econômicos, ambientais etc. (Benevides e Passos, 2005). Ao levar em conta essa totalidade, Meksenas (2002), utilizando o exemplo de um paciente com dor, considera que a pesquisa fenomenológica significa, nessa situação, relacionar as causas da dor com a ação ambulatorial humanizada pela adoção de medidas multidisciplinares: medicamentos associados a cuidados, conversas e possibilidades de estabelecer uma relação dialógica (BRASIL, 2006a).

Outra peculiaridade essencial do Programa de Humanização, tanto nos hospitais como na formação e funcionamento da Rede, é o trabalho com equipes interdisciplinares.

Nessas equipes, tende-se à mútua formação elementar contínua dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidades e profissões, com o fim de, sem provocar nenhum tipo de confusão, propiciar tanto a exploração das interfaces das suas capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teórico-técnicos e, ainda, a invenção de novos papéis requeridos pela tarefa. Essa equipe inclui, eventual ou regularmente, os que desempenham os denominados “ofícios” (não qualificados como profissões) e, ainda, da mesma forma, os usuários e/ou seus representantes, assim como representantes da comunidade organizada (BRASIL, 2006a).

Em relação à humanização das relações entre a equipe multiprofissional do hospital e o sujeito hospitalizado pode-se vislumbrar nesse contexto um pedagogo capaz de fazer com que a voz do sujeito supostamente “paciente” seja, não apenas ouvida, mas compreendida. Assim sua autonomia – edificada nesse contexto – repercutirá de forma mais participativa no seu tratamento, nas escolhas terapêuticas, no envolvimento com seu processo de cura e na ressignificação desse cotidiano de exclusão. Nesse aspecto, Zardo (2007, p. 59), acredita que:

[...] a humanização do hospital através da “escuta pedagógica” se torna viável, já que o entrelaçamento entre as bases da educação e da saúde possibilita um atendimento que considera o sujeito em sua complexidade. Ademais, a “escuta pedagógica” possibilita a mudança da concepção de vigilância, promovida pelo olhar hierárquico, que somente considera o indivíduo como objeto de registro e controle, que marcam a origem das instituições modernas.

A educação nesse contexto de humanização do ambiente hospitalar, fundada na valorização da fala do sujeito, acena como uma possibilidade de acesso à informação e consciência política em direção a uma mudança nas práticas de saúde que ferem a dignidade humana.

Diante dessa perspectiva, de lançar bases para um atendimento hospitalar mais humanizador, Vasconcelos (2005) propõe a clínica do discurso; um procedimento que procura alicerçar o trabalho pedagógico em escuta, buscando no sujeito suas capacidades formadoras, suas intelectualidades, seus saberes e sentimentos, às vezes ocultos. Nesse sentido cabe destacar que esse procedimento não consiste em uma técnica de análise, mas em uma estratégia fundada na valorização da fala do sujeito, por intermédio de uma abordagem clínica que se baseia na afetividade, em que são permitidas transferências. Segundo a autora:

a clínica do discurso é uma forma de escuta que valoriza o que o sujeito tem a dizer, o que ele conhece sobre o que sente, o que espera de si mesmo e de suas habilidades. Procuramos dar-lhes voz a fim de que reconheça em suas fragilidades os pontos de apoio de que necessita para o autoconhecimento e a ego-dependência (VASCONCELOS, 2005, p. 12).

Dessa forma, os sujeitos tendem a ver no seu interlocutor um ponto de apoio na re-inserção para a vida, para o mundo e todas as suas possibilidades. Assim pode ser associado ao pressuposto de Vasconcelos (2005) – que afirma que a fala constitui instrumento de humanização do ser humano, e, portanto, a alma das representações que podem ultrapassar a visão e multiplicar as possibilidades – o conceito de “escuta pedagógica”, sugerido por Ceccim (1997) e Fontes (2004). Pois na concepção revelada por esses autores, a humanização da atenção à saúde está associada à “escuta” ao sujeito hospitalizado. A capacidade de falar e ouvir o outro compreende o processo do cuidado e assistência à pessoa com doença. Um pressuposto que também se faz presente no contexto da política de humanização na saúde na perspectiva de VASCONCELOS (2004):

graças à humanização, aceita-se com facilidade hoje a necessidade de incluírem-se outros profissionais além do corpo médico no meio hospitalar, transformando-o em um

contexto afetivo, e de reintroduzir a emoção no funcionamento cognitivo. A afetividade é uma dimensão de nosso pensamento tão essencial quanto o pensamento. Os médicos costumam dizer que quando o corpo cala, os órgãos falam. A afetividade nos constitui, ela se identifica com nosso próprio pensar e nos identifica como pessoas. Amores, paixões, gostos, interesses, rejeições, repulsas, ódios e rancores, tudo isso forma o ser humano e dele é inseparável. Não há distância entre o homem e seus sentimentos.

Assim, se apreciarmos o fato de que as políticas públicas de humanização da atenção à saúde vêm sendo consolidadas nos últimos anos, devemos considerar que, para melhor atingir seus objetivos, devam se orientar pelo princípio da atenção integral pelo qual o homem deve ser considerado como a essência da ação pedagógica. Seguem-se perspectivas que expressam as idéias centrais da criação do SUS:

temos a partir do SUS, a compreensão de saúde não mais enquadrada apenas nos limites de da doença. Há o enfoque; sobretudo, dos determinantes sociais, embora no cotidiano ainda sobressaia ações embutidas de antigos valores. Na realidade, observamos que os serviços de atenção primária, mais próximos dos usuários e da sua realidade, deveriam focar a educação em saúde, contudo, acabam se restringindo à execução de tarefas dentro da lógica do capitalismo. Assim, apesar dos avanços postos pela mudança de paradigma da política da saúde, os atendimentos continuam sendo feitos dentro do modelo verticalizado tradicional, sem que haja qualquer manifestação de visão de mundo sócio-histórica (BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008, p. 80)

Nesse sentido a Pedagogia Hospitalar contribui para a humanização e a promoção da saúde, pois seus pressupostos e abordagens guardam estreita relação com a concepção de homem, sujeito e protagonista do seu processo saúde/doença. Portanto permite a identificação das necessidades reais dos sujeitos hospitalizados, o que poderá tornar a produção do cuidado em saúde mais humanizadora pela escuta e pelo respeito a essas singularidades de contextos socioculturais e históricos próprios de cada um e em grupos.

Sem dúvida podemos considerar que os pressupostos levantados até aqui são válidos para respaldar a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar, como também servem para fundamentar a prática pedagógica que requer essa intervenção.

2.6 Formação do Pedagogo

Apesar de ainda não esgotado o debate sobre a questão prioritária da educação escolar básica, verifica-se que novas demandas se incorporam aos desafios à formação do educador, já

que são crescentes as intervenções e ações educativas em âmbitos, meios e organizações diferenciados do sistema educacional.

Como a Pedagogia trata da educação e o campo educativo é muito vasto, pois como já foi caracterizada a educação ocorre em muitos lugares e sobre variadas modalidades, há também uma diversidade de pedagogias e não apenas a pedagogia escolar. Fontes (2003, p. 122) ressalta a “hospitalização como um campo de conhecimento a ser explorado”. Segundo esta autora o contexto hospitalar requer uma perspectiva de educação que seja engendrada a partir do desejo pela vida. Daí a necessidade de um educador com uma formação diferenciada em que prevaleça a atenção e o diálogo.

O ofício do professor no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, psicológica, social, ideológica), mas nenhuma delas é tão constante quanto a da disponibilidade de estar *com o outro e para o outro*. Certamente, fica menos traumático enfrentar esse percurso quando não se está sozinho, podendo compartilhar com o outro a dor, por meio do diálogo e da escuta atenciosa. (FONTES 2003, p. 136).

A compreensão do atendimento pedagógico-educacional à EJA em ambiente hospitalar sugere uma concepção de educação que utiliza a prática pedagógica como instrumento capaz de potencializar a transformação da realidade. O que ganha dimensão e sentido é o pedagogo trabalhar um currículo significativo, capaz de compreender que a construção do conhecimento ocorre transdisciplinarmente, marcada pela interseção de vários campos de saberes (MATOS; MUGIATT, 2001).

Nesta abordagem uma aprendizagem significativa não será apenas aquela em que o sujeito hospitalizado vai assumir o domínio sobre o seu corpo, sobre sua enfermidade, fazendo escolhas e tomando decisões juntamente com a equipe médica. Mas o processo educativo será em consonância com a proposta de formar sujeitos conscientes, propiciando o autoconhecimento e a ressignificação desse contexto de doença em favor da cura. Contribuindo para que o sujeito lance um olhar novo a sua realidade e apreenda que:

olhar para as coisas é a grande fórmula mágica do caminho para o autoconhecimento. O mero fato de observar modifica a qualidade daquilo que está sendo observado, pois esse ato traz luz, ou seja, consciência à escuridão. Os homens vivem desejando mudar tudo e não compreendem que a única coisa que se exige deles é a capacidade de observação. O mais elevado objetivo dos homens – quer lhe demos o nome de sabedoria ou de iluminação – está na capacidade de poder observar tudo e de poder conhecer que é bom do jeito que está. Esse é o verdadeiro autoconhecimento. Enquanto algo perturbar o

homem e ele considerar que isso tem de ser alterado, ainda não atingiu o autoconhecimento. (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p.53-54).

Por isso é importante ressaltar que a preocupação do pedagogo nesse ambiente não deve ser apenas com a trajetória escolar, mas principalmente com as trajetórias pessoais e humanas, de homens e mulheres sem distinção de raças ou cor, do trabalho, da construção social e da cidadania.

Para que tal perspectiva em atendimento pedagógico à EJA no ambiente hospitalar seja possível esta nova proposta deve ser mais discutida com a sociedade, com profissionais de saúde e educação, familiares e sujeitos hospitalizados, para que o pedagogo possa encontrar subsídios que favoreçam uma prática pedagógica transdisciplinar, diferente do ensino regular, na estrutura, no regime escolar, na metodologia, no procedimento de avaliação e duração. Mas fundamentalmente respeitando o desejo e a expectativa de cada sujeito.

Essa diferença torna-se necessária, pois os cursos na modalidade da Educação de Jovens e Adultos – EJA visam atender a uma demanda especificamente constituída de alunos que não puderam completar seu processo de escolarização na idade própria. Portanto sua educação deve ser centralizada na própria história de vida do jovem e adulto, a partir de suas reais necessidades e possibilidades.

Por este motivo é essencial que os enfoques da educação de adultos estejam baseados na cultura, nos valores e nas experiências anteriores das pessoas, e que as distintas maneiras de pôr em prática estes enfoques facilitem e estimulem a ativa participação e expressão do educando. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS, 1999).

Uma forma ideal de atendimento pedagógico seria no sentido de propiciar aos sujeitos em ambiente hospitalar uma fala/escuta de suas lembranças, vivências e experiências de vida, a fim de elaborar relatos de histórias de vida, expandindo o autoconhecimento por meio das funções da linguagem. Para isso, o Pedagogo no ambiente hospitalar precisa ser um mediador capaz de fazer suscitar o desejo de aprender e suscetível ao diálogo.

Por isso entende-se que é necessário um trabalho pedagógico direcionado ao desenvolvimento do sujeito integral que se torne ativo no seu processo de conhecimento e na recuperação da sua saúde. Busca-se um Pedagogo que possa dar voz e autonomia ao sujeito desse processo, oferecendo um direcionamento para que a leitura de mundo possa ser realizada e registrada.

Diante desses desafios é importante instaurar o processo de escuta preconizado por Ceccin (1997) e Fontes (2005), com envolvimento do grupo para criar laços de confiança e comprometimento. Dessa forma procura-se descobrir qual a demanda individual do sujeito, em qualquer idade, a fim de elaborar as estratégias que possam favorecer a compensação da dificuldade apresentada, ou seja, de nutrir o impulso do sujeito pelo desenvolvimento - aprendizagem.

Destacando-se a idéia da abordagem transversal de René Barbier que propõe para as situações educativas e formativas três tipos de escuta: científico-clínica, fundamentada na lógica entre o observado e o objeto de observação; a poético-existencial, onde entram em cena a intuição, o sensível, a improvisação e a criação; e espiritual-filosófica, ou seja, "a escuta dos valores últimos que atuam no sujeito (indivíduo ou grupo)", "aquilo que nos liga à vida". De tal modo que, a escuta sensível "inscreve-se nesta constelação das três escutas" (BARBIER, 1998,168-169).

A formação de educadores para atuar nessa área precisa, portanto, de fundamentos humanísticos e transdisciplinares que auxiliem na construção de conexões entre as diferentes áreas do conhecimento, para que este profissional possa atuar junto à equipe multidisciplinar do hospital distinguindo as especificidades de cada um, a fim de estabelecer relações que possam contribuir no trabalho em equipe e no esclarecimento do sujeito hospitalizado que se encontra paralisado pela concepção elaborada sobre a própria doença.

Cabe a esse pedagogo desmistificar o contexto hospitalar ao sujeito com doença para que o cotidiano nesse ambiente seja apropriado por ele, tornando possível uma interação maior com os procedimentos médicos e mais autonomia nas escolhas terapêuticas. Ações contribuam de fato na resignificação desse contexto; propiciando a adaptação menos estressante, o cotidiano mais expressivo, a adesão positiva ao tratamento e o processo de cura.

Além de tudo é necessário à formação do Pedagogo um aprofundamento dos procedimentos básicos que favoreçam o trabalho pedagógico no ambiente hospitalar, sem causar qualquer tipo de transtorno ou dano à saúde do sujeito hospitalizado, assim como obter uma complementação teórica que oriente em relação às doenças dos sujeitos em aprendizagem, assim como melhor entender a dimensão social dos problemas jurídicos, políticos e econômicos que afetam a sociedade.

Diante das necessidades apresentas nesse contexto torna-se requisito ao Pedagogo uma formação específica em escuta sensível. Conforme Barbier (2002) nos descreve é necessário:

- a) sair do "eu sei" absoluto para reconhecer o "eu não sei" relativo, em particular a tudo que concerne a vida afetiva e imaginária de si mesmo e do outro;
- b) levar tempo escutando o doente, sem intencionalidade, nos momentos cruciais de evolução da enfermidade;
- c) portar sempre a "palavra certa", evitando tratar o paciente como criança;
- d) nunca esquecer a influência da família sobre o estado de espírito do doente;
- e) nunca esquecer a cultura específica do paciente;
- f) usar tempo para falar com toda a equipe de saúde, inclusive o pessoal subalterno;
- g) buscar a participação de um especialista de ciências humanas (psicólogo, psicossociólogo clínico, assistente social, ou até mesmo antropólogo);
- h) reconhecer que ciências humanas pertencem a uma dimensão diferente das ciências da natureza.

René Barbier, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'Ecole Supérieure de Sciences de la Santé - <http://www.saude.df.gov.br>
 Brasília, juillet 2002. barbier@planete.net <http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF>

Finalmente que seja uma formação baseada no amor ao próximo, no acolhimento, pois:

esse ato de acolher e de ser acolhido indica também a ocorrência de um movimento prático, em que os excluídos: crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos estão se constituindo e construindo ao mesmo tempo – ao reunir poder, saber-amor, um novo tipo de relação social, em nível micro e simultaneamente, em nível macro da sociedade. Enfim, um novo homem, uma nova mulher, um novo mundo, uma nova civilização, que não vem, já está. É amorizante e amorizadora ao mesmo tempo, mas que tem uma longa caminhada para ser hegemônica. Neste sentido, a ação da educação e dos educadores-educandos é fundamental, para que a educação em qualquer nível contribua para a transformação da sociedade. (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - GENPEX Documento Base. Grupo de Ensino-Pesquisa-Extensão em Educação Popular (Crianças, Adolescentes, Jovens, Adultos e Idosos) em Estudos Filosóficos e Histórico-Culturais. p. 12)

Portanto o Pedagogo que queira se preparar para atuar no contexto hospitalar precisa corresponder ao que é proposto por BARBIER (1998), no que se refere à “escuta sensível”. Somos levados a acreditar que o procedimento de ouvir com atenção a fala do outro deva ser instaurado como forma de valorizar a história de vida da pessoa com doença, ajudando-a a desvelar os caminhos e descaminhos que foram traçados em (na) busca de sentido da própria vida. Para CANASTRA (acesso em 2009) essa é uma abordagem que indica o processo de constituição das narrativas experienciais de que cada sujeito é protagonista.

É sobretudo no campo das práticas sócio-educativas que a “abordagem biográfico-narrativa” pode vir a revelar-se bastante promissora. Autores como Van Manen (1998), Clandinin e Connelly (2000), Bruner (2000), Bolívar, et alii (2001), Josso (2002) e Lainé (1998), entre outros, privilegiam a abordagem das Histórias de Vida, não apenas como um método (a reconstrução dos significados produzidos), mas também como um fenômeno (a produção da experiência humana narrada e relatada) e como um dispositivo de autoformação (a ação humana escrita num texto e interpretada à luz de uma experiência singular). (CANASTRA, Acesso em 2009).

Neste caso, entender as particularidades de cada um junto as suas singularidades e especificidades, mas com foco no coletivo, permite renovar a visão de educar. Isso leva crer que as relações que se dão entre sujeitos que decidem construir contextos e processos de aproximação, de conhecimento recíproco e de interação produzem mudanças no ato de educar, favorecendo a consciência de si e reforçando a própria identidade, em ambos os casos – ao educador e ao educando.

Ao se lançar um olhar de inquietação sob os aspectos inconscientes, tanto no individual quanto no coletivo da mente humana, torna-se interessante ressaltar alguns aspectos relevantes na formação do Pedagogo. Isso sugere uma reflexão sobre o papel do professor, fazendo referência às suas experiências, observando sua condição de sujeito colaborador e participante ativo de sua própria história e nas relações que ele estabelece dentro e fora do contexto educacional. Em alguma ocasião este professor se posicionou por estar desempenhando este ofício. Porque a escolha por esta profissão faz parte de uma história e, com Almeida (2005), posso reiterar entre outros aspectos, sobre a constituição da identidade do professor.

Identidade entendida como um lugar de lutas e conflitos, um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão, reconhecendo seus laços com a história de vida do sujeito e vicissitudes enfrentadas nas complexas relações entre objetividade e subjetividade em sua formação. (ALMEIDA, 2005, p. 02).

Cabe aqui verificar suas atribuições, tanto no tocante a sua metodologia e formação profissional, quanto na sua relação com o outro. Esses, num sentido mais subjetivo, onde sua memória educativa com uma vasta extensão de fatores intrínsecos e, por vezes, inconsciente, poderá tornar-se a base para possíveis respostas a estas barreiras que se levantam entre educador e educando. Daí essas informações serem tão relevantes quando entendemos que ser professor é, *a priori*, ser sujeito num processo ativo e constante de relacionamento com o outro. (SILVA, 2003).

Em outras palavras, o saber do professor sobre a importância da palavra proferida pelo aluno poderá levá-lo a dar ensejo à fala deste, deslocando a palavra do educando para um lugar extremamente significativo. Esse movimento do professor poderá possibilitar um lugar para o aluno e, conseqüentemente, para a sua própria escuta. O aluno "[...] precisa dirigir sua fala a alguém para que esta retorne e ele a ouça. Não se ouve se não usar esse recurso." (KUPFER, 2001, p. 138). Talvez aí resida uma segunda chance para o sujeito poder encontrar um interlocutor depois da família. Nesse aspecto Nunes (2004), destaca que:

sob a ótica da psicanálise, é de fundamental importância ouvir o aluno na sua individualidade para que a palavra seja resgatada em toda a sua autenticidade a partir das diferenças. Obviamente, o professor, diante da realidade cotidiana, não poderá se tornar um clínico, nem poderá escutar o aluno como faz o psicanalista, dando lugar ao inconsciente. Mas poderá, através de uma ética, que leva em conta os fenômenos inconscientes presentes na sua relação com os alunos, ajudá-los a avançar diante das muitas questões que os mesmos encontram no curso de sua trajetória escolar.

Isso poderá fazer diferença na vida da pessoa com doença, desde que nesse processo seja contemplada a perspectiva de comunhão, em que a educação se faça com o outro e em grupo, contribuindo para a transformação social. Pois segundo a afirmação de Freire (1980, p. 27) “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

Cabe nesse sentido fazer uma provocação quanto ao papel do educador, pois ele precisa ser um interlocutor capaz de estabelecer a comunicação entre o sujeito e o grupo social que ele está inserido, tornando o espaço de aprendizagem num projeto de ação coletiva.

É indispensável que o professor demonstre que gosta do que faz, que sua face revele ser o ambiente hospitalar um lugar em que ele se sinta bem. Para isto, entretanto, é crucial que a escolha de ser professor esteja marcada pela perspectiva da coletividade, formar em grupo. Um professor sensibilizado possibilita espaços e ações coletivas para que haja o desenvolvimento da linguagem, apostando na possibilidade discursiva de seus alunos, favorecendo para que a pessoa possa se implicar no seu processo de vir a ser no contexto individual e social. Práticas por sua vez que se tornam ainda mais relevantes quando nos referimos ao Pedagogo no ambiente hospitalar.

Por essa razão, segundo Paulo Freire, a tarefa do educador é a de problematizar aos educandos o conteúdo que os mediatiza, e não a de dissertar sobre ele, de dá-lo, de estendê-lo, de entregá-lo, como se tratasse de algo já feito, elaborado, acabado, terminado. A educação dialógica que Freire propõe é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de

saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados (FREIRE, 1977).

Dessa forma o Pedagogo deve ser capaz de se aproximar da realidade vivenciada pelo sujeito hospitalizado, se tornando um ponto de apoio na sua re-inserção para a vida, para o mundo em todas as suas vicissitudes. Nisso reside uma das principais funções do diálogo. Este se inicia quando o educador busca a temática significativa dos educandos, procurando conhecer o nível de percepção deles em relação ao mundo vivido (FREIRE, 1999).

2.7 Pedagogia Hospitalar no possível Ambiente virtual de aprendizagem

Sabe-se que a sociedade apresenta demandas sócio-educacionais que ultrapassam os limites formais e regulares da escola; esta é uma necessidade constatável considerando o objeto dessa pesquisa: o ambiente hospitalar. As perspectivas de educação permanente e educação ao longo da vida também ratificam a necessidade de se discutir a educação além dos limites da escola.

Como já foi visto, Pedagogia trata da educação e o campo educativo é muito vasto, pois como se verifica a educação ocorre em diferentes espaços e sobre variadas modalidades, observa-se ainda uma diversidade de pedagogias e não apenas a pedagogia escolar. Tal constatação pode ser percebida no atual momento de reformulação e elaboração, em âmbito nacional, do curso de Pedagogia e de suas Diretrizes Curriculares. Tais reformulações levam em conta que a prática e a atuação do pedagogo não se fazem única e exclusivamente em espaços escolares. Tal espaço está presente na LDB de 1996 que amplia a concepção de educação, incluindo novos agentes e espaços educativos.

Para distinguir mais claramente o conceito de ambiente virtual podemos considerar que virtualizar é problematizar, questionar é processo de criação (LEVY, 1996). Neste sentido podemos afirmar que um ambiente virtual é um espaço fecundo de significação onde seres humanos e objetos técnicos interagem potencializando assim, a construção de conhecimentos, logo a aprendizagem. Por isso, a criação de um ambiente virtual de aprendizagem no hospital significa constituir em um campo de conquista, onde os sujeitos terão a oportunidade de se interagirem na e pela cultura, um espaço para construção de saberes, conhecimento e poder. (SANTOS, 2003).

Cabe, portanto, destacar que a perspectiva das Diretrizes Curriculares para o Curso de Pedagogia (CNE/2005), torna o campo de atuação mais abrangente constituindo-se das seguintes áreas: Docência na Educação Infantil, nos anos iniciais do Ensino Fundamental, nas disciplinas pedagógicas do curso de Ensino Médio na modalidade Normal, assim como em Educação Profissional, na área de serviços e apoio escolar, além de outras áreas (educação indígena, de jovens e adultos, de portadores de necessidades especiais, e outras áreas emergentes no campo sócio-educacional, tal como a Educação e Saúde) nas quais conhecimentos pedagógicos sejam previstos (BRASIL, 2005).

Essa perspectiva será reforçada nos *Objetivos* do Curso de Pedagogia ao se prescrever que as atividades docentes “compreendem participação na organização e gestão de sistemas e instituições de ensino” e que estes englobam, “produção e difusão do conhecimento científico-tecnológico do campo educacional, em contextos escolares e não-escolares.” (BRASIL, 2005, p. 7-8). Reafirmando a perspectiva de atuação do pedagogo também em outros espaços:

o curso de Licenciatura em Pedagogia destina-se à formação de professores para exercer funções de magistério na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental, nos cursos de Ensino Médio, na modalidade Normal, de Educação Profissional na área de serviços e apoio escolar e em outras áreas nas quais sejam previstos conhecimentos pedagógicos. As atividades docentes também compreendem participação na organização e gestão de sistemas e instituições de ensino, englobando: - planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação de tarefas próprias do setor da Educação; - planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação de projetos e experiências educativas não-escolares; - produção e difusão do conhecimento científico-tecnológico do campo educacional, em contextos escolares e não-escolares (BRASIL, 2005, p.7-8).

A Resolução CNE/CP nº. 1 de 2006 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, define princípios, condições de ensino e de aprendizagem, que se aplicam ao Pedagogo, conferindo-lhe aptidão para:

Art. 5º O egresso do curso de Pedagogia deverá estar apto a: I - atuar com ética e compromisso com vistas à construção de uma sociedade justa, equânime, igualitária; IV - trabalhar, em espaços escolares e não-escolares, na promoção da aprendizagem de sujeitos em diferentes fases do desenvolvimento humano, em diversos níveis e modalidades do processo educativo; V - reconhecer e respeitar as manifestações e necessidades físicas, cognitivas, emocionais, afetivas dos educandos nas suas relações individuais e coletivas; VII - relacionar as linguagens dos meios de comunicação à educação, nos processos didático-pedagógicos, demonstrando domínio das tecnologias de informação e comunicação adequadas ao desenvolvimento de aprendizagens significativas; IX - identificar problemas socioculturais e educacionais com postura

investigativa, integrativa e propositiva em face de realidades complexas, com vistas a contribuir para superação de exclusões sociais, étnico-raciais, econômicas, culturais, religiosas, políticas e outras; X - demonstrar consciência da diversidade, respeitando as diferenças de natureza ambiental-ecológica, étnico-racial, de gêneros, faixas geracionais, classes sociais, religiões, necessidades especiais, escolhas sexuais, entre outras; XI - desenvolver trabalho em equipe, estabelecendo diálogo entre a área educacional e as demais áreas do conhecimento; XII - participar da gestão das instituições contribuindo para elaboração, implementação, coordenação, acompanhamento e avaliação do projeto pedagógico; XIII - participar da gestão das instituições planejando, executando, acompanhando e avaliando projetos e programas educacionais, em ambientes escolares e não-escolares; XIV - realizar pesquisas que proporcionem conhecimentos, entre outros: sobre alunos e alunas e a realidade sociocultural em que estes desenvolvem suas experiências não-escolares; sobre processos de ensinar e de aprender, em diferentes meios ambiental-ecológicos; sobre propostas curriculares; e sobre organização do trabalho educativo e práticas pedagógicas; XVI - estudar, aplicar criticamente as diretrizes curriculares e outras determinações legais que lhe caiba implantar, executar, avaliar e encaminhar o resultado de sua avaliação às instâncias competentes (BRASIL, 2006c)

Com base no art. 6º das Diretrizes Curriculares, o curso de Pedagogia deverá compor um núcleo de estudos básicos para articular, de acordo com as seguintes alíneas:

c) observação, análise, planejamento, implementação e avaliação de processos educativos e de experiências educacionais, em ambientes escolares e não-escolares; d) utilização de conhecimento multidimensional sobre o ser humano, em situações de aprendizagem; e) aplicação, em práticas educativas, de conhecimentos de processos de desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos, nas dimensões física, cognitiva, afetiva, estética, cultural, lúdica, artística, ética e biossocial; f) realização de diagnóstico sobre necessidades e aspirações dos diferentes segmentos da sociedade, relativamente à educação, sendo capaz de identificar diferentes forças e interesses, de captar contradições e de considerá-lo nos planos pedagógico e de ensino-aprendizagem, no planejamento e na realização de atividades educativas (BRASIL, 2006c).

Conforme exposto, a dimensão teórico-prática, que situa a pedagogia no contexto hospitalar, está contemplada nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Pedagogia (CNE/2005), através da perspectiva de atuação do pedagogo também em outros espaços. Inserindo nesse debate as novas tecnologias de informação e comunicação como um novo ambiente de aprendizagem virtual para EJA em ambiente hospitalar. Conforme Parecer CNE/CP 5/2005, são destacadas como possibilidades:

[...] a educação a distância, educação de pessoas com necessidades educacionais especiais, educação de pessoas jovens e adultas, educação étnico-racial, educação indígena, educação nos remanescentes de quilombos, educação do campo, educação hospitalar, educação prisional, educação comunitária ou popular. (BRASIL, 2005, p 10).

Portanto a marcada ênfase assistencialista no Brasil passa a ceder espaço a reivindicações por delineamento para as políticas educacionais do país. Com isso a própria sociedade civil começa a participar desse debate e a assumir responsabilidades práticas. Assim a Educação a Distância é vista como uma solução viável às restrições em atender a crescente demanda por educação dos atuais sistemas de ensino presencial, além de ter uma grande importância como agente democratizador da educação atual, na chamada sociedade do conhecimento (SOUZA; FIORENTINI; RODRIGUES, 2009).

As demandas sócio-educacionais do mundo moderno criam a necessidade de se viabilizar a formação de profissionais da educação especializados no atendimento às questões sócio-culturais, cada vez mais complexas. As experiências nessa área demonstram que aprender e ensinar com tecnologias, a distância e/ou em ambiente virtual de aprendizagem tornou-se um cenário motivador desta reflexão.

Um percurso que permite situar o Grupo Comunidade de Trabalho e Aprendizagem em Rede (CTAR) e o programa Universidade Aberta como partes de um *continuum* de pensamento e ação em sintonia com ideais que permeiam a história da Universidade de Brasília, por uma realização de educação em ambiente tecnológico e virtual. Nesse aspecto Pontes (2009, p. 18) ressalta que:

as reformas hoje necessárias para melhorar os sistemas educacionais precisam ir além das que ocorreram em tempos recentes. A apropriação das novas linguagens tecnológicas no processo educativo vem desestabilizar (ou desestruturar) o modelo escolar essencialmente presencial, requalificando-o diante das novas possibilidades de acesso à formação. Se a política, a estética e a cultura estão rearticulando-se diante das transformações sociais desencadeadas pelas novas tecnologias da comunicação, pelas redes telemiáticas e pelos sistemas informacionais, é hora de rever as repercussões de tudo isso sobre o modo de aprender e como as instituições de ensino em todos os níveis, estão ou não lidando com o novo quadro societal.

Considerando essa perspectiva de acesso à informação e formação continuada à pessoa com doença e/ou em estado de hospitalização, devemos considerar que a acessibilidade digital torna-se uma grande aliada. Um reconhecimento às necessidades educativas especiais que já se destaca nos preceitos da Universidade de Brasília cuja estrutura, proposta para a capacitação em nível de Especialização para os professores das disciplinas dos cursos da Universidade Aberta do Brasil (UAB), integrou esforços na atenção à acessibilidade de todos os alunos ao curso,

favorecendo a aplicação de tecnologias voltadas para a pessoa com necessidades educacionais especiais. Nesse sentido Pontes (2009, p. 33) destaca que:

para oferecer a possibilidade de acesso com igualdade de oportunidade em todas as esferas da sociedade a acessibilidade digital é uma das formas de tornar a tecnologia fácil de ser usada por qualquer pessoa independentemente da sua condição física, sensorial, cognitiva ou condição de trabalho. Nesse sentido o acesso digital pode ser facilitado por meio de tecnologias assistivas ou ajudas técnicas que permitam a pessoa com diversos tipos de necessidades especiais tenha acesso ao computador e possam utilizá-los valendo-se dos benefícios que eles oferecem, colocando-o assim em condição de se sentirem incluídas e terem acesso aos conhecimentos fundamentais para viverem como cidadãos.

Para Angelim (2006), considerando a diversidade de ambientes de comunicação e aprendizagem – tendo como referencial o “Ser Aprendiz Orgânico Cósmico” na interação com os outros e consigo mesmo, com a cultura e com a natureza-vida – podemos vislumbrar um ser capaz de interagir com a informação e o conhecimento em todas as circunstâncias propiciadas pela vida.

Voltemos a esse estudante, um ser que “[...] é um verdadeiro cosmos. Não só porque a profusão de interações em seu cérebro seja maior que todas as interações no cosmos, mas também porque leva em si um mundo fabuloso e desconhecido” (MORIN, 1996, p. 282); que se senta na frente de um computador para entrar em contato consigo mesmo, com o outro, com uma multiplicidade de outros, em uma comunidade de trabalho e aprendizagem em rede (enquanto o jantar da família cozinha no piloto automático do micro-ondas); e que pode descobrir que o toque digital e o toque sensível têm possibilidade de se encontrar (ANGELIM, 2006); que, mesmo sentado, pode voar nas asas da imaginação criadora e da reflexividade, enquanto a música que escuta, a imagem que observa e o texto que lê sobrevoam o espaço da sua subjetividade; que se comunica com seu tutor por meio de múltiplas linguagens – das mais explícitas às mais sutis – mesmo as que ele não percebe; que sente dúvidas e medos diante de prazos e avaliações; que deseja uma ensino à distância sem distância e um ensino presencial mais presente; que sabe ter introjetado um modelo reprodutivista e tem consciência de que precisa aprender a construir e assumir sua própria autoria; que fala e escreve, gesticula, elabora e interpreta ideias e experiências; que cria, incessantemente, significado e sentido; e que nem por isso deixa de sentir a solidão, a fragilidade e a incompletude, a transitoriedade e a eternidade do humano (ANGELIM; RODRIGUES, 2009, p. 102).

Em consonância com o direito fundamental de todo cidadão à saúde e educação, o acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) objetiva-se para uma sociedade mais justa. E a democratização da sociedade passa pela possibilidade desse segmento excluído que se encontra em processo de hospitalização ter acesso às tecnologias, e, portanto, condições de utilizar tais recursos para o aprendizado. Acredita-se que projetos, que utilizam a Educação à Distância,

associados às Tecnologias de Informação e Comunicação, podem oferecer relevantes contribuições à educação nacional. Por tudo isso A Educação a Distância (EAD) surge, nesse contexto, como um meio eficaz para atender aos desafios educacionais e às exigências de um atendimento acessível à pessoa hospitalizada ou impossibilitada de ir à escola regular. A Educação à Distância nesse sentido pode avançar significativamente, pois as possibilidades de interação e colaboração criadas pelas Tecnologias da Informação e Comunicação têm contribuído para superar preconceitos em relação à inclusão da educação especial, fortalecendo a compreensão de que esta, além de desempenhar um papel decisivo na definição de ambientes de aprendizagem, é adequada ao desenvolvimento de estratégias de educação continuada em todos os lugares com acesso a Internet (GRUPOCTAR, 2004).

O marco legal da expansão da EaD no Brasil foi o artigo 80 da LDB (Lei nº. 9.394 de 1996), cujo *caput* dispõe que “o Poder Público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades de ensino, e de educação continuada”. Diversas regulamentações anunciadas pelo art. 80 da LDB, em seus parágrafos, como o credenciamento de instituições, os requisitos para a realização de exames e registro de diplomas, foram objeto de normatização pelo Decreto nº 2.494/98, substituído, em 19 de dezembro de 2005, pelo Decreto nº 5.622, que caracteriza em seu art. 1º a educação a distância como:

[...] modalidade educacional na qual a mediação didático pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos.

A Pedagogia Hospitalar, ao incluir a demanda da EJA em ambiente hospitalar ou domiciliar, vem ao encontro da grande preocupação do Governo Federal manifestada através do Decreto-Lei 5.296 de 21/12/2004 que enfatiza a questão da acessibilidade à WEB pois esta é parte integrante do Projeto Brasileiro de Inclusão Digital para as pessoas com necessidades especiais.

Para Paulo Freire (1980), o desenvolvimento de uma proposta de educação a distância fundamenta-se em princípios básicos da educação popular, pois imbrica a dimensão política da educação, a organização social dos homens a partir de seus saberes, a metodologia dialógica e a permanente relação texto/contexto. É portanto na leitura do mundo, na investigação, na tematização e na problematização dos fazeres, dizeres e saberes do educador e do educando que

se busca um movimento de tomada de consciência e ação transformadora em uma sociedade crescentemente diversificada, multi, inter e transcultural. É também uma abertura respeitosa ao outro, onde se reconhece que não existe um “*penso*” individual e sim um “*pensamos*” como ato coletivo conforme sintetizado na frase do referido autor “ninguém educa a ninguém, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 1980, p.79).

2.8 Atendimento hospitalar voluntário de alfabetização de adultos – assistencialismo ou compromisso?

A expectativa de uma educação de adultos inclusiva propõe também a alfabetização em situações especiais, promovendo o resgate da cidadania através da inclusão social de pacientes renais crônicos em clínicas de hemodiálise. Diferentes ações voluntárias nesse sentido ocorrem no Brasil e podem ser caracterizadas como educação não formal em espaços educativos diferenciados.

Conforme matéria publicada pelo jornal O Estado de São Paulo no dia 10/01/2004, a Associação dos Amigos do Rim em Curitiba (PR) realiza em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, o programa de alfabetização Descobrimos as Letras. O objetivo é alfabetizar pessoas hospitalizadas com doenças renais enquanto fazem hemodiálise. As aulas ocupam, em média, uma hora e meia das quatro exigidas pelo tratamento. Arminda Santana dos Santos, de 59 anos é alfabetizada na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba enquanto o sangue é depurado. As aulas - em média uma hora e meia das quatro de hemodiálise - levantaram o ânimo da paciente, segundo a assistente social Sandra Mara Gavloski que acompanha Arminda desde que ela chegou à Santa Casa. Conforme a Assistente Social relata: “*Ela chegava quietinha. Agora, cumprimenta todo mundo.*” Para Arminda: “*Antes, os ponteiros do relógio não andavam. A cadeira incomodava, a pressão baixava e eu acabava ficando mais doente*”. Agora a assistente social afirma que ela já pensa em refazer os documentos em que aparece como analfabeta. (JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO, 2004).

Ainda segundo a matéria publicada pelo jornal O Estado de São Paulo, uma pesquisa feita com 120 pessoas carentes hospitalizadas na Santa Casa mostrou que 18% não são analfabetizados e 54% não completaram o ensino fundamental. Outra iniciativa, realizada pelo Programa Alfabetização Solidária, promove o trabalho voluntário realizado no hospital público Fundação

Oswaldo Ramos, na Vila Clementino em São Paulo. Não saber ler e escrever foi um risco observado entre os pacientes com problemas renais por ser uma condição que pode comprometer a saúde de pessoas que precisam tomar medicamentos ou seguir dietas alimentares diariamente. A preocupação do corpo clínico com a saúde e a baixa autoestima as pessoas, submetidos à hemodiálise três vezes por semana, levou à implantação de uma sala de alfabetização no hospital no início de 2005. *“A proposta era aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Eles não sabiam ler e escrever e não freqüentavam outros cursos de alfabetização porque saem muito desgastados do hospital; a hemodiálise é uma coisa pesada”*, conta Mônica de Castro, assistente social da Fundação Oswaldo Ramos (BOLETIM CIDADÃO SOLIDÁRIO, 2009).

A psicóloga Ana Maria Ferreira Nunes de Oliveira, que acompanha os pacientes, acredita que o curso de alfabetização tem sido de extrema importância para melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica. *“Percebemos que eles ficaram mais motivados e mais tranquilos também. Esta turma perdeu muita coisa, desde a vida normal que levavam até, em muitos casos, o emprego. As aulas tem sido para eles, o resgate da cidadania”*, diz Ana Maria. Para a psicóloga o trabalho da alfabetização mudou a perspectiva de vida das pessoas. *“As aulas tem feito tão bem para os pacientes que eles mudaram até a maneira de vestir. O ponto de vista deles passou a ser o aprendizado e não a doença.”* (BOLETIM CIDADÃO SOLIDÁRIO, 2009).

As aulas no hospital são realizadas das terças às sexta-feiras para duas turmas, pela manhã e à tarde. A novidade trouxe ânimo, motivação e tranquilidade para enfrentar as sessões de hemodiálise. *“Proporcionar o contato com a leitura e a escrita para as pessoas é um trabalho maravilhoso. Em São Paulo a necessidade de dominar esse conhecimento é ainda maior, pois o contato com a leitura é mais freqüente”*, conta Rosemary Aparecida Santiago, coordenadora setorial da Alfasol na Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul) (BOLETIM CIDADÃO SOLIDÁRIO, 2009).

Alfabetizadora há um ano, Ismaete Maria de Souza Cunha, diz que neste pouco tempo aprendeu muita coisa com seus alunos-pacientes. *“Os médicos aprovam a movimentação na sala de hemodiálise, porque os alunos ficam três horas na maca sem atividade, isto contribui para deixá-los deprimidos. Com o curso eles se não só aprendem como também se divertem muito”*, conta a professora que cursa o último ano de matemática e costuma levar jogos para exercitar o raciocínio lógico dos alunos (BOLETIM CIDADÃO SOLIDÁRIO, 2009).

Já no estado do Ceará, a Prefeitura Municipal decretou a lei nº 8990, de 14 de setembro de 2005, que institui o Programa de Alfabetização e Incentivo à Leitura aos pacientes de hemodiálise em Fortaleza. A câmara Municipal de Fortaleza aprovou e a Prefeita Municipal - Luizianne de Oliveira Lins sancionou a seguinte lei:

Art. 1º - Fica instituído, no âmbito do Município de Fortaleza, o Programa de Alfabetização e Incentivo à Leitura para os pacientes dependentes de hemodiálise. Art. 2º - O programa a que se refere o art. 1º constará de planejamento didático pedagógico de leitura e alfabetização, utilizando-se o tempo em que os pacientes estarão se submetendo à hemodiálise, com o acompanhamento de um profissional da área de educação. Art. 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação oficial, revogadas as disposições em contrário. Paço da Prefeitura Municipal de Fortaleza, em 14 de setembro de 2005.

Considerando a importância da educação, para que as pessoas possam participar democraticamente das decisões e assim exercer a cidadania, é necessário que a educação seja oportunizada às pessoas que não tiveram acesso à escola na idade normal ou deixaram os estudos. Segundo Freire (1997), educar é construir e libertar o ser humano do determinismo do sistema vigente, portanto é o processo da descoberta, da produção do conhecimento e expressão das próprias idéias. A alfabetização sugere um significado novo ao mundo, e o trabalho da educação de adultos, em ambiente hospitalar, supõe um movimento diferenciado, longe da concepção tradicional de ensino em sala de aula, mas com a mesma proposta: “ensinar por quê, para quê e como”.

Sabemos, entretanto, que uma educação carregada de sentido não pode se restringir ao assistencialismo promovido sem compromisso com a EJA, ou simplesmente com ações voluntárias de alfabetização sem comprometimento com a continuidade e distanciada dos determinantes sociais nos quais se inscreve a realidade de muitas pessoas atendidas em hospitais.

É necessário nesse contexto o reconhecimento de outros fatores determinantes, além do biológico no processo de saúde/doença. Uma postura que o pedagogo deve assumir para que possa favorecer as discussões acerca dos cuidados ambientais, ações comunitárias, fortalecimento e desenvolvimento das habilidades pessoais (físicas, emocionais e mentais), e ainda incidir nas mudanças significativas nas ações da área da saúde, contribuindo na conquista da qualidade de vida.

Portanto a leitura e a escrita representam habilidades e instrumento de transformação quando o(a) educando(a) extrapola para a leitura do mundo – ler o mundo por inteiro e

relacionar-se com ele através da economia, da política, da ideologia, da cultura, da arte, entre outros.

“A leitura do mundo”, de acordo com Freire (2001), nada mais é do que uma leitura de nós mesmos e das circunstâncias que nos rodeiam. Através dessa leitura reconhecemos que aquilo que parecia estar somente fora de nós, está também dentro, como marcas. Paulo Freire nos ensinou o caminho para a formação da consciência na sua forma política. Ensinou-nos que “estar no mundo e com o mundo” é não somente aprender a ler a realidade, mas propor-se a modificá-la, já que alteramo-nos na medida da alteração que provocamos.

Dentro desta perspectiva, a alfabetização é um processo de educação permanente, constituindo-se em instrumento de conscientização que gera projetos de transformação da realidade. Daí porque insistia Freire (1980), o ato de educar é eminentemente político, e o fazer pedagógico necessariamente coletivo.

Isso significa redescobrir a leitura do mundo com uma tarefa primeira e fundamental. Uma das grandes contribuições de Paulo Freire foi não dissociar a leitura da palavra de seu contexto e para isso inventou as palavras geradoras, os temas geradores, as codificações da realidade em imagens, as fichas de descoberta, entre outros instrumentos que permitissem o trânsito entre as duas leituras. As novas tecnologias de informação e comunicação, hoje, permitem novas aproximações da realidade e permitem novas formas de codificação que caberá ao pedagogo adequar ao contexto hospitalar.

Nesse aspecto a busca do resgate da cidadania através de projetos educacionais e políticas públicas em educação se constroem através do respeito à diversidade da condição do educando/a e, principalmente, pela crença em que a educação é o principal aspecto do desenvolvimento humano. Destarte a relação a serem estabelecidas entre a sociedade e o meio acadêmico são primordiais, uma vez que a Universidade pode contribuir para o resgate da cidadania e para a inclusão social, por meio de projetos desencadeados a partir da necessidade sinalizada pela sociedade e por meio das tecnologias de informação e comunicação que estão cada vez mais presentes nos diversos espaços sociais.

Ações compromissadas com a EJA em ambiente hospitalar precisam desencadear uma mobilização consciente da sociedade em prol dos direitos à cidadania das pessoas com necessidades educacionais especiais. Práticas pedagógicas nesse sentido precisam ser construídas

para que o ambiente hospitalar não represente mais um contexto de exclusão social, ou apenas mais um movimento assistencialista sem compromisso verdadeiro com a EJA.

Aprender e ensinar, neste contexto, propicia uma profunda conscientização das pessoas envolvidas quanto a seus valores, missão de vida e o desenvolvimento das chamadas habilidades pessoais e sociais: ouvir, falar, aconselhar, observar, negociar, decidir, perdoar. A partir da troca com o outro se conseguirá encontrar novas soluções para edificar o desenvolvimento e a autonomia da pessoa enquanto sujeito social.

CAPÍTULO III

DESAFIOS DOS REFERENCIAIS METODOLÓGICOS

3.1 Pesquisa qualitativa – um estudo exploratório baseado na “escuta sensível”

Para melhor situar a abordagem metodológica do presente trabalho apresenta-se brevemente suas características, começando pelo problema que instiga a investigação: Quais as possibilidades e os limites de uma educação para a saúde em ambiente hospitalar com jovens e adultos, de ambos os sexos, alfabetizados ou não?

A metodologia utilizada nesta investigação foi a do tipo qualitativa como estudo exploratório. A pesquisa também pode ser classificada como de campo, uma vez, que foi realizada uma investigação, por meio da aplicação de entrevistas estruturadas, junto à equipe de saúde e sujeitos hospitalizados na instituição hospitalar pesquisada.

A seguir são contempladas algumas considerações relativas a Pesquisa Qualitativa esclarecendo suas concepções, alcance e etapas que possam elucidar as possíveis relações entre o campo da educação/ saúde e o da Pesquisa Qualitativa, uma vez que ambas se preocupam com os contornos científico, popular e social, articulando teoricamente a Educação em Saúde e a Pesquisa Qualitativa apresentadas por Lima e Costa (2005).

Concordando com as autoras torna-se necessário buscar a construção de uma educação em saúde com a participação da sociedade, no plano individual e coletivo das pessoas. Dessa forma, a pesquisa nesse campo precisa delinear em um primeiro momento, quais são as necessidades das pessoas envolvidas nesse contexto.

Pensando nisso, a intenção desse estudo foi de observar e analisar o ambiente hospitalar procurando ouvir o que os atores desse cenário têm a dizer. É dentro desse contexto que vemos a necessidade da aplicação de uma pesquisa qualitativa, a qual, inserida nas ciências sociais, trabalha com um universo de motivos, crenças e valores, não os reduzindo apenas a questões quantificáveis. Uma vez que a pesquisa qualitativa está inserida no universo das ciências sociais ela entra em contato com todo um percurso histórico, recebendo desta forma, influências das situações que envolvem o caminho percorrido até o momento da pesquisa (MINAYO, 1996).

Para conceituar a pesquisa qualitativa foi utilizada a definição de Minayo (1996, p. 26) na qual afirma:

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As etapas desse trabalho com base em Thiollent (1988) e Minayo (1996) foram divididas em três partes. A primeira parte, denominada de fase exploratória, repercutiu o momento onde trabalho foi planejado, escolhido o objeto de estudo, delimitando o problema, definindo objetivos e enfoque teórico utilizado. Nessa parte houve a opção pelos métodos de coleta de dados e também pela forma como melhor explorar o campo de pesquisa, averiguando os possíveis interessados em participar.

Ainda nessa etapa foi possível definir o objetivo de estudo através da pergunta que instigou essa investigação, a qual surgiu com uma extensiva pesquisa bibliográfica. Com essa pesquisa teórica se obteve a hipótese de trabalho, assim como os sinais de como proceder a interpretação dos dados. A amostragem também passou a ser delineada, sem a preocupação unicamente com questões numéricas, mas sim com as pessoas participantes da pesquisa.

O trabalho de campo, também na definição de Thiollent (1988) e Minayo (1996) representou uma fase imprescindível, sem a qual a pesquisa não seria possível. Como a principal técnica de coleta de dados em uma pesquisa qualitativa é a entrevista procurou-se por meio dela obter as informações que não foram encontradas disponíveis em outras fontes. Além das informações do próprio sujeito entrevistado, como suas opiniões e crenças foi possível nessa etapa a observação participante, entrando em contato direto com o fenômeno estudado, o real mundo em que vivem os sujeitos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

No tratamento dos dados foi o momento de complementar e corroborar os achados e inserir as descobertas no contexto social onde as mensagens foram retiradas. Para Bardin (2002), este tipo de análise tem sua validade explicitada principalmente na elaboração das deduções específica sobre um determinado acontecimento. Portanto buscou-se superar o conceito de que os dados falam por si procurando estabelecer relações de articulação entre os dados e o referencial teórico.

Com base nos autores Lüdke e André (1986) e Bogdan e Biklen (1994) a análise dos dados implicou, portanto, na ordenação de todo o material coletado, com o objetivo de compreender melhor esse material e transmitir o que foi encontrado.

Nessa fase do trabalho foi utilizado uma técnica denominada análise de conteúdo que visa segundo Minayo (1996), enxergar criticamente os dados, saindo da visão do senso comum e do puro subjetivismo.

Desse modo, através da pesquisa qualitativa buscou-se aprofundar conhecimentos que permitiram encontrar as razões que levaram à essa situação em estudo, considerando o contexto histórico, social e cultural da população estudada.

Com base nos estudos de Lima e Costa (2005), sobre as possíveis relações entre educação em saúde e pesquisa qualitativa torna-se comprovada a pertinência do trabalho da pesquisa qualitativa para os profissionais de saúde e educação. Uma educação, segundo as autoras, mais libertadora uma vez que “o resultados obtidos na pesquisa tornam os problemas mais evidentes, assim como suas causas e o caminho para solucioná-los”.

Consolidando essa questão:

Após esse panorama da educação em saúde e da pesquisa qualitativa fica claro que ambas fazem parte de um mesmo universo, com áreas de conhecimento articulados às ciências sociais, antropologia médica, psicologia, educação e pedagogia, pois todas procuram nos indivíduos, inseridos em seus contextos, a solução para seus problemas. A educação em saúde procura tornar os sujeitos conscientes de suas necessidades e capazes de buscarem a solução para os problemas que enfrentam de forma crítica, tornando-se cada vez mais autônomos e independentes de situações impostas pela classe dominante (LIMA; COSTA, 2005, p. 36).

Além dos pressupostos da pesquisa qualitativa, também foi pensada a metodologia da "Escuta Sensível", criada por René Barbier (1998). Uma vez que a Pesquisa Ação Existencial (PAE) apresenta muitas vantagens sobre outras no estudo de um tema como o da presente pesquisa. Trata-se de um tipo de pesquisa que supõe o sujeito coletivo mas, que não foi possível de ser aplicada neste estudo. Entretanto alguns procedimentos metodológicos da pesquisa-ação existencial praticados nesta investigação se basearam na “escuta sensível”.

Nessa perspectiva, Barbier (2007) nos apresenta a escuta sensível como método de investigação científica a ser perseguido neste tipo de estudo.

A escuta sensível apóia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, os sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos (ou a “existencialidade interna”, na minha linguagem (BARBIER, 2007, p. 94).

Nesta linha de entendimento, interessa uma investigação que busca compreender o papel da educação na saúde de adultos hospitalizados, bem como a ação principal de observação participante, cujas informações coletadas recebam um tratamento qualitativo à luz da compreensão do pesquisador, envolvendo ainda, a dimensão sócio-histórica na qual pesquisador e sujeitos da pesquisa encontram-se dialeticamente inseridos. Emerge nesse contexto a arte da escuta e do encontro, todo o humanismo sutil aberto à confiança recíproca que o pesquisador deve desenvolver dentro desta perspectiva. Dessa forma de acordo com Barbier (2007, p. 18):

o pesquisador desempenha, então, seu papel profissional numa dialética que articula constantemente a implicação e o distanciamento, a afetividade e a racionalidade, o simbólico e o imaginário, a mediação e o desafio, a autoformação e a heteroformação, a ciência e arte.

A implicação do pesquisador é parte inerente e dinâmica do processo de produção de conhecimento. Para materializar esta abordagem optou-se por utilizar ainda, como referência teórico-metodológica, as premissas de Barbier em relação à pesquisa-ação, numa nova perspectiva que o autor chama de pesquisa-ação existencial, definida como peculiar e que aborda “temas muito enraizados na afetividade humana.” (BARBIER, 2007, p. 67).

Um outro aspecto relevante da escuta sensível é o reconhecimento de que não pesquisamos apenas com a razão. Lembra-nos Barbier que só se é pessoa “pela existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão, de uma afetividade em permanente interação”. Por isso “a audição, o tato, o gosto, a visão, o paladar, são desenvolvidos na escuta sensível.” (BARBIER, 1998, p. 190).

Na abordagem trazida por este autor, a sensibilidade e a intuição são elementos que buscam compreender atitudes, verbalizadas ou não, presentes no cotidiano do doente, permitindo compreender como indícios, ou seja, subsídios necessários para “propor uma reflexão que visa a uma transformação da relação do si no mundo dos moribundos no contexto hospitalar.” (BARBIER, 2007, p. 68).

Ainda, segundo o pesquisador, há indicação de que a pesquisa promova mudança de comportamento do sujeito frente à realidade. Mostra-nos que:

o objeto da PA-E no hospital – sobre a formação da escuta dos moribundos – consiste em uma mudança possível do sistema vivido de representações, de sensações, de sentimentos, de pensamentos, de valores de cada participante relativamente à abordagem terapêutica dos moribundos (sua “existencialidade interna”) e, se possível, de uma transformação relativa e correlativa da cultura e da instituição hospitalar com respeito a isso. Mas não se trata de uma mudança decretada de cima, da parte das “autoridades” oficiais. A mudança torna-se necessária, embora difícil, aos olhos das participantes do grupo de pesquisa-ação. Para elas, há um problema a resolver (BARBIER, 2007, p. 72).

Reitero, aqui, a importância de considerar o sentimento e a sensibilidade como categorias condicionantes da ação. Enfocando a questão da sensibilidade na educação e no cuidado com o outro, René Barbier considera a hipótese de “que o sentimento seja uma espécie de compreensão intuitivo-afetiva da complexidade da realidade do conjunto de um sistema de relações humanas.” (BARBIER, 1998, p. 179).

Desse modo, ao considerar que na essência da sensibilidade há um sentimento deliberadamente amoroso e de compaixão, cabe ao pesquisador privilegiar uma “abordagem transversal”, utilizando a designação de René Barbier (1998), na qual será capaz de mobilizar uma escuta sensível utilizando-a como modo de tomar consciência e interferir na realidade.

Ainda:

na Sociopoética esta postura de sensibilidade – misto de respeito, carinho, atenção e distanciamento crítico - é um desafio do facilitador da pesquisa. Sem abafar os conflitos, a Sociopoética se preocupa em gerar um certo clima de confiança entre os membros a fim de facilitar essa *escuta sensível* (PETIT, 2002).

A Pesquisa Sociopoética é um novo método de construção coletiva do conhecimento. Parte do pressuposto de que pesquisar envolve trabalhar com sensibilidade, com modos de subjetivação e tem como desafio fazer da produção de conhecimento um acontecimento poético [do grego *poiesis* = criação] (SILVEIRA, et al., 2008).

O estudo também utilizou, como meios de investigação, a pesquisa bibliográfica e de campo. A pesquisa bibliográfica empregou em sua fundamentação teórico-metodológica estudos sobre a Educação de Jovens e Adultos e sobre a inclusão desse sujeito ao atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, disponíveis em suportes informacionais como livros e material disponibilizado em meios eletrônicos. Contou ainda com observações na busca pela compreensão das relações de convivência no âmbito hospitalar, entrevistas abertas, depoimentos,

histórias de vidas, estudo de documentos e textos impresso e eletrônico, histórico da instituição, diário de bordo, análise de conteúdo e técnicas bibliográficas.

Essa investigação teve como objetivo verificar a percepção de um grupo de pessoas e sobre suas representações a respeito da pedagogia hospitalar para adultos. Não representa a percepção da organização como um todo. Assim sendo não pode ser caracterizado um estudo de caso, visto que nenhuma pesquisa detalhada referente ao contexto institucional foi realizada embora tenha sido realizada em um único hospital. Este tipo de entrevista informal é flexível, pois permite esclarecimentos e adaptações no decorrer da entrevista. Esta flexibilidade é fundamental no caso dos entrevistados que possuem diferentes níveis de formação e concepções em relação ao tema.

3.2 Universo de pesquisa

A escolha dos participantes deu-se pelo critério de acessibilidade. Foram selecionadas para a realização desta pesquisa 15 pessoas. Responderam o questionário, fornecendo os dados para este estudo, 9 pessoas da equipe de saúde e 6 sujeitos hospitalizados de uma instituição pública de saúde, localizada em Brasília - DF. O perfil dos entrevistados foi traçado procurando estabelecer uma correlação do tema com a realidade do contexto vivenciado por cada grupo. Houve a participação de uma profissional (Pedagoga Rejane Fontes) que não pertence ao local escolhido para a pesquisa, mas que foi compreendido na análise desse estudo por se tratar de uma referência a essa investigação.

No que se refere à equipe de saúde verificou-se que, dentre os participantes da entrevista em relação à formação profissional, predominam aqueles que possuem graduação, em número de quatro. Quatro fizeram doutorado e um concluiu o ensino fundamental de nível técnico. Todos são servidores públicos.

Quanto às pessoas hospitalizadas foi constatado que entre os seis entrevistados, apenas uma possui nível médio completo; duas declaram ter concluído o nível fundamental; duas não concluíram o ensino fundamental e uma nunca foi à escola. Quanto ao local de moradia houve maior incidência nas cidades do Distrito Federal e região do Entorno. Em relação à profissão apenas um dos entrevistados trabalha atualmente, os demais não trabalham, mas possuem como

renda benefícios da seguridade social. Uma entrevistada frequenta as sessões de hemodiálise há mais de seis anos, com predominância de mais de um ano para os demais.

3.3 Instrumentos da coleta de dados

As informações para identificar a representação da equipe de saúde e sujeitos hospitalizados sobre o atendimento pedagógico hospitalar a jovens, adultos e idosos foram coletadas por meio de entrevistas individuais, estruturadas e elaboradas, a partir de um roteiro, com um tópico condutor visando focar os temas centrais e os problemas da pesquisa.

Nesta parte é feita uma exposição do roteiro de entrevistas, empregado como instrumento de pesquisa, e que possui como finalidade avaliar o conhecimento dos entrevistados quanto à percepção dos problemas, desafios e expectativas dos profissionais e sujeitos hospitalizados em relação à inclusão do atendimento pedagógico à EJA no ambiente hospitalar.

Na presente pesquisa foi utilizado um questionário como instrumento de coleta de dados. O início do roteiro de entrevista orienta os respondentes quanto à natureza e objetivo do trabalho, além de assegurar aos mesmos o anonimato e a divulgação das respostas.

- Questionário A (elaborado para a equipe hospitalar)

O roteiro de entrevistas encontra-se dividido em duas partes, a saber:

Parte I consta de perguntas objetivas e versa sobre o perfil do entrevistado.

Parte II consta de perguntas subjetivas e versa sobre o atendimento pedagógico hospitalar.

- Questionário B (elaborado para o sujeito hospitalizado)

O roteiro de entrevistas encontra-se dividido em duas partes, a saber:

Parte I consta de perguntas objetivas e versa sobre o perfil do entrevistado.

Parte II consta de perguntas subjetivas e versa sobre aprendizagem no ambiente hospitalar. Este instrumento de pesquisa consta de menos perguntas, devido à necessidade de minimizar possíveis desconfortos, riscos ou danos à saúde do participante.

O questionário contém perguntas fechadas e abertas; as primeiras foram utilizadas para caracterizar a instituição além de dados pessoais, e as demais para obter dados sobre o objeto do estudo. O instrumento foi testado com uma pedagoga hospitalar Professora Doutora Rejane Fontes (Apêndice D) e com o Professor Doutor Renato Hilário do Reis junto aos demais alunos

da disciplina Seminário Final de Curso, tendo sofrido algumas modificações para melhor compreensão e síntese das questões.

3.4 Procedimentos da coleta de dados

A efetivação da entrevista foi precedida de prévia e expressa autorização do entrevistado. A organização das documentações necessárias, para autorização da realização desta pesquisa, junto à comissão de ética hospitalar, não foi necessária.

As entrevistas foram realizadas em local e horário mais conveniente ao entrevistado, e gravado pela pesquisadora. Os questionários (Apêndice B e C), acompanhados do termo de consentimento justificando a finalidade do estudo (Apêndice A), foram entregues diretamente aos sujeitos da pesquisa da instituição campo de estudo, que responderam por meio de gravação áudio-fônica. Na degravação (transcrição – Apêndice E e F) o anonimato foi respeitado em relação à identidade dos participantes que tiveram seus nomes modificados (sujeito hospitalizado) ou ocultados (equipe multiprofissional).

Ao mesmo tempo, foi comunicado ao sujeito da pesquisa que a entrevista tem como objetivo a coleta de dados para uma investigação acadêmica, bem como a importância de sua colaboração na realização do estudo. Foi oferecida ao entrevistado a garantia de sigilo total e absoluto sobre as informações coletadas, além da omissão de nomes. Além disso, firmou-se um compromisso quanto ao conhecimento dos resultados do trabalho após a sua conclusão.

Excepcionalmente houve a participação de uma entrevistada que teve seu nome revelado e a entrevista foi realizada a distância, via e-mail.

3.5 Análise dos dados

Foi analisado o conteúdo das informações obtidas durante as entrevistas e categorização dos dados a fim de se efetuar uma correlação com o referencial teórico pesquisado. A análise dos dados coletados deu-se através das categorias analíticas previamente estabelecidas, assim como aquelas que surgiram durante o processo de pesquisa e que foram significativas. Os dados coletados foram analisados com base nos referenciais teóricos estudados, com apresentação da análise final.

CAPÍTULO IV

ESTUDO DE CASO EXPLORATÓRIO NO SETOR DE HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO DF

4.1 Análise e Discussão dos Resultados

Este capítulo contém o apanhado das informações obtidas, a partir das entrevistas realizadas com a equipe saúde do hospital público pesquisado e sujeitos hospitalizados no setor de hemodiálise. Os dados foram analisados em diferentes etapas que se correlacionaram ao dar resposta ao tema em discussão. Por fim verifica-se em que circunstâncias as respostas dadas ao roteiro semi-estruturado, que investiga indícios da necessidade de inclusão dos adultos ao atendimento pedagógico hospitalar, correspondem realmente às expectativas deste estudo.

Na primeira etapa da pesquisa, apresentam-se as análises do instrumento de coleta de dados, tanto na forma de descrição quanto de interpretação dos mesmos à luz da literatura utilizada. Esta análise tem por finalidade interpretar as respostas apresentadas nos questionários quanto às percepções da equipe de saúde e dos sujeitos hospitalizados sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar aos jovens, adultos e idosos, analisando o que eles pensam sobre o tema proposto.

Aprecia-se nessa etapa uma importante contribuição à pesquisa atribuída pela participação da Pedagoga Rejane de Souza Fontes que é doutora em educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e professora na Faculdade de Educação na UFF. Sua experiência em pesquisas, publicações e atuação na área correlacionada à Pedagogia Hospitalar favoreceram o enriquecimento e a reflexão acerca da investigação em foco. As respostas da entrevistada além de compor o processo de validação do questionário foram consideradas como parte integrante da análise interpretativa do instrumento de coleta de dados aplicado. Atribuindo relevância à expressão de pensamento de uma autora que é conhecedora desse universo pedagógico compreendido como Pedagogia Hospitalar.

Numa segunda etapa para melhor apresentação e compreensão dos dados, os resultados foram colocados em ordem e as respostas categorizadas por temas. Após esta categorização

realizou-se a análise qualitativa das respostas, para associações e correlações entre as falas dos entrevistados. A partir dessa análise se identificou a percepção de cada entrevistado, suas nuances, convergências e também divergências, na perspectiva de identificar o nível de compreensão dos envolvidos sobre o tema proposto. Essa etapa foi organizada em três partes para melhor compreensão dos resultados.

Na primeira parte há uma contextualização dos aspectos mais comuns da doença renal crônica. Identificam-se fatores associados ao tratamento terapêutico e ao baixo nível de escolaridade, que consubstancia a dificuldade relatada pela equipe hospitalar, em relação à dificuldade de adaptação da pessoa doente a sua nova realidade.

Na segunda parte encontram-se os resultados dos dados obtidos no setor de hemodiálise do hospital pesquisado, com os sujeitos hospitalizados e respectiva análise. As informações apresentadas sugerem forte relação entre os fatores cognitivos, emocionais e afetivos na compreensão e adesão à terapêutica, e como a educação pode intervir de maneira benéfica na qualidade de sobrevivência dessas pessoas hospitalizadas.

A última parte apresenta a análise dos dados obtidos de diferentes profissionais que atuam no hospital.

4.2 Análise dos dados

É com base no referencial teórico apresentado que este capítulo contempla as análises obtidas a partir das entrevistas individuais realizadas com 15 pessoas provenientes do hospital selecionado para a pesquisa. Dois grupos responderam ao questionário, nove pessoas da equipe de saúde e seis pessoas hospitalizadas.

Como subsídio a essa análise consta como parâmetro dessa discussão os conceitos apresentados pela Professora Doutora Rejane Fontes expedidos em resposta ao roteiro semi-estruturado.

Os entrevistados foram convidadas a falar sobre as possibilidades e suas perspectivas quanto à educação no ambiente hospitalar. Para a seleção dos sujeitos desta pesquisa foi considerada a disponibilidade das pessoas que quiseram participar. Buscando contemplar no universo da pesquisa, equipe de saúde e pessoas hospitalizadas.

Na organização dos dados empíricos a análise das entrevistas se inicia com uma discussão teórica a cerca das concepções e expectativas pronunciadas pelos entrevistados. Contemplou-se a sistematização das idéias principais, a exploração do material e a categorização dos dados. Resultando na descrição do conteúdo por inferências e interpretações à luz do referencial teórico.

A partir das análises dos conteúdos da fala dos entrevistados acentuaram-se os aspectos entendidos com eixos temáticos que direcionaram as principais categorias de análise. Nessa investigação a discussão serve para contemplar a perspectiva de aprendizagem de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar. Os eixos norteadores das entrevistas - tais como a perspectiva do entrevistado quanto à educação, a concepção sobre atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, a idealização do ambiente de aprendizagem hospitalar, os aspectos que influenciam na adesão ao tratamento, as contribuições da educação para a saúde e as medidas esperadas da instituição em prol dessa proposta - puderam favorecer uma reflexão sobre a possibilidade de construção de uma proposta pedagógica acerca do evento, no caso, a EJA em ambiente hospitalar.

O pressuposto sinalizado consiste numa perspectiva que considera a interação do sujeito em sociedade, no qual os fenômenos econômicos e sociais são desiguais, contraditórios, contudo, capazes de propiciar a transformação da realidade mediante uma intervenção pedagógica.

Diante da complexidade da proposta, buscou-se apresentar os dados de forma que possibilitassem a percepção por partes, mas projetando-se o perfil do todo.

A investigação ao tema desta pesquisa iniciou-se pela constatação amplamente expressada no referencial teórico no que se refere ao analfabetismo e a exclusão ao sistema de ensino. No contexto dessa realidade enfrentamos veladamente uma outra exclusão que é imposta pela doença, caracterizada por “enfermidade social” (MATOS; MUGGIATI, 2007, p. 26).

Diante da constatação de tal realidade no Brasil, tornam-se necessárias ações que viabilizem a inclusão do sujeito hospitalizado no que tange ao paradigma da Educação Especial. Na tentativa de alcançar esse objetivo foi elaborado um instrumento de coleta de dados que pudesse contemplar a expectativa de cada entrevistado sobre o foco de interesse do presente estudo. Contemplar a concepção de educação no ambiente hospitalar propicia um olhar pedagógico mais assertivo e direcionado às demandas desse contexto que surge como um desafio à educação.

Em relação à equipe hospitalar, a fala dos entrevistados demonstra que a perspectiva educativa pode ser entendida em três diferentes aspectos. No primeiro, as concepções da psicóloga e da enfermeira se ajustam à facilitação ao trabalho do profissional na assistência à pessoa com doença. O papel do pedagogo nesse sentido seria o de assessorar à equipe de saúde quanto aos esclarecimentos e orientações que devem ser repassadas à pessoa hospitalizada.

São de fato os conceitos errados que devem ser destruídos. Às vezes o próprio profissional (da área da saúde) também desconhece o procedimento correto, ou então sente dificuldade de implementá-lo, até pela falta de tempo. É como conversamos agora nessa questão de destruir conceitos errados, tirar dúvidas, de “vamos entender a receita”, vamos conversar com a família e vermos quais são as suas dúvidas sobre o processo da doença, explicar e mostrar como a patologia funciona para um prognóstico. Muitas coisas devem ser esclarecidas, pois o médico não dispõe de tempo suficiente para sentar e conversar com o paciente. Mas com o pedagogo... Trata-se de explicar para o paciente o histórico da sua doença. Acho que o pedagogo desempenharia muito bem essa parte (Psicóloga).

O ensino até mesmo ajudaria muito a esclarecer os pacientes sobre seu tratamento e interações medicamentosas (Enfermeira).

Ao fazer uma análise sobre a expectativa lançada ao pedagogo pelos entrevistados fica evidenciada a falta de relação entre o que se espera do pedagogo diante do real propósito da sua participação no processo de problematização crítica da realidade do educando e seu caráter de conscientização e transformação.

Trata-se em princípio de uma prática dissonante da formação e qualificação do pedagogo, que é direcionar o desenvolvimento do sujeito integral e de nutrir o impulso pela aprendizagem. Nessa visão distorcida da educação não existe saber, criatividade, transformação, sonhos e utopias. É possível perceber a visão de concepção “bancária” de educação em que o professor considera que o educando/a deva estar ali para receber as informações e depois, ao final das explicações, esperar que ele proceda exatamente como foi ensinado.

Nessa concepção de educação segundo Freire (1980), privilegia-se a cultura do silêncio, ao fazer com que as pessoas sejam tolhidas de refletirem sobre sua situação.

Mas podemos observar com respaldo nas falas abaixo concepções mais relacionadas à proposta de Galvani (2000), na perspectiva de transdisciplinaridade. Uma prática que contempla o eixo da ação educativa para desenvolver uma abordagem interior da educação, caracterizada pelo processo antropológico de tomada de consciência e autoformação. Nessa perspectiva o que

se requer do ato educativo é que resulte numa dialética sobre si mesma e sobre suas interações com o meio ambiente físico e social.

Importante, porque os pacientes precisam manter esse contato com a sociedade e com o meio pedagógico (Assistente administrativo).

Mantendo o vínculo com a educação, atendimento à continuidade da formação e a manutenção da atividade intelectual (Chefe de enfermagem).

Inclusão, continuidade e melhor adesão ao tratamento (Técnico de enfermagem).

[...] porém é mais difícil um pouquinho aquele que não tem escolaridade, mas, na verdade, são pessoas que, apesar de não saber ler, os que apareceram aqui não são revoltados, nem nada disso não, sabe? Mas eles têm um “pezinho” aqui de rejeitar as coisas: “olha o chão da minha calça!...” Ficam sozinhos, sem uma pessoa para conversar; aí a gente (diz:) “olha, vamos passar isso aqui, você vai aprender isso aqui, hó, como é bom! Você vindo aqui, vou ler para você”. (E eles dizem:) “ah, (nome de Pedagoga), faz umas letras aqui para mim. Eu estou com uns cadernos brancos.” Aí eu vou fazendo letra conforme um inteiro... Entendeu? (E perguntam:) “a senhora fez aquele texto?” (Respondo:) sim! É só fazer isso (é uma questão de) saber como facilitar, abrir as portas. [...] está precisando de alguma coisa? Eu posso te educar. Olha, eu posso te ensinar a ler alguma coisa...” (E se responderem:) “ah, eu não penso nisso...” (Podemos responder:) “você quer que eu te ajude a ler; quer que eu te ajude a soletrar?” E já tem aqui uns livros bons de como ensinar a ler. Aí eu acho que tudo é base, pois não se pode dizer assim: ah, eu vou ... (resolver o problema). (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

[...] a educação no hospital oferece à pessoa a oportunidade de continuar aprendendo, mesmo longe da escola e isso dá a ela o desejo de continuar vivendo e se fortalecendo diante da doença. Além disso, durante os encontros, a pessoa tem a possibilidade de se distrair, fazer novas amizades e também autodescobertas (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

As concepções, contudo, primaram pela construção de cidadania, coletividade e inclusão. Considerações que encontram respaldo na Constituição Federal de 1988, no artigo 205: “a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Reiterado na concepção de Freire (1996), na qual acentuam a capacidade de transformação a partir de projetos coletivos criados em diferentes espaços, articulados em torno de objetivos comuns e na capacidade de reflexão e conscientização da dimensão de mundo. Conforme evidenciado na fala do profissional da equipe de saúde:

Estamos falando de ensino, de construção de cidadania, pois quem sabe um dia aquelas pessoas privadas de tudo, e que portanto não têm como tentar sensibilizar a sociedade para o seu bem comum, o da coletividade, consigam o seu espaço. Elas estão tentando ainda sobreviver. Não dá para pensar no outro quando está faltando tudo para mim. Mas se num determinado tipo de doença, e ainda hoje o hospital é visto como o local da doença, houvesse uma iniciativa de abrir espaço para a escola, independente da área, então seria mais fácil que, um dia, esse paciente fosse sensibilizado sobre a questão do seu aprendizado e sobre a importância das modificações ambientais. Convém dizer a esse paciente: “é você mesmo que vai morar aqui!” e criar um espaço onde um dia ele próprio possa ser sensibilizado sobre a importância dele criar o seu mundo lá, de modificar a condição ambiental. Desfrutará os resultados de estudar a cidadania. Às vezes o indivíduo ainda não tem a mínima noção do que é ser gente. Ele não existe como pessoa, é apenas um nome. Não tem consciência da importância dele. Não sabe nem o que é um direito. Mas esse contexto é mais uma oportunidade para modificar o curso da história, e talvez alguns já vejam a possibilidade de mover a pedra da inércia. Pode ser que não veja qualquer resultado, mas um dia alguém vai dizer: “Ah, ele foi solidário!...porque trabalhou em questões de extrema relevância” (Psiquiatra).

A intenção de constituir uma prática pedagógica, aliada à integração entre as diferentes áreas do conhecimento relacionadas à Saúde e à Educação pode ser contemplada a seguir na concepção da médica entrevistada. Uma busca que se consolida conforme Matos e Mugiatti (2008), numa parceria construída no viés da interdisciplinaridade e da proposta transdisciplinar, possibilitando o diálogo e a troca com outras formas de conhecimento, ou seja, diferentes perspectivas teóricas se complementando entre si para que a integração entre as diferentes áreas do conhecimento relacionadas à Saúde e à Educação possa colaborar na cura e restabelecimento da saúde da pessoa hospitalizada.

A perspectiva, contudo, fica restringida à necessidade individual de cada pessoa em querer se beneficiar desse espaço de aprendizagem no hospital. Um espaço de educação que deveria se apresentar conforme Freire (1980), num espaço de construção coletiva, como idéia-força capaz de articular as singularidades, num esforço propiciador da potencialização das pessoas – no coletivo, elevando-se ao autêntico processo de sua humanização e libertação criadoras.

A princípio pode facilitar, com certeza! porque é mais um olhar, é uma outra área do conhecimento. Conforme falei, deve-se realizar alguma coisa na área de educação e saúde. Mas, (como?). Precisar analisar as rotinas e como é que isso no fluxo de atendimento se coloca. Acho que é importante que seja um profissional que esteja dentro do ambiente hospitalar vendo e participando das coisas, identificando os motivos e vendo como esse processo se colocará no fluxo do atendimento, a partir da sua área de sua atuação. Pois, talvez não seja todo mundo que vai se beneficiar (ou que vai precisar... ou

querer). Assim mostra-se necessário analisar tudo isso, supondo, por exemplo, que o paciente A, que tem características X é um sujeito que quer estudar (Médica).

No plano pedagógico, parece haver a compreensão de que saúde não mais se enquadra apenas nos limites da doença. Conforme expressa nas idéias centrais da criação do SUS há uma convergência dos determinantes sociais e da educação em saúde que priorizam o desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde.

Destaca-se portanto o fato de que políticas públicas de humanização e de atenção à saúde devem ser consolidadas para melhor atingir o princípio da atenção integral, tornando o ambiente hospitalar um espaço de atenção à saúde pela ação pedagógica.

Muito importante para garantir o espaço político-pedagógico na área hospitalar e atuar na integração das ações que visem o pleno bem-estar dos sujeitos que necessitam de atenção à saúde (Chefe de enfermagem).

Enfatizando a necessidade de oportunidade e continuidade nos estudos, a fala das pessoas hospitalizadas demonstra que a perspectiva educativa encontra-se latente em cada um. Essa necessidade de continuidade na aprendizagem, apontada por eles, demonstra a condição de sujeito eminentemente social concebido por Matta (1983) e Geeztz (1966). A pessoa hospitalizada demonstra sua necessidade de participação social e cultural, pois segundo Matta (1983) são duas dimensões inerentes à condição humana. Característica que permite vivenciar e ressignificar as regras sociais. Essa exclusão social e cultural vivenciada pelas pessoas hospitalizadas não permite segundo Geeztz (1966) a ampliação das capacidades inatas no homem.

Cabe destacar que, ao requerer a possibilidade de estudar e aprender coisas do seu próprio interesse, surge a necessidade do outro nesse processo, ou seja, de um mediador – “alguém” ou “na escola”. Os entrevistados conferem sentido ao que Vygotsky (1993), concebe por constituição da subjetividade humana, lugar onde a linguagem materializa e constitui as significações construídas no processo social e histórico, constituindo suas consciências, mediando, suas formas de sentir, pensar e agir. No ambiente hospitalar constata-se também a necessidade do homem de se desenvolver integralmente com o auxílio do outro e mediados pela linguagem.

Não estudei praticamente nada. Eu trabalhava na roça. Meu pai colocou a gente na escola, mas você sabe como é que é, né? Era um desinteresse danado... E eu que já vivia sem brincar... (Valdivino dos Santos).

Quando eu estudava, gostava muito de poesia; e de inglês. Seria bom aprender essas coisas aqui, assim as horas passariam mais rápidas, e eu ia ficar aprendendo alguma coisa. Seria ótimo se houvesse alguém ensinando! (Clarisdete Rodrigues).

[...] Na escola a gente aprende... com certeza (gostaria de um direcionamento a concurso público). Seria muito legal... Tem hora que “me pego” em casa sem fazer nada, sabe? Mas no dia seguinte já tenho de ir para a hemodiálise...(Noberto Santana).

O que é demonstrado pelas falas destas pessoas tem repercussão no que Vasconcelos (2004), Ceccim (1997) e Fontes (2004) revelam sobre a humanização da atenção à saúde. Nesse sentido cabe reafirmar que a fala constitui instrumento de humanização do ser humano. Percebe-se portanto que na fala de cada pessoa hospitalizada entrevistada há uma necessidade manifesta de ver no seu interlocutor um ponto de apoio na re-inserção para a vida, para o trabalho, para o mundo e todas as suas possibilidades.

O contexto a seguir apresenta outra questão a considerar: a da saúde na sua dimensão de totalidade, no conjunto das relações sociais vivenciadas nas áreas de produção e trabalho. Para Marx (1961), a capacidade criadora do homem se manifesta no trabalho, condição especificamente humana de transformar a natureza em coisas úteis, segundo os seus interesses, a fim de garantir a sua sobrevivência. Portanto a dimensão do ser humano (produtor, criador e ser histórico) é prática e se manifesta socialmente e, aqui inferindo, não podem ser esquecidas simplesmente porque a pessoa está hospitalizada.

Nesse aspecto, o da educação como parte do tratamento, e se considerando a necessidade de todo ser humano em desenvolver-se integralmente, como também as manifestações no trabalho, esta realidade começa a se delinear a partir do que se constata nestes diálogos:

[...] Eu gostaria de fazer salgados. É uma coisa que, seu eu pudesse, gostaria de fazer um curso. Isso ainda não foi possível porque o meu tempo é muito corrido (Francilene Gomes).

Eu na realidade ia fazer um mestrado, mas comecei a trabalhar muito cedo com o transporte comercial, e aí desisti (de estudar), pois demanda muito tempo. Eu na realidade talvez quisesse fazer um curso de transporte... viável eu acho que é. O problema é que eu particularmente não estou querendo (Paulo Renato dos Santos).

Todavia, a despeito disso, a análise das entrevistas implica na valorização das diferenças como constitutivo do próprio coletivo. Ou seja, a diversidade de relações que cada pessoa estabelece com o mundo – seja material ou espiritual – é ponto de reflexão e aprendizagem que deve ser expandido. Assim é que uma das pessoas entrevistadas, com doença crônica, se refere à vida e ao outro:

A minha opinião é que cada cabeça é diferente da outra. E eu gosto muito de analisar as coisas; estou falando do que aprendi devido ao momento que vivo. Cada dia a gente aprende mais coisa. Falei para você que aprendi aqui, e aprendi na minha casa, a saber me comportar e passar alegria. Eu não passo tristeza para ninguém, isso é algo que não passo mesmo. Então esse é o meu dia-a-dia, tanto aqui quanto lá em casa. Eu iria conversar (depressivamente) com eles? Não! Precisamos é lutar pela vida, cada dia temos de agradecer a Deus e não ficar triste, pois depois que estou aqui já morreu muita gente. Ontem mesmo morreu um que fazia (hemodiálise) com nós aqui. Morreu... já depois de uns três meses que fazia hemodiálise aqui. Mas nem por isso você pode desistir de apoiar os outros, não é? Eu sei que a vida continua ... (Francisco de Jesus).

Em outra pergunta sobre atendimento pedagógico no ambiente hospitalar buscou-se investigar quais as representações dos entrevistados sobre o tema principal desta pesquisa, procurando encontrar subsídios que possam favorecer, à luz do referencial teórico, o trabalho pedagógico no ambiente hospitalar à EJA.

As concepções da equipe hospitalar sobre a necessidade ou importância da educação no ambiente hospitalar ressaltam diferentes aspectos. A educação nesse contexto encontra espaço porque é vista como apoio à equipe médica no que refere Matos; Mugiatti (2008), na inter-relação entre as diferentes áreas do conhecimento relacionadas à Saúde e Educação que possam colaborar na cura e restabelecimento da saúde da pessoa hospitalizada. Essa possibilidade de relação entre as diferentes perspectivas teóricas abordadas pelos profissionais que fazem parte desse contexto hospitalar pode ser complementar, acendendo a esperança de que um pensar venha a se complementar no outro e os paradigmas se transformem. Contudo esta transformação precisa tomar como partida a conscientização do verdadeiro papel do pedagogo nessa equipe.

Eu coloquei que é relevante o fato de ser a Pedagogia inserida nesse contexto multidisciplinar, onde a gente sempre conta com psicólogos, enfermeiros, nutricionistas que compõem a nossa equipe de trabalho, mas realmente não existe mais um profissional: o pedagogo. Então eu acho de extrema importância inserir este profissional. Temos também grupos de educação psiconutricional chefiados por uma nutricionista. Fizemos

grupos de tratamento de TOC, Transtorno Obsessivo Compulsivo, grupos de assistência a depressivos. Dispomos de vários grupos e assim acho que o pedagogo deveria também estar inserido. Não vejo claramente como a pedagogia seria inserida, mas já coloquei no meu foco que seria muito positiva a participação da pedagogia nessa equipe de apoio ao sujeito. É grande a demanda no Decanato de Assuntos Comunitários que precisa desse serviço, que ainda não existe. Seria algo muito positivo. Vou levar essa (sua) proposta para a equipe para considerar esta possibilidade (Psicóloga).

O ensino até mesmo ajudaria muito a esclarecer os pacientes sobre seu tratamento e interações medicamentosa (Enfermeira).

Na área infantil o tema já se acha bem consolidado, e existem vários artigos. O problema é ampliar a abordagem para adultos, e aí eu te confesso que fico meio sem saber em que campo iremos procurar esse trabalho de educação feito eminentemente na área da saúde, pois de alguma maneira ele é realizado pela própria equipe médica, porque todo profissional de saúde é educador em saúde, não importa que seja médico, enfermeiro ou exerça outra função; o momento pedagógico sempre acontece, pois para explicar melhor a doença talvez eu precise desenhar um vírus aqui e falar como é que o remédio vai atuar, ou seja, retorno a informação numa linguagem apropriada ao sujeito (livre do jargão). E que o toque do pedagogo pode ajudar é algo que senti aqui agora, nos meus neurônios. Nos casos de dificuldades na interação com os pacientes talvez um pedagogo possa, junto com um médico na enfermaria, estabelecer estratégias de como falar sobre a doença de modo mais prático, pois nós somos pouco sensibilizados, mais tolhidos quanto a isso apesar de nos esforçarmos. Não parece apropriado usar termos como “a senhora está aderindo?” com uma paciente (pois o que ela entende de adesão?). É preciso explicar o que significa o termo adesão por se tratar de um conceito novo para ela. Aí vem a dúvida depois que você está usando o termo, e os médicos usam frequentemente esses termos técnicos sem perceber que o sujeito ficou com aquela cara (de quem nada entendeu). Estamos de fato mais treinados para a leitura dos indicadores sociais e corporais e o paciente, menos, e então ele “passa batido”. Talvez um papel interessante seja o do pedagogo como um assessor junto ao médico quando for necessário um “intérprete” facilitador da demanda do sujeito nos momentos em que o profissional de saúde conversa com o paciente (Médica).

Deve existir com estratégias montadas pela equipe de pedagogos, respeitando o ambiente hospitalar e os profissionais que nele atuam. Afinal o intuito da internação é a cura física e psíquica (Técnico de enfermagem).

Observa-se que tornar a EJA no ambiente hospitalar uma realidade depende de como a equipe de saúde deverá encarar a importância da educação na vida das pessoas hospitalizadas, a fim de que essas pessoas possam participar democraticamente das decisões e assim exercer a cidadania. Concordando com a concepção de Freire (1997), de que educar é construir e libertar o ser humano do determinismo do sistema vigente, conseqüentemente isso implica num processo de descoberta, de produção do conhecimento e expressão das próprias idéias. Cabe, portanto, supor um movimento diferenciado, longe da concepção tradicional de ensino e de sala de aula,

ou, no que ficou revelado pela analogia que os entrevistados fizeram quanto à função do pedagogo, idealizada como assessor às demandas da equipe de saúde. Dentro desta perspectiva cabe ao pedagogo no ambiente hospitalar insistir em Freire (1980), para que o ato de educar seja eminentemente político, e o fazer pedagógico necessariamente coletivo.

Por outro lado, a equipe de saúde demonstrou convergência ao pressuposto da educação inclusiva, mediante o reconhecimento da necessidade do atendimento educacional da pessoa hospitalizada considerando as diferenças e necessidades de cada um.

Sempre e para todos que necessitam. Por meio de monitorias, voluntariado ou até núcleos educacionais dentro da área hospitalar. Sempre que a pessoa tenha necessidade e possa dar continuidade ao seu pleno desenvolvimento educacional (Chefe de Enfermagem).

Da mesma forma como a gente está aqui, informando, educando e estimulando. Tudo isso eu sei que você tem, por que você abraçou (a causa). A gente sabe que quando uma pessoa abraça a educação por amor, ou quando está se formando (só) para ter um título. E isto não é justo, entendeu?... eu acho que você teria estímulos através de livros; você poderia ter (algo como) jogo de dominós, pois é uma coisa que dá um estímulo para ele (o paciente) ...xadrez, para desenvolver a inteligência, é muito bom, mas eu não sei, sabe? Mas você não trabalharia sozinha. (O negócio) é juntar, juntar, fazer uma junção. Eu aqui poderia juntar com você, na minha área de educar, de orientar essas pessoas; se alguém precisar se alfabetizar, eu estaria pronta, porque eles estão precisando de estímulo, de ter respeito. É o primeiro passo para eles: alfabetizar, não através de uma educação formalizada, aquela coisa, mas que ajude ele (o paciente) a “ah” poder ler um livro. Aí, quando chegar em casa, (sentirá) ele que ganhou alguma coisa... (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

Em primeiro lugar, o atendimento pedagógico deve ser aceito pelo paciente. Se ele não quiser, não pode e não deve ser forçado. Em segundo lugar, os critérios deveriam contemplar suas necessidades e desejos (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

Bem, se durante o andamento do projeto você tem um paciente que já é alfabetizado, ele já terá um comportamento diferente e vai se adequar. Então você terá vários níveis de alunos numa sala, tanto em interesse quanto em escolaridade. Assim acho que será algo bem individual (Chefe de Enfermagem).

Neste sentido, a Pedagogia Hospitalar encontra respaldo na Declaração de Dakar (2000) que ratifica a necessidade de uma educação que contemple as habilidades e competências de cada pessoa, com o objetivo de melhorar sua própria vida e transformar a sociedade.

Surge nesse ponto a compreensão de um dos entrevistados de que o atendimento pedagógico-educacional à EJA em ambiente hospitalar deva estar aliado a uma prática

pedagógica capaz de atender os interesses, as características, e necessidades próprias de cada pessoa. Inferindo neste aspecto abordado, um processo educativo capaz de favorecer a “[...] preservação da dignidade humana, busca da identidade, e o exercício da cidadania”, conforme exposto no parecer CNE/CEB 17/2001.

A fala do entrevistado a seguir revela a perspectiva de uma aprendizagem significativa:

Eu sempre penso que a situação envolve questões que são muito particulares provenientes de públicos extremamente diversos. Talvez o mais importante seja estarmos presente, mas reconhecer que cada indivíduo é único e ele apresenta uma demanda particular. Sei que acaba não sendo possível fazer algo particularizado. Portanto é preciso fundamentar a necessidade de criar essa demanda. Não sei se a faixa dos adultos seria a ideal se perguntar: “você quer aprender a ler?” Eu não sei se ele de fato quer isso, entende? Ou o ideal seria: “então vamos tentar estimular o exercício da cidadania para todos!” Mas é diferente quando se trata de uma criança ou de um jovem; a questão é complexa... Acho que se deve primeiramente estabelecer uma metodologia que permitisse irmos construindo ao longo do processo. Não sei se é porque eu gosto muito da área da saúde pública, mas só eu acreditarei nas idéias da Pedagogia e da Psiquiatria quando elas construírem esquemas que funcionem na prática (Psiquiatra).

Por outro lado, podemos verificar na fala a seguir, um certo descompasso em relação à construção coletiva do projeto pedagógico:

É uma visão muito boa sim, pois vai trazer uma qualidade de vida melhor para os pacientes. Trazendo já um projeto estruturado e confirmado já para colocar em prática (Assistente administrativo).

Tendo em vista a necessidade de elaboração de um projeto pedagógico, a entrevistada parece não perceber a necessidade de haver uma idealização coletiva desse processo, antes da sua implementação. Um projeto que precisa envolver todos os interessados na sua construção, apoiado segundo Matos e Mugiatti (2008), na relação e na parceria entre a equipe multidisciplinar inserida no contexto hospitalar, cuja proposta precisa ganhar destaque, pois possibilita o diálogo com outras formas de conhecimento. Esta abordagem, que é para Galvani (2000) transdisciplinar, culmina com a autoformação num processo antropológico de tomada de consciência que resulta numa dialética sobre si mesma e sobre suas interações com o meio ambiente físico e social.

No que tange à perspectiva de educação aludida pelas pessoas hospitalizadas, identifica-se um entusiasmo expressivo nos depoimentos:

É possível, sim, cuidar da saúde e estudar no mesmo local. Acho que isso poderia acontecer, dependendo da opção de cada um, poderia até ser no horário da hemodiálise, pois é uma hora em que você não vai fazer nada e nem sair do lugar, então a sua atenção vai ser só para aquilo (o aprendizado), não é? O aproveitamento vai ser mais de cem por cento. Bem, nesse quadro em que nos encontramos, onde ficamos muito tempo, acho que se poderia aproveitar essas quatro horas para aprendermos (Clarisdete Rodrigues).

Aqui no hospital é chegar, esperar a hora de entrar na maca da hemodiálise, fazer as quatro horas e ir embora. Na verdade, não. Aqui é mais para dormir mesmo (risos de novo). Não, tá vindo na minha idéia... Um curso é sempre bom, né? Isso. Eu já fiz um curso da parte (relacionado a) de automóveis. É bom. Nossa! Tocar violão! Essa seria uma das coisas... eu gostaria de aprender enquanto fico aqui (Noberto Santana).

O que eu queria era aprender mais... Era só o estudar mesmo e escrever, porque escrevo o meu nome mal, mal (Valdivino dos Santos).

Diante dessa expectativa torna-se possível lançar bases para o atendimento proposto por Vasconcelos (2005) no qual procura alicerçar o trabalho pedagógico em escuta, buscando no sujeito suas capacidades formadoras, suas intelectualidades, seus saberes e sentimentos, nem sempre manifestados. Uma proposta integrada à concepção de educação libertadora de Paulo Freire, com fundamento na dialogicidade. É a partir desse ponto que se torna possível compreender qual o nível de percepção dos educandos, e como as suas visões de mundo são organizadas. Com base nesse relato destaca-se a possibilidade da leitura do mundo coletiva revelar ao educando que a realidade local, existencial, possui relações com outras dimensões: regionais, nacional, continentais, planetária e em diversas perspectivas: social, política, econômica que se interpenetram. Dessa forma começa a delinear o trabalho com a EJA no ambiente hospitalar.

As falas dos entrevistados a seguir parecem todavia refutar o pressuposto da pesquisa, considerando as várias limitações assumidas. São apresentadas considerações e dificuldades que culminam na justificativa de impossibilidade de adesão à proposta educativa no ambiente hospitalar.

Até que eu gostaria, mas agora não dá mais, agora estou limitado porque durante três dias eu faço hemodiálise e assim só sobram dois ou três dias para trabalhar, não é? E não dá tempo... o problema na realidade é o cansaço, entende? No meu caso tive ainda a necessidade de operar o coração; eu fiz seis safenas e uma mamária a dez a quinze dias, estou portanto esgotado. Isso varia de pessoa para pessoa, não é mesmo? (Paulo Renato dos Santos).

Olhe, eu acho meio difícil. Acho que não porque têm as taxas (sanguíneas), o cansaço, as doenças... Acho que o hospital é só para tratar mesmo. E da mente também... pode tratar do psicológico e do emocional para se viver melhor (Francilene Gomes).

Eu acho que, aqui nesta cadeira (a da hemodiálise), não tem como... (Por outro lado) acho que também aqui, nesta cadeira, já aprendi muita coisa... Aprendi que Deus me deu uma sabedoria para eu reconhecer o momento que vivo, pois tem muitas pessoas que não reconhecem (não compreendem o porquê) (d)esse momento... E não aceitam a coisa, mas eu, ora! Não chego a reclamar por nada disso. (Tal atitude) nunca aconteceu comigo, pois a nossa vida é assim: cheia de altos e baixos, com momentos de alegrias, com momentos de tristeza... E a gente tem de conviver com essas coisas para que, a cada dia que você viva, você possa agradecer a Deus: muito obrigado, Senhor, por mais um dia! (Francisco de Jesus).

Contudo a atenção e a escuta sensível apontada pelos autores referenciados indicam que esse processo de recusa precisa ser analisado cuidadosamente. Ceccim (1997), considera a hospitalização uma situação a ser enfrentada com acuidade, pois é um processo que tende alterar significativamente os costumes, fazendo com que a pessoa hospitalizada passe por sofrimento físico e mental e exclusão social, além das dificuldades na adaptação a um ambiente impessoal, triste e de sofrimento. Por isso é nesse ponto que se deve enfatizar como objeto de estudo da Pedagogia Hospitalar, a investigação e dedicação à situação do estudante hospitalizado, a fim de que continue progredindo na aprendizagem cultural, formativa e, muito especialmente, quanto ao modo de enfrentar a sua enfermidade, com vistas ao autocuidado e à prevenção de outras possíveis alterações na sua saúde. (MATOS; MUGGIATI, 2007).

Além do mais, reafirmando a necessidade de atenção ao processo de adaptação das pessoas doentes ao contexto da hospitalização, o Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar (PNHAH) deve servir como base para o processo de humanização e expansão do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar. Permitindo que as palavras expressas pela pessoa hospitalizada sejam reconhecidas pelo outro, contribuindo para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas (BRASIL, 2002).

Na parte que apresenta a descrição do ambiente de aprendizagem imaginado por cada entrevistado/a houve significativa resposta à ausência de espaços pedagógicos para adultos no hospital. Investigou-se por meio dessa questão quais seriam as características ideais para esse ambiente. Não é difícil constatar que o hospital é uma instituição que persiste no imaginário coletivo como um ambiente de doença, mas com embasamento na teoria de Castoriadis (1982), a prática de uma política de autonomia pode ajudar a coletividade a criar, ou instituir um outro

significado para o hospital. Pois, segundo o autor, depois de criadas as instituições sociais aparecem como dadas. Podem se tornar fixas, rígidas, sagradas, fábricas de indivíduos conformes, cujas representações psíquicas, afetos e intenções repetem as significações sociais instituídas (CASTORIADIS, 1982).

Por isso é importante acenar a possibilidade de reinventarmos a educação no contexto hospitalar, no sentido de criarmos alternativas para superar a doença numa perspectiva de educação e saúde, concebendo um espaço de debate, tomada de decisões e de construção coletiva.

Analizadas as entrevistas como um todo o que se verifica é que as pessoas entrevistadas parecem reconhecer a possibilidade de mudança e de criação de um novo espaço de aprendizagem para a pessoa hospitalizada:

A princípio a decoração do ambiente não deve ser uma extensão do hospital, nem tampouco, um espaço infantilizado. Ele deve ter uma característica individual própria, acolhedora, com mobílias, materiais e recursos capazes de seduzir este sujeito para o ambiente pedagógico. Talvez um trabalho de discussão e reflexão com vídeos que tragam à tona o cotidiano destes sujeitos se mostre favorável a um ambiente de aprendizagem (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

Então em toda parte, sempre tem um lugar para você educar; todo lugar é suficiente... eu acho que seria um lugar bem agradável – e lógico que tem que ser – pois vai fazer parte da sua “colcha de retalhos” de uma educadora (poder) dizer: “puxa, eu vim para cá porque aqui eu posso passar isso (conhecimentos)”. (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

O ambiente deve ser particularizado, não é? O ambiente para criança é totalmente diferente daquele do adulto. Quando o paciente entrasse não sei se deveria haver um protocolo para avaliar se existe ou não a demanda. Esta seria a primeira questão, pois do contrário teríamos que esperar a demanda espontânea, ou seja, esperar que algo acontecesse para só então intervir. A idéia que eu tenho seria a de estimular o indivíduo a aprender constantemente. Ele é que deve buscar o método de como conseguir os recursos que lhe permitam continuar. Talvez isso possa ser transposto, pois atualmente lá na medicina a gente vive essa situação, pois o acesso à informação é muito grande, mas ela não é útil. Defendo portanto a maior variedade possível de recursos, e recursos que possam ter continuidade. No caso do livro, por exemplo, talvez não tenha acesso a ele, mas ele pode ter revistas. E a música? Qualquer música? Quem vai definir a de qualidade? O fundamental é que ele possa manter a prática. Acho que é necessário saber qual é o recurso. Na questão da maturidade, por exemplo, acho que a tecnologia evolui e oferece melhores recursos para que o paciente apresente maior continuidade (Psiquiatra).

Olhe, eu acho que a enfermaria pode ser um espaço. Visualizo um ambiente que possa ser agradável, acolhedor e um espaço lúdico esteticamente interessante. Porém é como te falei: eu não sei também como tal procedimento não conflitar com o sistema de ensino (Médica).

Nas unidades de internações onde o paciente fica mais tempo internado, em qualquer local que o profissional tenha o mínimo de condições de atuar (enfermeira).

No próprio local de diálise, pois é muito difícil a saída desses pacientes da máquina. Eles saem da sessão de diálise muito debilitados, sem condição para irem a outro local (Assistente administrativo).

Algum ambiente com semelhança de biblioteca. Tranquilo (Chefe de enfermagem). Acho que deveria haver um local adequado, e que o paciente fosse até ele. Isso não seria nas enfermarias onde o doente acamado está gemendo de dor e passando mal, enquanto o outro está lá estudando. Acho que quando o paciente deambulasse (andasse) ou se locomovesse de alguma outra forma, mas que fosse num local próprio. E esse local teria uma frequência como nas escolas, pois a intenção seria essa, e também a facilidade. Tudo seria de fato dirigido para aquele momento de aprendizado, num ambiente propício. Um ambiente semelhante ao da escola! (Chefe de Enfermagem).

Espaço físico adequado, um serviço bem montado, com qualidade, com continuidade e apoio das chefias (Técnico de enfermagem).

Penso que este procedimento deveria estar inserido em algum programa que já existe no hospital, ou seja, programas de prevenção e promoção de saúde (Psicóloga).

Contudo surgiram questões que parecem inquietar a equipe de saúde e apresentaram-se de três formas: o local mais adequado, os procedimentos aplicados e os recursos utilizados. Houve até em algumas falas uma tendência a delinear esse espaço com as características de uma escola ou biblioteca. Observa-se que a proposta de criação do ambiente de aprendizagem no hospital, a partir de um atendimento diferenciado, parece ter sido bem acatada, mas pairaram dúvidas bem pertinentes e que demonstram a necessidade de construção coletiva desse ambiente pedagógico, onde haja espaço para discussão com todos os envolvidos sobre a melhor forma de fazer chegar à pessoa hospitalizada os recursos pedagógicos, ou de poder levar, nos casos que for possível, a pessoa hospitalizada ao espaço criado no próprio hospital para receber esse educando com necessidade educacional especial. Em qualquer uma das possibilidades o trabalho pedagógico poderá se beneficiar da legislação em vigor em relação à educação inclusiva e nas atuais políticas educacionais que englobam a Educação Especial; sem contar as declarações, conferências e princípios básicos que norteiam e justificam a elaboração de normas específicas para a educação especial e práticas inclusivas referentes às pessoas com necessidades especiais. (BRASIL, 2001).

Por outro lado, a análise das entrevistas com as pessoas hospitalizadas revela ainda uma certa desconfiança no que se refere à adequação do ambiente hospitalar ao aprendizado. É possível observar nos discursos um claro julgamento de que um ambiente de aprendizagem no

hospital deve despertar o interesse e propiciar momentos de descontração. Essas expectativas se revelam nas falas da seguinte forma:

Seria bom ter uma professora, uma pessoa dedicada, para explicar o que você quer aprender (Francilene Gomes).

Ah, sei lá!... Estou meio (totalmente) por fora dessas coisas. Ah, esse negócio de aprender alguma coisa tem que ser no lugar adequado (Valdivino dos Santos).

De que forma? Como se vai estudar e montar uma estrutura de estudo aqui? Teria de ser alguma coisa especial, entende? Algo que despertasse interesse em todos... acho que seria bom para todo mundo; bom para quem aprende, bom para quem ensina. Eu tenho até minhas dúvidas por causa do ambiente em si (Paulo Renato dos Santos).

O ambiente aqui? Olhe, quando (o ambiente) está assim como hoje é tranquilo. Então seria ótimo (o aprendizado), pois ninguém estaria chamando o médico e atraindo todas as atenções, não só a dos técnicos, mas a da gente também e dos nossos colegas, mas, graças a Deus, de uns tempos para cá o ambiente está tranquilo como você está vendo (Francilene Gomes).

É meio complicado, mas... Porque você vê como é que é aqui... De vez em quando passa gente aqui... É uma coisa e outra... O pessoal do voluntariado, eles vêm aqui para distrair as pessoas. É uma maravilha. Tudo aqui levanta (o ânimo) (Francisco de Jesus).

Pelos motivos apresentados é que a pessoa hospitalizada precisa de atividades diferentes, envolventes e interessantes para despertar seu interesse, ao mesmo tempo necessita ser adequada ao cotidiano hospitalar. Convém, com isso, destacar as novas tecnologias de informação que se inserem neste debate como uma ferramenta mediadora do processo educativo no ambiente hospitalar. A apropriação das novas linguagens tecnológicas no processo educativo vem redimensionar o modelo escolar tradicionalmente presencial, transformando-o diante das novas possibilidades de acesso à formação. Os programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades de ensino encontra respaldo na LDB 9.394 de 96 Art. 80; nesse sentido o acesso digital pode ser implantado no hospital com o apoio técnico e implementado pelo pedagogo presencialmente, permitindo que a pessoa com diversos tipos de necessidades especiais hospitalizada tenha acesso ao computador e possa utilizá-lo como ferramenta de acesso às informações de seu interesse.

As experiências nesta área demonstram que aprender e ensinar com o computador pode tornar-se numa estratégia viável, pois possibilita uma infinidade de recursos para o pedagogo adequar o trabalho didático, independentemente do local que a pessoa estiver no hospital. Além

disso as tecnologias a distância desempenham um papel decisivo na definição de ambientes de aprendizagem, e estão conectadas ao desenvolvimento de estratégias de educação continuada em todos os lugares com acesso à Internet.

Dessa forma, fica possível vislumbrar com o entrevistado, a possibilidade de uma outra educação – inclusiva e tecnológica. Uma realidade que pode surgir no ambiente hospitalar, implementado com o apoio multidisciplinar dos diversos profissionais e das diferentes áreas de conhecimento. Algo que já não é considerado como novidade, mas que significa a realização de um desejo conforme expresso na fala abaixo:

Com certeza! (Gostaria de aprender informática com um laptop). É um curso que eu tinha em mente de fazer. Seria ideal para nós todos aqui. Isso é com certeza! Eu não sei é como seria a forma de ensino. Bem, sentados já estamos todos os dias... (risos) (Noberto Santana).

Dando prosseguimento à entrevista, que até aqui focou sobre a perspectiva de educação no ambiente hospitalar, solicitou-se consecutivamente um arrolamento sobre os aspectos relacionados à educação que contribuem para uma melhor adesão ao tratamento terapêutico.

A partir da visão da equipe de saúde, foram revelados pontos de vistas conciliados à proposta de Ceccim (2000, p.32), por uma atenção integral em saúde. Esta questão permitiu que o entrevistado apontasse dados que revelassem a necessidade do outro e da comunicação na relação com o sujeito hospitalizado. Nesta analogia a capacidade de falar e ouvir o outro compreende o processo do cuidado e assistência à pessoa com doença. Aspectos que se revelam segundo os entrevistados no cuidado e na atenção:

Os aspectos negativos?... Eles (os pacientes) não aderem! Como já verificamos, as experiências que eles têm com os atendimentos, bem como suas histórias familiares com aquelas situações e o que foi feito então com os recursos disponíveis geram rejeição. Quanto aos aspectos positivos, eles criam vínculos, têm continuidade e proporcionam a percepção de assistência. O depoimento de melhora dados pelos médicos se relaciona ao fato do paciente se sentir cuidado, não importa por qual membro da equipe; a atenção sempre gera a melhora. (Psiquiatra)

A questão é complexa; vai desde alguma dificuldade, mais relacionada à aceitação da própria doença (e aí vem a AIDS), bem como a relutância em aceitar o quadro. Notamos também o inconformismo com a própria enfermidade, além de alguma dificuldade na esfera mais pessoal, como no caso de sujeitos de temperamento difícil que não gostam de estar em hospital; além disso existem os problemas familiares. Assim temos o paciente mais colaborador ou cooperativo que tem prazer em ajudar a equipe, e há aquele que às

vezes não tem esse objetivo; ele não quer tanto o tratamento, não se sente bem no hospital, pede alta antes da hora, não aceita estar no hospital e reclama de tudo. A questão é sempre multidimensional. Precisamos estudar caso a caso, mas estes temas predominam. É a própria compreensão do que está acontecendo com ele, daí a importância de uma atitude muito pedagógica e educativa no sentido de lançar mão de figuras, desenhos, os apoios por exemplo para explicar os horários dos esquemas dos remédios, da figura; o solzinho para dizer que é de manhã, a luazinha para dizer que é noite. Assim são estratégias de comunicação para que o paciente entenda da melhor maneira possível o que está acontecendo com ele. Assim isso é algo que trabalhamos muito no nosso grupo. É um esforço para o qual, acredito, a psicologia social se mostra mais sensível, e o profissional em medicina menos. Eventualmente também devemos colocar alguém da família como apoio social para ajudar nessa comunicação. Nós temos então uma mediação, não é? Também é preciso reconhecer que o material escrito, no caso do analfabeto, não vai sortir efeito, e então teremos que usar desenhos e figuras. Devemos enfim nos mostrar sensíveis a essas questões. Para não falar da criatividade, porque isso vai envolver muita criatividade (Médica).

Ao se aproximar mais da questão educativa verifica-se vários exemplos de uma visão de saúde na concepção integral, ou seja, a equipe de saúde não contempla apenas problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde. É nesse ponto que o trabalho do pedagogo hospitalar se correlaciona com a definição de Fontes (2003, p. 136), como um ofício de interconexões “política, pedagógica, psicológica, social, ideológica” capaz de estabelecer “com o outro e para o outro” uma relação comunicativa e atenciosa.

Nas falas a seguir, as pessoas entrevistadas sugerem os aspectos que influenciam na adesão ao tratamento da seguinte forma:

Penso que tanto na hospitalização quanto na vida pouco conhecimento atrapalha o entendimento (Técnico de enfermagem).

A mediação entre a cultura do sujeito e os processos extremamente formais e científicos (Chefe de enfermagem).

Seu nível de compreensão e do estado emocional (Enfermeira).

Eu acho que tem a ver com o estado psicológico do paciente, e também com a empatia com o profissional que está cuidando dele. Acho isso muito importante; seja com o médico ou com outro funcionário que desperte a confiança nesse trabalho. O estado emocional do paciente precisa ser levado em conta em questões como nos casos de doença terminal ou não-terminal (e como ele está aceitando isso). É um processo que envolve também a família a qual acho que ajuda muito nessa aceitação... Essas coisas são básicas. (Psicóloga).

O destaque à família nesse processo positivo de adesão ao tratamento corresponde a um importante aspecto a ser ressaltado, pois é na família que a pessoa com doença assegura seu vínculo com a sua cultura e em suas relações sociais. Um pressuposto que pode ser analisado com base em Vygotsky (1993), onde a linguagem materializa e constitui as significações construídas no processo social e histórico. Visto a necessidade do homem de estabelecer mediações sociais, a relação com um outro via linguagem, destaca-se, pois é por meio da função comunicativa que a pessoa se apropria do mundo externo. Pois é pela comunicação que ocorrem reinterpretações das informações, dos conceitos e significados, e serão estas significações resultantes que constituirão suas consciências, mediando, desse modo, suas formas de sentir, pensar e agir. Uma inferência pertinente à teoria de Vygotsky porque ela confere importância ao trabalho do pedagogo, como interlocutor nesse processo de ressignificação do contexto hospitalar com a pessoa hospitalizada.

Nesse caso torna-se necessário um requisito específico, apresentado por Barbier (2002), que é o da escuta sensível. Segundo o autor, é necessário que o pedagogo nunca esqueça a influência da família sobre o estado de espírito do doente e nem da sua cultura específica.

Negativamente seria a questão dos medicamentos que são usados e o período em diálise é muito difícil. Positivamente é a ajuda dos familiares (Assistente administrativo).

Neste contexto é que a educação pode propiciar a mudança no comportamento, onde a consciência é marcadamente a zona de diálogo capaz de ressignificar o mundo e de vivenciar as regras sociais. Passar pelo processo doloroso e desconfortável da hospitalização pode repercutir conforme os relatos abaixo:

Geralmente, a curta duração do tratamento e a melhora do quadro clínico do paciente influenciam a sua aderência positiva ao tratamento. Por outro lado, tratamentos de longa duração, dolorosos ou que exijam elevado nível de disciplina do paciente tendem a influenciar negativamente em sua adesão ao mesmo (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

Olha, estímulo é uma palavra que só existe (no sentido) positivo... Ah! O que vem na minha mente é como é a chegada desse tratamento. Como é a receptividade dessa pessoa. As pessoas chegam nervosas. Então você tem que cuidar desse nervosismo... (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

Acho que ele só vai aderir de modo negativo se for um paciente em estado grave, com uma doença instalada numa morbidade que ele não tenha perspectivas de melhoras, e assim de nada lhe adiantaria aprender mais ou menos... Nos casos das doenças renais,

inicialmente e após o diagnóstico e a necessidade do transplante ele manifesta sua negação ao tratamento, então ele não iria mesmo aderir a qualquer programa. Tem um momento deles começarem a se interessar pelo aprendizado... O da perspectiva da melhora da doença... Vai aderir melhor (Chefe de enfermagem).

Portanto percebe-se a necessidade de suscitar ações relativas à atenção em saúde que possam ressignificar o processo de doença e cura com a prerrogativa de um atendimento mais humanizado; uma prerrogativa que também se faz presente no contexto da política de humanização na saúde como um dos objetivos do SUS.

Esta reflexão humanística enfocada não se refere somente a problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos e que deverão existir nas ações relativas à atenção em saúde. Portanto a humanização da atenção à saúde, associada à “escuta” ao sujeito hospitalizado, deverá amparar as ações pedagógicas neste contexto descrito pela equipe hospitalar.

Com o intuito de também ponderar sobre o ponto de vista das pessoas hospitalizadas, foram analisados os fatores mencionados por elas que contribuem para melhorar a adesão ao tratamento. Destaca-se o fato da pessoa entrevistada reconhecer a relevância dos meios tecnológicos, como estratégia capaz de ajudar a pessoa com doença a perceber que existem outras formas de se olhar o mundo, e que é possível vislumbrar uma outra realidade desejável. Neste processo, o da educação no ambiente hospitalar, para o entrevistado a seguir parece ficar subentendida como uma forma de auxílio na adesão ao tratamento e como contribuição para a melhora de todos:

Acho que ajudaria muito a gente no tratamento, principalmente quando o doente recebesse um computador, pois assim ele “cansaria” melhor a memória (desviaria a atenção da doença) e aceitaria melhor o problema, sentindo também que ele não é totalmente inútil, pois mesmo estando aqui essas quatro horas saberia que pode fazer alguma coisa, podendo até ajudar a alguém. Assim através do aprendizado que tivéssemos ou – quem sabe, que teremos aqui – descobriríamos outras qualidades que a gente tem e que ficam inibidas, escondidas, mas que estão latentes, estão aqui, pois neste horário que estamos aqui sem fazer nada a gente só pensa no tratamento, entendeu? E aí ficamos preocupados como hoje mesmo por causa de um colega que faleceu, e então já começamos a pensar lá no futuro: ah, não vou ter chances; não vou mais fazer o tratamento. Porém se tivermos uma atividade para fazer, eliminaremos estas coisas. Teríamos outro aproveitamento aqui e em casa, e começaríamos a ter uma outra visão e um outro conhecimento. Acho que ajudaria muito, muito mesmo! (O aprendizado) seria uma coisa muito boa...(Claridete Rodrigues).

A proposta de atendimento pedagógico nesse contexto também foi sentida como uma forma de reinserção para a vida e para o mundo porque, segundo Fontes (2004), o ambiente hospitalar, ao ser ressignificado em suas práticas e rotinas, afasta o temor, abrindo espaço ao diálogo e a novas descobertas.

Sim, sim ajuda no tratamento. Por mais que a gente não queira, parece que ficamos vivendo só isso. No dia da hemodiálise, ela é o único compromisso, o resto deixo em segundo plano, mas a hemodiálise é o primeiro (interesse) mesmo (Noberto Santana).

Bem, acho que ajuda positivamente, porque você vai prestando atenção, vai praticando o ensinado e vai melhorando (Francilene Gomes).

A presente proposta que se confirma pela necessidade do outro nesse processo; assim as pessoas envolvidas (pessoa hospitalizada, equipe de saúde, familiares, amigos, voluntários e educadores) podem construir iniciativas capazes de cooperar para a afirmação de valores de solidariedade, proximidade e partilha, instituindo no ambiente hospitalar um processo em comunhão, de permanente busca da liberdade do ser humano. E essa busca pode ser contemplada no seguinte relato:

Ah, sozinho... Eu não levantava daqui. É que... conversar faz bem, né? Acho que é bom porque quando a pessoa está ali “murchinha” e quietinha, e vem uma pessoa para conversar, ela (o paciente) melhora mais, né?... Pois ela aquietava aquilo que está na cabeça para poder ouvir as pessoas... E o tempo passa mais rápido; e o “caboclo” sai até mais animado (Valdivino dos Santos).

Freire (1980) considera o processo de aprender um ato de comunicação intrínseco à natureza do ser humano. Por isso o autor fornece as razões que justificam a necessidade incessante do diálogo nesse contexto, pois o ato de aprender depende do outro.

Dessa forma, ao se falar da educação dialógica e do diálogo, torna-se imprescindível perseverar num profundo amor ao mundo e aos homens. Nessa permanente fé e esperança é que se encontram os relatos colhidos:

Eu aprendi e progredi com esta doença que não procurei; ela veio. E não veio só para mim... Viu a menina que saiu daqui agora? Ela não tem culpa de nada, é só uma menininha ... Eu, quando vim ter esta doença, já tinha mais de cinquenta anos. Então eu penso: “Jesus, muito obrigado!” Deus não tinha a obrigação de dar a maioria das coisas que deu para mim. Deus me deu uma família maravilhosa; então tudo isso eu tenho que agradecer (Francisco de Jesus).

A gente fica meio desorientado. Fora os problemas particulares, como os do trabalho... A cabeça fica a mil por hora e tem gente passando mal mesmo; uns têm problemas de coração, e a própria máquina (a da hemodiálise) judia do coração. Tem uma variedade de problemas... Não adianta você ficar cada vez mais deprimido, pois aí uma coisa puxa a outra... mesmo nela (na adversidade) eu vou em frente. Qualquer hora dessas vou procurar fazer mais consultas médicas em algum lugar para tentar me curar (Paulo Renato dos Santos).

Portanto aqui fica demonstrado que a capacidade de falar e ouvir o outro compreende o processo do cuidado e assistência à pessoa com doença, mas para haver esse diálogo é necessário, conforme Freire (1980), humildade, fé dos homens no seu poder de criar e recriar, e a esperança que leva à eterna busca. Lembrando que não há diálogo verdadeiro sem um pensar verdadeiro, ou seja, crer que é possível concretizar tal esperança.

Ao aproximar ainda mais do levantamento sobre as possíveis contribuições que o processo de aprendizagem pode oferecer como recurso contributivo à saúde, segundo a percepção da equipe de saúde e pessoas hospitalizadas, as análises demonstram que os entrevistados acreditam que a educação no ambiente hospitalar promove a melhora da qualidade de vida do sujeito hospitalizado.

Tais contribuições da educação para a saúde, na perspectiva da equipe de saúde, são destacadas como um processo essencial que propicia o bem-estar da pessoa com doença nas seguintes formas:

Sim, o acompanhamento pedagógico ajuda o sujeito a redescobrir sua capacidade de aprender, aumento sua auto-estima. Isso leva o sujeito a compreender melhor sua doença e as emoções causadas por uma internação hospitalar, ao mesmo tempo, em que oferece momentos de lazer e descontração que contribuem para o bem-estar do paciente (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

Muito. Porque aqui no meu trabalho a criança estuda. A mãe vem desesperada porque o filho está doente e não pode estudar. Se você pede a ela que faça todas as tarefas ou (esteja) ajudando – a mãe vai junto para o colégio – ela sente que o filho está aqui, mas está estudando; está aqui, mas está participando da aula. Então ela se sente mais feliz, (e essa) mãe passa mais otimismo para o filho; o filho se sente mais tranquilo, e a cura é muito mais rápida, entendeu? Porque a educação... Eu sei que não é privilégio para todos, mas deveria (ser)... Têm aqueles falsos (alardeadores de) privilégios que dizem: quantos colégios! Mas têm quantos mil fora (deles). (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

Eu acho que é enorme, pois está dentro da idéia da interdisciplinaridade no campo da saúde. Isso porque trabalhamos com uma concepção, no processo das doenças, que é a de minimizar ao máximo o impacto da doença no projeto de vida da pessoa, no contexto

humano geral; assim tudo o que favoreça o desenvolvimento e mantenha as perspectivas de vida deve ser valorizado, e a Pedagogia pode entrar por esse lado (Médica).

Mais conhecimento vai facilitar conhecer a sua doença e vai trazer uma qualidade de vida com certeza melhor (Assistente administrativo do centro de diálise).

Quando os entrevistados ressaltam os aspectos relacionados ao conhecimento, esclarecimento e compreensão da doença, abre-se um espaço para abordar o problema da doença e da cura de um outro ponto de vista, ou seja, interpretando-os. Isso retoma a idéia dos autores Dethlefsen e Dahlke (2001), sobre o significado de doença como a perturbação da harmonia ocorrida na consciência e revelada no corpo como sintoma. Nesse sentido a Pedagogia Hospitalar pode contribuir para propiciar às pessoas hospitalizadas uma escuta dos sintomas de sua doença, ajudando-as na descoberta do seu significado. Isso quer dizer que o papel do pedagogo não é o de ajudar a medicina no combate à doença, pois esta se manifesta no corpo como uma demonstração que nos falta algo, ou seja, a consciência. Portanto, é neste ponto que se pretende intervir, devolvendo-se o equilíbrio da consciência na pessoa hospitalizada, aproximando-a da sua totalidade. A expansão da consciência resulta na interpretação dos significados e possibilita a retomada do equilíbrio interior. Os autores citados demonstram a visão de unidade, mostrando portanto que é necessário descobrir aquilo que nos falta para conseguirmos “transmutar a doença”. (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p.18).

As entrevistas a seguir demonstram argumentos dissonantes a esta proposta:

Certamente. Melhorando a auto-estima dos sujeitos. Compreensão de uma simples prescrição medicamentosa, maior informação sobre a promoção da saúde e cura dos males. Uma mediação entre a cultura do sujeito e o processos extremamente formais e científico (Chefe de enfermagem).

Adquirindo conhecimento ele vai aderir melhor. Vai reconhecer a importância da medicação e da dieta beneficiadoras do tratamento e da sua melhora, já que se trata de um tratamento por tempo indeterminado... A questão é individual, pois existem diferenças entre adultos, adolescentes e crianças. Cada um deles se encontra num momento específico da sua vida, então as necessidades também são específicas! (Chefe de enfermagem).

A falta esclarecimento faz com que o individuo não acredite no tratamento e não o faz corretamente. (Enfermeira).

Penso que sim, porque o cliente na hospitalização é afastado bruscamente de suas atividades corriqueiras. (Técnico de enfermagem).

Na parte clínica, como te falei, acho que em parceria com a própria instituição; não sei bem se na forma de um atendimento... Mas na questão de promoção da saúde, de conscientização, de palestras educativas, formação de grupo cooperativo; vejo muito por este lado. Acho que tem um espaço muito grande... E seria algo muito bom e proveitoso tanto para o paciente quanto para a equipe multidisciplinar. Já trabalhei em alguns hospitais e constatei essa dificuldade desses pacientes em entender o tratamento, até no sentido de tomar a medicação – e que tipo de medicação? – Numa ocasião até brinquei com uma nutricionista quando ela me afirmou que, ao passar uma dieta com carne branca na segunda semana, o paciente que era hipertenso se queixou: “não agüento mais comer carne de porco!” E quando a profissional perguntou surpresa: “carne de porco?” o paciente respondeu: “porque você me passou carne branca!...” Isso exemplifica uma baixa escolaridade; e de fato ele não sabia ler e percebíamos que os conceitos tinham para ele outra significação, assim tudo precisava ser muito detalhado e na linguagem dele. Ocorriam coisas bem bárbaras que você acredita que não acontecem, mas acontecem... (Psicóloga).

O que se pretende a partir destas concepções é uma forma de disciplinar a pessoa com doença, utilizando-se das informações e conhecimento para uma melhor adesão e aproveitamento do tratamento contra os sintomas.

Na minha área a primeira situação é saber como ele construiu o processo patológico, pois a construção da doença não necessariamente diz respeito ao padrão médico, pois se baseia na diferença entre a queixa e a não-queixa. Às vezes ele queixa de algo que não é queixa, e tem uma expectativa da melhora de uma queixa sem fundamento, e não exprime uma queixa com fundamentos reais, e isso futuramente poderá até prejudicá-lo. O problema pode, por exemplo, girar em torno de uma questão religiosa, independente da sua linha, mas de base judaico-cristã onde às vezes, em algumas situações, o bem-estar viria do merecimento concedido por outro ser... se existir acesso a outras fontes de informação, isso pode ser construído de um outro jeito e a pessoa modifica sua atitude. O que afinal faz ela ficar bem (e não estou negando o valor da meditação, e de toda a forma curativa), mas o que faz o paciente ficar bem é a adesão. É o autocuidado. Por exemplo, se existir hoje o melhor remédio do mundo, mas ele não o usar, não fará efeito na caixa; porém se ele tomar, mas não deixar de consumir sal, vai morrer do mesmo jeito por causa de hipertensão. Não adianta! Portanto não é apenas o acesso aos recursos e tecnologias que vai proporcionar todas as soluções. Observamos as melhoras de saúde em geral quando se investe em educação, saneamento, enfim, coisas mais gerais. Da mesma forma o fundamental é que o paciente continue se cuidando para não gerar outro cuidado, pois a partir do momento em que ele se cuida ele não adoecerá mais e ficará bem (Psiquiatra).

Não há portanto nas falas uma brecha para a tentativa de se ouvir ou tentar compreender os sintomas. Pois é nesta perspectiva que os processos de aprendizagem e conscientização acenderão a possibilidade de aproximação da saúde (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001).

Neste ponto a Pedagogia precisa se preparar para desempenhar um duplo papel. Aquele que seria de tornar o ambiente hospitalar mais prazeroso, no sentido de propiciar atividades lúdicas, recreativas, interessantes e capazes de despertar o aprendizado; e o outro, no que diz

respeito à aprendizagem significativa, carregada de sentido, reiterando as necessidades da integralidade da pessoa, mas com foco na conscientização de aspectos tanto individuais, como coletivos.

No tangente ao atendimento à pessoa com doença renal crônica, é possível verificar a expectativa de desempenho de um desses possíveis papéis esperado da Pedagogia. Há uma concepção de educação compensatória proveniente das dificuldades causadas pela doença, ou seja, um momento que possa distrair, alegrar, aliviar e esquecer da doença.

Tem muita gente que vai até discordar, compreende? Mas são as pessoas pessimistas, pois a partir do momento em que você vê que está ganhando com aquilo (o aprendizado), você começa a se interessar, a se empenhar mais. E vai ser bom para o tratamento, se a pessoa volta (com regularidade) para fazer o tratamento direitinho, ficando mais interessada no outro dia, na sequência, então acho muito bom... (Clarisdete Rodrigues).

É... cura, eu não digo, mas pode ajudar a gente a enfrentar o tratamento com mais paciência, com mais bom humor. Por que não? (Noberto Santana).

Seria bom. Ficaria me sentido mais aliviada nessas quatro horas na máquina (Francilene Gomes).

É... seria legal! Aí orienta mais um pouco e faz esquecer os problemas (Valdivino dos Santos).

De modo geral a concepção de educação que gera autoconhecimento e consciência da doença, como um caminho a ser percorrido rumo à cura, não fica evidenciada nas entrevistas. Percebe-se ainda que a noção de aprendizagem através de medidas funcionais, na concepção dos dois entrevistados, não traz benefícios.

O ambiente não é ruim não; o ambiente é bom. O relacionamento com as enfermeiras, com os outros pacientes é bom. O que eu acho ruim aqui é a doença, compreende? Ela é “danada”, no meu caso, por exemplo, tenho problemas renais, sou diabético, tenho pressão alta e fui recentemente operado do coração... É uma questão de escolha, uma questão de colocar os assuntos; depende das pessoas. Os sujeitos, por exemplo, ficam em média quatro horas (na diálise). Aqui as pessoas preferem dormir. Eu me acalmo porque fico lendo. (Paulo Renato dos Santos).

Eu acho que (essa melhora) é de acordo com o paciente. Não serão todos (os beneficiados), pois tem gente que vem para cá e, quando está na maca, dorme o tempo todo. Como é que se aprende assim? Às vezes quando os funcionários falam com eles, eles ficam: “heim? Heim?” Aí você vê que (a coisa não funciona). Mas num momento como esse assim, que a gente passa sentado... é válido, mas sobre esse assunto que você falou ...

(dedicar atenção pessoal) eu acho que não (surtiria resultado). É a minha opinião (Francisco de Jesus).

Na primeira fala há um enfoque mais acentuado à doença como prioridade; já no outro ponto de vista existe uma preocupação com o fato das pessoas estarem cientes do que estão fazendo. Neste aspecto o que se deve vislumbrar é a possibilidade de modificar apenas o modo de ver as coisas, numa dimensão onde “a sabedoria, a perfeição e a consciência significam a habilidade de ver e reconhecer a totalidade da vida, com toda a sua validade e equilíbrio.” (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p. 38).

Busca-se também, com esta pesquisa, apresentar quais as medidas esperadas da instituição que possam viabilizar de fato o atendimento pedagógico ao adulto hospitalizado. Segundo a avaliação da equipe de saúde, os resultados obtidos demonstraram a aceitação do trabalho pedagógico para adultos no hospital, expondo de forma variada as possíveis ações esperadas da instituição em relação ao acolhimento desta proposta.

Eu acho que teria de ser do próprio Hospital se fosse voltado, como eu estava te falando, para a gerência de qualidade de vida a qual é uma proposta nova da própria Universidade nessa gestão. Acho que estaria muito vinculado também à gerência de qualidade de vida; não como tratamento no Hospital, mas trazendo isso para o campo da comunidade universitária que participaria de tudo isso nas implementações que estamos fazendo. Acho que precisaria articular algumas pessoas que tivessem interesse de montar algum projeto para se colocar como a pedagogia hospitalar trabalha, como a pedagogia comunitária trabalha, para então ver se conseguimos entrar num sistema de trabalho; isso seria ótimo! (Psicóloga).

Para esta entrevistada, o acolhimento da Pedagogia Hospitalar deve se basear na visão da instituição hospitalar, vinculando-se a projetos já existentes. Essa é uma forma de convencionar a Pedagogia em ambientes não-escolares conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Pedagogia. Tal expectativa contempla as propostas da Resolução CNE/CP nº. 1 de 2006, apresenta-se abaixo um fragmento desse documento, destacando algumas das competências previstas ao pedagogo:

Art. 5º O egresso do curso de Pedagogia deverá estar apto a: XI - desenvolver trabalho em equipe, estabelecendo diálogo entre a área educacional e as demais áreas do conhecimento; XII - participar da gestão das instituições contribuindo para elaboração, implementação, coordenação, acompanhamento e avaliação do projeto pedagógico; XIII - participar da gestão das instituições planejando, executando, acompanhando e avaliando projetos e programas educacionais, em ambientes escolares e não-escolares.

Esses espaços institucionais, onde o pedagogo pode elaborar projetos pedagógicos, é o reconhecimento de que a prática e a atuação do pedagogo não se faz única e exclusivamente apenas em espaços escolares. Portanto a Pedagogia Hospitalar se insere neste debate como proposta de atendimento às demandas prioritárias da educação, nas quais se subscreve na proposta da Constituição Federal de 1988, que declara o papel fundamental da Educação para o exercício da cidadania. A educação como direito de todos e dever do Estado é a prerrogativa fundamental às ações do pedagogo, e essa interferência no hospital compreende também a execução de projetos educacionais com crianças, adolescentes, jovens e idosos com doença e que não podem usufruir os espaços escolares para seu pleno desenvolvimento e exercício de sua cidadania.

Essa confirmação à Pedagogia Hospitalar aos adultos pode ser percebida nos diálogos a seguir, contudo há expectativas dos entrevistados quanto à construção coletiva desta proposta e a gestão de recursos:

Primeiro é preciso que cheguem idéias para serem acolhidas ou não, o ambiente hospitalar é de alta complexidade. Acho que é um processo lento mais que pode vir a dar resultado (Técnico de enfermagem).

Disponibilizar, em suas propostas, agendas de discussão da importância do tema junto às equipes de gestores e equipes multiprofissionais, destinar espaço físico para a possibilidade de albergar equipe pedagógica e disponibilizar recursos. Integrar todas as áreas que propõem educação continuada, EJA etc. (Chefe de enfermagem).

Acho que o que poderia favorecer é proporcionar as condições para que o trabalho pedagógico seja desenvolvido. Sim! O hospital deveria ajudar no sentido de (proporcionar) espaço físico e materiais, envolvendo todo mundo, pois a melhoria do paciente não acontece só com remédios; às vezes uma palavra traz mais alívio e produz mais efeito do que uma medicação... E seria ainda melhor ocupar o tempo do paciente e integrar a comunidade à escola (Chefe de enfermagem).

Permitir ações voluntárias, pois o recurso que o hospital tem é muito pouco (Assistente administrativo do centro de diálise).

Começar!... É só a gente querer começar com este trabalho (Pedagoga hospitalar da pediatria do hospital pesquisado).

Abrindo espaço para que o trabalho pedagógico seja desenvolvido. (Pedagoga - Doutora Rejane Fontes).

Estimular e facilitar o acesso ao meio. Acho que esta é a função do hospital: estimular e facilitar, pois não adianta apenas estimular havendo quinhentas dificuldades. Não vai funcionar. Se a idéia logicamente é facilitar, então qualquer espaço pode ser aproveitado.

Às vezes, ao se pensar num lugar, a gente tem um pensamento pobre originado pela limitação da falta de recursos. Se pensarmos assim nunca teremos um lugar e sempre alegaremos a falta de espaço, mas aí estaremos avaliando a idéia no custo, o que não é o ideal (Psiquiatra).

No que se refere à regularização do pedagogo nesta área e a forma como ele vai conduzir seu trabalho, as falas destacaram o seguinte:

Bem, eu acho que talvez a questão esteja na própria contratação, ou seja, devemos primeiro averiguar. Não sei se esta vaga é fruto de um profissional concursado ou de um contrato especial. Bem, a partir daí talvez o primeiro passo fosse regularizar esse quadro, não é mesmo? E então avaliar esse quadro e verificar se esse profissional pode suprir uma demanda ainda não atendida. Cabe ao hospital, no caso de internação de um adulto que faz faculdade (no CEUB, por exemplo) fazer com esse adulto o que é feito com a criança. Como isso seria feito? Poderíamos perguntar: “Você gostaria de algum tipo de apoio nosso para manter suas atividades no CEUB onde você não está indo neste período de internação? Você gostaria de alguma ajuda para escrever?” (se, por exemplo, o paciente teve algum problema no braço). Assim esse apoio pedagógico auxiliaria adultos que estivessem em escolas (sejam supletivos, faculdades ou outro tipo de ensino) mantendo suas atividades sem o risco de pensarem: “Ah, eu tenho uma prova! Vou perder uma prova!” Formularíamos perguntas como: você quer uma ajuda nossa no sentido de manter contato com o seu professor para dizer que você está internado? (Médica).

Contratar um profissional da área da pedagogia. Divulgação e a própria atuação dos mesmos no ambiente hospitalar (Enfermeira).

Embasando-se nas políticas educacionais e de saúde do país, torna-se possível encontrar subsídios para considerar esta questão. Vale dizer que a Pedagogia ganhou mais evidência no ambiente hospitalar a partir do documento publicado pelo Ministério da Educação: *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações* no qual se propõe ações que possam conduzir o trabalho pedagógico a ser realizado com crianças e, não obstante, adultos também. Esse documento visa regulamentar a ação pedagógica nesse ambiente, bem como definir a forma de contratação desse profissional. Lembrando que essa probabilidade de atuação do pedagogo em outros espaços está fundamentada no Parecer CNE/CP 5/2005, que define as Diretrizes Curriculares da Pedagogia (BRASIL, 2005).

Quanto à entrevista com a pessoa com doença renal crônica, não houve qualquer apontamento do entrevistado sobre as medidas esperadas pela instituição para a promoção do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, porque essa pergunta não foi acrescentada na entrevista para evitar maior desgaste ao entrevistado durante as entrevistas feitas em meio à

sessão de hemodiálise. E em análise de todas as entrevistas realizadas, percebeu-se que a concepção de educação e a perspectiva de aprendizagem no ambiente hospitalar são contempladas de forma positiva e transformaram-se num enfoque bastante convidativo a todos os que se encontram envolvidos no processo.

Destaca-se que os entrevistados possuíam um ponto de vista reflexivo e crítico sobre os benefícios da educação para a melhora da pessoa com doença, bem como das ações que consideram necessárias para fundamentar essa prática pedagógica. Portanto, estabelecendo uma profícua relação com o referencial teórico, foi possível conferir o respaldo necessário para a análise das entrevistas e, em decorrência das formulações obtidas, é necessário enfatizar que as análises até aqui trouxeram dados reveladores que consubstanciam a proposta de educação no ambiente hospitalar para todas as idades.

4.3 Apresentação e discussão dos resultados

4.3.1 Setor de Hemodiálise

O setor de hemodiálise do hospital pesquisado atende pessoas que, por algum motivo, perderam a função renal e se encontram na fase terminal da doença renal. Segundo o médico responsável pelo setor de diálise, os doentes contam com três métodos de tratamento que substituem as funções do rim: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal. A diálise é definida por um processo artificial que tem como função a retirada, por filtração, de todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela insuficiência renal crônica. Este processo pode ser realizado utilizando a membrana filtrante do rim artificial e/ou a membrana peritoneal. Quanto ao atendimento o médico que atende às pessoas com doença renal crônica relata-se que:

Bem, atendemos os pacientes pediátricos domiciliares, em torno de vinte, vêm aqui esporadicamente; os internados na hemodiálise são aproximadamente cinqüenta; eles ocupam efetivamente os quartos e chegam segunda, quarta e sexta-feira pela manhã. Outro contingente vem segunda, quarta e sexta feira à tarde. Outros chegam na terça, quinta e sábado cedo, e outros terça, quinta e sábado à tarde (Médico).

Sobre os procedimentos realizados, o médico explica que a diálise peritoneal utiliza a membrana peritoneal, que reveste toda a cavidade abdominal do corpo, para filtrar o sangue.

Neste tratamento utiliza-se um cateter especial dentro da cavidade abdominal e, por meio dele, é introduzida uma solução aquosa semelhante ao plasma. Esta solução permanece por um período necessário para que as trocas sejam realizadas. Toda vez em que uma solução nova é introduzida dentro do abdômen e entra em contato com o peritônio, ela passa para a solução todos os tóxicos que devem ser retirados do organismo, realizando dessa forma a filtração, função do rim.

Para que esse processo se realize na própria residência do sujeito com doença renal crônica o médico explica que:

As enfermeiras vão às residências uma vez, quando se está treinando para se fazer essas diálises, para orientar as condições dos quartos e onde serão colocados as macas e outros equipamentos (Médico).

É importante ressaltar que para realizar a mesma função de um rim normal trabalhando durante quatro horas, são necessárias 24 horas de diálise peritoneal ou 4 horas de hemodiálise. De acordo com as necessidades do paciente, este tratamento pode ser realizado em hospital ou no próprio domicílio do paciente.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), para realizar a hemodiálise é necessário utilizar uma membrana dialisadora, formada por um conjunto de tubos finos, os filtros capilares. Neste tratamento, o sangue passa pelo filtro capilar; por isso é fundamental ter um vaso resistente e suficientemente acessível que permita ser puncionado três vezes por semana com agulhas especiais. O vaso sanguíneo que apresenta estas características é obtido através de uma fístula artério-venosa (FAV). Esse procedimento é feito por um cirurgião vascular que une uma veia a uma artéria superficial do braço, permitindo assim que circule um fluxo de sangue superior a 250 ml/minuto. Durante quatro horas, um fluxo abundante de sangue passa pelo filtro capilar, retirando todas as impurezas do sangue. Por isso, o rim artificial é comparado a uma máquina que controla a pressão do filtro, a velocidade e o volume do sangue que passa pelo capilar, o volume e a qualidade do sangue que banha o filtro.

As condições essenciais para uma hemodiálise de qualidade dependem de uma fístula artério-venosa com bom fluxo, um local com condições hospitalares, aparelhos adequados e de assistência médica permanente. É importante ressaltar que a hemodiálise tem a mesma capacidade de filtração de um rim humano, ou seja, uma hora de hemodiálise equivale a uma hora de funcionamento do rim normal.

Para compreender melhor todo esse procedimento pode-se considerar que a diálise se diferencia do rim normal por ser um processo que ocorre em três sessões de quatro horas, o equivalente a 12 horas semanais, ao passo que o rim normal trabalha na limpeza do organismo 24 horas por dia, sete dias da semana, totalizando 168 horas semanais. Dessa forma um tratamento de diálise deixa o paciente 156 horas semanais sem filtração. Um paciente que é submetido ao tratamento de diálise pode trabalhar e viver bem, com boa qualidade de vida, tomando alguns cuidados com relação a sua saúde e a sua alimentação.

Mas, como qualquer outro tratamento, a hemodiálise também tem seus riscos e apresenta algumas complicações que devem ser evitadas, como hipertensão arterial, descalcificação, anemia severa, desnutrição, hepatite, aumento de peso por excesso de água ingerida e depressão. Por isso os médicos controlam e tratam os problemas clínicos em cada sessão de hemodiálise.

Segundo a assistente administrativo do setor, entre as causas mais comuns que levaram o desenvolvimento da insuficiência renal crônica nos sujeitos em tratamento do centro de hemodiálise do hospital pesquisado, estão: a hipertensão arterial e o diabetes.

Durante o tratamento, pode-se observar que os pacientes apresentam sensações de desconforto e de dor. Nessas condições eles ficam severamente dependentes dos procedimentos e expostos a fatores estressantes, como a regulação da ingestão de alimentos líquidos e de medicamentos. Muitos doentes não seguem recomendações médicas nem tomam cuidado com a alimentação. O seguimento das orientações na dieta renal pode ser difícil e estressante devido às inúmeras restrições às quais os pacientes são submetidos. A enfermeira enfatiza que:

Tudo o que você vai explicar para determinados pacientes aqui precisa ser bem elementar, pois quando chegamos e lhe damos alguma instrução achamos isso tão normal e compreensível para todos... Mas não para ele... Ele não sabe como seguir as suas instruções (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise).

Segundo a equipe de saúde, o tratamento requer mudanças importantes na rotina de vida dos pacientes e da sua família. Toda essa rotina de procedimentos leva a limitações e alterações no movimento de vida, os quais dificultam suas interações sociais e sua manutenção de suporte social. Como é possível perceber, o tratamento é muito delicado e lento, o que torna necessária a atenção de toda a equipe médica. Considerando que os pacientes submetidos à hemodiálise

passam, em média, por uma rotina de três sessões por semana, com duração de aproximadamente quatro horas cada uma, a idéia é utilizar o tempo de tratamento para realizar diferentes atividades.

Nesse aspecto existe algo preocupante, demonstrado no relato da enfermeira chefe, em relação à dificuldade de adesão do doente renal crônico ao tratamento devido à falta de conhecimento e até o vocabulário médico utilizado.

Eles chegam cheios de dificuldades. Até porque esses pacientes são ambulatoriais, eles não ficam internados e assim voltam para suas casas. Quando vêm para cá são como esta turma que está chegando agora e causa este movimento maior. Eles vêm, almoçam e aí esperam a hora das macas se desocuparem dos pacientes da manhã, e então entram na diálise. Essa turma faz isso segunda, quarta e sexta-feira. Assim, depois de chegarem aqui, seguirão daqui a pouco para o tratamento. Devemos então explicar para os pacientes do ambulatório que eles permanecerão na diálise e que farão suas fichas, e que lhes ofereceremos um café durante a permanência. Não sabemos o que responder se o paciente nos perguntar: “vou fazer (hemodiálise) quantas vezes?... fazendo fila para aguardar um transplante, mas não tem doador, então ele pode ficar lá até quando Deus quiser. Precisamos portanto explicar tudo, porém não de modo muito direto, pois se chegarmos de repente no ambulatório e dissermos assim: olha, seus rins estão funcionando tanto%. logo ele se agita querendo saber quando receberá a alta. Muitos chegam aqui lacrimejando. E oferecemos logo o “produto”: você quer conhecer a hemodiálise? Tem a peritonial! Às vezes eles nem querem ver. Às vezes o familiar que acompanha esse paciente é quem demonstra essa curiosidade (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise).

Neste contexto descrito, o sujeito com insuficiência renal também pode apresentar quadros depressivos que comprometerão a qualidade de sobrevivência. Segundo Garcia (2006, p.10) é comum nesses doentes um humor depressivo, com total desânimo frente à vida chegando, nos casos mais extremos, ao suicídio. Tornando-se necessário assistir ao enfermo nos seguintes aspectos:

os aspectos físicos e de capacidade funcional, como o estado psicológico e do bem-estar, mas também suas interações sociais e condições socioeconômicas, no sentido de caminhar para a posição de que não basta preservar a vida do enfermo, mas dar uma vida com significado. (HERNANDEZ, 2003, apud GARCIA, 2006, p.2).

Ao saber se a pessoa com doença renal crônica leva uma vida normal, ou se fica restrita ao ambiente doméstico privando-se da convivência (social). O consenso entre o médico e a enfermeira chefe foi de que geralmente o adulto se retrai ou não consegue dar continuidade ao seu aprendizado. Mas, segundo o médico, isso não ocorre com os mais jovens:

Olha, nós temos, pelo contrário, um paciente chamado André, que não suporta é faltar às aulas. Temos também outra paciente que também faz questão de ir às aulas. São dois adolescentes. Bem, a secretária tem os telefones de todos esses que fazem diálise domiciliar. E com os pacientes da hemodiálise você pode perguntar diretamente (Médico).

Na investigação, realizada junto aos profissionais que atuam diretamente com o doente renal crônico, fica caracterizada a preocupação de todos em relação ao processo de aprendizagem, demonstrando que medidas de adequação podem ser tomadas para que os jovens dêem continuidade aos estudos.

Nossa contribuição em relação ao estudo aqui é quando temos jovens, garotos que transplantaram, de até 14 anos, e a gente estimulava que eles saíssem da escola e viessem direto aqui para o hospital; eles moram distantes, numa (cidade) satélite. Então quando o paciente chegava entrava fora dos horários dos seus outros companheiros era porque abriram uma exceção. A gente não pode se adequar a cada paciente que chega, mas existem umas situações em que a gente deve estimular, não é? Um menino que teria de estar na escola às 12h não poderia entrar na maca às 12:30, e já sabíamos que a consulta estava marcada (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise)

Este é outro aspecto relevante levantado pelo médico responsável pelo setor de diálise do hospital pesquisado, pois entre os pacientes que fazem diálise domiciliar alguns preferem este tratamento porque é feito à noite e assim podem ir à escola. Assim quem é mais jovem sente menos dificuldade de adaptação devido à possibilidade de manter suas atividades cotidianas. Nesses casos a família representa o suporte que a pessoa com doença precisa para que sua qualidade de vida não seja afetada.

Isso revela que quem passa por esta doença precisará de muita ajuda para enfrentar essa batalha; um apoio que, em muitos casos, não existe no próprio contexto familiar, conforme é explicado a seguir:

Na maioria dos casos os pacientes aqui têm um contexto familiar desestruturado, e baixa escolaridade. Eles chegam aqui sozinhos, a sala de convivência utilizada como sala de espera fica praticamente vazia e quando algum paciente precisa ser levado para UTI, devido a complicações, nós não temos em sua ficha nenhum número para contato de familiares ou amigos para avisar (Assistente Administrativa do setor de hemodiálise).

Para o Pedagogo atuar em uma ambiente como este é preciso sensibilidade ao abordar as relações familiares. Ao intervir em questões delicadas, como a relatada, é necessário mobilizar a

capacidade de “escuta”, procurando valorizar o que o sujeito tem a dizer, dando-lhe voz a fim de que perceba em suas fragilidades os pontos de apoio de que necessita para fortalecer suas expectativas frente às dificuldades.

Em outro relato é possível identificar na fala da enfermeira entrevistada que o “paciente” com pouca escolaridade não possui autonomia para decidir seu próprio tratamento. A escuta pedagógica para agenciar conexões, necessidades intelectuais, emoções e pensamentos proposta por Ceccim (1997) poderia auxiliar na compreensão do que não foi explicitado pelo doente, em relação as suas dúvidas quanto ao procedimento. Com base no que a enfermeira relata abaixo:

Olhe só: ontem eu estava aqui no hospital, cheguei então até um paciente (acho que é aquele aqui, de fora) e perguntei: “Sr. Valdeci, o senhor gostaria de trocar o seu horário de diálise? E ele respondeu: ‘trocar o horário?’” e eu expliquei: “Sim, mas o senhor vai trocar com o mesmo candidato que eu vou consultar porque o senhor continuará fazendo a diálise; essa pessoa fará a diálise no seu turno e na mesma poltrona, pois tenho orientação para mantê-los na mesma unidade, mas primeiro o senhor precisa concordar. Caso o senhor não queira trocar o seu turno saiba que tem outra pessoa que falou: ‘ah, eu quero trocar nesse andar segunda, quarta e sexta-feira porque eu queria pescar...’” E aí eu falei: “bem, é a primeira vez e acho que vou descer (o paciente) que concordou (em compartilhar o espaço), então julguei ouvir ele falar: ‘é... quero’, mas não entendi o que ele disse, pois não falou para mim e sim para outra funcionária. Por que ele agiu assim? Porque quando eu falei, ele me acatou por eu ser a enfermeira e a responsável (então ele aceita), porém não entendeu a minha explicação, e aí vi a companheira dele falando assim: “o que é que você vai fazer? Não vai mudar nada! Vai fazer é à tarde mesmo!” Só que ao invés de terça, quinta e sábado, seria segunda, quarta e quinta-feira. Seria algo simples, mas é como eu falei: ela aceitou a minha proposta, mas não a compreendeu (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise).

Neste caso faltou à enfermeira desenvolver a escuta pedagógica referente à compreensão de expectativas e sentidos, capaz de ouvir através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e postura (CECCIM, 1997).

Ainda sobre a dificuldade do tratamento ao sujeito hospitalizado, com pouca ou nenhuma escolarização, a enfermeira definiu bem:

As dificuldades? Bem, se durante o andamento do projeto você tem um paciente que já é alfabetizado, ele já terá um comportamento diferente e vai se adequar melhor ao tratamento. Então você terá vários níveis de alunos numa sala de hemodiálise, tanto em interesse quanto em escolaridade, assim precisa ser algo bem individual (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise).

Esta abordagem caracteriza a permanente constituição da subjetividade do sujeito hospitalizado. Neste contexto a função comunicativa abordada por Vygotsky (1993) será capaz de mobilizar uma permanente constituição do sujeito pelo reconhecimento do outro e do eu. Isso significa que pela comunicação o indivíduo conseguirá se apropriar do mundo externo, estabelecendo um significado novo as suas experiência. Portanto o aprendizado no ambiente hospitalar, instaurado em um processo de relação dialética, contribuirá na constituição das suas consciências, mediando desse modo suas formas de sentir, pensar e agir. Dessa forma o respeito a subjetividade do sujeito e o cuidado com as demandas individuais do grupo propiciará reinterpretações de informações, conceitos e significados. Um processo que permitirá atenuar as dificuldades encontradas pelo sujeito hospitalizado com pouca ou nenhuma escolarização.

Finalmente, ao se averiguar sobre o nível de aceitação da equipe de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo em ambiente hospitalar, foi possível perceber que tal aceitação praticamente não existe, sendo referenciada por alguns profissionais, apenas no contexto de atendimento pedagógico às crianças internadas na pediatria do hospital. A resposta da enfermeira chefe do setor de hemodiálise em relação a esse nível de aceitação foi a seguinte:

Acho que não existe. Mas se dependesse de mim, seria bem vinda no meu setor (Enfermeira chefe do setor de hemodiálise).

Ao conversar com as pessoas o pesquisador procurou suscitar questões pertinentes ao cotidiano em relação ao tratamento de saúde. Falando de si próprio o entrevistado sentiu-se mais tranquilo e menos acanhado, possibilitando uma forma de aproximação mais calorosa e receptiva nesse primeiro contato. Após as devidas apresentações e compreensão por parte do entrevistado em relação ao tema, o objetivo da pesquisa foi exposto contemplando-se em seguida as perguntas mais específicas do questionário.

Para se ter uma idéia das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com doença nesse contexto no que se refere às atividades físicas, destaca-se um trecho em que uma entrevistada revela a necessidade de adaptabilidade ao cotidiano hospitalar:

Aqui? Bem, no meu caso vejo problemas no estudo porque o meu braço, que eu faço tudo, é o esquerdo... Já no caso de que tem aptidão com a direita, precisaria ir invertendo (a posição na maca de diálise). Minha mão direita fica livre, mas a questão de qual braço deve ficar imobilizado para a diálise é algo que depende de cada um, mas tem muita coisa que dá para aprender... (Clarisdete Rodrigues).

Há de se considerar o desafio delineado nesse ambiente onde ocorreram as entrevistas. Numa descrição mais sucinta, não é possível deixar de ressaltar que as condições de tratamento são realmente agressivas à qualidade de vida da pessoa com doença renal crônica. Sensibiliza o fato de que todos ficam sentados numa poltrona adaptada para o tratamento de hemodiálise, em que cada um precisa aguardar imóvel enquanto a máquina faz a função dos rins. Esse processo doloroso, que leva quatro horas, é velado apenas pelo ruído dos aparelhos conectados ao doente e pelo burburinho das enfermeiras andando de um lado para outro, interferido às vezes pelo barulho da televisão.

Qualquer pessoa se sensibiliza com a morbidez do ambiente; uma luz opaca, ausência de cores, falta de alegria, carência de vidas com mais sentido; mas nota-se também a presença de pessoas transbordando de sede de viver, com perspectivas ocultas e desejos incontidos. Pessoas tão generosas com o outro que, mesmo sofrendo, querem participar das circunstâncias que a vida lhes oferece e, quem sabe, ensinar por sua própria história de vida, sinônimo de perseverança.

O tempo que leva é massacrante... Quando eu saio daqui, chego em casa às cinco da tarde... No tempo para ir dormir... Isso se correr tudo bem, e não houver mais problemas. Cada um tem seu modo de lidar com o problema. O ambiente (hospitalar) é mórbido; chega muita gente. Faço o tratamento a um ano e meio e já vi mais de seis pessoas morrerem (Paulo Renato dos Santos).

À primeira vista, diante de tanta adversidade, pode parecer que os entrevistados desistiram de sonhar:

Eu acho ruim porque para mim uma vida dessas não é boa. Eu acho ruim porque eu era sadio; vivia trabalhando... E agora caí numa vida dessa aqui... Não tem muito futuro não... (Valdivino dos Santos).

Só lhe resta ficar sentado e passivo diante desta máquina...! E quando vem a tarde já não tenho coragem para nada. Não consigo nem mexer os braços direito, pois se mexer, a agulha sai do lugar... Além disso é sangue; uma coisa que todo mundo procurar evitar, até as próprias enfermeiras. Tenho uma preocupação: às vezes ela (a máquina sem a devida assepsia) catalisa direto com qualquer pessoa, que pode ter alguma doença contagiosa. O problema é a demora e o fato de você nunca saber se numa hora está bem e, de repente, a pressão baixa, ou a glicose baixa. Você sabe como entra, mas não como sai. O tratamento na máquina varia muito e os pacientes sofrem, as taxas de glicose sobem... (Paulo Renato dos Santos).

Mas o que se percebe ao analisar as palavras dos entrevistados, por meio da “escuta” apresentada por Barbier (1998), Ceccim (1997) e Fontes (2004), torna possível destacar o esforço empreendido pela pessoa com doença renal crônica na luta pela própria vida. A demonstração disso é que todos eles se encontram lá, persistentes, sem desistir, semana após semana, o mês todo, cada ano de sua existência. Celebram, na dor, a vida que lhes é proporcionada. Preocupando-se com todas as interferências resultantes do tratamento e opinando nos procedimentos a sua maneira.

Evidencia-se pois, através da “escuta”, que há necessidade de se estabelecer vínculos nesse ambiente considerado adverso, mas com possibilidades de se construir relações afetuosas e de comprometimento com todos, num importante conceito de bem-estar a se destacar neste contexto, pois o sujeito participante da pesquisa necessita dessa atenção para que seja possível analisar, nas entrelinhas, as palavras, os anseios de cada um.

De certa maneira todo mundo se conhece, assim antes das sessões todo mundo brinca, e existe uma certa amizade entre as pessoas, mas num nível superficial; são aquelas conversas casuais “feijão com arroz” (Paulo Renato dos Santos).

Veja um exemplo: é muito raro haver um bingo aqui, mas quando tem... Nossa! A gente se descontraí, todo o mundo brinca, toda o mundo fica alegre. Assim eu vejo que, se a gente tiver uma ajuda dessas, vai melhorar muito mais, tanto o nosso tratamento quanto o conhecimento. Conheceremos outras coisas, perceberemos que temos capacidade para outras coisas, não é mesmo? E vai ser muito melhor para nós, até no sentido de levar o conhecimento adquirido para a casa e ficarmos empolgados; este é um “volume” que não vão assaltar de jeito nenhum (risos). Vai ajudar, e muito, porque ninguém vai querer faltar. Vão estar interessados no aprendizado aqui (Clarisdete Rodrigues).

Foi possível perceber nesse contexto inter-subjetivo do hospital, em que se interpenetram os conceitos de educação e saúde, uma nova perspectiva de educação que possa fertilizar a vida, pois o desejo de aprender e conhecer é fruto do desejo de viver no ser humano. Nesse ponto de vista, o período de hospitalização será transformado, então, num tempo de aprendizagem, de construção de conhecimento e aquisição de novos significados apreendidos pela comunicação. Não sendo preenchido mais apenas pelo sofrimento e o vazio do não-desenvolvimento afetivo, psíquico e social.

Ao reconhecer, ao mesmo tempo, que a hospitalização é um acontecimento permeado por situações de medo e tristeza com o potencial de paralisar o processo de construção de conhecimento, o pedagogo poderá se insurgir contra isso e sinalizar com o acolhimento dos

medos, desejos, ansiedades, confusões e ambivalências. Um adequado nível de informação lhe permitirá portanto a produção de conhecimentos do sujeito sobre si e uma construção positiva a respeito da sua saúde, em que o corpo não se separe do pensamento (CECCIM, 1997, p. 34).

Se for assim, então podemos dizer que “o caminho do ser humano é o caminho rumo a uma consciência mais elevada.” (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2001, p. 147).

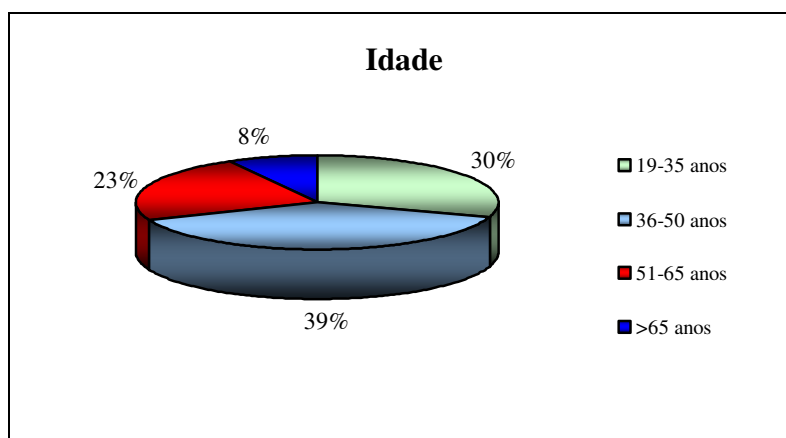
Analizando os pressupostos, até aqui apresentados, deve-se considerar que o desenvolvimento da capacidade cognitiva, afetiva e social do ser humano não pode ser ignorado apenas porque ele se encontra hospitalizado.

Nas entrevistas realizadas com o doente renal percebe-se que ele poupou palavras no sentido discursivo, mas ficou implicitamente carregado do desejo de viver e de ser feliz. Nesse aspecto posso inferir que o sujeito disposto à comunicação compreende melhor seu contexto de vida e consegue vislumbrar com mais prerrogativas seu bem-estar ou a sua própria cura.

4.3.2 Sujeito com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise

O presente estudo investigou, junto à equipe de saúde e sujeitos atendidos no setor de hemodiálise de um hospital público do Distrito Federal, a necessidade de atendimento pedagógico no ambiente hospitalar; foram analisadas as características sociodemográficas (sexo, idade, procedência, grau de escolaridade) e os fatores geradores de ansiedade associados ao tratamento, conforme a percepção das próprias pessoas com doença renal crônica.

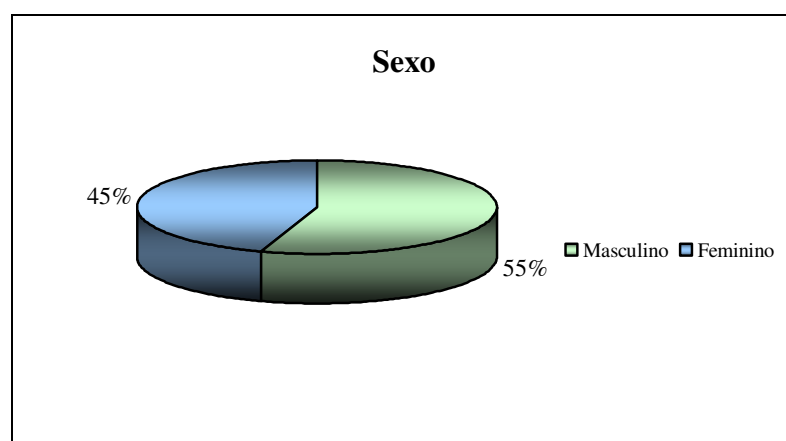
Foram desenvolvidos dois estudos de campo. No primeiro, retrospectivo, o universo analisado foi de 41 (quarenta e um) pacientes atendidos no setor de hemodiálise selecionados em 2009.

Gráfico 1: Perfil sociodemográfico

Fonte: Centro de Hemodiálise de um Hospital Público do DF - 2008

Dentre as pessoas entrevistadas 39% tem entre 36 e 50 anos e apenas 8% tinham idade superior a 65 anos de idade, representando um nível maior de vulnerabilidade e riscos, por possuírem a saúde mais fragilizada.

Os resultados do estudo retrospectivo realizado pela assistente administrativo do setor, demonstraram que 55% dos adultos eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino.

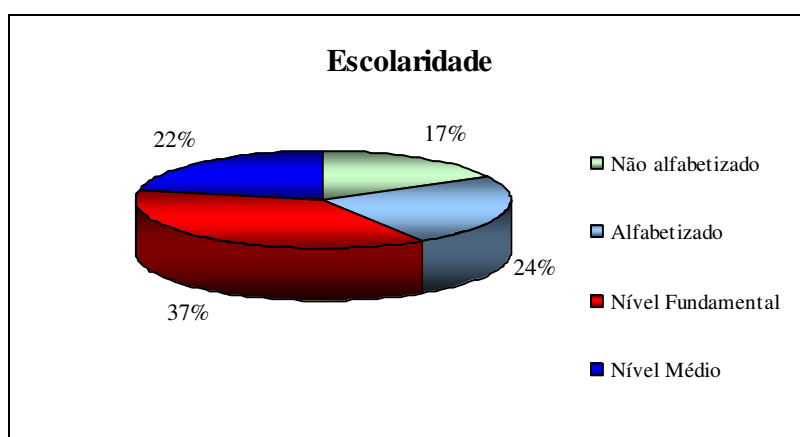
Gráfico 2: Perfil sociodemográfico

Fonte: Centro de Hemodiálise de um Hospital Público do DF - 2008

O grau de escolaridade pode ser considerado baixo, repercutindo no nível de autonomia de cada paciente. A incidência de pessoas não alfabetizadas é significativa e revela a precariedade das políticas públicas de educação de Jovens e Adultos no Brasil. Os 24% que se consideram

alfabetizados não concluíram o nível fundamental. A parcela que possui o nível fundamental completo, somada à que cursou o ensino médio, totaliza 59% dos entrevistados. Estes dados revelam que quase a metade dos doentes renais deste universo pesquisado sofre com a falta de acesso à educação básica.

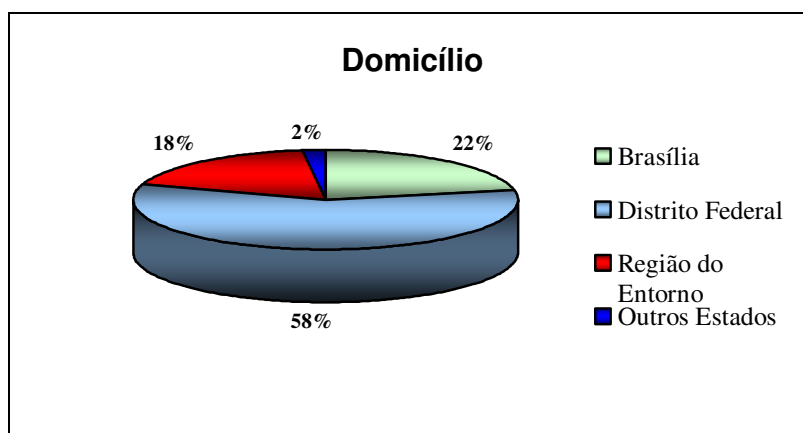
Gráfico 3: Perfil sociodemográfico



Fonte: Centro de Hemodiálise de um Hospital Público do DF - 2008

Quanto ao local de moradia, 18% moram na região do Entorno, 58% nas cidades do Distrito Federal e apenas 22% residem em Brasília próximos ao hospital. Os dados que demonstram a maior dificuldade de acesso à saúde e ao tratamento consistem nos 2% que saem de outros Estados para realizar hemodiálise em Brasília.

O hospital tem um projeto de fazer a hemodiálise domiciliar o que pode reduzir custos. Na pesquisa anterior realizada pela Assistente Administrativo do Setor de Hemodiálise foi questionado se os pacientes concordavam com esse projeto, 66% dos pacientes não estariam de acordo e informaram ainda que a presença de um profissional proporciona mais segurança ao tratamento. Este dado revela a insegurança que a falta de informações sobre a doença pode ocasionar, afetando principalmente a qualidade de vida dessas pessoas que precisam se deslocar de suas residências para realizar a hemodiálise no próprio hospital. Tornando-se uma jornada mais longa e extenuante uma vez que ao sair das sessões, após quatro horas de hemodiálise, a pessoa com doença renal crônica fica exaurida pela agressividade do procedimento e ainda precisa voltar para seu local de moradia utilizando-se de ônibus.

Gráfico 4: Perfil sociodemográfico

Fonte: Centro de Hemodiálise de um Hospital Público do DF - 2008

Em relação à não-satisfação do atendimento ficou registrada a reivindicação por mais médicos e assistentes sociais que trabalhem no setor de hemodiálise do hospital pesquisado.

Quanto a qualidade das instalações há uma necessidade de melhoria, a sala é muito pequena e as pessoas atendidas reivindicam poltronas mais confortáveis para as sessões de hemodiálise. Medidas como a aquisição de poltronas mais confortáveis e programas educativos com informações sobre a doença renal, devem melhorar o nível de satisfação em relação ao tempo que eles ficam ociosos durante as sessões de diálise. Essa iniciativa propiciará mais informações sobre a doença renal crônica aos doentes e aos acompanhantes, que às vezes exigem explicações dos médicos que nem sempre tem tempo para estas orientações.

Na avaliação da instituição, 60% dos pacientes estão satisfeitos e 88% recomendariam o Centro de Hemodiálise do hospital pesquisado, para outras pessoas com o mesmo problema, o que demonstra uma relação de credibilidade para com a instituição. Nesse aspecto a instituição demonstra sua confiabilidade na avaliação dos usuários do setor de hemodiálise; tal dado é relevante para que o pedagogo possa ser aceito com credibilidade nesse ambiente, pois vai depender especificamente da instituição de saúde promover ou não subsídio ao pedagogo para que ele se torne parte integrante da equipe multidisciplinar do hospital.

O segundo estudo baseou-se em entrevistas realizadas com as pessoas que, em 2009, estavam submetidos à hemodiálise no hospital público, onde se realizou a pesquisa. Na amostra selecionada, duas pessoas eram do sexo feminino, sendo uma domiciliada no estado de Minas Gerais, os outros quatro eram do sexo masculino com domicílio no Distrito Federal; todos

submetidos ao procedimento hemodialítico há mais de um ano. Dentre os entrevistados apenas um possui nível médio completo; dois declaram ter concluído o nível fundamental, dois que não concluíram o ensino fundamental e um que nunca foi à escola. Quanto ao local de moradia houve maior incidência na região do Distrito Federal. Em relação à profissão apenas um dos entrevistados trabalha atualmente, os demais não trabalham, mas possuem, como renda, benefícios da seguridade social. Predominam os que fazem diálise há mais de um ano e uma mulher entrevistada que realiza este procedimento a seis anos.

Os principais temores em relação ao tratamento incluíram a exposição a procedimentos médicos evasivos e as muitas perdas que vivenciam no seu cotidiano. O desgaste físico e psicológico foi o efeito colateral referido como o que mais incomodava. Dormir e ficar passivo eram as estratégias mais adotadas para o alívio destes efeitos.

As áreas que sofreram maior interferência devido ao tratamento foram: lazer, escola e relacionamentos familiares, profissionais e de projetos de vida. Quatro entrevistados mencionaram que não podiam mais realizar atividades profissionais, embora um tenha relatado que continuava trabalhando. Todos os participantes interromperam a continuidade nos estudos e um fez referência ao déficit na aprendizagem devido à ausência de escolaridade.

Percebe-se no local que há pouca distração para a pessoa em hemodiálise, a sala não tem revistas, livros ou jogos para distração. O único recurso utilizado pelo setor é uma televisão que fica ligada, mas segundo os entrevistados, a programação é ruim. Os entrevistados se manifestaram positivamente à realização de possível atividade pedagógica no local. Sugeriram que houvesse mais atividades de lazer durante a internação (jogos, filmes, e formação profissional) e que esse período fosse utilizado para novos aprendizados. O estudo aponta a necessidade de atendimento psicossocial específico, no qual se disponibilize as pessoas com doença: acolhimento, esclarecimentos periódicos sobre o quadro clínico e o tratamento, atividades lúdicas, formação de grupos para troca de experiências, discussão de temas relacionados às mudanças provocadas ao organismo pela doença e oferecimento de suporte emocional.

Destacam-se, ainda, outros fatores que contribuem para uma melhor adaptação à condição da pessoa com doença renal crônica que são: a qualidade da assistência oferecida pelo serviço de saúde, o acesso às medicações e os cuidados ofertados pelos profissionais da área da saúde quando desenvolvem uma assistência mais humanizada. A falta da aproximação dos membros da

família da pessoa com doença foi a principal observação negativa da equipe de saúde em termos de análise da afetividade e do apoio ao sujeito com doença renal crônica.

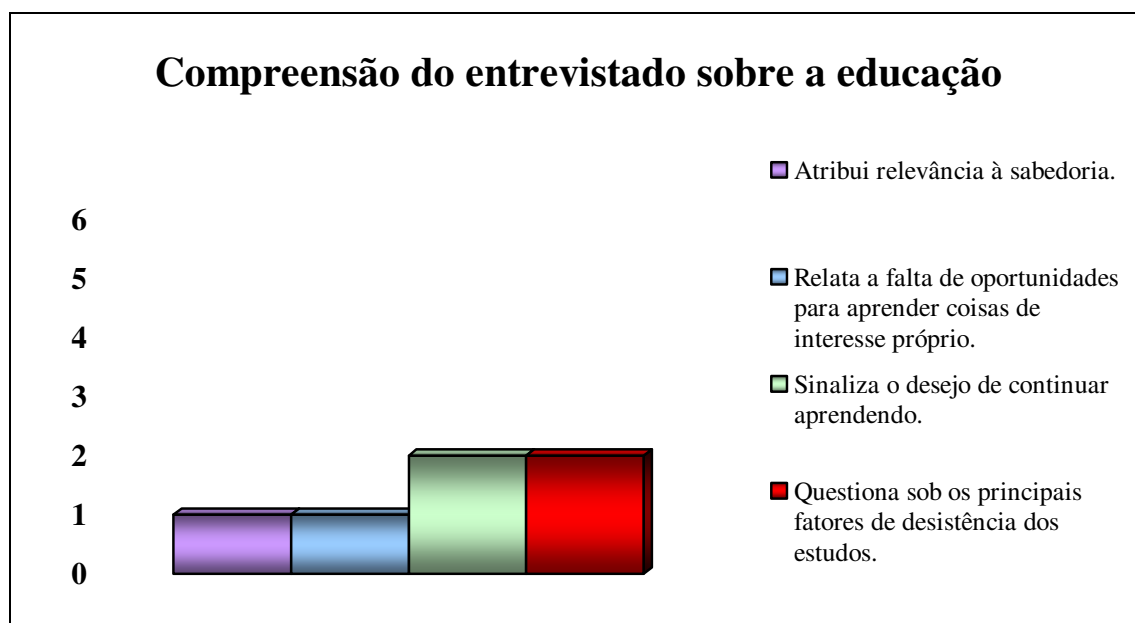
Diante de todo o contexto referido torna-se ainda mais reveladora a abordagem dos entrevistados a respeito de seu cotidiano hospitalar. Deve-se ressaltar que a entrevista com a pessoa que faz hemodiálise foi diferenciada em alguns aspectos. Procurou-se reduzir a quantidade de perguntas para minimizar um possível desconforto. A coleta de dados foi realizada com as seis pessoas com doença renal crônica durante a sessão de hemodiálise no próprio hospital, conforme sugestão da equipe de saúde.

A partir das respostas obtidas, por meio do questionário foi elaborado um gráfico que sintetiza o resultado do roteiro semi-estruturado sobre o tema específico desta pesquisa, contemplando a subjetividade nas respostas obtidas.

O gráfico abaixo apresenta a percepção dos entrevistados em relação ao tema da pesquisa. Levando-se em consideração o universo da amostra, foi organizado um modelo para identificar e classificar as respostas dos entrevistados de forma a facilitar a análise das concepções que a pessoa hospitalizada faz a respeito desse atendimento proposto pela Pedagogia Hospitalar.

Na pergunta pertinente à importância do aprendizado foi possível perceber uma forte necessidade de justificar os motivos que levaram à paralisação dos estudos, ressaltando significativa importância a esse aspecto de suas vidas. Houve também a sinalização do desejo de continuar aprendendo, ainda que seja nas circunstâncias atuais.

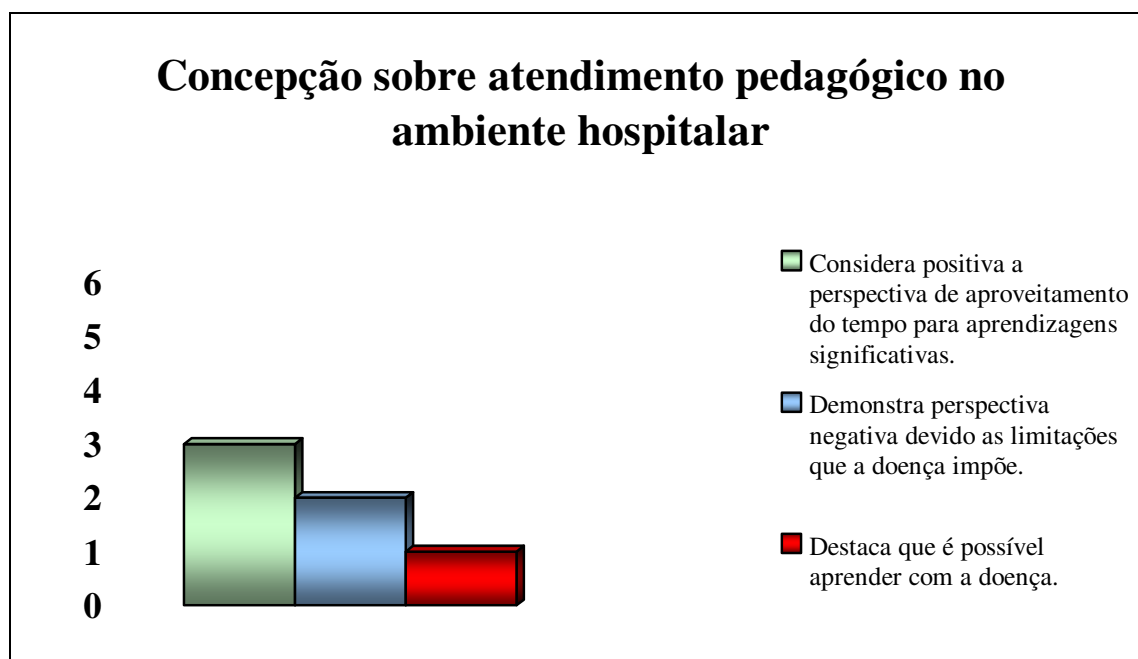
Figura 1: Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar.



Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar. Brasília - 2009

A opinião dos entrevistados a respeito da possibilidade de cuidar da saúde e estudar no próprio hospital foi divergente; praticamente metade concordou com a proposta e a outra não. O motivo aparente da falta de perspectiva nesse aspecto se baseia no fato de estarem desmotivados e ainda arraigados à concepção tradicional de educação, em que o sujeito é que precisa se adaptar aos métodos da escola. Nesse sentido, retoma-se o compromisso da EJA de se constituir como diálogo permanente, de forma a desenvolver a capacidade crítica dos alunos e romper com paradigmas que impeçam a construção de novos aprendizados. Pois como já foi mencionado nos pressupostos teóricos deste trabalho, a capacidade de aprender implica na capacidade de transformar a realidade não somente intervindo de maneira consciente, mas também recriando esta realidade, atribuindo novos valores à mesma.

Figura 2: Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar.

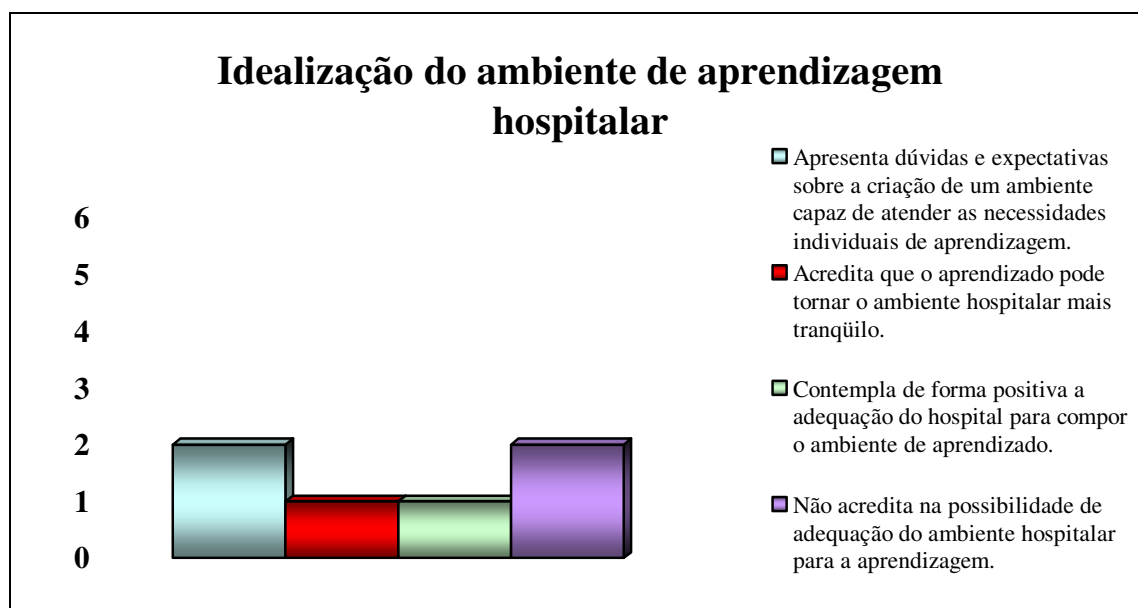


Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar. Brasília - 2009

Quanto à adaptação a este ambiente, a fim de propiciar aprendizado e conhecimento, as pessoas doentes também não chegaram a consenso. Evidenciou-se uma forte subjetividade no significado atribuído por cada um à educação, mas é possível perceber que o convite ao ensino individualizado, a partir do interesse de cada, um foi acentuado.

Nesta perspectiva, corrobora-se a finalidade de propiciar diferentes atividades educativas para os adultos hospitalizados acompanhado do objetivo de tornar a difícil experiência causada pela enfermidade e a hospitalização, em momentos de aprendizagem e autoconhecimento. O apelo à mudança de antigos para novos paradigmas apontado por Ferreira e Guimarães (2003) reafirma a proposta de inclusão, orientando para uma educação mais humanizada, respeitando cada indivíduo como único e parte de um todo; reafirmando o objetivo principal da educação inclusiva que é de promover uma melhor qualidade de vida àqueles que, por algum motivo, necessitam de um atendimento mais adequado a sua realidade física, mental, sensorial e social.

Figura 3: Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar

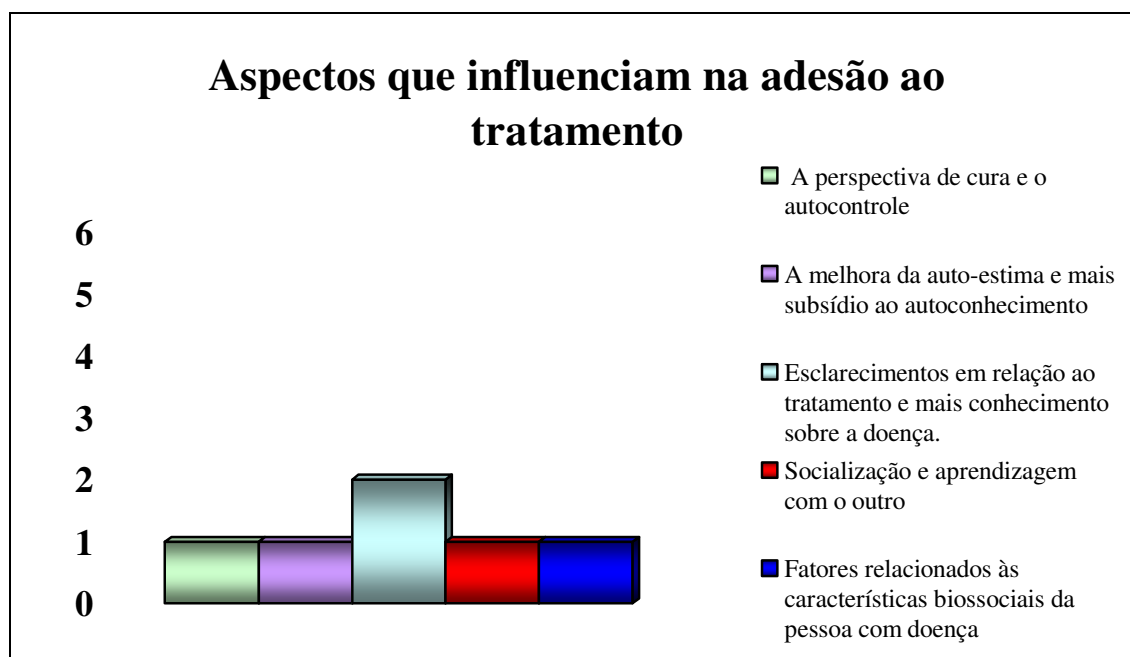


Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar. Brasília - 2009

No contexto de expectativa quanto aos aspectos contributivos da educação no ambiente hospitalar, o foco do entrevistado voltou-se para a importância que ele atribui à necessidade de bem-estar. Mesmo com pontos de vista individuais podemos inferir que a mediação do outro no apoio estendido ao doente proporciona-lhe mais segurança e confiança da sua melhora.

Neste ponto importa retomar a perspectiva da linguagem para Vygotsky (1993), em que a função da comunicação é estabelecida na interação do sujeito com o mundo, pois através da interação pela linguagem ocorrem as reinterpretações das informações, conceitos e significados. Visto como a linguagem materializa e constitui as significações construídas no ambiente hospitalar pela pessoa, suas conjecturas sobre a educação no processo de melhora servirão de base para que possam significar suas experiências, e serão estas significações resultantes que constituirão suas consciências, mediando, desse modo, suas formas de sentir, pensar e agir positivamente ao seu cotidiano hospitalar, projetando um novo sentido para seu processo de doença e cura.

Figura 4: Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar

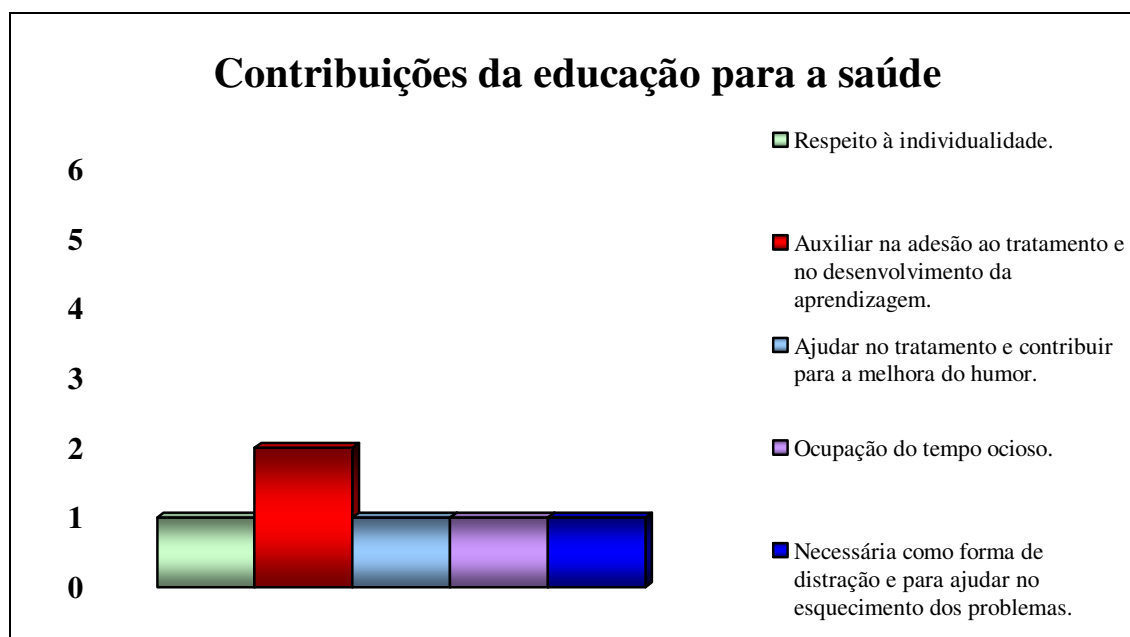


Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar. Brasília - 2009

Referenciando Machado (2008), em apoio ao atendimento pedagógico hospitalar, destacam-se vários indicativos nas entrevistas referentes à socialização do indivíduo pelo pedagogo no ambiente hospitalar e ao trabalho social, com enfoque pedagógico, direcionado ao atendimento às necessidades humano sociais, que precisam ser desenvolvidas cooperativamente pela equipe multidisciplinar da qual participa o pedagogo.

Conforme as opiniões obtidas a respeito do tema educação no ambiente hospitalar e a possibilidade de influência positiva no tratamento, mais uma vez os entrevistados se demonstraram introspectivos. Contudo fica evidenciado que a contribuição pode ser positiva no que tange aos aspectos apresentados no gráfico como: respeito à individualidade, desenvolvimento da aprendizagem, contribuição para a melhora do estado do doente e a transformação do ambiente hospitalar em um local mais prazeroso. Nesse aspecto o fato de se humanizar a atenção ao enfermo qualifica a prática pedagógica, pelo acolhimento, melhoria do ambiente hospitalar, valorizando-se a dimensão subjetiva e social de cada pessoa.

Figura 5: Concepção acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar



Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar. Brasília - 2009

Esta análise ilustrativa dos dados foi importante como futuro aporte para delinear uma proposta pedagógica que possa contemplar as expectativas das pessoas com insuficiência renal crônica; assim como corroborar a presença da subjetividade latente neste contexto, em que se faz necessário adotar práticas pedagógicas fundamentadas no respeito, compreensão e na liberdade de escolha de cada pessoa hospitalizada. Apesar de ser um estudo de caso, que tem como representativo uma parcela de 1,5% do total de doentes atendidos no hospital pesquisado, fica registrado um relato significativo para a reflexão sobre a necessidade do corpo acadêmico contribuir para mais pesquisas neste enfoque, e com possibilidades concreta de intervenções pedagógicas neste ambiente.

Ao sujeito desta pesquisa é preciso proporcionar uma nova experiência educativa, para que ele próprio possa ajudar na construção de uma pedagogia de cunho emancipatório; num contexto que extrapola os muros da escola, uma educação não-formal, mas carregada de intenções e capaz de contribuir na resignificação da própria vida. A exemplo de quem percebe esta necessidade e encontrou um significado diferente na sua experiência com a doença:

A minha opinião é que cada cabeça é diferente da outra. E eu gosto muito de analisar as coisas; estou falando do que aprendi devido ao momento que vivo agora. Cada dia a gente aprende mais coisa. Falei para você que aprendi aqui, e aprendi na minha casa, a saber me comportar e passar alegria. Eu não passo tristeza para ninguém, isso é algo que não passo mesmo. Então esse é o meu dia-a-dia, tanto aqui quanto lá em casa. Eu deveria conversar (depressivamente) com eles? Não! Precisamos é lutar pela vida, cada dia temos de agradecer a Deus e não ficar triste, pois depois que estou aqui já morreu muita gente. Ontem mesmo morreu um que fazia (hemodiálise) com nós aqui. Morreu... já depois de uns três meses que fazia hemodiálise aqui. Mas nem por isso você pode desistir de apoiar os outros, não é? Eu sei que a vida continua ... (Francisco de Jesus).

O depoimento do Sr. Francisco de Jesus mostra que sua determinação está baseada na crença de que tudo é possível àquele que celebra o dom da vida, pois a cada dia ela pode surgir como novidade e trazer um sentido maior à caminhada de cada um. Mais que ensinar há de se aprender no ambiente hospitalar, porém esta troca exige confiança, e responsabilidade e a “amorosidade” que Reis (2000, p. 136) pronuncia como sendo “o desenvolvimento dessa capacidade de escutar/ouvir/pensando o outro e falar/pensando, levando em conta o outro que ouve/escuta”. Essa é uma relação ímpar na vida de qualquer pessoa e só se tornará possível a ambos, educando e educador se for constituída com envolvimento sincero. Surge como questão a ser analisada, também do ponto de vista da constituição do sujeito, na relação com o outro.

Vygotsky sinaliza ou eu me sinalizo em Vygotsky, de que no ponto de vista da psique, esta questão da constituição do sujeito implica em investimento de médio e longo prazo, que vai além então, dos limites temporais institucionais, estabelecidos para uma tese de doutorado. Isto não significa a impossibilidade de um caminhar caminhando, de um olhar no singular. E olhar a singularidade de um acontecer/ acontecente com jovens adultos alfabetizando, alfabetizadores e a partir de uma análise e interpretação de suas falas e narrativas, encontrar sinalizações de um caminho ou possíveis caminhos de um acontecer, com e na singularidade de cada sujeito e no conjunto dos sujeitos, sujeito. Em suma, garimpar e descobrir indícios de constituição de um sujeito de poder, saber e amor (REIS, 2000, p. 77).

4.3.3 Equipe multiprofissional do hospital

Numa terceira investigação sobre a percepção de outros profissionais da área da saúde, distribuídos em diferentes setores de atendimento do hospital, os depoimentos e informações obtidas constatarem um bom nível de aceitação à nova área de atuação do pedagogo. O quadro apresentado a seguir organiza um modelo para identificar e classificar as respostas dos

entrevistados de forma a facilitar uma melhor compreensão da concepção que a equipe multiprofissional faz a respeito deste novo campo de atuação da Pedagogia.

O questionário aplicado possui onze perguntas abertas que permitem ao respondente deixar suas impressões acerca do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar para jovens, adultos e idosos.

Na primeira parte as perguntas remetem-se à educação no contexto hospitalar, possibilitando reconhecer a concepção de educação dos respondentes assim como perceber a existência ou não de uma aceitação dessa perspectiva no hospital.

Tabela 1: Sobre a educação na perspectiva quanto ao ambiente hospitalar

	Perspectiva do entrevistado quanto à educação.	Concepção sobre atendimento pedagógico no ambiente hospitalar	Idealização do ambiente de aprendizagem hospitalar
Médica	Apropriação e esclarecimento de conceitos.	Relevância da pedagogia inserida na equipe multiprofissional.	Interligado a outros programas de educação e saúde do próprio hospital.
Enfermeira Chefe	Garantia do espaço político-pedagógico.	Necessário ao desenvolvimento.	Semelhante a uma biblioteca.
Auxiliar de Enfermagem	Continuidade do desenvolvimento intelectual.	Sempre que for aceito pelo doente, contemplando sua individualidade.	Ambientes próprios, semelhantes ao escolar.
Pedagoga Hospitalar	Estímulo e socialização.	Deve ser aceito pelo paciente, contemplando suas necessidades e desejos.	Acolhedor, atraente, com recursos didáticos e tecnológicos.
Enfermeira	Participação cultural	Melhora na qualidade de vida do doente.	Na sala de hemodiálise.
Médico	Cidadania.	Atendimento às demandas individuais.	Ambiente particularizado ao adulto, com registros e análise dos casos e com variedade de recursos
Assistente Administrativo	Inclusão.	Adequação ao ambiente e respeito à equipe de saúde.	Serviço com qualidade e continuidade.
Médica	Escolha individual.	Estratégias de adequação do vocabulário médico para orientar os doentes sobre a doença.	Ambiente agradável acolhedor e lúdico.
Enfermeira	Forma de proporcionar esclarecimentos úteis à saúde.	Esclarecimentos da doença	Nos lugares onde o doente esteja e que seja possível implementá-lo.

Tabela 2: Sobre os aspectos contributivos da educação

	Aspectos de adesão ao tratamento	Contribuições da educação para a saúde	Medidas esperadas da instituição pela equipe de saúde
Médica	O estado psicológico e emocional do paciente, a empatia com o profissional que está cuidando dele e o apoio familiar.	Na adesão ao tratamento.	Participação na implementação de projetos colaborativos com a participação da Pedagogia.
Enfermeira Chefe	Adequação do vocabulário científico aos procedimentos que serão passados ao doente sobre o tratamento.	Melhora da auto-estima dos sujeitos, compreensão do tratamento, assimilação informações a saúde e cura dos males.	Abertura de agendas de discussão do tema junto as equipes de gestores e equipes multiprofissionais, destinação de espaço físico para acolher a equipe pedagógica e disponibilização de recursos.
Auxiliar de Enfermagem	A perspectiva da melhora da doença pelo doente.	Ações específicas que possibilitem a adesão ao tratamento.	Favorecer e proporcionar condições para o trabalho pedagógico ser desenvolvido. Proporcionar espaço físico e materiais, envolvendo toda equipe multiprofissional do hospital.
Pedagoga Hospitalar	O tempo de duração do tratamento e a melhora do quadro.	Ajuda na redescoberta da capacidade de aprender, aumentando da autoestima, a compreensão da doença; e apoio ao bem estar do doente com momentos de lazer e descontração.	Abertura de espaço para a realização do trabalho pedagógico.
Enfermeira	Ajuda dos familiares.	Facilita conhecer a doença e proporciona qualidade de vida.	Permitir ações voluntárias por falta de recursos.
Médico	O cuidado e a atenção prestada ao doente pela equipe de saúde, independente da área de atuação.	Agente de mudança de atitudes e adesão ao tratamento.	Estimular e facilitar o acesso do pedagogo ao ambiente hospitalar.
Assistente Administrativo	Nível conhecimento favorável.	Aproximação às atividades do cotidiano do doente.	Analisar para acolher as idéias com cautela.
Médica	Estratégias de comunicação e esclarecimento ao doente pela equipe de saúde.	Minimização do impacto da doença.	Contratação de profissionais para esse quadro ou contrato especial. Preocupação com a continuidade dos estudos.
Enfermeira	Estado emocional e cognitivo.	Por meio de palestras educativas, de conscientização e de promoção da saúde.	Contratação de profissional da área da pedagogia. Divulgação e atuação dos mesmos no ambiente hospitalar

No aspecto mais relevante quanto à perspectiva da equipe de saúde, observa-se uma pré-concepção positiva do ensino e da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar. Considerando os dados apresentados, observa-se que a maioria dos respondentes vislumbra o trabalho pedagógico adaptado ao ambiente hospitalar; bem como acredita que essa prática deve surgir a partir da demanda individual do sujeito hospitalizado.

A segunda parte da análise contempla as perguntas relacionadas aos aspectos contributivos da educação à saúde e melhora do doente, assim como as expectativas de implementação desta proposta.

As perguntas pertinentes ao tema oportunizaram ao respondente dar sua opinião sobre a contribuição da ação pedagógica no ambiente hospitalar. Dentro os fatores relacionados que mais contribuem para a adesão ao tratamento estão o diálogo, seguido de orientações profícuas, e a atenção da equipe de saúde e familiares.

Os dados apresentados confirmam que a educação no ambiente hospitalar pode contribuir à saúde considerando a necessidade de se oferecer informações ao sujeito sobre a doença. Para a equipe multiprofissional essas informações fornecidas no hospital por um pedagogo permitem uma melhor adesão ao tratamento, bem como mais qualidade de vida, distração, conscientização, melhora da autoestima, e contribui também para o bem-estar do doente.

E por fim, no tema relacionado às ações esperadas para que esta proposta possa se realizar, o respondente expõe suas sugestões e/ou medidas esperadas das instituições, sinalizando a abertura de espaço para o Pedagogo. A relevância das constatações contribui por propiciar um referencial importante que possa conduzir ou orientar os passos de quem acredita que a educação pode mudar a perspectiva de vida da pessoa hospitalizada, oferecendo um atendimento integral e mais humanizado às pessoas com doença.

As definições que os entrevistados ocasionaram em suas entrevistas são fortes indicadores de como o fazer pedagógico no ambiente hospitalar é bem vindo, acentuando a necessidade de uma construção coletiva desse espaço num diálogo com todos os envolvidos no processo que envolve: análise, sugestões, propostas, anseios. Fatores contributivos para a implementação de projetos que contemplem a educação como fator de promoção de qualidade de vida e ao autoconhecimento do sujeito hospitalizado.

CONCLUSÃO

Analisar educação no ambiente hospitalar para EJA foi a proposta desse estudo. Esta temática é complexa, pois envolve muitos interesses desde as políticas públicas de educação e saúde, até os direitos constitucionais do cidadão, ainda abrangendo uma infinidade de áreas de conhecimento que estudam e pesquisam esta possível relação.

A realidade desse contexto demonstra que quando a pessoa com doença não tem oportunidade de frequentar a escola torna-se um adulto não alfabetizado, o que vem a ser um agravante do preconceito e da exclusão social. Destarte, a investigação procurou servir de iniciativa à criação e implementação de alternativas educacionais facilitadoras dos processos de inclusão no mundo letrado, ou também propiciadoras de heterogeneidade na aquisição ao conhecimento, considerando-se a complexidade existente no contexto do sujeito hospitalizado.

Este estudo destacou as questões da inclusão social de pessoas jovens e adultas e idosas que, por diferentes, razões vêm enfrentando dificuldades em ter garantido seu direito legal de acesso à educação. Focalizou-se a questão de pessoas com doenças crônicas em tratamento hospitalar que, excluídas da escolarização, não têm espaço institucional para desenvolver suas potencialidades, inclusive as de leitura e de escrita, mas que demonstram desejo de experienciar o mundo letrado.

Nesse sentido procurou-se analisar as possibilidades e desafios da Pedagogia constituir-se parte integrante do processo multidisciplinar de atendimento ao sujeito jovem, adulto e idoso hospitalizado.

A educação como construção contínua do ser humano faz parte do trabalho pedagógico e se constitui como desafio nesse cenário de dupla exclusão em que se encontra a pessoa com doença e sem escolarização. Dentre as perspectivas, observou-se:

- a aceitação da equipe de saúde e da pessoa hospitalizada em relação ao ensino e a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar;
- a expectativa e a sinalização positiva ao desdobramento dessa proposta;
- a afirmação de que a aprendizagem pode contribuir para saúde;
- a demanda existente ao atendimento a EJA em ambiente hospitalar.

Dentre os desafios pode-se citar:

- a construção coletiva desse espaço pedagógico hospitalar para adultos;
- a possibilidade de transformar o ambiente de sofrimento e angústias em um novo ambiente de aprendizagem;
- a implementação de novas tecnologias de informação;
- os recursos e verbas para implementação de projetos.

Esta pesquisa proporcionou um momento para que a equipe multiprofissional do hospital, colaboradores do estudo, repensassem a necessidade de se promover o acesso à educação do sujeito hospitalizado e perceberem que com o aprendizado as pessoas tornam-se mais suscetíveis a transformação. Por outro lado, junto aos sujeitos com doença renal crônica, ocasionou-se também esse momento de reflexão em que foi possível vislumbrar um cenário de novas conquistas, qualidade de vida e cidadania.

Desta forma, as afirmativas que esta pesquisa permite ressaltar é que a educação no ambiente hospitalar para EJA constitui uma das formas de garantir o direito ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa com alguma doença e que a Pedagogia Hospitalar tem competência para promover o ensino nesse contexto independente da idade do educando.

Acreditando que, para almejar uma prática educativa que atenda à diversidade, é preciso pensar com o outro, com os excluídos, em um processo constante de reflexão em espaços não escolares, pois neles é onde está a maioria destas pessoas. Destaque-se que a educação, como direito de todos, precisa ter espaços e pedagogias diferenciados para atender as necessidades específicas de grupos ou pessoas que se encontram excluídas desse processo intrínseco ao ser humano.

Portanto, os resultados desta pesquisa mostram a necessidade de transformação da Instituição Hospitalar em que se encontram *sujeitos de saber e aprender*. Com a expectativa de que o trabalho transdisciplinar possa contribuir para que os profissionais da área da saúde e educação integrem seus esforços na assistência e humanização do atendimento ao sujeito hospitalizado pois, as mudanças devem ser rápidas para que os jovens, adultos e idosos alcancem novos conhecimentos que contribuam para uma aprendizagem significativa.

Assim, após esse estudo, constatou-se a necessidade de incentivo às Instituições de Saúde e Ensino para fomentar pesquisas e práticas de extensão, na perspectiva de garantir um constante

monitoramento das necessidades e demandas apresentadas nesse novo campo de intervenção pedagógica.

Lembrando sempre que, além de se constituir como direito, a educação tem que ir ao encontro do desejo manifestado pelo sujeito hospitalizado, não devendo ser imposta, mas estimulada e oferecida de forma significativa. Além disso fica caracterizado, conforme análise das entrevistas, que o conhecimento pode propiciar a melhora na saúde do doente, assim a educação oferecida em ambiente hospitalar precisa ser carregada de sentido. Pois é a partir da subjetividade de cada um que se constituirá a troca e as informações ganharão sentido para ressignificar o contexto hospitalar e a vida de cada sujeito. Lembrando que:

a questão essencial não é saber se a educação é formal, não formal, informal, popular, à distância etc. Toda educação só se dá presencialmente, ou seja, sem distância entre você e o (a) outro (a) e vice-versa. Enfim, sem distância e distanciamento entre todos nós, no movimento recíproco de acolher ao (a) outro (a) e ao mesmo tempo ser acolhido (a) pelo (a) outro (a) (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - GENPEX Documento Base. Grupo de Ensino-Pesquisa-Extensão em Educação Popular (Crianças, Adolescentes, Jovens, Adultos e Idosos) em Estudos Filosóficos e Histórico-Culturais. p. 9)

Quanto aos resultados desta análise, espera-se que tenha implicação na tentativa de compreender as representações do outro sobre saúde/educação, qualidade de vida e cidadania. Um estudo que revelou aspectos importantes da interação entre saúde e educação, que poderão instigar novos questionamentos e pesquisas futuras capaz de auxiliar numa proposta real de educação para todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A base da análise e interpretação das narrativas apresentadas nesse trabalho procurou contemplar o contexto vivenciado pelas pessoas hospitalizadas e profissionais da saúde, para desvelar qual a perspectiva que esse grupo entrevistado apresenta em relação a proposta de ações educativas no ambiente hospitalar. São relatos que compreendem emoções, medos, expectativas, interesses e que revelam a necessidade do desenvolvimento e da constituição de cada um. Reiterando em Reis (2000, p. 234):

e é também um anúncio de esperança de se fazer uma educação diferente, que possa estar contribuindo e contribua à transformação/constituição do sujeito, transformando/constituindo simultaneamente seu contexto histórico-cultural e vice-versa. É principalmente o reafirmar da possibilidade de uma práxis educativa, de iniciativa da sociedade civil ou da sociedade política, ou de uma e de outra, em que o sujeito se reconhece a si mesmo, ao ser reconhecido pelo outro. E com isso tornando-se sujeito a si e ao outro. Sujeitos de poderes, saberes, sentimentos, entre tantos outros qualificativos que poderiam ser estabelecidos.

É uma proposta que vislumbra propiciar ações pedagógicas com o objetivo de assegurar a constituição e o desenvolvimento da pessoa com doença crônica, viabilizando, através de experiências educativas, a sua inserção social e cultural. Trata-se também de contribuição para a melhora da sua auto-estima por se acreditar que os pressupostos levantados possam contribuir nesta nova perspectiva de educação ao contemplarem a subjetividade, bem como ousarem na tentativa de formular uma intersubjetividade que permita novos significados e sentidos das relações.

A humanização de assistência ao outro precisa de reforço no sentido de propor uma capacidade comunicativa solidificada entre os atores desse cenário, aqui chamado de ambiente hospitalar, promovendo-se uma perspectiva ampliada sobre a produção de conhecimento do cuidado em saúde. O desenvolvimento de uma relação de humanização, de dignidade e acolhimento, no cuidado em saúde, deve repercutir na atitude pedagógica, caracterizando-se no respeito ao ser humano a partir de necessidades, significados e sentidos atribuídos por cada um.

Assim, com a parceria da equipe de atendimento aos sujeitos com doença renal crônica do hospital escolhido, tornou-se possível divulgar a necessidade de ações educativas em perspectiva à educação inclusiva, com o objetivo da inserção ao ambiente educativo e sociocultural desses

sujeitos, afirmando que a educação é direito de todos os cidadãos, independentemente das suas necessidades educacionais especiais.

Espera-se que as informações obtidas nesta pesquisa possam subsidiar outros estudos que investiguem o perfil de jovens, adultos e idosos em tratamento de patologias crônicas que impliquem em demandas psicossociais e estratégias de enfrentamento, bem como estimular projetos governamentais, projetos pedagógicos e ações da administração hospitalar para que se expanda o conhecimento bem como o suporte psicológico e interdisciplinar sistemático oferecido a sujeitos hospitalizados.

PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS

Minha grande vocação é a de aprender e o meu maior desejo é o de ensinar. Posso dizer que encontrei na Universidade de Brasília o ambiente de aprendizagem que eu ansiara desde a minha juventude. Aqui posso sentir um gosto de liberdade. Não há muros! Vislumbro horizontes aonde minha formação me permitirá atuar intencionalmente nos espaços “vazios”, nas lacunas sociais aonde a educação ainda não se faz presente.

Não me vejo fazendo outra coisa que não seja buscar respostas para consolidar as práticas educativas que farão transformar o contexto de exclusão neste país. Nesse momento pretendo me dedicar voluntariamente à educação de jovens, adultos e idosos em ambiente hospitalar, procurando parcerias e apoio para a construção de um projeto que inicie esta nova proposta educativa.

Conforme havia cogitado durante a realização das entrevistadas, meu desejo é de compartilhar com as pessoas que colaboraram para a realização deste trabalho, por meio de suas narrativas, desvendando o resultado desta produção e manifestando a elas quais as expectativas que se acenderam em torno desta perspectiva anunciada.

Por tudo isso, não pretendo mais parar de buscar conhecimentos que possam me auxiliar no encontro com o outro, nos possíveis momentos de aprendizagem. Para que o propósito da *escuta sensível* represente de fato uma prática concreta em minhas ações. Independente de onde estiver, ou com quem estiver, procurarei adotar essa abordagem atenciosa e sensível ao ser humano e à natureza.

Nesse desejo incontido de reconhecimento a esta Instituição – a Universidade de Brasília – e aos educadores, em especial os da Faculdade de Educação, pretendo partilhar com a sociedade todo o propósito da minha formação acadêmica e ajudar na construção de uma sociedade igual e com ideais humanizadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M. M. Z. P. O Ser infante e o Ser professor na memória educativa escolar. *Library Collections, Acquisitions & Technical Services*, v. 1, p. 01- 06, 2005.

ANGELIM, M. L. P. Extensão como espaço de formação de educadores de jovens e adultos. In:

SOARES, Leoncio (Org). *Formação de Educadores de Jovens e Adultos*. Belo Horizonte: Autêntica, Sead/MEC/Unesco, 2006.

ANGELIM, M. L. P. Educação continuada e a distância: a experiência da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília. *Cadernos do CES*, Niterói, EdUFF, n. 9 , 1997.

ANGELIM, M. L.P; RODRIGUES, M. A. M. Evoluindo e gerando conhecimento. In: SOUZA , A. M. de; FIORENTINI, L. M. R.; RODRIGUES, M. A. M. (Orgs.). *Educação Superior a Distância: Comunidade de Trabalho e Aprendizagem em Rede (CTAR)*. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, 2009. 260 p. cap. 4.

ANGELIM, M. L .P. *Educar é descobrir: um estudo observacional exploratório*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 1988.

ARANHA, M. S. F. (Org.). *Educação inclusiva: a fundamentação filosófica*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2004. v.1

ARENDT, Hannah. *Dignidade da política: ensaios e conferências*. 2. ed. Rio de janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BARBIER, René. *A pesquisa-ação*. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Plano, 2007. (Série Pesquisa, v. 3)

BARBIER, René. *L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'Ecole Supérieure de Sciences de la Santé*. In : CONFÉRENCE À L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DES SCIENCES DE LA SANTÉ DU GOVERNO DISTRITO FEDERAL, Brasília, juillet 2002. Disponível em: < <http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF> >. Acesso em: 10 ago. 2009

BARBIER, René. A Escuta Sensível na Abordagem Transversal. In. BARBOSA, J. G. *Multirreferencialidade nas Ciências e na Educação*. São Carlos: EdUFScar, 1998.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 2002. p. 95-150

BERTANI, Íris F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. Â. S. *Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente*. Franca, SP: FAPESP, 2008.

BOLETIM CIDADÃO SOLIDÁRIO. 2009. Disponível em: <
http://www.alfabetizacao.org.br/boletim/boletim_3/noticias_01.htm >. Acesso em: 05 out. 2009.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Ed., 1994. p.47-245.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Parecer CNE/CP nº 05 13 de dezembro de 2005. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Pedagogia*. Encaminhado para homologação do MEC. Brasília, 2005.

BRASIL. Câmara Municipal de Fortaleza. lei nº 8990, de 14 de setembro de 2005. Institui o Programa de Alfabetização e Incentivo à Leitura aos pacientes de hemodiálise em Fortaleza. *Diário Oficial do Município de Fortaleza*, 27 de outubro de 2005, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 1, de 15 de maio de 2006. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura*. Brasília, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. In: OLIVEIRA, J. (Org.). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB 17 de 2001. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 17 de agosto de 2001. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõem sobre as Leis de Diretrizes e Bases da Educação. *Lex: BRZEZINKSK, Iria (Org.) LDB Interpretada: diversos olhares se entrecruzam*. São Paulo: Cortez, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_carta_direitos_usuarios_saude.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: documento base. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006a.

BRASIL. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Resolução CNE/CBE nº 2 de 11/09/01. *Diário Oficial da União* nº 177, Seção 1E de 14/09/01, pp.39- 40. Brasília: Imprensa Oficial, 1991.

BRASIL. Ministério da Educação. Secad. *Documento base nacional preparatório à VI CONFINTEA*. Brasília, março 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Parecer sobre Diretrizes Curriculares para a Educação Especial*. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br> >.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar*: estratégias e orientações. Brasília, 2002.

BRASIL. Lei n.º 9394 de 20 de dezembro de 1996. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília: Imprensa Oficial, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 10 jan. 2001.

BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 21 dez. 1999.

BRASIL. Portaria no. 4.059, de 10 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/nova/acs_portaria4059.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2009

BRASIL. Decreto no. 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Decreto/D5622.htm>. Acesso em: 19 nov. de 2009

BRASIL. Decreto Lei 5296 de 21 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis no 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/d5296_acessibilidade_idoso.pdf> . Acesso em: 19 nov. 2009

BRASIL. Decreto Lei 2494 de 10 de fevereiro de 1998. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/2494-98.htm>>. Acesso em: 19 nov. de 2009

BRASIL. Decreto Lei 2561 de 27 de abril de 1998. Altera a redação dos arts. 11 e 12 do Decreto n.º 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o disposto no art. 80 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/D2561.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Básica. *Resolução CNE/CEB nº 2*, de 11 de Fevereiro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.

BRASIL. Comissão de Educação e Cultura. *Projeto de Lei nº 4.191 de 2004*. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado em classes hospitalares e por meio de atendimento pedagógico domiciliar. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/531857.pdf> >.

BRASIL. Conselho Pleno. Resolução CNE/CP Nº 1, de 15 de maio de 2006c. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 16 de maio de 2006. Seção 1. p. 11.

BRASIL. *Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> >. Acesso em: 20 jun. de 2009.

BURSZTYN, Marcel. *Cristovam Buarque: o semeador de utopias*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

CANASTRA, F. O perfil formativo-profissional do(a) educador(a) social: uma experiência de investigação a partir do enfoque biográfico-narrativo. *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponível em: < <http://www.rieoei.org/deloslectores/2614Canastra.pdf> >. Acesso em: 29 ago. 2009.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CARDOSO, T. M. Experiência de Ensino, Pesquisa e Extensão no Setor de Pedagogia do HIJG. *Cadernos do CEDES*, Unicamp, v. 27, p. 305-318, 2007.

CECCIM, R. B.; FONSECA, E. S. da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. *Integração*, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, v. 21, p. 31-40, 1999.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Orgs.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. Saúde e sexualidade na escola. In: MEYER, Dagmar E. (Org.). *Cadernos de Educação Básica*, Mediação, Porto Alegre, 2000.

CHAUÍ-BERLINCK, L. *A Formação do Psicólogo e o Trabalho de Acompanhamento Terapêutico Como Política de Humanização da Saúde*. 2006. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

Câmara dos Deputados COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=265627 >. Acesso em: 03 nov. 2009)

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS. *Declaração de Salamanca a Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais*. Espanha, 7 a 10 de junho. Brasília. Corde. DECRETO n. 3.956, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS. 5., 1997, Hamburgo, Alemanha. *Declaração de Hamburgo sobre Educação de Adultos: agenda para o futuro*. Brasília: SESI/ UNESCO, 1999, 67 p. (Série SESI/UNESCO - Educação do Trabalhador, 1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição 1946. (OMS/WHO) Disponível em: <<http://www.promocaodesaude.unifran.br/docs/ConstituicaodaWHO1946.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2008.

CURY, Augusto. *O Mestre inesquecível*. São Paulo: Academia De Inteligência, 2003. 257 p. Análise da inteligência de cristo.

DE ANGELO, A. A pedagogia de Paulo Freire nos quatro cantos da educação da infância. *Educação e Sociedade*, v. 01, p. 1, 2006.

DESCOBRINDO as Letras alfabetiza pacientes de hemodiálise. 23/01/2004. Disponível em: <<http://mecsrv04.mec.gov.br/acs/asp/noticias/noticiasId.asp?Id=4994>>. Acesso em: 13 de ago 2009

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. *A doença como caminho: uma nova visão de cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem*. Tradução de Zilda Hutchinson Schild. São Paulo: Cultrix, 2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa;

Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

DIDONET, Vital. *Plano Nacional de Educação – PNE*. Brasília: Plano, 2000.

FÁVERO, E. A. G.; PANTOJA, L. M. P.; MANTOAN, M. T. E. *Atendimento Educacional Especializado: Aspectos Legais e Orientação Pedagógica*. Brasília, DF: SEESP/ SEED/ MEC, 2007.

FERREIRA, J. Universitários com necessidades especiais: ingresso, permanência e competência: uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais. *Revista Brasileira de Educação, Especial*, Marília, , v. 13, n. 1, jan./abr. 2007.

FERREIRA, M. E. C.; GUIMARÃES, M. *Educação Inclusiva*. Rio de Janeiro: DP & A, 2003.

FONSECA, E. S. da. *Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar*. São Paulo: Memnon, 2003.

FONTES, R. S. *Escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da Educação no hospital*. 2003. 205 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

FONTES, R. S. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 271-282, 2004.

FONTES, R. S. *Os diálogos empreendidos pela Educação no cotidiano de uma enfermaria pediátrica: sugestões para um tratamento sócio-afetivo da criança hospitalizada*. In: CONGRESSO INTERNACIONAL- COTIDIANO - DIÁLOGOS SOBRE DIÁLOGOS, 2005, Niterói, RJ.

FONTES, R. S. O Desafio da Educação no Hospital. *Revista Presença Pedagógica*, Belo Horizonte, MG, v. 11, n. 64, p. 21-29, jul.ago. 2005a.

FORTES, P. A. C. *Ética e Saúde*. São Paulo: Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Esperança*. 8. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 96 p

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FÓRUM DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DO DISTRITO FEDERAL. Grupo de Trabalho Pro-Alfabetização do Distrito Federal. Brasília-DF, ano I, n. 1, março de 2006.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. Traduzido por Laura Sampaio. 13. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

GADOTTI, Moacir. *Pedagogia de práxis*. São Paulo: Cortez, 1995.

GALVANI, Pascal. A autoformação, uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural. In: *Educação e Transdisciplinaridade II*. São Paulo: TRIOM, 2000

GARCIA, T. W. *Avaliação do estado de humor, da função sexual e da qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos a hemodiálise*. 2006. 140 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GEERTZ, Clifford. A transição para a humanidade. In: TAX, Sol. (Org.) *Panorama da Antropologia*. Rio de Janeiro; São Paulo; Lisboa: Fundo de Cultura, 1966. p. 31-43.

GÓES, Moacyr; CUNHA, L. A. *O golpe na Educação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1985.

GRUPOCTAR. Outra educação a distância é possível: Comunidade de trabalho/ aprendizagem em rede (CTAR). ENCUESTRO INTERNACIONAL VIRTUAL EDUCA-FORUM UNIVERSAL DE LAS CULTURAS, 5., Barcelona, 16-18 de junho 2004. *Anais ...* CD-Rom

HOLANDA, S. B. de. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. *Na hemodiálise, hora de aprender a ler*. Publicado em 10 de janeiro de 2004. Disponível em: < <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/noticia.php?it=4556> >. Acesso em: 09 nov. 2009.

KUPFER, M. C. M. *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2001. 155 p

LARROSA, Jorge. O enigma da infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. In: LARROSA, Jorge. *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.183-198.

LÉVY, Pierre. *O que é o virtual*. SP: Editora 34, 1996.

LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde pesquisa qualitativa: Relações possíveis. *Revista Alim. Nutri.*, v. 16, n. 1, p.33-38, jan./mar. 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. p.11-53.

MACHADO, E M. *A Pedagogia Social: diálogos e fronteiras com a educação não-formal e educação sócio-Comunitária*. Tuiuti, PR, 2008.

MACHADO, E. M.; FONTANA, M. I. ; PASQUALOTTO, M. M. C. A Educação não Formal e as Políticas de Formação do Pedagogo. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE- 6., 2006, Curitiba. *Anais....* Curitiba: PUCPR, 2006. v. 1. p. 1-1.

MARIANI, Verginia Aparecida. *O resgate da cidadania através da alfabetização com pacientes renais crônicos em clínica de hemodiálise*. 24 de maio de 2006. Disponível em: <<http://www.gestauniversitaria.com.br/edicoes/66-96/311-o-resgate-da-cidadania-atraves-da-alfabetizacao-com-pacientes-renais-cronicos-em-clinica-de-hemodialise.html>>. Acesso em: 10 out. 2009.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

MARX, Karl. *Trabalho assalariado e capital*. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Ed. Vitória, 1961.

MATTA, R. da. *Relativizando: uma introdução a antropologia social*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1983. 246 p.

MATOS, E. L. M.; MUGGIATI, M. M. T. F. *Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1996. p.19-269.

MOLON, S. I. *Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky*. Petrópolis: Vozes, 2003. 143 p. ISBN: 8532629091

MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. *Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica*. 2. ed. Campinas, S.P: Papirus, 2000.

MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. *Textos sobre tecnologias e comunicação*. Disponível em: < www.eca.usp.br/prof/moran >.

NUNES, M. R. M. . *Psicanálise e Educação: pensando a relação professor-aluno a partir do conceito de transferência*. Encontro, UNIA, Santo André- SP, v. 9, n. 10, p. 68-80, Jul./dez. 2004.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA – Unesco. *Declaração Mundial sobre Educação para Todos*. CONFERÊNCIA DE JOMTIEN. Tailândia: Unesco, 1990. Disponível em: < www.unesco.org.br/publicação/doc-internacionais >. Acesso em: 10 mai. 2008

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA – Unesco. *O Marco de Ação de Dakar Educação Para Todos: atendendo nossos Compromissos Coletivos*. Dakar, Senegal: Cúpula mundial de Educação, 2000. Disponível em: <www.unesco.org.br/publicação/doc-internacionais/marcoDakar >. Acesso em: 18 jun. 2008.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA- UNESCO. *Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. São Paulo: Cortez, 1998.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO. Ministério da Educação. *Alfabetização como liberdade*. Brasília: Unesco, Mec, 2003.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). *Declaração de Salamanca de princípios, política e prática para as necessidades educativas especiais*. Brasília: CORDE, 1994.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO. *Declaração mundial sobre educação para todo: Plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem*. Tailândia, 1990.

PACIENTES são alfabetizados durante hemodiálise 24 de Maio de 2006. Disponível em: <<http://aprendiz.uol.com.br/content/bredeteceu.mmp>> Acesso em: 24 jul 2009

PETIT, S. H. Sociopoética: potencializando a dimensão poiética da pesquisa. *Registros de Pesquisa na Educação*, Editora UFC, p. 34–48, 2002.

PONTES, E. B. A comunidade de trabalho e aprendizagem em rede (CTAR) da Faculdade de Educação da UnB. In: SOUZA, A. Miranda de; FIORENTINI, L. M. R.; RODRIGUES, M. A. M. (Orgs.). *Educação Superior a Distância: Comunidade de Trabalho e Aprendizagem em Rede (CTAR)*. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, 2009. 260 p. cap. 1.

REIS, R. H. dos. *A constituição do sujeito político, epistemológico e amoroso na alfabetização de jovens e adultos*. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Educação) -Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

RIBEIRO C. R. O. *O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt*. 2002, São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

SANTOS. Edméa Oliveira. Ambientes virtuais de aprendizagem: por autorias livre, plurais e gratuitas. In: Revista FAEBA, v.12, no. 18. 2003(no prelo).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA- SBN. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Publico/rim.asp#ir>>. Acesso em: 20 set. 2009.

SILVA, M. C. P. Da Paixão de Formar: uma contribuição psicanalítica à formação de educadores. In: OLIVEIRA, M. L. de. (Org.). *Educação e Psicanálise: história, atualidade e perspectivas*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo ; FCL Araraquara; UNESP, 2003. p. 79-123.

SILVEIRA, L. C. et al. A sociopoética como dispositivo para produção de conhecimento. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, v. 12, p. 873-881, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 19 out. 2009.

SOUZA, A. M. de; FIORENTINI, L. M. R.; RODRIGUES, M. A. M. (Orgs.). *Educação Superior a Distância: Comunidade de Trabalho e Aprendizagem em Rede (CTAR)*. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, 2009. 260 p

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1988. p.13-72.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Faculdade de Educação. Grupo de Ensino- Pesquisa-Extensão em Educação Popular (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) e Estudos Filosóficos e Histórico-Culturais- *GENPEX documento base*. Disponível em: < <http://forumeja.org.br/df/files/Versao%20GENPEX%20oficial.doc>>

VASCONCELOS, S. M. F. *Clínica do discurso: a arte da escuta*. Fortaleza: Premium, 2005.

VASCONCELOS, S. M. F. *Classe Hospitalar no Mundo: Um desafio à infância em sofrimento*. Universidade Estadual do Ceará. 2004. Disponível em: < <http://www.proceedins.scielo.br/scielo.php?script=sci> >. Acesso em: 06 abr. 2009.

VENTURA, J. P. *O PLANFOR e a Educação de Jovens e Adultos Trabalhadores: a subalternidade reiterada*. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 25., 2002, Caxambu. Educação: manifestos, lutas e utopias, 2002.

VYGOTSKY, L. S. Os métodos de investigação reflexológicos e psicológicos. In: *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VYGOTSKY, L. S. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Havana: Científico- técnica, 1987.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

VYGOTSKY, L. S. The socialist alteration of man. In: VEER, René Van Deer; VALSINER, Jaan. *The Vygotsky Reader*. Oxford: Blackwell, 1994. p.175-184.

ZARDO, Sinara P. *O desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS: uma análise das dimensões econômica, pedagógica, política e cultural*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2007.

ZOBOLI, E. L. C. P. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família*. 2003. São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE EDUCAÇÃO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Heloisa Alves Altoé, aluna de graduação do Curso de Pedagogia da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, desejo por meio deste, solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente desta pesquisa intitulada: “Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar”, que tem como objetivo geral analisar as possibilidades e desafios de a educação de jovens e adultos constituir-se parte integrante do processo de atendimento ao sujeito hospitalizado por longos períodos.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer como a educação pode se integrar parte integrante do processo de tratamento do sujeito. Traçando como objetivo articular o processo de adesão de jovens, adultos e idosos, inclusos na modalidade de ensino EJA (Educação de Jovens e Adultos), no atendimento pedagógico hospitalar.

Esta pesquisa consta de uma entrevista semi-estruturada, onde constarão perguntas sobre as expectativas em relação ao atendimento pedagógico hospitalar. Fica ratificado o total sigilo e privacidade da identificação dos sujeitos (profissionais da área de saúde e sujeitos enfermos), evidenciando que este estudo visa, sobretudo, trazer benefícios para a comunidade, as classes hospitalares, os profissionais da área de saúde, modalidade de ensino EJA, os professores, sujeitos hospitalizados e familiares.

Os resultados e conclusões obtidas na pesquisa além de serem contemplados no trabalho final de curso da Graduação poderão ser apresentados em forma de artigo ou de resumo em Congressos, Seminários e publicados em diferentes meios.

Por fim, ciente do que me foi exposto, sua contribuição à pesquisa será em concordância com os procedimentos que serão realizados, bem como a autorização de entrevistas e gravações, apenas para a coleta de dados, não permitindo nenhuma identificação.

Brasília – DF, _____/_____/_____ de 2009.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “Pedagogia e Saúde: uma perspectiva para a Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar”.

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador

Apêndice B – Questionário dos profissionais da saúde

Instrumento orientador da pesquisa

Nome:

Profissão:

Formação:

Se estudante usar um círculo: G E M D

G = Graduação E = Especialização M = Mestrado D = Doutorado

Área de atuação:

Nome da Instituição:

1- A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição?

Não () Cite um motivo

Sim () Como?

2 - O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

3 - Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

4 - Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

5 - Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

6 - Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado? Quais seriam os principais critérios para o atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações)?

7 - Como você descreveria o ambiente de atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (móveis que a compõem, recursos didáticos, decoração).

8 - No que tange à prática educativa, que concepções/tendências pedagógicas deveriam orientar o trabalho desenvolvido para EJA no ambiente hospitalar?

10 - Que recursos, métodos e técnicas poderiam ser utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

11 - De onde procede aos sujeitos hospitalizados nesta instituição? Quais os aspectos culturais mais marcantes que merecem destaque no que se refere a recuperação de cada um.

12 - Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

13 - Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

14 - Que aspectos culturais do sujeito você considera que auxiliam no tratamento de saúde?

15 - Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

16 - O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

17- Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido?

Apêndice C – Questionário do sujeito hospitalizado

Instrumento orientador da pesquisa

Nome:

Naturalidade:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Endereço:

- 1- Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia no hospital.
- 2- Há quanto tempo você faz tratamento?
- 3- Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?
- 4- Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?
- 5- Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?
- 6- Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?
- 7- De que maneira você descreve o ambiente de ensino no hospital?
- 8- Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Apêndice D – Questionário de Validação*

Entrevista realizada em: 23/04/09

Local: Internet (enviada por e-mail)

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Entrevistada: Rejane de Souza Fontes

Nome: *Rejane de Souza Fontes*

Profissão: *Professora*

Formação: *Doutora em Educação*

Se estudante usar um círculo: G E M D G = Graduação E = Especialização

M = Mestrado D = Doutorado

Área de atuação: *Supervisão Educacional/Agente de Fiscalização*

Nome da Instituição: *SEMED/ANAC*

Endereço:

Vinculação administrativa:

setor público: federal (x) estadual () municipal ()

setor privado ()

Tipo de hospital:

geral () de especialidade () especializado ()

Finalidade: Assistência () Ensino () Pesquisa ()

Nº de leitos disponíveis: ____ desativados: ____

1- A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nessa instituição? Sim (x) Como? Não () Discriminar as razões

- Abrindo espaço para que o trabalho pedagógico seja desenvolvido.

* Na entrevista enviada à Doutora Rejane Fontes como processo de validação do questionário foram inseridas mais perguntas por se tratar de uma profissional com mais afinidades ao tema e pela disponibilidade e interesse apresentados em relação à pesquisa. O questionário foi enviado e retornado via e-mail.

* Nos questionários aplicados (a equipe multiprofissional e as pessoas com doença renal crônica no hospital pesquisado) houve uma redução na quantidade de questões perante a constatação da repetição de perguntas com o mesmo teor, ou por haver perguntas consideradas muito específicas ao trabalho pedagógico.

2 - Você tem conhecimento se o trabalho desenvolvido por Pedagogos no ambiente hospitalar estão surtindo bons resultados? Sim (x) Como? Não () Não Sei ()

- Ao trazer o mundo da infância para dentro do hospital, em que a escola é uma simbologia marcante, o Pedagogo oferece a criança a possibilidade de continuar vivendo uma rotina próxima do normal, mesmo dentro de um hospital. O atendimento educacional em hospital contribui, assim, para a diminuição da depressão infantil e, conseqüentemente, melhora o quadro clínico do paciente que, por alguns momentos, esquece de sua doença para se dedicar às atividades educacionais.

3 - A equipe hospitalar tem conhecimento sobre a Pedagogia Hospitalar?

Sim (x) Não () Não Sei ()

4 - Na instituição hospitalar onde você atua há Pedagogo fazendo parte da equipe de saúde? Sim

() De que maneira? Não (x) Não Sei ()

5 - E os profissionais da saúde, como percebem a Pedagogia Hospitalar e de que forma participam no desenvolvimento organizacional desse espaço de ensino?

- Nos primórdios do projeto, houve uma certa resistência, mas quando os resultados na melhora da saúde da criança enferma começaram a aparecer a Pedagogia Hospitalar começou a ser bem aceita.

6 - Como procede a relação entre o pedagogo hospitalar e os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e demais membros da equipe hospitalar? Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

- A aceitação da equipe de saúde tem sido boa, inclusive, com a participação dos professores em reuniões gerais.

7 - Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

- A pedagogia hospitalar deve ser vista como uma oportunidade de não se interromper o laço da criança com a educação. A oportunidade de continuar aprendendo, apesar da

enfermidade, oferece à criança e, conseqüentemente, à sociedade, a criação de espaços que preservam o direito à infância e à educação em primeiro lugar.

8 - Esse atendimento pedagógico tem sido obrigatório apenas às crianças de 6 a 14 anos. Mas, você considera necessária a extensão desse atendimento aos sujeitos hospitalizados com idade superior a essa? Justifique?

- Sim. Como mencionei acima, a educação no hospital oferece à pessoa a oportunidade de continuar aprendendo, mesmo longe da escola e isso dá a ela o desejo de continuar vivendo e se fortalecendo diante da doença. Além disso, durante os encontros, a pessoa tem a possibilidade de se distrair, fazer novas amizades e também auto descobertas.

9 - Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender às necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

- Sim. Procurando direcionar as atividades educacionais para os interesses dessa faixa etária.

10 - Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado? Quais seriam os principais critérios para o atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar?

- Em primeiro lugar, o atendimento pedagógico deve ser aceito pelo paciente. Se ele não quiser, não pode e não deve ser forçado. Em segundo lugar, os critérios deveriam contemplar suas necessidades e desejos.

11 - De uma forma geral, comente alguns aspectos relevantes que possa viabilizar a implementação do atendimento pedagógico a sujeitos jovens acima de 14 anos, adultos e idosos hospitalizados por longos períodos de internação (dificuldades, facilidades e reivindicações).

- Dificuldades: não aceitação do acompanhamento pedagógico. Facilidades: melhor compreensão da vida, da doença e escolha consciente de viver ou morrer. Reivindicações: a pedagogia hospitalar deve reivindicar para si recursos educacionais e pedagógicos, incluindo, espaço físico, para o acompanhamento destes sujeitos.

12 - Como você descreveria o ambiente de atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (móveis que a compõem, recursos didáticos, decoração).

- A princípio a decoração do ambiente não deve ser uma extensão do hospital, nem tampouco, um espaço infantilizado. Ele deve ter uma característica individual própria, acolhedora, com móveis, materiais e recursos capazes de seduzir este sujeito para o ambiente pedagógico. Talvez um trabalho de discussão e reflexão com vídeos que tragam a tona a cotidiano destes sujeitos se mostre favorável a um ambiente de aprendizagem.

13 - No que tange à prática educativa, que concepções/tendências pedagógicas deveriam orientar o trabalho desenvolvido para EJA no ambiente hospitalar?

- A princípio trabalhar na linha freireana se mostra a alternativa mais viável, apresentando a discussão do cotidiano sob o enfoque do materialismo dialético.

14 - Que recursos, métodos e técnicas poderiam ser utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

- Como disse, o trabalho com vídeos e livros da literatura brasileira poderia ser o deflagrador da proposta de trabalho, acompanhados de uma discussão problematizadora a respeito.

15 - Que critérios definiram os motivos para se obter uma melhor ou uma pior adesão da instituição hospitalar na ampliação e adesão desse atendimento pedagógico específico para EJA?

- A falta de espaço físico para as atividades, o não oferecimento deste trabalho a todos os pacientes entre 7 e 14 anos, a distância entre as alas masculinas e femininas para um espaço comum de atividades, as várias atividades médicas que são desenvolvidas ao longo do dia numa enfermaria, a não adesão dos próprios pacientes, etc. constituem questões que precisam ser pensadas para se efetivar uma proposta de atendimento educacional hospitalar para educandos de EJA.

16 - De onde procede aos sujeitos hospitalizados nesta instituição? Quais os aspectos culturais mais marcantes que merecem destaque no que se refere a recuperação de cada um.

- Em muitos hospitais públicos, os sujeitos hospitalizados são oriundos de meios de baixa renda e precário acesso a bens culturais. Na recuperação de cada um, muitas vezes os aspectos culturais giram em torno de orientações básicas de saúde, higiene, alimentação, saneamento básico, atividades físicas e culturais, etc.

17 - Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

- Geralmente, a curta duração do tratamento e a melhora do quadro clínico do paciente influenciam a sua aderência positiva ao tratamento. Por outro lado, tratamentos de longa duração, dolorosos ou que exijam elevado nível de disciplina do paciente tendem a influenciar negativamente em sua adesão ao mesmo.

18 - Descreva os valores e as características sociais dos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

- Sua compreensão das informações médicas é mais restrita, havendo a necessidade do auxílio de um “tradutor” para eles, que pode ser o pedagogo. Constituem um grupo muito mais pragmático, voltado para ação, do que para atividades intelectuais, daí o desafio do trabalho pedagógico a ser realizado.

19 - Que aspectos culturais do sujeito você considera que auxiliam no tratamento de saúde?

- A religião e a crença de que o médico “sabe tudo” e o que ele disser deve ser seguido sem questionamento pode eventualmente contribuir para a sua dedicação ao tratamento de saúde.

20 - Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

- Sim. Como já foi respondido ao longo do texto, o acompanhamento pedagógico ajuda o sujeito a redescobrir sua capacidade de aprender, aumento sua auto-estima. Isso leva o sujeito a compreender melhor sua doença e as emoções causadas por uma internação hospitalar, ao mesmo tempo, em que oferece momentos de lazer e descontração que contribuem para o bem estar do paciente.

Apêndice E – Transcrição das entrevistas – Equipe multidisciplinar do hospital pesquisado*

1ª - Entrevista

Duração total da entrevista: 00:41:15 h

Entrevista realizada em: 27/04/09

Local: Hospital público do Distrito Federal

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Entrevistado: Psiquiatra

Entrevistadora: Apresentação

Entrevistado: *Mas de que Departamento você está falando? O de graduação?*

Entrevistado: *Já estou impressionado... Mas era só para saber de onde é.*

Entrevistado: *Quer que eu comece logo, ou...*

Entrevistadora: Posso fazer as perguntas?

Entrevistadora: A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição? Como?

Entrevistado: *Vou ver se consigo me lembrar hoje sobre o que é desenvolvido lá. Eu sei que existem algumas oficinas. Por exemplo, a Pediatria, que tem uma oficina de brinquedos. Geralmente também tem quadros, pois a criança tem a opção de um ano para trazer a atividade da escola para cá, mas essa é uma situação que se destaca na Pediatria. Mas não sei se isto é vinculado à Pedagogia, entendeu? Do que tenho conhecimento, eu poderia dizer que o que se está desenvolvendo é a Psicologia. Se você perguntar, por exemplo, “hoje tem um pedagogo lá dentro?” acredito que a resposta a esta pergunta seria não. Eu sei que tem isso lá de facilitar a*

* As entrevistas foram realizadas por meio de gravação audio-fônica, a transcrição respeitou o anonimato em relação a identidade do entrevistado e da instituição em que faz parte. As informações contidas entre parênteses foi a forma escolhida para ocultar os dados de identificação que estavam evidenciados.

* Não foi realizada a transcrição na íntegra de todas as falas da pesquisadora, mas a transcrição de áudio das entrevistas (1, 2 e 3) foi fiel e encontra-se na íntegra a fala dos entrevistados, as quais foram orientadas pela sequência do roteiro de entrevista localizado no “Apêndice B”. Houve apenas pequenas modificações, alterações e adaptações em algumas perguntas do questionário permitindo adequar melhor a informação aos entrevistado no percurso da pesquisa.

vinda de uma atividade externa para fazer. Existe o projeto, mas ele não é institucional. Ele pode acontecer a partir da classe médica, daí a sua importância, porque às vezes eles pedem para alternarmos o regime da escola, pois a gente tem de mandar o atestado de que o aluno está interno em tal situação e para lá eles criaram uma situação de apoio, de transição. Existem aquelas atividades que o aluno traz ou não. Então isso é algo assim...

Entrevistadora: O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

Entrevistado: *Não. Lá dentro na Pediatria não sei. Isso não vou lhe dizer. Acredito que não. Não outras áreas eu sei que sim, que aqui dentro tem uma questão para ensino e alfabetização de adultos, mas é para os funcionários, para determinada, e isso funciona no prédio lá da administração. Não sei se isso é extensivo ou não a pacientes adultos. Usam só para os funcionários. E atividade para não perder, por que na verdade eles às vezes perdem muitas aulas e têm muitas faltas, desiste e aí vai reprovando, reprovando e fica aquela coisa mais difícil. Com este foco não; eu sei que existem grupos de orientações, de educação e saúde para a melhora de espaços e de noções básicas, como é que eu digo, de saúde ambiental. Eu sei que na clínica de cirurgia existe um grupo que apresenta melhora, mas também existe um na Psicologia. Não sei se existe algum na clínica médica porque lá não tem nenhuma sala; eu nunca vi. No ambulatório existe um grupo que dá orientação, porém mais relacionado à enfermagem e às noções de saúde; essas coisas todas, conforme já falei. Mas este serviço é do Hospital, pois a Faculdade de Medicina também desenvolve alguns projetos que estão vinculados ao Hospital, e na verdade pela Faculdade; apenas o ambiente é o do hospital e o da comunidade. Existe uma pedagoga, mas ela é da Faculdade e não sei se ela é envolvida nesse projeto; ela é mais envolvida na questão da reforma curricular de orientação para aluno na tentativa a longo prazo de sensibilizar o profissional para a questão.*

Entrevistadora: Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

Entrevistado: *Na verdade eu não diria isso. Desculpe, esqueci o seu nome...*

Entrevistado: *Não tenho a menor dúvida da importância da questão, só que a Psiquiatria possui outra visão. Não dúvida que o pessoal daqui cuide disso, mesmo que os conceitos sejam diferentes dos da pedagogia associada à área de saúde. Às vezes quando coloco isso não é afirmando que exista alguma dificuldade a partir das pessoas. Vejo mais como uma limitação de recursos dos quais as pessoas precisam, pois é algo que não é a estratégia correta, mas que se*

vai tentando contemplar porque as pessoas vão colocar, nas suas listas de prioridades, quando nada têm. A complicação surge que a gente precisa fazer umas escolhas meio perversas. Portanto é um serviço que hoje talvez não exista. Assim quando as pessoas questionam indiretamente ou não – e elas compensam – elas preferem dizer assim: Ah, a Faculdade de Enfermagem já está sobrecarregada durante o dia... Ou: “A Psicologia já está com outro projeto. Eu não acho que a Psicologia queira tomar o espaço da Pedagogia, ou que a Faculdade de Medicina não queira que o pedagogo entre por não ser uma área da sua competência. Eu não vejo a realidade do (Hospital) por esse enfoque. A gente ainda está na fase inicial de tudo. Assim as pessoas tendem a criar outras estratégias para suprir a demanda. Por quê ? Porque a gente sabe concretamente que a cada vez que o paciente volta, ele agrava a sua situação. Então o que ele precisa é estar situado num ambiente onde todas as demais dimensões também sejam consideradas. Não adianta, por exemplo, a mãe vir amamentar uma criança em situação extremamente grave, que muitas vezes também pode ser um problema de comunicação, pois o médico passa orientação, mas a mãe não sabe ler a receita e pode dar o remédio errado, e nem percebe isso. E a criança nem estará mais no hospital quando vier a dor de barriga... Assim eu vejo a questão neste sentido: essas pessoas estão precisam dessa assistência porque estão sobrecarregadas e acham que aqui conseguirão suprir uma demanda que hoje não conseguimos suprir. Não assumimos uma atitude do tipo “Não, não! A gente não quer você aqui!” Não é assim. Todo médico precisa assumir o objetivo único de atender o paciente de modo perfeito. Eu não encaro o trato com o paciente dessa forma. Talvez possam existir pessoas específicas que, em determinadas situações, sejam resistentes, mas isso nada tem a ver com a Pedagogia ou outra profissão. Seria mais um conflito do médico, resultante da sua formação. Às vezes uma pessoa em posição de chefia “gargala”, o problema é esse. Mas isso não acontece na maioria dos casos. Eu acho que é mais este outro ponto, por exemplo, às vezes é perverso você colocar que seja uma emergência, pois a gente nunca vai sair de uma emergência se não começarmos a chamar a atenção sobre ela. Uma hora o negócio tem que mudar. Assim não encaro a questão da maneira tradicional; acho que o problema vem da falta de recurso.

Entrevistado: *Aí entra um outro caso. A questão do desemprego, a questão da pessoa estar sobrecarregada... Existem pessoas que muitas vezes não querem este serviço, pois ele diz respeito a outra dimensão relacionada à falta de mantimento, à verificação se é possível facilitar*

ou não. Este segmento é tão deficiente com relação a tudo. Está num processo de abandono do trabalho, abandono da profissão. E isso é complicado.

Entrevistadora: Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

Entrevistado: *Às vezes a gente apura uma dimensão mais localizada, mas às vezes precisamos de uma dimensão um pouco maior. Saindo da teoria é preciso ver o que se pode conseguir na prática. Estamos falando de ensino, de construção de cidadania, pois quem sabe um dia aquelas pessoas privadas de tudo, e que portanto não têm como tentar sensibilizar a sociedade para o seu bem comum, o da coletividade consigam o seu espaço. Elas estão tentando ainda sobreviver.*

Entrevistadora: Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

Entrevistado: *Não dá para pensar no outro quando está faltando tudo para mim. Mas se num determinado tipo de doença, e ainda hoje o hospital é visto como o local da doença, houvesse uma iniciativa de abrir espaço para a escola, independente da área, então seria mais fácil que, um dia, esse paciente fosse sensibilizado sobre a questão do seu aprendizado e sobre a importância das modificações ambientais. Convém dizer a esse paciente: “é você mesmo que vai morar aqui! Não jogue o lixo aqui...” e criar um espaço onde um dia ele próprio possa ser sensibilizado sobre a importância dele criar o seu mundo lá, de modificar a condição ambiental. Ele precisa entender que é ele mesmo que irá morar lá até que a casa dele saia. Desfrutará os resultados e as conseqüências do exercício da cidadania. E quando você começa a ver alguns indivíduos, você fica otimista. Às vezes o indivíduo ainda não tem a mínima noção do que é ser gente. Ele não existe como pessoa, é apenas um nome. Não tem consciência da importância dele, o ser que não é autônomo não sabe nem o que é um direito. Mas esse contexto é mais uma oportunidade para modificar o curso da história, e talvez alguns já vejam a possibilidade de mover a pedra da inércia. Pode ser que não veja qualquer resultado, mas um dia alguém vai dizer: “Ah, ele foi solidário!” porque trabalhou em questões de extrema relevância.*

Entrevistado: Acho que sim. Que deveria atender a todos...

Entrevistadora: Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado? Quais seriam os principais critérios para o atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações)?

Entrevistado: *Eu sempre penso que a primeira situação envolve questões que são muito particulares provenientes de públicos extremamente diversos. Talvez o mais importante seja estarmos presentes, mas reconhecer que cada indivíduo é único e ele apresenta uma demanda particular. Sei que acaba não sendo possível fazer algo particularizado. Portanto é preciso fundamentar a necessidade de criar essa demanda. Não sei se a faixa dos adultos seria a ideal se perguntar: “você quer aprender a ler?” Eu não sei se ele de fato quer isso, entende? Ou o ideal seria: “então vamos tentar estimular o exercício da cidadania para todos!” Mas é diferente quando se trata de uma criança ou de um jovem; a questão é complexa... Acho que se deve primeiramente estabelecer uma metodologia que permitisse irmos construindo ao longo do processo. Não sei se é porque eu gosto muito da área da saúde pública, mas só eu acreditarei nas idéias da Pedagogia e da Psiquiatria quando elas construírem esquemas que funcionem na prática.*

Entrevistado: *Ele (sujeito) é quem tem que definir a própria demanda, pois a demanda teórica que existe, esta eu já conheço. Não é preciso discutir isso com os profissionais das respectivas áreas. Mas se é tão difícil começar o processo, acho que é mais fácil iniciar pela perspectiva direta do paciente, pois é a partir da demanda dele (e eu concebo assim, a partir da demanda dele, eu consigo acessar e a gente pode até considerar as outras demandas). O que consideramos prioridade, pode não ser pela perspectiva do outro, mesmo que a gente pense: “mas isso aqui é tão mais grave!”... Mas o foco que nunca perderemos é o da nossa demanda técnica. Existe uma resistência muito grande, pois já não estamos disponíveis em determinadas situações que defrontamos. Mas podemos chegar num objetivo comum que seja mais fácil.*

Entrevistadora: Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

Entrevistado: *No que diz respeito à demanda, e pelo processo econômico, muitas pessoas já sabem da importância da questão do ensino. Então hoje a consciência maior é a de que existem qualificações nos mais diversos níveis sobre a questão da continuidade do ensino. Hoje esta surge como a maior demanda. Muitos pacientes acabam falando: “Ah, eu preciso ir embora, tenho trabalho na escola!...” A filosofia hospitalar não precisa ser tão rigorosa e radical. Assim a demanda existe neste sentido: o paciente sente necessidade de voltar às suas atividades externas. Mas existem artifícios que podemos utilizar como medida protetora. Assim esta é a demanda inicial que eu vejo hoje. As pessoas já sabem que talvez a educação tem essa idéia de*

ser transformadora, de acessão de classe; fulano estudou e um dia chegou na faculdade, ele pode sair da pobreza, ele tem a possibilidade de ascender, de sair da pobreza total e chegar a uma outra classe.. Esse ponto ela já chegou porque hoje agente vê que se não tiver qualificação, não tem como... é excludente! Então se é tão difícil ir para o supletivo e ainda tenho que faltar? Então isso gera estresse muito grande. A demanda existe nesse ponto, exatamente da mãe, do filho ou do pai achar que a necessidade educacional é imposta.

Entrevistadora: Como você descreveria o ambiente de atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (móveis que a compõem, recursos didáticos, decoração).

Entrevistado: *O ambiente deve ser particularizado, não é? Totalmente diferente do ambiente para criança. Um ambiente para o adulto onde exista uma menor possibilidade de interferência. O critério seria quando o paciente entrasse... teoricamente já existisse um protocolo para avaliar se existe ou não a demanda. Esta seria a primeira questão, pois do contrário teríamos que esperar a demanda espontânea, ou seja, esperar que algo acontecesse para só então intervir? Mas se o paciente precisa se internar, isso é algo que ele vai falar dentro do hospital; no ambulatório o procedimento é outro. Mas se ele já é paciente efetivo então a sua situação referente ao trabalho e ao estudo deverá ser levantada se existir uma demanda sobre suas queixas pedagógicas. Os critérios quem vai decidir é a área de competência; automaticamente todos deveriam ir. Porque às vezes o critério é pela disponibilidade de acesso ao meio, mas esse não é um critério, pois às vezes quem mais precisa não procura. Mas se a questão é estabelecer um padrão, então todos deviam ser criados nessa comissão. Aí existiriam critério e ele automaticamente vai ser consultado se ele quer ou não, porque não podemos obrigar ninguém e se poderia ou não viabilizar. Se ele quiser, viabilizaremos, mas se não quiser pode-se tentar sensibilizá-lo sobre a importância, ou conscientizar. isso seria o ideal, mas por enquanto lidamos com o real. Qualquer coisa na parte da informação melhora.*

Entrevistadora: Que recursos, métodos e técnicas poderiam ser utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

Entrevistado: *A idéia que eu tenho seria a de estimular o indivíduo a aprender constantemente. Ele é que deve buscar o método de como conseguir os recursos que lhe permitam continuar. Talvez isso possa ser transposto, pois atualmente lá na medicina a gente vive essa situação, pois o acesso à informação é muito grande, mas ela não é útil. É fato que existem informações que não modificam os comportamentos. De nada adiante se colocar uma carga muito grande sobre*

as pessoas, como hoje se coloca, com pressupostos como: “O ensino não pode mais ser em seis anos, tem que ser em dez”, mesmo que os alunos nunca retenham o conhecimento, ou que as pessoas consigam aprender a aprender. Porque eu sei que daqui cinco anos o que a gente aprender não vai servir mais para nada. Mas que ele saiba buscar recursos para continuar aprendendo, porém como isso vai ser feito é algo individual. Não dá para dizer: vamos fazer um mega projeto, pois a coisa fica pessoal demais para servir de medida geral, de um vamos fazer para todo o mundo! Às vezes tais iniciativas visam mais o marketing, pois qual é a efetividade desse negócio para que a pessoa depois realmente venha a usufruir os benefícios.

Entrevistado: *É só a campanha. Isso não é real. É como o uso do álcool que provoca vários tipos de campanha para que as pessoas não dirijam depois de beber.*

Entrevistado: *Aí você observa que se gasta um dinheirão com isso, mas não tem dinheiro para outras coisas. O importante é a visibilidade da proposta política que determina o que deve ser visto. Assim não vejo planejamentos baseados em eficácia e posterior avaliação dos resultados, pois são não houver tal avaliação não saberemos se ocorreram avanços e se vale a pena continuar.*

Entrevistado: *Não nego a importância da informática, pois de fato é um recurso. Entramos então numa dimensão utópica. Certamente seria melhor que o paciente dispusesse desse recurso, e alguns disporão. Porém acho que a gente não deve condicionar tudo ao computador. Como se não pudéssemos trabalhar se não existisse computador. Às vezes se pensa tão pobre que nem se consegue visualizar esse recurso. O computador é de fato um recurso, mas defendo a maior diversidade de recursos: o computador, talvez o quadro, talvez o jogo, a coisa mais lúdica, o livro também pode ser um recurso válido.*

Entrevistado: *E que faça parte da vivência daquele indivíduo. Não se deve determinar a priori: “vai ser o computador!”, pois o paciente pode a princípio achar ótimo, mas quando chegar a hora não conseguir usar esse recurso. Defendo portanto a maior variedade possível de recursos, e recursos que possam ter continuidade. No caso do livro, por exemplo, talvez não tenha acesso a ele, mas ele pode ter revistas. E a música? Qualquer música? Quem vai definir a de qualidade? O fundamental é que ele possa manter a prática. Acho que é necessário saber qual é o recurso. Na questão da maturidade, por exemplo, acho que a tecnologia evolui e oferece melhores recursos para que o paciente apresente maior continuidade.*

Entrevistadora: Que aspectos culturais do sujeito você considera que auxiliam no tratamento de saúde?

Entrevistado: *Na minha área a primeira situação é saber como ele construiu o processo patológico, pois a construção da doença não necessariamente diz respeito ao padrão médico, pois se baseia na diferença entre a queixa e a não-queixa. Às vezes ele queixa de algo que não é queixa, e tem uma expectativa da melhora de uma queixa sem fundamento, e não exprime uma queixa com fundamentos reais, e isso futuramente poderá até prejudicá-lo. O problema pode, por exemplo, girar em torno de uma questão religiosa, independente da sua linha, mas de base judaico-cristã que às vezes, em algumas situações, o bem-estar viria do merecimento concedido por outro ser. Isso não é real. Aí vem a formulação clássica: “se isso existe, as pessoas não têm culpa de adoecer”, pois do contrário elas vão pensar: “não tem jeito, não. O negócio é ficar doente porque o sofrimento é causa...” E vão pensar que a vida é assim. E também não terão disponibilidade para se cuidar e dar valor ao tratamento, pois isso mostra a seguinte situação: se existir acesso a outras fontes de informação, isso pode ser construído de um outro jeito e a pessoa modifica sua atitude. O que afinal faz ela ficar bem (e não estou negando o valor da meditação, e de toda a forma curativa), mas o que faz o paciente ficar bem é a adesão. É o autocuidado. Por exemplo, se existir hoje o melhor remédio do mundo, mas ele não o usar, não fará efeito na taxa; porém se ele tomar, mas não deixar de consumir sal, vai morrer do mesmo jeito por causa de hipertensão. Não adianta! Portanto não é apenas o acesso aos recursos e tecnologias que vai proporcionar todas as soluções. Observamos as melhoras de saúde em geral quando se investe em educação, saneamento, enfim, coisas mais gerais. Da mesma forma o fundamental é que o paciente continue se cuidando, pra mim o que muda é o autocuidado, pois a partir do momento em que ele se cuida ele não adoecerá mais e ficará bem.*

Entrevistadora: Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

Entrevistado: *Os aspectos negativos?... Eles “os pacientes” não aderem! Como já verificamos, as experiências que eles têm com os atendimentos, bem como suas histórias familiares com aquelas situações e o que foi feito e que era disponível de recurso. Quanto aos aspectos positivos, eles criam vínculos, têm continuidade e proporcionam a percepção de cuidado. O depoimento de melhora dados pelos médicos se relaciona ao fato do paciente se sentir cuidado, não importa por qual membro da equipe; a atenção sempre gera a melhora.*

Entrevistadora: Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

Entrevistado: *Com certeza! Acho que, querendo ou não, vai melhorar a adesão. Às vezes é difícil, ou melhor, é tão automático em nós achar que existem certas coisas que as pessoas já sabem, e que isso já está tão incorporado na minha realidade que às vezes temos dificuldades em suspender isso ao entendermos: não! A realidade dele “do paciente” não é esta e não adianta seguir por este caminho. Então acho que a adequação seria tanto emudecer quanto conversar com ele o resto do dia, pois falar é fácil e aí ele poderia de fato melhorar, pois existem coisas que são automáticas e nós reagimos pensando: será possível? Será que ele não viu e deixou as coisas ficarem desse jeito? – e às vezes o paciente não viu mesmo o que ela poderia trabalhar. Assim, para trabalharmos melhor, devemos olhar mais a frente..*

Entrevistadora: O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

Entrevistado: *Estimular e facilitar o acesso ao meio. Acho que esta é a função do hospital: estimular e facilitar, pois não adianta apenas estimular havendo quinhentas dificuldades. Assim vai funcionar.*

Entrevistadora: Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido?

Entrevistado: *Se a idéia logicamente é facilitar, então qualquer espaço pode ser aproveitado. Às vezes, ao se pensar num lugar, a gente tem um pensamento pobre originado pela limitação da falta de recursos. Se pensarmos assim nunca teremos um lugar e sempre alegaremos a falta de espaço, mas aí estaremos avaliando a idéia no custo, o que não é o ideal. Em qualquer local, não tem diferença não!*

Entrevistadora: Despedidas e agradecimentos

Entrevistado: *Não tomou tempo, não! Estou até é sem graça...*

2ª - Entrevista

Duração total da entrevista: 00:31:00 h

Entrevista realizada em: 28/04/09

Local: Hospital público do Distrito Federal

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Entrevistada: Médica

Entrevistadora: Apresentação

Entrevistada: *Meu nome é (nome suprimido), sou psicóloga de formação e professora da (Instituição de Ensino Superior) desde 1994, no Instituto de Psicologia, atuando na área de saúde.*

Entrevistada: *Trabalho na (Instituição de origem). Este trabalho aqui é um extra.*

Entrevistada: *É um projeto de extensão do pessoal contínuo. Como é um hospital (característica), é algo desejável... Para quem quiser, pois se amanhã eu quiser encerrar minhas atividades aqui, ninguém pode impedir. Trata-se de trabalhar dentro (Hospital) como espaço de formação. Como sou da área da saúde, e a Psicologia da Saúde é o meu campo de especialidade desde a graduação, pois trabalhei no Sara Kubitschek, no Ministério da Saúde e depois no (Hospital), eu resolvi fazer este trabalho aqui para ter uma prática, para não ser aquela professora que apenas libera a teoria e não tem um campo de atuação prática. E também porque já estive no Sara; depois que passei um momento com um câncer de mama quando eu estava no mestrado. E a AIDS foi uma área que me interessou; foi um desafio por envolver aspectos da assistência e também da prevenção, pois é um tipo de doença crônica, que trabalha com a questão do estigma e do preconceito e que, enfim, é complexa, não é? E por isso mesmo muito legal de se trabalhar. Por isso coordeno a convivência (um projeto de extensão de ação contínua) que existe desde 1996 aqui no (Hospital) e que envolve Psicologia e Serviço Social. Então a história é essa: o (Hospital) já atendia a pessoas com AIDS, mas eminentemente pela equipe médica e pela equipe de enfermagem quando o paciente estava internado. Não havia psicologia e serviço social. Então eu e o professor (nome suprimido) de serviço social, que tínhamos os mesmos interesses, nos juntamos e criamos o Convivente. Depois o (nome suprimido), por outras questões, se afastou da assistência e eu continuei, mas o braço do serviço social continua aqui dentro a partir da (nome suprimido), que é ex-estagiária nossa e hoje*

trabalha conosco como voluntária, e a (nome suprimido) que está com o contrato de estágio técnico. Com isso temos alunos de graduação fazendo estágio nos dois campos. Eventualmente também temos conosco alunos de pós-graduação, e assim a equipe vai se formando... O (nome suprimido) também está trabalhando como estagiário, e também a (nome suprimido) todos os dias, assim a equipe daqui acaba sendo reduzida. Assim temos uma equipe na qual as pessoas se distribuem ao longo da semana em diferentes horários.

Entrevistadora: existem indicadores de maior aceitação e adesão ao tratamento?

Entrevistada: *Sim. Com vários indicadores. Às vezes não é aquela coisa bem mensurada, mas algumas são como, por exemplo, o trabalho em adesão. A gente constata isso a partir dos relatos e dos acompanhamentos, pois são fatores que variam muito, indo desde uma orientação até um trabalho de longo prazo, de mais tempo, de acompanhamento psicológico (às vezes são momentos difíceis), como, por exemplo, logo após o diagnóstico ou no início da terapia antiviral que envolve a inserção de novos hábitos no cotidiano da pessoa, e assim existem vários procedimentos...*

Entrevistada: *A questão gira em torno do enfrentamento e do comprometimento da rede de apoio social, pois como o HIV carrega, por exemplo, o estigma do preconceito, frequentemente a pessoa soro positivo encara sua doença de maneira mais grave do que é na realidade, e assim muitas vezes não conta com as pessoas que poderiam ser fontes de apoio, e assim restringe esse apoio; e acaba carregando “piano na cabeça”, pois o não compartilhar um problema importante que está causando stress muitas vezes aumenta o peso dessa realidade, desse saque na vida.*

Entrevistadora: A melhora dessa pessoa depende do apoio do outro ou familiar?

Entrevistada: *Depende. Isso é muito variável. Trabalhamos no sentido de que isso não aconteça, ou que aconteça da menor forma possível, por que assim o paciente enfrenta melhor o seu problema, por exemplo, tem pacientes que logo falam mais das pessoas para eles significativas, o que é bom. Pode ser o adulto, pode ser a mãe, pode ser o irmão, uma pessoa amiga. Porém às vezes ele faz uma seleção: conta seus problemas só para uma pessoa, e mais ninguém, pois é naquela pessoa que o paciente confia mais e sabe que vai receber bem o que ele precisa dizer e dar um apoio sem discriminação. Outros, ao contrário, às vezes adotam uma postura de segredo e se fecham quase completamente para todos, e depois, aos poucos, se deixam trabalhar numa questão ou noutra.*

Entrevistada: Às vezes o paciente sente o impacto, mas muitas vezes depois volta com a idéia de que precisa ter estudos. É muito variável. Temos alguns que entraram numa Faculdade recentemente e possuem nível superior, porém existem outros, que mais à frente, por não terem terminado o ensino fundamental, cursaram o ensino supletivo.

Entrevistada: É uma questão que sempre abordamos com perguntas sobre o nível de escolaridade e sobre o interesse do paciente voltar a estudar. E às vezes eles traçam um projeto de vida, e aí a gente incentiva e trabalha na desconstrução das barreiras que impedem que o plano ainda não se coloque em prática, explicando como agir para se concretizá-lo.

Entrevistadora: Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

Entrevistada: Eu acho que é enorme, pois está dentro da idéia da interdisciplinaridade no campo da saúde. Isso porque trabalhamos com uma concepção, no processo das doenças, que é a de minimizar ao máximo o impacto da doença no projeto de vida da pessoa, no contexto humano geral; assim tudo o que favoreça o desenvolvimento e mantenha as perspectivas de vida deve ser valorizado, e a Pedagogia pode entrar por esse lado. Porém com já te falei essa atividade parece mesmo se ligar mais ao trabalho com crianças. Com os adultos ainda é uma novidade a ser avaliada. Mas acho a questão muito relevante e acredito que os bons hospitais trabalham com a inserção do pedagogo nas enfermarias, como no hospital Sara Kubitschek. Aqui nós também realizamos esse trabalho, ainda que de forma muito mais precária.

Entrevistadora: O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

Entrevistada: Olha, não estou acompanhando muito. Tenho algumas referências do Sara na época em que atuei lá. Contudo tenho notícias boas, pois é um trabalho que no caso da criança, que é de fato o que eu conheço melhor, é evitar rupturas devido aos processos de internação.

Entrevistadora: Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

Entrevistada: Sobre se a instituição e os profissionais da área de saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nessa instituição. No caso da minha? Estou pouco informada...

Entrevistada: Preciso saber se essa nova área por você abordada se refere à Pedagogia Hospitalar mais ligada à criança.

Entrevistada: Eu acho que é bom. Porém se trata de uma visão um pouco impressionista. Não tenho até não conversar muito sobre isso porque o nosso trabalho aqui é mais com adultos; os

soros positivos crianças e adolescentes que atendemos em geral estão com a situação escolar em dia; hoje não é mais um segmento com muitas internações. E quando a criança eventualmente se interna devido a uma pneumonia ou outra coisa, isso em geral tem sido um processo mais rápido, e tenta-se não atrapalhar a escola.

Entrevistadora: Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

Entrevistada: *Quanto as demandas de eja, eu acho que sim, mas precisamos saber como. Realmente não sei, porém acho válido. Poderia se tentar aprimorar essa atividade com abrangência: como trabalhar com adultos e idosos?*

Entrevistada: *Sim. Eu encaro com bons olhos.*

Entrevistadora: Como você descreveria o ambiente de atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar.

Entrevistada: *Olhe, eu acho que a enfermaria pode ser um espaço. Visualizo um ambiente que possa ser agradável, acolhedor e um espaço lúdico esteticamente interessante. Porém é como te falei: eu não sei também como tal procedimento não conflitar com o sistema de ensino. Uma coisa que ainda não consigo entender muito bem é você colocar a alfabetização dentro do hospital para adultos analfabetos... Acho que não é por aí. Não antevejo muitos resultados, pois eu acho que esse espaço e responsabilidade são do setor de educação. Cabe ao hospital, no caso de internação de um adulto que faz faculdade - no (nome de IES), por exemplo - fazer com esse adulto o que é feito com a criança. Como isso seria feito? Poderíamos perguntar: “Você gostaria de algum tipo de apoio nosso para manter suas atividades no (nome de IES) onde você não está indo neste período de internação? Você gostaria de alguma ajuda para escrever?” Se, por exemplo, o paciente teve algum problema no braço. Assim esse apoio pedagógico auxiliaria adultos que estivessem em escolas - sejam supletivos, faculdades ou outro tipo de ensino - mantendo suas atividades sem o risco de pensarem: “Ah, eu tenho uma prova! Vou perder uma prova!” Formularíamos perguntas como: “você quer uma ajuda nossa no sentido de manter contato com o seu professor para dizer que você está internado?”*

Entrevistadora: Que recursos, métodos e técnicas poderiam ser utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

Entrevistada: *É meio complicado. Sinceramente não vejo como fazer isso. Acho que é abarcar uma responsabilidade na assistência à saúde que não é da rede hospitalar. É isso que não vejo com muito bons olhos, pois primeiramente existe a questão do espaço, além da questão da vinda até aqui. Seria muito melhor que esse adulto procurasse – se ele quer estudar ou que se especializar fazer isso perto da casa dele... Ele precisa descobrir onde existem os canais porque acho o ambiente hospitalar um pouco inviável... É a minha opinião.*

Entrevistadora: Quais os aspectos mais marcantes que merecem destaque no que se refere a escolaridade de cada um.

Entrevistada: *Predomina a baixa escolaridade, pois é muito comum um ensino fundamental incompleto. Analfabetos mesmo são pouquinhos, a gente conta nos dedos. Mas eu diria que um grande percentual... Pode colocar aí um dado nosso recente: aproximadamente 40% dos pacientes têm apenas o ensino fundamental incompleto, contudo observamos aqui todos os níveis de escolaridade. O aumento para o fundamental completo, somado ao incompleto, chega a 60%. Assim temos esse dado percentual abrangendo 60% dos pacientes. Se no ensino médio o percentual é muito menor, no superior não deve chegar a 5%. Falo de pessoas dentro de uma realidade do tratamento aqui. Nós temos uns quatrocentos.*

Entrevistadora: Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

Entrevistada: *Espere, espere! Deixe-me ver se entendi... Se os hospitalizados e internados aderem positiva ou negativamente?...*

Entrevistadora: Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

Entrevistada: *A questão é complexa; vai desde alguma dificuldade, mais relacionada à aceitação da própria doença e aí vem a AIDS, bem como a relutância em aceitar o quadro. Notamos também o inconformismo com a própria enfermidade, além de alguma dificuldade na esfera mais pessoal, como no caso de sujeitos de temperamento difícil que não gostam de estar em hospital; além disso existem os problemas familiares. Assim temos o paciente mais colaborador ou cooperativo que tem prazer em ajudar a equipe, e há aquele que às vezes não tem esse objetivo; ele não quer tanto o tratamento, não se sente bem no hospital, pede alta antes da hora, não aceita estar no hospital e reclama de tudo. A questão é sempre multidimensional. Precisamos estudar caso a caso, mas estes temas predominam. Outro problema tange aos*

aspectos justificativos: o paciente pode sofrer certa sensação de abstinência de álcool ou de qualquer outra droga.

Entrevistadora: Que aspectos culturais do sujeito você considera que auxiliam no tratamento de saúde?

Entrevistada: *É a própria compreensão do que está acontecendo com ele, daí a importância de uma atitude muito pedagógica e educativa no sentido de lançar mão de figuras, desenhos, usar cores, por exemplo para explicar os horários dos esquemas dos remédios, da figura; o solzinho para dizer que é de manhã, a luazinha para dizer que é noite. Assim são estratégias de comunicação para que o paciente entenda da melhor maneira possível o que está acontecendo com ele. Assim isso é algo que trabalhamos muito no nosso grupo. É um esforço para o qual, acredito, a psicologia social se mostra mais sensível, e o profissional em medicina menos. Eventualmente também devemos colocar alguém da família como apoio social para ajudar nessa comunicação. Nós temos teremos então uma mediação, não é? Também é preciso reconhecer que o material escrito, no caso do analfabeto, não vai sortir efeito, e então teremos que usar desenhos e figuras. Devemos enfim nos mostrar sensíveis a essas questões. Para não falar da criatividade, porque isso vai envolver muita criatividade.*

Entrevistadora: Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

Entrevistada: *A princípio pode facilitar, com certeza! porque é mais um olhar é uma outra área do conhecimento. Conforme falei, deve-se realizar alguma coisa na área de educação e saúde. Mas, como? Precisar analisar as rotinas e como é que isso no fluxo de atendimento se coloca. Acho que é importante que seja um profissional que esteja dentro do ambiente hospitalar vendo e participando das coisas e identificando os motivos e vendo como esse processo se colocará no fluxo do atendimento, a partir da sua área de sua atuação. Pois, talvez não seja todo mundo que vai se beneficiar (ou que vai precisar... ou querer). Assim mostra-se necessário analisar tudo isso, supondo, por exemplo, que o paciente A, que tem características X é um sujeito que quer estudar. Acho que nas internações ultrabreves a Pedagogia Hospitalar não faz sentido, e também não é o caso nas internações devido a problemas agudos, onde o paciente fica no hospital 72 horas ou 48 horas. A questão gira principalmente em torno das internações de longa data. Estamos com pacientes que vão totalizar 60 dias de internação; então a internação HIV AIDS é variável, podendo ser muito longa ou breve dependendo do problema, porém algumas*

tendem a se prolongar nesse sentido: o estado do paciente se mostra muito graves e demanda um conjunto de procedimentos que envolvem terapias em nível hospitalar, às vezes longas, onde é necessário tomar antibióticos endovenosos (na veia) diariamente por cinquenta dias. Temos uma paciente nestas condições que evolui muito bem e avança no tratamento.

Entrevistadora: O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

Entrevistada: *Bem, eu acho que talvez a questão esteja na própria contratação, ou seja, devemos primeiro averiguar quantos profissionais são, quem são; parece que estão na Pediatria. Não sei se esta vaga é fruto de um profissional concursado ou de um contrato especial. Bem, a partir daí talvez o primeiro passo fosse regularizar esse quadro, não é mesmo? E então avaliar esse quadro e verificar se esse profissional supre uma demanda ainda não atendida... É um só?...*

Entrevistada: *Quer ver uma coisa que talvez não exista e deveria existir: é que pode ser necessário um contrato com a (Instituição universitária), uma articulação com a Pedagogia da (Instituição universitária), pois se eu já tenho duas profissionais concursadas atuando aqui, e este espaço pode ter um projeto de ação contínua, porém precisará se articular com a questão da Pedagogia interessada na Pedagogia Hospitalar que vai fazer o a ligação entre esses dois profissionais que estão no campo - Pedagogas que atuam na Pediatria do (Hospital) - como força de trabalho especializada e receber estagiários, alunos. Aliás existe hoje o PIBEX que é um programa de bolsa de extensão onde esse aluno ganhará até R\$ 300,00 para desempenhar todas essas atividades, como bolsista de extensão. E com quem ele trabalhará? Com as duas pedagogas, contando também com a orientação do professor docente que lá está para cuidar do paciente. Se esse docente gostar muito desse trabalho, ele pode vir para o campo, como eu. Estou no campo, mas não teria de estar aqui, eu poderia estar só na orientação acadêmica, mas “pus a mão na massa” também... Em alguns horários, e não toda a semana... Por exemplo, estou aqui na terça-feira de manhã, na quarta à tarde, na visita médica na sexta das 8h às 10h e quase todo o tempo no momento de supervisão, assim dedico cerca de 14 horas semanais ao (Hospital).*

Entrevistada: Acho que não existem projetos de extensão nessa área...

Entrevistada: Existem projetos de extensão? Tem alunos sediados lá? Quem é o professor que está cuidando disso?

Entrevistada: Se já tem três professoras motivadas para a área infantil, quem sabe o projeto não expanda...

Entrevistada: *E depois disso, se pensaria minimamente num pequeno projeto; a questão seria a de sensibilizar as áreas da gestão, pois acho isso viável na gestão atual – a do (nome suprimido) que é aqui da nossa equipe de AIDS - adoro ele, sou fã de carteirinha.... É um cara muito sensível, um médico maravilhoso e eu acho que ele poderia “topar”, pois valoriza muito a educação.*

Entrevistada: *Já buscou na literatura a experiência da Pedagogia Hospitalar noutros países, ou com amigos? Buscou e não achou nada?*

Entrevistada: *A Dr^a Kubbler Ross não é mais direcionada à área de Psicologia? Sua pesquisa poderia usar palavras-chave. Existem bases internacionais de artigos e títulos como, por exemplo, Pedagogia Hospitalar para Adultos. Você poderia tentar combinações da palavra adulto com este conceito. Na área infantil o tema já se acha bem consolidado, e existem vários artigos. O problema é ampliar a abordagem para adultos, e aí eu te confesso que fico meio sem saber em que campo iremos procurar esse trabalho de educação feito eminentemente na área da saúde, pois de alguma maneira ele é realizado pela própria equipe médica, porque todo profissional de saúde é educador em saúde, não importa que seja médico, enfermeiro ou exerça outra função; o momento pedagógico sempre acontece, pois para explicar melhor a doença talvez eu precise desenhar um vírus aqui e falar como é que o remédio vai atuar, ou seja, retorno a informação numa linguagem apropriada ao sujeito (livre do jargão).*

Entrevistadora: *Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido?*

Entrevistada: *E que o toque do pedagogo pode ajudar é algo que senti aqui agora, nos meus neurônios. Nos casos de dificuldades na interação com os pacientes talvez um pedagogo possa, junto com um médico na enfermaria, estabelecer estratégias de como falar sobre a doença de modo mais prático, pois nós somos pouco sensibilizados, mais tolhidos quanto a isso apesar de nos esforçarmos. Não parece apropriado usar termos como, “a senhora está aderindo?”, com uma paciente. Pois o que ela entende de adesão?. É preciso explicar o que significa o termo adesão por se tratar de um conceito novo para ela. Aí vem o termo como algo novo, e os médicos usam freqüentemente esses termos técnicos sem perceber que o sujeito ficou com aquela cara de quem nada entendeu. Estamos de fato mais treinados para a leitura dos indicadores sociais e corporais e o paciente, menos, e então ele “passa batido”. Talvez um papel interessante seja o do pedagogo como um assessor junto ao médico quando for necessário um “intérprete”*

facilitador da demanda do sujeito nos momentos em que o profissional de saúde conversa com o paciente.

Entrevistada: *Tudo bem? Conseguiu captar o contexto?*

Entrevistada: *Parabéns pelo trabalho.*

Entrevistadora: *agradecimentos...*

3ª - Entrevista**Duração total da entrevista: 00:25:10 h****Entrevista realizada em: 27/04/09****Local: Hospital público do Distrito Federal****Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé****Entrevistada: Psicóloga**

Entrevistadora: Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

Entrevistada: *Eu coloquei que é relevante o fato de ser a Pedagogia inserida nesse contexto multidisciplinar, onde a gente sempre conta com psicólogos, enfermeiros, nutricionistas que compõem a nossa equipe de trabalho, mas realmente não existe mais um profissional: o pedagogo. Então eu acho de extrema importância inserir este profissional.*

Entrevistadora: A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição? Como?

Entrevistada: *Não. Não existe. Pela minha prática, e pelo meu conhecimento desde que trabalho aqui, não vejo. Em empresas privadas sim, encontrei e participei de situações de trabalho onde trabalhei com profissionais da educação, mas aqui eu vejo que não existe...*

Entrevistada: *Eu acho que é falta de conhecimento mesmo dos profissionais em levantar dados, fazer pesquisas, saber colocar a importância desse profissional e o que ele pode fazer nessa equipe. Então acho que também cabe aos próprios profissionais defender este argumento...*

Entrevistadora: O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

Entrevistada: *Sobre o que eu conheço? Acho que sou muito leiga nesta área: a pedagogia hospitalar. Acho que entraria mais na forma de educação... Ou do próprio contato com o paciente, ou de conscientização sobre a questão de promoção e prevenção de saúde. Vejo a questão muito por este lado. Mas eu sei que deve haver muito mais coisas...*

Entrevistadora: Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

Entrevistada: *Aqui nós não trabalhamos diretamente com pediatria porque na verdade atendemos muito mais ao servidor aluno independente que não trabalha com a comunidade universitária e sim com a comunidade externa que vem diretamente para o hospital, e que lidam diretamente com os pacientes encaminhados pelo SUS. Nós não. Estamos servindo à comunidade*

universitária. Eu trabalho com crianças e adolescentes. Também tive a oportunidade de acompanhar um processo aqui, mas aqui mesmo, nada ligado ao... Já trabalhei com psicopedagogos que atuam em conjunto nessa queixa, demanda, que não deixa de estar muito relacionada, não é? Mas aqui mesmo não dispomos desses profissionais.

Entrevistada: *Não sei te falar. Esse é um dado que pertence ao (Hospital). Aqui é (Hospital) porque a gente ocupa um crédito ligado ao (Hospital), mas atendemos só à comunidade universitária...*

Entrevistada: *Também é uma pergunta que não tenho como responder. É como te falei: acho que falta muita informação e divulgação desse serviço.*

Entrevistadora: Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

Entrevistada: *Sim. O campo é muito amplo. Eu conheço muito o trabalho do psicopedagogo. Sei que tem diferença. Mas já tive oportunidade de trabalhar com eles e vi um grande resultado. Na parte clínica, como te falei, acho que em parceria com a própria instituição; não sei bem se na forma de um atendimento... Mas na questão de promoção da saúde, de conscientização, de palestras educativas, formação de grupo cooperativo; vejo muito por este lado. Acho que tem um espaço muito grande... E seria algo muito bom e proveitoso tanto para o paciente quanto para a equipe multidisciplinar.*

Entrevistadora: Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado? Quais seriam os principais critérios para o atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações)?

Entrevistada: *Ao adulto? Como assim? De que maneira?*

Entrevistada: *Penso que este procedimento deveria estar inserido em algum programa que já existe no hospital, ou seja, programas de prevenção e promoção de saúde. Poderiam ser feitas “feiras de saúde” como já existem. Por que não colocar este profissional para articular alguma coisa e ver o que ele pode aproveitar. Acho que da própria noção que nós temos da saúde secundária e terciária chegamos à noção universal seletiva e indicada. Por esse processo acho que pode ser um trio: universal quando relacionada a um todo, o seletivo quando se tratar apenas de um grupo de risco e aí entra a intervenção referente à parte de formar grupos, de participar. No (Hospital) existem grupos de tabagismo, grupo de acolhida...*

Entrevistada: *Sim, acho que grupos de apoio seriam muito bem vindos. Seria algo muito positivo...*

Entrevistadora: Como você descreveria o ambiente de atendimento pedagógico aos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (móveis que a compõem, recursos didáticos, decoração).

Entrevistada: *Eu acho que teria de ser no próprio Hospital se fosse voltado, como eu estava te falando, para a gerência de qualidade de vida a qual é uma proposta nova da própria Universidade nessa gestão. Acho que estaria muito vinculado também à gerência de qualidade de vida; não como tratamento no Hospital, mas trazendo isso para o campo da comunidade universitária que participaria de tudo isso nas implementações que estamos fazendo. Acho que precisaria articular algumas pessoas que tivessem interesse de montar algum projeto para se colocar como a pedagogia hospitalar trabalhar, como a pedagogia comunitária trabalha, para então ver se conseguimos entrar num sistema de trabalho; isso seria ótimo.*

Entrevistadora: Que recursos, métodos e técnicas poderiam ser utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

Entrevistada: *Para jovens?...Acho que essa questão entra muito naquilo que eu te falei: promoção através de cartilhas, realização de palestras, ou até a formação de grupos de apoio. Eu visualizo essa proposta.*

Entrevistadora: De onde procede aos sujeitos hospitalizados nesta instituição? Quais os aspectos culturais mais marcantes que merecem destaque no que se refere a recuperação de cada um.

Entrevistada: *Eu vou te sugerir que você procure algum setor da Psicologia, ou aqui do (Hospital) para responder estas perguntas, pois a gente foge um pouco dessa realidade dos pacientes...*

Entrevistada: *Sim, é mais interna e assim não tenho como te falar de onde vem, pois recebemos pacientes do (Hospital), da Prefeitura, da Reitoria, alunos... Assim não tratamos de um segmento específico, pois na verdade não atendemos à região e sim à comunidade... Talvez seja bom você fazer com algum psicólogo, alguém que atenda lá mesmo.*

Entrevistada: *Nesse ambulatório aqui na frente, bem na frente! Vai ter uma recepcionista, um psicólogo infantil e para adolescentes. Até na Psicologia você pode perguntar com quem deve falar, pois assim acho que vai enriquecer sua entrevista mais ainda...*

Entrevistada: *Você já tentou falar com alguém lá?*

Entrevistada: *Tem que marcar um horário...*

Entrevistada:... Não estou lembrando o sobrenome dela. Ela trabalha no (Hospital). Ela é psicóloga. Vou te passar o telefone dela para você ligar e dizer: “eu estou fazendo uma pesquisa com a (nome suprimido), e ela pediu para entrar em contato porque você trabalha no (Hospital)... Eu acho que ela é professora. Como ela trabalha lá dentro mesmo, eu acho que ela pode até indicar alguém que ela conheça.

Entrevistada: Como eu vi que as suas questões estão muito relacionadas com atendimento do (Hospital).

Entrevistada: Eu acho que para a gente te orientar sobre o momento de mudanças aqui convém te passar o telefone dela que é (número suprimido).

Entrevistada: É como estou te falando: suas propostas são muito boas. Quando você concluir esse projeto, eu até gostaria que me trouxesse uma cópia. Quando você tiver os dados todos, mande o projeto que eu o enviarei para a equipe de qualidade de vida, que é uma equipe que estamos montando agora; e vamos fazer muita coisa aqui para a (Instituição)...

Entrevistada: Se você tiver interesse em participar e de montar um projeto para fazer alguma coisa, poderia até nos encaminhar porque eu queria ler a proposta, pois poderíamos incluí-la no nosso programa de qualidade de vida para o aluno e servidor, e não só para o servidor, mas para os funcionários, os professores e os alunos. Eu realmente queria ver como a Pedagogia pode contribuir... É como você falou: a alfabetização das pessoas que não foram consideradas para entrar num novo projeto. Assim se você quiser, e já tiver alguma coisa mesmo, manda para a (nome suprimido) para a gente também incluir. O que vamos fazer é buscar essas parcerias. Poderemos receber alguém como estagiário se for para aplicar alguma coisa desse projeto. Existe possibilidade de recebermos bolsa, sim. Talvez sim, talvez não. Talvez seja só como voluntário. Mas a gente está aberto e estamos ligados à Diretoria de Saúde... É o projeto DAC, Decanato de Assuntos Comunitários, e é a Diretoria de Saúde que está promovendo e implantando a Gerência de Qualidade de Vida na qual e estamos atuantes e envolvidos. Assim acho muito importante fazer projetos que cuidem de muita coisa. Assim se vocês tiverem alguma coisa que já é feita nesse campo da Universidade enviem para a gente, pois eu já divulgo...

Entrevistada: Se houver alguém interessado em propor algum projeto, encaminhe para nós para a gente ler... O que colocamos é que vamos realizar um diagnóstico inicial através de questionários levantando as demandas... E depois veremos quantos projetos temos implantados. Mas já tendo algum implantando ou em andamento já poderemos agregar isso como propósito

no caso desses projetos propostos. Eu vou pegar o seu telefone, Heloisa, para qualquer coisa que precisarmos na área de Pedagogia Hospitalar.

Entrevistadora: Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

Entrevistada: *Eu acho que tem a ver com o estado psicológico do paciente, e também com a empatia com o profissional que está cuidando dele. Acho isso muito importante; seja com o médico ou com outro funcionário que desperte a confiança nesse trabalho. O estado emocional do paciente precisa ser levado em conta em questões como nos casos de doença terminal ou não-terminal, e como ele está aceitando isso. É um processo que envolve também a família a qual acho que ajuda muito nessa aceitação... Essas coisas são básicas.*

Entrevistadora: Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

Entrevistada: *Ah! Sem dúvida! Eu acho que Sim. Já trabalhei em alguns hospitais e constatei essa dificuldade desses pacientes em entender o tratamento, até no sentido de tomar a medicação – e que tipo de medicação? – Numa ocasião até brinquei com uma nutricionista quando ela me afirmou que, ao passar uma dieta com carne branca na segunda semana, o paciente que era hipertenso se queixou: “não agüento mais comer carne de porco!” E quando a profissional perguntou surpresa: “carne de porco?” o paciente respondeu: “porque você me passou carne branca!...” Isso exemplifica uma baixa escolaridade; e de fato ele não sabia ler e percebíamos que os conceitos tinham para ele outra significação, assim tudo precisava ser muito detalhado e na linguagem dele. Ocorriam coisas bem bárbaras que você acredita que não acontecem, mas acontecem...*

Entrevistadora: Que aspectos culturais do sujeito você considera que auxiliam no tratamento de saúde?

Entrevistada: *São de fato os conceitos errados que devem ser destruídos. Às vezes o próprio profissional também desconhece o procedimento correto, ou então sente dificuldade de implementá-lo, até pela falta de tempo.*

Entrevistadora: Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

Entrevistada: *Sim. É como conversamos agora nessa questão de destruir conceitos errados, tirar dúvidas, de “vamos entender a receita”, vamos conversar com a família e vermos quais são*

as suas dúvidas sobre o processo da doença, explicar e mostrar como a patologia funciona para um prognóstico. Muitas coisas devem ser esclarecidas, pois o médico não dispõe de tempo suficiente para sentar e conversar com o paciente. Mas com o pedagogo... E como a gente faz em psicologia e psicoeducação na assistência a pacientes com depressão a gente vai comentar sobre o problema, vendo o que é, quais são as suas fases, seus sintomas. Trata-se de explicar para ao paciente sua história, porque da sua doença. Acho que o pedagogo desempenharia muito bem essa parte.

Entrevistadora: O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

Entrevistada: *Aqui no hospital eu desconheço. Talvez até tenha e eu desconheça. Aqui mesmo no SAM nós não temos. Isso nunca foi sequer falado. Assim nunca foi constatada a presença de um pedagogo nesta equipe multidisciplinar. Quem sabe através do seu trabalho isso seja implementado?*

Entrevistada: *A nossa realidade não é bem a hospitalar. Não trabalhamos com emergência, trabalhamos com doentes, vamos fazer muitos grupos, mas é atendimento agendado; uma hora ou outra fazemos uma emergência no plantão, mas não é propriamente um atendimento de ambulatório ou de doença com internação. Aqui não tem, mas a gente pensa também em outros pontos.*

Entrevistadora: Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido?

Entrevistada: *Temos também grupos de educação psiconutricional chefiados por uma nutricionista. Fizemos grupos de tratamento de TOC, Transtorno Obsessivo Compulsivo, grupos de assistência a depressivos. Dispomos de vários grupos e assim acho que o pedagogo deveria também estar inserido. Não vejo claramente como a pedagogia seria inserida, mas já mudei meu foco que seria muito positiva a participação da pedagogia nessa equipe de apoio ao sujeito. É grande a demanda no Decanato de Assuntos Comunitários que precisa desse serviço, que ainda não existe. Seria algo muito positivo. Vou levar essa sua proposta para a equipe para considerar esta possibilidade.*

Entrevistada: *Vou passar isso para o grupo, mas ainda haverá uma reunião amanhã ou quarta-feira, acho, e então vou ver como poderemos inserir sua proposta. Se necessário entrarei em contato com você.*

Entrevistadora: Agradecimentos e despedidas

4ª - Entrevista

Duração total da entrevista: 00:31:09 h

Entrevista realizada em: 29/04/09

Local: Hospital público do Distrito Federal

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Entrevistada: Chefe de Enfermagem do Setor de Hemodiálise*

Entrevistadora: quantos cálculos!... (enfermeira calculando dosagem da medicação a ser ministrada às pessoas em hemodiálise). Então vamos lá: você tem conhecimento se a instituição e os profissionais da área de saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição e de que forma? A pergunta é se os profissionais e a equipe de saúde estimulam o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar na instituição.

Entrevistada: *nossa contribuição em relação ao estudo aqui é quando temos jovens, garotos que transplantaram, de até 14 anos, e a gente estimulava que eles saíssem da escola e viessem direto aqui para o hospital; eles moram distantes, numa (cidade) satélite. Então quando o paciente chegava entrava fora dos horários dos seus outros companheiros era porque abriram uma exceção. A gente não pode se adequar a cada paciente que chega, mas existem umas situações em que a gente deve estimular, não é? Um menino que teria de estar na escola às 12h não poderia entrar na maca às 12:30, e já sabíamos que a consulta estava marcada.*

Entrevistadora: então é uma ação individualizada de vocês, mas não que o hospital coloque um pedagogo para ajudar nestas questões, não é mesmo? É uma questão individual referente a um atendimento mais humanizado, não é isso?

Entrevistada: *com certeza!*

Entrevistadora: o que você sabe sobre os resultados desse trabalho da Pedagogia Hospitalar, você conhece alguma coisa?

Entrevistada: *Não.*

* Nessa entrevista foi realizada a gravação de todas as falas devido a necessidade de contextualizar o diálogo entre a pesquisadora com um Médico que surgiu durante a entrevista realizada com a Chefe de Enfermagem do Setor de Hemodiálise. Durante a oportuna interrupção, a pesquisadora promove um breve diálogo com o outro participante e depois retoma a entrevista com a Chefe de Enfermagem procurando manter a seqüência do roteiro de entrevista. No entanto as perguntas sofreram algumas modificações improvisadas durante a entrevista para minimizar o tempo de duração e não interromper, por mais que o necessário, as atividades dos entrevistados no local.

Entrevistadora: em relação à existência de atendimento pedagógico na Pediatria, você sabe quando houve a implementação da classe hospitalar? (Conversa entre funcionários. Chegada de um médico ao ambiente da entrevista.)

Entrevistadora: Pode falar Doutor, não está atrapalhando não. Sou aluna de graduação na Pedagogia aqui da UnB. Estou pesquisando sobre a área de Pedagogia Hospitalar aqui.

Entrevistada: *ela quer montar um curso aqui, doutor, uma Faculdade para os pacientes, assim enquanto eles fazem a diálise poderão estudar.*

Entrevistadora: é um acompanhamento pedagógico. O que o senhor acha dessa possibilidade, a de proporcionar ao sujeito – que sofre uma longa doença crônica e assim permanece muito tempo aqui no hospital – a possibilidade de continuar seus estudos ou aprender alguma coisa pela qual se interesse...

Entrevistado (Médico): Excelente!

Entrevistada: *a maioria dos pacientes do Dr. Eduardo faz a diálise domiciliar.*

Entrevistadora: caberia aqui neste ambiente um pedagogo hospitalar? Abriria-se aí um espaço?

Entrevistado (Médico): *olhe, é preciso haver uma pesquisa...e ver o que eles podem fazer.*

Entrevistadora: na verdade a pesquisa é no intuito de saber a percepção do profissional na área de saúde em relação a essa nova área do pedagogo. Assim queremos levantar essa pesquisa, saber a opinião, colher as informações para então delineararmos melhor esse espaço e, quem sabe, futuramente elaborar um projeto para esse tipo de atendimento, pois a Pediatria já conta com o atendimento pedagógico às crianças hospitalizadas. Então há possibilidade de estender esse atendimento aos adultos? Esta é a nossa pergunta. O que se viabilizaria? Quem é este sujeito e quais são as demandas dele? Assim delinearíamos esse espaço e, quem sabe, proponhamos um projeto aqui para o hospital, para estender esse atendimento.

Entrevistado (Médico): Perfeito, isso é excelente!

Entrevistada: *entre os pacientes do Dr. (inominado) que fazem diálise domiciliar alguns preferem esse tratamento porque é feito à noite e assim podem ir para a escola.*

Entrevistadora: e esse atendimento pedagógico também é dado na residência das pessoas que fazem esse tratamento. É um direito do cidadão garantido por lei: o da educação como um direito de todos e esse projeto da classe hospitalar, que atende às crianças, domiciliar, no hospitalar, internação e no ambulatório é uma orientação do MEC formulada para ajudar a criança; então a gente quer estender isso ao adulto... Queremos analisar a viabilidade...

Entrevistado (Médico): *isso seria excelente. Aproveite que tem pacientes aí já vai vendo se tem alguém interessado...* (Conversas paralelas)

Entrevistadora: a demanda é deles, trata-se de oferecer e não impor algo a eles, sabendo se realmente têm o interesse e o desejo de continuar aprendendo durante esse tratamento aqui, porque é tanto tempo, não é? Ela estava me falando que são até quatro vezes (por semana) com duração de três horas por sessão, e muitas vezes, querendo ou não, esse é um tempo ocioso.

Entrevistado (Médico): um tempo ocioso mesmo.

Entrevistadora: E o próprio tratamento deve se tornar monótono para eles. E os pacientes? Relatam algum caso de depressão devido a esse tratamento?

Entrevistado (Médico): Alguns são deprimidos e os psicólogos conversam com eles todos.

Entrevistadora: Seria então um espaço importante para o pedagogo pensar numa maneira de melhorar esse período em que a pessoa recebe esse tratamento e, quem sabe, pensar na continuidade dos seus estudos, ou aprender algo do seu interesse que não esteja ao alcance da escola, mas que possamos trazer para ele.

Entrevistado (Médico): *Bem, atendemos os pacientes pediátricos domiciliares, em torno de vinte, vêm aqui esporadicamente; os internados na hemodiálise são aproximadamente cinquenta; eles ocupam efetivamente os quartos e chegam segunda, quarta e sexta-feira pela manhã. Outro contingente vem segunda, quarta e sexta-feira à tarde. Outros chegam na terça, quinta e sábado cedo, e outros terça, quinta e sábado à tarde.*

Entrevistadora: segunda, quarta e sexta-feira pela manhã?

Entrevistado (Médico): *cedo? Todos os dias e à tarde. O outro turno, o terceiro, é de terça, quinta e sábado cedo, e também terça quinta e sábado à tarde.*

Entrevistadora: E o senhor acha que seria apropriado eu ir conversar com eles... Pode me liberar?...

Entrevistado (Médico): *È claro, tranquilo! Eu cuido só da área peritoneal que é domiciliar, mas...*

Entrevistadora: diga-me uma coisa, com sua experiência, o senhor vai até a residência deles?

Entrevistado (Médico): *Não. As enfermeiras vão às residências uma vez, quando se está treinando para se fazer essas diálises, para orientar as condições dos quartos e onde serão colocados as macas e outros equipamentos...*

Entrevistadora: e esse sujeito leva uma vida normal, ou fica meio restrito ao ambiente doméstico... Ou ele pode ter convivência sim (social)? Geralmente se retrai ou consegue ir à escola e dar continuidade ao seu aprendizado?

Entrevistado (Médico): ele tem convivência! Olha, nós temos, pelo contrário, um paciente chamado André, que não suporta é faltar às aulas. Temos também outra paciente que também faz questão de ir às aulas. São dois adolescentes. Ok! A secretária tem os telefones de todos esses que fazem diálise domiciliar. E com os pacientes da hemodiálise você pode falar diretamente. A secretária vai estar aqui hoje à tarde.

Entrevistadora: muito obrigada! O senhor sabe o nome dela?

Entrevistado (Médico): (informa o nome da secretária)

Entrevistadora: Dr. (nome do médico), muito obrigada! Acho que esta perspectiva, esta opinião dos profissionais da equipe médica nos ajudaram muito a delinear essa possibilidade.

Entrevistado (Médico): Claro... é muito boa a sua iniciativa!

Entrevistadora: Penso que o intuito é de ajudar a equipe médica, bem como ao sujeito e à comunidade. Acredito que há possibilidade de melhora no quadro (o dos adultos hospitalizados) porque na Pediatria observamos isso claramente: a criança que recebe um acompanhamento pedagógico – que tem uma pessoa lá que a oriente e não deixe que ela perca este vínculo com a sociedade, com a escola, com os amigos e com a professora – apresenta melhora significativa, conforme demonstrou pesquisa a respeito. Às vezes essa criança até surpreende porque recebe alta antes (do previsto) e volta para a casa, pois sai feliz. E mesmo no ambiente hospitalar ela tem expressões de alegria, afetividade; o emocional dela está bem. Assim pensamos: se para a criança isso dá certo...

Entrevistado (Médico): ...dá certo, então para o adulto, ou...

Entrevistadora: Nós desenvolvemos até a morte. O desenvolvimento cognitivo, afetivo, psicológico se dá o tempo todo, então essa possibilidade de estender ao adulto é o que está instigando a área da Pedagogia Hospitalar nessa pesquisa.

Entrevistado (Médico): Ok, perfeito! Parabéns pela iniciativa! Desejo sucesso.

Entrevistadora: obrigada! Fico muito feliz com a ajuda do Sr. aqui e também com a possibilidade de conversar com os sujeitos que fazem o tratamento; isso nos ajudará muito porque o ambiente hospitalar é, na verdade, complicado de entrar assim sem conhecê-lo... Às vezes temos o receio de incomodar por entrar numa área em que não somos familiares. Mas não é

esse o objetivo do pedagogo. Ele não quer fazer papel de médico, o que deseja na verdade é ajudar esta equipe fazendo parte dela e, com o seu trabalho, ajudar ou tentar minimizar o sofrimento dos sujeitos...

Entrevistado (Médico): *assim como tem nutricionistas e psicólogos aqui...é isso aí! Há um espaço.*

Entrevistadora: é um espaço, não é doutor!?! Obrigada pela atenção!

Entrevistadora: o Dr. (nome do médico) é endocrinologista?

Entrevistada: *ele é nefrologista. Mas ele também fez o curso de endocrino porque o nefro cuida muito dos pacientes endócrinos, os diabéticos. Ele fez um curso na Secretaria de Saúde e atende até no ambulatório de (outro hospital).*

Entrevistadora: que figura! Espetacular esse médico! Mas vamos lá, que não quero tomar muito o seu tempo: em relação ao atendimento pedagógico na Pediatria, você sabe quando ocorreu a implementação da classe hospitalar?

Entrevistada: *não. Nem sabia que existia, apesar de ver os meninos lá com recreação, parecia uma coisa apenas lúdica, mas não conhecia isso com fundamentos didáticos.*

Entrevistadora: você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

Entrevistada: *acho que não (existe). Mas se dependesse de mim, seria bem vinda no meu setor.*

Entrevistadora: na sua opinião, a Pedagogia Hospitalar deveria articular ações para atender às necessidades e demandas educacionais dos jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar?

Entrevistada: *Sim! O hospital deveria ajudar no sentido de (proporcionar) espaço físico e materiais, envolvendo todo mundo, pois a melhoria do paciente não acontece só com remédios; às vezes uma palavra traz mais alívio e produz mais efeito do que uma medicação... E seria ainda melhor ocupar o tempo do paciente e integrá-lo à comunidade e à escola.*

Entrevistadora: em que circunstâncias esse atendimento deveria ser ofertado? Existe algum critério para isso além do mero “ah, vamos implementar!” Você visualiza algum critério efetivo, uma circunstância específica, não algo como “ah, de qualquer forma!” O que você acha que deveria delimitar esse atendimento, algo específico para que ele acontecesse. Peço uma opinião.

Entrevistada: *acho que deveria haver um local adequado, e que o paciente fosse até ele. Isso não seria nas enfermarias onde o doente acamado está gemendo de dor e passando mal, enquanto o outro está lá estudando. Acho que quando o paciente deambulasse (andasse) ou se*

locomovesse de alguma outra forma, mas que fosse num local determinado. Porque o local vai ter as características de uma escola pois a intenção seria essa, e também a tranquilidade. Tudo seria de fato dirigido para aquele momento de aprendizado, num ambiente propício.

Entrevistadora: em que locais do hospital você acha que esse atendimento deveria ser ofertado (e você acabou de dizer, não é?) e de que forma você descreveria esse ambiente?

Entrevistada: *um ambiente semelhante a escola!*

Entrevistadora: quanto à prática educativa, o que você acha que poderíamos fazer para desencadear a aprendizagem dessas pessoas. É, essa pergunta é bem específica, mas é importante porque vocês conhecem os sujeitos e estão com eles todos os dias e, portanto, entendem as necessidades deles...

Entrevistada: *a questão é tão individual, pois existem diferenças entre adultos, adolescentes e crianças. Cada um deles se encontra num momento específico da sua vida, então as necessidades também são específicas!*

Entrevistadora: você respondeu: um atendimento individual que atenda as necessidades de diferentes indivíduos...

Entrevistadora: Qual o local de origem das pessoas que procuram atendimento no hospital.

Entrevistada: *vários locais: interior e cidades do Entorno. Se você chegar ali na sala e perguntar, cada pessoa é de um lugar.*

Entrevistadora: quais são os principais aspectos que fazem o sujeito hospitalizado aderir positiva ou negativamente a determinado tipo de atendimento?

Entrevistada: *acho que ele só vai aderir de modo negativo se for um paciente em estado grave, com uma doença instalada numa morbidade que ele não tenha perspectivas de melhoras, e assim de lhe adiantaria aprender mais ou menos... Nos casos das doenças renais, inicialmente e após o diagnóstico e a necessidade do transplante ele manifesta sua negação ao tratamento, então ele não iria mesmo aderir a qualquer programa. Tem um momento deles começarem a se interessar pelo aprendizado... O da perspectiva da melhora da doença.*

Entrevistadora: e que momento seria esse? O da perspectiva da melhora da doença?

Entrevistada: *isso mesmo!*

Entrevistadora: descreva a dificuldade do tratamento ao sujeito hospitalizado com pouca ou nenhuma escolarização. Acho que isso volta um pouco para o que você falou no princípio...

Entrevistada: *as dificuldades? Bem, se durante o andamento do projeto se você tem um paciente que já é alfabetizado, ele já terá um comportamento diferente e vai se adequar. Então você terá vários níveis de alunos numa sala, tanto em interesse quanto em escolaridade. Assim acho que será algo bem individual.*

Entrevistadora: então essa dificuldade no tratamento de alunos com pouca escolarização fica mesmo evidente? No momento em que ele não consegue compreender as instruções ?

Entrevistada: *Sim. Olhe só: ontem eu estava aqui no Hospital, cheguei então até um paciente (acho que é aquele aqui, de fora) e perguntei: “Sr. (nome da pessoa com doença), o senhor gostaria de trocar o seu horário de diálise? E ele respondeu: ‘trocar o horário?’ e eu expliquei: Sim, mas o senhor vai trocar com o mesmo candidato que eu vou consultar porque o senhor continuará fazendo a diálise; essa pessoa fará a diálise no seu turno e na mesma poltrona, pois tenho orientação para mantê-los na mesma unidade, mas primeiro o senhor precisa concordar. Caso o senhor não queira trocar o seu turno saiba que tem outra pessoa que falou: ‘ah, eu quero trocar nesse andar segunda, quarta e sexta-feira porque eu queria pescar...’ E aí eu falei: “bem, é a primeira vez e acho que vou descer (o paciente) que concordou (em compartilhar o espaço), então julguei ouvir ele falar: ‘é... quero’, mas não entendi o que ele disse, pois não falou para mim e sim para outra funcionária. Por que ele agiu assim? Porque quando eu falei, ele me acatou por eu ser a enfermeira e a responsável (então ele aceita), porém não entendeu a minha explicação, e aí vi a companheira dele falando assim: “o que é que você vai fazer? Não vai mudar nada! Vai fazer é à tarde mesmo!” Só que ao invés de terça, quinta e sábado, seria segunda, quarta e quinta-feira. Seria algo simples, mas é como eu falei: ela aceitou a minha proposta, mas não a compreendeu.*

Entrevistadora: ou seja, o paciente mostra até sente dificuldade em entender o número de dias da semana. São coisas assim, que nos levam a pensar: meu Deus, ele não compreendeu, parece tão claro para a gente, mas ele não entendeu...

Entrevistada: *porque ele é bem bronco e totalmente da roça. Não se situa no ambiente urbano.*

Entrevistadora: sabe como ele rege? Pelo próprio organismo? Pelo contato com a natureza! Pelas fases de lua, pelo posicionamento do sol, o clima; como os animais estão se portando... O “calendário” dele é totalmente diferente do nosso.

Entrevistada: *tudo o que você vai explicar para determinados pacientes aqui precisa ser bem elementar, pois quando chegamos e lhe damos alguma instrução achamos isso tão normal e*

compreensível para todos... Mas não para ele... Ele não sabe como seguir as suas instruções. É a mesma coisa quando o paciente está na fase do tratamento conservador no ambulatório: o médico vai encaminhando o tratamento, para um dia chegar na diálise. Os rins deste paciente estão acometidos de problemas e cada vez mais se reduz à instrução e vai se aproximando a hora de entrar na diálise. Então chegamos e dizemos: “olha, agora o teu exame mostra que você vai precisar da diálise!”

Entrevistadora: Pois bem, você acaba delineando para nós essa necessidade de um pedagogo, até para não sobrecarregar vocês. E também orientar esse sujeito, pois na verdade ao realizar esse tratamento ele abrirá perspectivas de conhecimento que irão ajudá-lo na vida a fora.

Entrevistada: *vai ajudar a compreender, até porque esses pacientes são ambulatoriais, eles não ficam internados e assim voltam para suas casas. Quando vêm para cá são como esta turma que está chegando agora e causa este movimento maior. Eles vêm, almoçam e aí esperam a hora das macas se desocuparem dos pacientes da manhã, e então entram na diálise. Essa turma faz isso segunda, quarta e sexta-feira. Assim, depois de chegarem aqui, seguirão daqui a pouco para o tratamento. Devemos então explicar para os pacientes do ambulatório que eles permanecerão na diálise e que farão suas fichas, e que lhes ofereceremos um café durante a permanência. Não sabemos o que responder se o paciente nos perguntar: “vou fazer (hemodiálise) quantas vezes?... fazendo fila para aguardar um transplante, mas não tem doador, então ele pode ficar lá até quando Deus quiser. Precisamos portanto explicar tudo, porém não de modo muito direto, pois se chegarmos de repente no ambulatório e dissermos assim: “olha, seus rins estão funcionando tanto%” logo ele se agita querendo saber quando receberá a alta. Muitos chegam aqui lacrimejando. E oferecemos logo o “produto”: “você quer conhecer a hemodiálise? Tem a peritonial...” Às vezes eles nem querem ver. Às vezes o familiar que acompanha esse paciente é quem demonstra essa curiosidade, mas quando é professor...*

Entrevistadora: eles sentem dificuldade de aderir ao tratamento por falta de conhecimento até do vocabulário médico utilizado aqui.

Entrevistada: *é eles chegam cheios de dificuldades.*

Entrevistadora: só mais algumas perguntas: na sua opinião, o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar ou não no processo de tratamento e cura? E como? Minha pergunta entra um pouco no que você já falou: com o conhecimento ele adere melhor.

Entrevistada: *vai aderir melhor. Vai reconhecer a importância da medicação e da dieta beneficiadora do tratamento e da sua melhora, já que se trata de um tratamento por tempo indeterminado...*

Entrevistadora: (nome da entrevistada), o que o hospital poderia fazer, mas ainda não fez, para que jovens, adultos e idosos tenham um atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

Entrevistada: *acho que o que poderia favorecer é proporcionar as condições para que o trabalho pedagógico seja desenvolvido.*

Entrevistadora: então é isso, querida! Muito obrigada! Você me ajudou muito mesmo! Deixe-me apenas perguntar: o Dr. (nome suprimido) me deu autorização verbal para que eu venha entrevistar os sujeitos que passam por tratamento aqui. Ele falou que, quando eu viesse, ligasse para a secretária. Eu queria o nome dela.

Entrevistada: *Vai ligar hoje? (números de telefone) Você vai conversar com quantas pessoas? Com as que estiverem no momento? Vindo fora da hora, eles não deixam. Explique para eles do que se trata. Durante o tratamento o horário ideal é entre 9h e 10h, pois está um pouco além da hora do começo das sessões e antes do fim. E de tarde, entre as 14h e 15h.*

Entrevistadora agradece a gentileza do atendimento.

5ª - Entrevista**Entrevista realizada em: 08/05/09****Local: Hospital público do Distrito Federal****Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé****Entrevistada: Enfermeira - Serviço de Assistência Médica ***

Nome: (nome suprimido)

Profissão: *Enfermeira*Formação: *Universitária*

Se estudante usar um círculo: G E M D G = Graduação E = Especialização M = Mestrado D = Doutorado

Área de atuação: *Serviço de Assistência Médica*

Nome da Instituição: (nome suprimido)

Endereço: (parte suprimida)

Vinculação administrativa: setor público: federal (X) estadual () municipal () setor privado ()

1 - Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

- *Muito importante para garantir o espaço político-pedagógico na área hospitalar e atuar na integração das ações que visem o pleno bem-estar dos sujeitos que necessitam de atenção a saúde.*

2 - A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nessa instituição? Sim () Como? Não (X) Discriminar as razões: Nada visível ainda.

3 - O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

- *Apenas as informações que a pesquisadora está a informar !*

* Conforme a solicitação das entrevistadas as entrevistas 5 e 6 foram enviadas por e-mail. As profissionais entrevistadas se comprometeram a responder a pesquisa, retornando com prontidão o questionário por correio eletrônico.

4 - Em relação a existência do atendimento pedagógico na pediatria. Houve a implantação da classe hospitalar? Não () Não Sei (X)

Sim () De que maneira?

Quando? De quem foi a iniciativa?

5 - Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

- Não tenho informação a respeito.

6 - Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

- Sim. Sempre e para todos que necessitam. Por meio de monitorias, voluntariado ou até núcleos educacionais dentro da área hospitalar.

7 - Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado?

- Sempre e para todos que necessitam. Por meio de monitorias, voluntariado ou até núcleos educacionais dentro da área hospitalar.

- Sempre que a pessoa tenha necessidade e possa dar continuidade ao seu pleno desenvolvimento educacional.

8 - Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido? De que forma você descreveria esse ambiente?

- Algum ambiente com semelhança de biblioteca. Tranquilo.

9 - No que tange à prática educativa, o que deveria ser feito para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

- Primeiro informar que há essa possibilidade, receber o paciente e convidá-lo a participar do programa.

10 - Qual o local de origem das pessoas que procuram atendimento nesse hospital?

- Predominantemente do DF e entorno e até de outros estados.

11 - Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

- *A auto-estima dos sujeitos.*

12 - Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

- *Dificuldade de buscar informação, defesa de seus direitos, comunicação e entendimento das regras impostas no ambiente hospitalar, entendimento das receitas médicas.*

13 - Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

- *Certamente. Melhorando a auto-estima dos sujeitos. Compreensão de uma simples prescrição medicamentosa, maior informação sobre a promoção da saúde e cura dos males. Mediação entre a cultura do sujeito e os processos extremamente formais e científicos.*

14 - O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

- *Disponibilizar em suas propostas agendas de discussão da importância do tema junto as equipes de gestores e equipes multiprofissionais, destinar espaço físico para a possibilidade de albergar equipe pedagógica e disponibilizar recursos. Integrar todas as áreas que propõem educação continuada, EJA, etc.*

6ª - Entrevista**Entrevista realizada em: 07/05/09****Local: Hospital público do Distrito Federal****Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé****Entrevistada: Enfermeira**

Nome: (nome suprimido)

Profissão: *Enfermeira*Formação: *Enfermagem*

Se estudante usar um círculo: G E M D G = Graduação E = Especialização M = Mestrado D = Doutorado

Área de atuação: *Ambulatório*

Nome da Instituição: (nome suprimido)

Endereço: (parte suprimida)

Vinculação administrativa: setor público: federal () estadual () municipal () setor privado ()

1 - Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

- *É de extrema relevância, e uma pena que no momento estamos sem profissional nesta área.*

2 - A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nessa instituição? Sim () Como? Não (x) Discriminar as razões:

3 - O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

- *Quase nada como já disse a atuação desse profissional foi por período muito pequeno e agora estamos sem não foi não deu para fazer uma avaliação*

4 - Em relação a existência do atendimento pedagógico na pediatria. Houve a implantação da classe hospitalar? Não () Não Sei () Sim (x) De que maneira?

- *Contratado professoras.*

5 - Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

- *A aceitação foi ótima.*

6 - Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

- *Com certeza. Atuando na área de ensino até mesmo ajudaria muito a esclarecer os pacientes sobre seu tratamento e interações medicamentosa.*

7 - Em que circunstância esse atendimento deveria ser ofertado?

- *Nas unidades de internações onde o paciente fica mais tempo internado. Qualquer local que o profissional tenha o mínimo de condições de atuar.*

8 - Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido? De que forma você descreveria esse ambiente?

- *Qualquer local que o profissional tenha o mínimo de condições de atuar.*

9 - No que tange à prática educativa, o que deveria ser feito para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

- *Divulgação e a própria atuação dos mesmos no ambiente hospitalar.*

10 - Qual o local de origem das pessoas que procuram atendimento nesse hospital?

- *Todas as classes.*

11 - Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positivamente ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

- *Seu nível de compreensão e do estado emocional.*

12 - Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

- A falta esclarecimento faz com que o individuo não acredite no tratamento e não o faz corretamente.

13 - Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

- Sim, facilitando a compreensão.

14 - O que o hospital pode fazer mas ainda não fez para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

- Divulgação e a própria atuação dos mesmos no ambiente hospitalar. Contratar um profissional da área da pedagogia.

7ª - Entrevista**Duração total da entrevista: 00:42:59 h****Entrevista realizada em: 27/04/09****Local: Hospital público do Distrito Federal****Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé****Entrevistada: Pedagoga**

Entrevistadora: Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

Entrevistada: *a Pedagogia faz um discurso de educador. Educador é aquele que, onde ele estiver, só vai passar o bem, vai ensinar. Isso para mim foi uma coisa que sempre enxerguei como (ser) uma pessoa maior, no sentido de que todo mundo tem que passar pelo mesmo contexto, (n)o começo do começo de qualquer início de previsão você tem que passar por algum contexto para chegar onde está, não é? E quando se fala de um educador na saúde, para mim é tudo porque a criança ficava marginalizada dentro da saúde, como eu conheci muita gente que dizia assim: “ah, eu perdi oportunidade porque fiquei doente; eu era uma menina asmática, uma pessoa doente que perdia muito tempo” e aí parava com a vida... E hoje em dia não existe mais isso. A criança traz o trabalho (escolar) dela. Sabe que está doente, mas está fazendo (seus estudos). E para mim acho um sonho. Eu estar neste lugar e ter uma pedagoga para mim, é uma honra, pois por aqui já passaram cegos, crianças (vindas) de palafitas; todo o tipo de criança; de classe média a classe paupérrima. E eu tive a honra de introduzir (no aprendizado) porque estava passando uma coisa boa para eles, estava ensinando. E foi um prazer ver que as pessoas prestavam atenção no que eu falava. Eu nunca me senti infeliz assim em sala porque muita gente gritava e não assistia a minha aula. Eu sempre sabia como realizar a coisa da melhor maneira possível porque já sabia como ia pegar essa turma. Depois foi orientadora e peguei toda essa parte de orientação, supervisão, administração. Por quê? Porque eu fiz para abranger toda essa área de educação para me sentir que, em qualquer susto, eu estou preparada, pois o educador tem que estar sempre pronto para ajudar, para informar, para educar, pois é a partir do educando que você consegue unir as pessoas. E olha que tem hora que eu fico assim: “ah, é tudo tarefa para eu levar para casa...” E se o pai nem sempre estiver? E se o pai é um alcoólatra? E se ele trabalha e chega morto de cansado? Por que você não se esforça na sua hora? Se você é um informante, se você é um educando. Imagine agora a idéia que eu vou passar para o adulto...*

De que o adulto está até hoje agradando o educando. Você sabia que, se tem adulto diabético, também tem diabético criança, que chega necessitado, aquele menino que foi marginalizado, que não foi para a escola, que não teve essa chance de encontrar alguém que vá até ele...

Entrevistadora: a instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar?

Entrevistada: *para mim têm. A gente tem aquele risco, mais ou menos no meio, que é uma pintinha assim no meio da multidão, pois a nossa equipe aqui tem uma estrutura que é uma “maluquice” que eu inventei e que deu certo: um cafezinho da manhã para todo mundo se socializar, para todo mundo ficar super junto, todo mundo ser amigo. Assim se consigo um bolo, digo: “gente, posso partir no meio para dividir com todo mundo?” Por quê? Porque a gente é amigo. No meu aniversário quero comemorar até o café da manhã aqui. Por quê? Porque eu é que vou promover uma festa. No final de cada dia nós vamos caçar o povo lá para o café da manhã. O que é preciso? O que pode e o que não pode deixar de ter? Uma manteiga, o pão e o leite. Isso são coisas que vêm do hospital. E quem pode mais traz um bolinho, traz um biscoitinho, um pão de queijo, qualquer coisa... Mas você trazendo aquilo, ninguém vai dizer assim: “olhe, o café está pobre!” Ninguém nunca reclamou, mas tem gente que reclama, e aí temos que criar uma lista e dizer: cada dia é de uma pessoa, entendeu? E no dia que não tem mais ninguém; que alguém está de férias, a gente faz “vaquinha”, entendeu? Portanto a gente sabe que esse café da manhã também pode acontecer de noite. (É uma forma de saber) o que foi que aconteceu, (de saber) quem está chegando, pois quando a gente vai passando, a primeira coisa que faço é passar pelos quarto e ver o que se passa, estar atento e ver que (tipo de) doença existe ali naquele quarto; que mãe está ali naquele quarto; qual o estresse de cada quarto, para a gente saber como vai atender.*

Entrevistadora: o que você sabe sobre os resultados deste trabalho, o da Pedagogia Hospitalar?

Entrevistada: *olha, o que eu tenho (constatado) para mim é a melhora da doença. Um chefe aqui dizia: “Adelina, eu curto você pura!” (Risos) a brincadeira dele era essa... Mas que ênfase ele me deu? Ele disse com autoridade que eu podia olhar essas crianças. A primeira coisa (a observar) é que tem crianças que saem chorando daqui, porque não querem ir para a casa. Ele ficava besta de ver (eles dizendo): “isso aqui é o meu hospital”, (ou falarem): “Você quer ser minha prima?”, pois aqui eles costumam se aquietar. (trecho incompreensível)... a gente participa do carnaval... do natal. Por quê? Porque isso não é uma coisa se sinta longe da vida lá*

fora, que se fique da janela olhando... “Ali está todo mundo, e eu estou aqui nesse lugar horrórico de cárcere... Eu não quero!” Então eu faço tudo para tirar a dor, eu entro e morro de (ver tanta) agulha de injeção, mas minha disposição está ótima. Até nas punções eu estou junto... Não tenho medo não, e vou (cumprimentando): “oi, a Severina está aqui!” Dou atenção às crianças, e sei o que cada uma (delas) gosta, e então levo aquele estímulo. Essas coisas para eles são um mundo, então o que conta é o que eu passo. Eu não vou vestir um jaleco branco, eu não sou da saúde, eu estou do lado da saúde, estou contribuindo com a saúde, com a melhora. Estou sendo um lenitivo, mas não sou da área. Sou uma educadora. Então quero o meu jaleco bege, entendeu? Todo colorido ou como for. Então é isso que eu quero, porque acho que a criança é muito lúdica. Então faço tudo para que ela se sinta assim: “eu estou dentro desse lugar, e estou brincando, eu estou feliz!”. Ela esquece que está doente. Essa biblioteca viva, essa é uma história que não (vem pelo) contador, mas pelo mediador. A criança entra no mundo da história, e faz a sua própria interpretação, entende? Então nessa interpretação (a criança) sai de dentro da doença dela. Onde será que ele é o paciente? Será que vai lendo aquela Bíblia da mãe? É muito livro para ele ler a Bíblia... Mas quando subir para a cirurgia sem ler a Bíblia (a gente) pede a Deus para iluminar esses médicos: “não chore!” Palavras assim têm dado resultado, que a mãe ri, que (a criança) acha graça. A criança pede meu telefone, mas não reclama, e às vezes liga para mim. Por quê? Porque eu acho que você tem que se integrar com a criança. Quando falo de fazer uma visita na casa, eu vou. Agora estou meio sem tempo mesmo, sabe? Eu tenho que arrumar mais tempo... Mas estou conseguindo ir a casa deles, conversar com eles, como na época da quimioterapia que tinha crianças (em estado) muito grave. Eu ia para os outros hospitais visitar os defuntos, fazer enterros; qualquer coisa. Mas tanto é (assim) que eles falaram: “depois que entrou a Educação, a Pedagogia, a classe Hospitalar (tudo mudou)...”, (e vamos) aplicando ainda ela, lutando... Porque aqui é que nem uns diabinhos, logo, logo se transformam... “Levanta o pano agora que agora vai ser a hora do almoço”, não é? E tira tudo, guarda tudo... “Vamos fazer um bingo! É hora do jogo!” Então a gente vai levantando o pano desse teatrinho e vai alegrando essas crianças e essas mães. (Existe a queixa): “ah, é a criança e o adulto(também a ser cuidado)!” Mas você também tem que ajudar essa mãe, porque ela está aqui, e (ficamos em falta) se você não der o apoio que é preciso para ela, (como) algum livro para ela ler, pois se falar de um romance maravilhoso, você diz: “ah, você lê! Então vamos colorir para você...” Sabe por quê? Para evitar fofoca nos corredores. Mas essa mãe pode dizer:

“meu filho trabalhar com sucata!!” Mas (a criança) pode levar esse brinquedo para a casa, porque lá, com uma caixa de ovos ele, pode fazer isso, com uma caixa de sapato, com uma caixa de leite. Pois temos que inventar essas brincadeirinhas, porque quando levam esse material para a casa a mãe (pensa): “Não, eu não posso botar esse brinquedo na rua mas posso construir com o meu filho, e ela sentir aquele gosto que ela construiu aquele brinquedo com o filho dela. E através do dia ela vai estar fazendo (também) receitas mais livres, que ela levou para a casa, que é uma receita muito sadia, que ela (assim) pode passar para o filho esse tipo de comida que é tudo coisa bem simples lá na casa dela, mas estar aqui com um bolo de fubá, pois ela pode comprar um pacotinho de fubá; a gente faz uma coisa bem simples, entende? Um tipo de arroz diferente. Uma coisa que ela faça em casa para passar para o filho dela e fazer uma alimentação melhor, agradar mais essa criança. Então o educador é aquele que pensa em tudo, (pensa) no todo, portanto que nesse todo vem o final. O que é educar? Portanto toda a parte que você possa passar para aquele ser... É bom educar. Não precisa você discutir com alguém, nem chegar àquele grito. Esse que gritou, não causou constrangimento para todo mundo? As pessoas que estão ali não estão acostumadas com isso, e se a pessoa for gritar igual a ela (a criança) ela vai sentir ódio, e fica tudo igual (nivelado), mas se você ficar calma, só olhando, mata (a discussão).

Entrevistadora: Em relação à existência do Atendimento Pedagógico na pediatria, houve a implantação da classe hospitalar? De que maneira?

Entrevistada: *nós estamos naquela tentativa, mas não está no ponto. Eu sei que ainda não está no ponto, mas a gente... Nossa!... (Ouve coisas assim:) “eu vim para essa classe hospitalar, mesmo sendo uma paciente tipo escola!” Mas no momento é como eu digo: vai-se mexendo com as cortinas (diferentes níveis), vira a cortina numa parte. Então tem uma criança aqui que precisa de inglês. Eu não sou bam-bam-bam em inglês. Mas se não chegar no meu nível tenho que procurar o psicólogo para ele dar aula de inglês para a menina; ele prepara a menina que não passava, e só vivia tirando (notas) zero, dois. E (depois) tirou nove e foi aprovada. E ela está aqui de novo. Ele assistiu o desempenho dessa menina. Então (isso) é porque a gente está agindo com uma equipe hospitalar...*

Entrevistadora: essa sua implementação ocorreu de que maneira?

Entrevistada: *essa implementação está sendo pela vontade da gente. Não está nada registrado: como (algo assim:) aqui está tendo essa classe hospitalar porque foi aprovado. Tem que estar tudo nos devidos lugares. Mas, gente, desde que a gente trabalha num lugar público, temos*

sempre que improvisar. Isso é uma força de vontade que eu tenho, que eu dou conta. Então eu monto a minha classe escolar. (E se dizem): Ah, cadê a professora?! Respondo: meu nome é (nome suprimido); eu não posso aplicar essa prova, mas “manjo” tudo o que vai passar na prova. (De maneira que) na hora a criança pode ir lá e fazer essa prova. (Se) a criança tem bolsa de colostomia, e se eu não (a) boto na escola, ligo para a professora: “por favor, professora, tem um paciente aqui que acabou de chegar com uma bolsa colostomia. Não deixe (abandone) esse paciente”. Dou toda a força para esses meninos entenderem. Apoio esses meninos para eles não fugirem da sala. Isso aqui para mim é a minha parte que eu posso ficar (arcar). Então a minha parte de classe hospitalar está toda aqui. Eu não posso (é) aplicar prova porque na classe hospitalar você tem que ter a classe. E mais isso! Você vai viver esse ritmo de educação de várias maneiras. Teve uma palestrante que disse que no hospital tem uma escola que a criança transforma a sala dela ali e ela fica mas ela tem que voltar lá para assistir a aula. É mentira. (Respondi): “a senhora me perdoe, mas o (quando) menino sair do hospital, ele tem a escola e o mundo dele”. (Caberia) trazer (ele) todo o dia para o hospital para assistir as aulas? Isso para mim não é a classe hospitalar...

Entrevistadora: então essa implementação ainda não é de forma... regularizada...

Entrevistada: *não é normalizada, mas é agilizada... Estou aqui a dezoito anos. Eu comecei assim: fazendo coisas para ajudar as crianças, alegrar as crianças, tirar as crianças do mundo da doença, a não se sentir doente. Mas não existia ainda a classe hospitalar. Então eu comecei a (demonstrar) boa vontade. (Comecei a contar) histórias; “Vamos montar joguinhos pedagógicos, vamos montar tudo” porque a criança vai (se interessando). “Ah ainda não entendi de cores? Vamos ver as cores, vamos chutar as cores!” “Não entendi de formato”. Tudo isso eu tenho... Preparar os joguinhos; damas, com sinônimos e antônimos. Dá para você sentir que a criança vai brincando e estudando*

Entrevistadora: então a iniciativa foi sua enquanto funcionária do hospital...

Entrevistada: *eu sou funcionária da (informação suprimida). Eu vim para fazer um trabalho de semana da criança. Aí meu chefe... Eu levei todo mundo para o Zoológico, e depois das brincadeiras, eles voltaram bem melhor. Aí meu chefe (me confidenciou): “sabe quando é que você vai sair daqui? Nunca mais!” (Risos).*

Entrevistadora: então foi o hospital que ganhou, não é?

Entrevistada: *e eu passei três anos tendo que assinar tudo lá embaixo (?), pois eles não aceitavam eu mudar para cá.*

Entrevistadora: e você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação da equipe de saúde em relação a essa nova área de atuação do Pedagogo?

Entrevistada: *olha, eu já (trecho incompreensível), embora... (Conversas paralelas) desde criança ele (o paciente, acaba de fazer cirurgia e, passada a anestesia, já vai para a sala de jogo, que ele vai curtir um pouco, porque você (o pedagogo) está aqui do lado, e eu também. E tanto (é assim) que para eles é estímulo.*

Entrevistadora: a aceitação da equipe de saúde é em relação a essa melhora?...

Entrevistada: *(sim,) dessa melhora. Então todo mundo acha que (deve ser assim). É unânime. Eu nunca ouvi alguém dizer (algo contra). Tanto é que o maior espaço aqui de dentro é para o quê? É o espaço que a gente vai transformando, não é? No momento que precise...*

Entrevistadora: na sua opinião, a Pedagogia Hospitalar deveria articular ações para atenção às necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar (interrupção da entrevistada: “muuuuito!”) e de que forma?

Entrevistada: *de que forma? Da mesma forma como a gente está aqui, informando, educando e estimulando. Tudo isso eu sei que você tem, por que você abraçou (a causa). A gente sabe que quando uma pessoa abraça a educação por amor, ou quando está se formando (só) para ter um título. E isto não é justo, entendeu? Já tive tantos mestres e alunos com projetos e tudo. (Quase não) vi alunos (dizerem) assim: “ah, que guerra! Não acaba a hora...” Só tive uma (aluna) que fez isso. Era uma aluna que achava o trabalho dela muito importante, pois era no aeroporto; ela trabalhava com o negócio da Varig e fazia pedagogia, só para ter o nível superior e melhorar a situação dela. Então eu (pensei assim:) por que ela não fez turismo? (O diploma não passa de) papel amassado, que continua amassado. (O que vale) é o (profissional) mais dedicado; é o que você não está tendo: a dedicação, o amor, (o) entender o que é você passar uma coisa boa: a instrução, a educação, do outro lado está um ser que está fragilizado, que está doente. A mesma coisa é você pegar um adulto – porque eu já ajudei a educar adultos aqui mesmo, na (Instituição) e já estive (numa) fazenda onde dei aulas a pessoas de seis a sessenta e cinco anos de idade, à noite. Todo mundo trabalhava na roça; cinco horas, cinco e meio (da tarde) estava todo mundo sentadinho “perfumados” em cima do tanque; aqueles “perfumes”, sabe?...*

Entrevistadora: ah, nem me fale (risos).

Entrevistada: *eu fui lá até a hora de ganhar neném. Então tudo isso são coisas que... Você arranhou aquele (livro de) educação Escola de Fundo de Quintal? Não? Ah, é muito (bom)! (É de) um baiano. É maravilhoso... Eu empresto tanto livro, que nem me devolvem. Não sei com quem está, para me devolver, porque eu já tenho a muitos anos. Então em toda parte, sempre tem um lugar para você educar; todo lugar é suficiente... Eu dava aula numa igreja, numa capelinha, entendeu? E ninguém perdia – “oi, tia!!!” (risos, de novo) – mas era um cara que chegava cansado. Ele devia madrugar. Eu nunca esqueço do Seu João, e ele tinha setenta e oito anos; quando ele vinha, (dizia): “eu estou vendo uma placa na rua e estou LENDO!”*

Entrevistadora: *que emocionante!...*

Entrevistada: *aos setenta e oito anos. Então essas coisas (são experiências que) eu não tenho nada escrito. No meu currículo não tem nada disso. Meu marido fica para morrer de raiva. Mas eu sei contar, eu tenho memória ainda, sabe? Mas vale a pena, e eu sou feliz, sabe? Eu tenho orgulho disso. Eu não sou educadora profissional, sou educadora de coração, sabe? Então procuro entender e estudar e, como fiz aquele curso de educação inclusiva, eu procuro entender para saber como é que vou lidar quando chega uma criança aqui. É raro que chegue com síndrome de down, com autismo, mas, quando chega, eu posso entendê-la. Você não fica (se lamentando) assim: “ah, por que eu vou ter de trabalhar em tal lugar” porque não vai acontecer isso. (É preciso dizer:) não gente, aguardem! Vocês estão no meio do caminho; sempre pode aparecer alguém que você pode socorrer, na fila de ônibus, numa fila de banco... Tem tanta coisa que, se você entender... Então eu fui ver meu irmão, no ano passado – porque ele perdeu uma perna por causa do diabetes, da falta de cuidado e, aliás, por causa da falta de juízo – eu tive como segurar a barra com ele, pois me encarregaram dele sozinha, porque só eu sabia como lidar (com a situação). (Tive de) segurar as crises dele, as coisas dele, entendeu? E eu acho importante, pois ele pode não ter nada de bom, mas já agora vai estar pronto, vai sentido (a melhora) interior, e já está querendo “voar”, mas se acontece de conversar sobre qualquer coisa que está acontecendo com ele... Deixa ele falar o que ele quiser... Mas se dizem: “ah, ele é um malandro!” (Respondo) ele é malandro mesmo, entendeu? Mas ele está sofrendo; ele está querendo o filho, mas ninguém está do lado dele. Ele está passando o “teste civil” pelas loucuras dele, pelas infantilidades, pois casou com dezessete anos... e depois se separou... Sabe aquelas loucuras? Então tem um preço para a gente pagar por tudo na vida, mas também tem*

como você minimizar esse tipo de coisas, não é?... Dar um creditozinho... Pergunte mais alguma coisa, porque senão depois eu continuo falando.

Entrevistadora: e se eu perguntasse porque você acha que esse atendimento é complicado. Você disse que concorda, não é? Com esse atendimento a jovens e adultos; e você falou de que forma, mas em quais circunstâncias esse atendimento deveria ser aplicado? Tem algum critério? Você tem algum respaldo para isso? Quais seriam as dificuldades?

Entrevistada: *(trecho incompreensível) existe um caixa hospitalar. A gente não pode atuar como uma caixa hospitalar porque você não vai conseguir fazer tudo aquilo. Mas se você chegar num tipo assim: doutora salva diabetes – tem todas as quinta-feira, eu acho – doutora salva psoríase, doutora salva hanseníase. Essas pessoas que chegam aqui em dia de reunião, por que elas não abençoam no que você precisar: “está precisando de alguma coisa? Eu posso te educar. Olha, eu posso te ensinar a ler alguma coisa...” (E se responderem:) “ah, eu não penso nisso...” (Podemos responder:) “você quer que eu te ajude a ler; quer que eu te ajude a soletrar?” E já tem aqui uns livros bons de como ensinar a ler. Aí eu acho que tudo é base, pois não se pode dizer assim: ah, eu vou ... (resolver o problema). E você é por sua classe, você o é por seu local de trabalho. Mas essas pessoas vão ter que te ver, e você vai ter que se encontrar com essas pessoas... Então é por isso que eu digo assim: ponha o seu projeto em pauta e vamos lá no (setor), foi o que eu te falei...*

Entrevistadora: não é a Diretoria de Saúde?

Entrevistada: *não, não! É lá embaixo, onde a gente entrega os projetos; onde você pode estagiar. Essas coisas todas. É num lugar desses que você tem que ver... E daí... (entrevistada procura a sigla correta) ... Acho que é DAD. Depois a gente vai lá e você vai ver o seu local.*

Entrevistadora: então estas circunstâncias dependem também da demanda do sujeito hospitalizado, não é?

Entrevistada: *É, mas eu acho que esses lugares estão (trecho incompreensível) falar sobre a audiência. O (trecho incompreensível) não questiona a sua doença. Cada um grau (trecho incompreensível). Para saber se ele pode tomar aquilo, depende do que ele vai fazer ali, mas ali tem como educá-los, como está existindo agora... Você sabe onde é que está existindo a ajuda aos diabéticos? Lá no CO!...*

Entrevistadora: eu sei...

Entrevistada: *mas é nesse grupo que se formam; é que vão ter pessoas que nunca leram, pessoas que não têm como chegar em casa e para um pouco, dizendo: “ah, eu posso ler esse livro!...” (Trata-se d) o gostar de ler. Então eu sempre faço assim com as mães: “mãe, se você ler, você sabe conversar; se você ler, você sabe escrever. Você tem esse argumento para (levá-las a) escrever, porque são coisas lindas. “Você fica bonita, conversa com todo mundo, porque você se sente mais solta, mais firme”. É tudo através de uma leitura.*

Entrevistadora: eu acho que aqui então você quase que respondeu, pois em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido e de que forma você descreveria esse ambiente, esse local?

Entrevistada: *eu acho que seria um lugar bem agradável – e lógico que tem que ser – pois vai fazer parte da sua “colcha de retalhos” da uma educadora (poder) dizer: “puxa, eu vim para cá porque aqui eu posso passar isso (conhecimentos)”. Tem revistas boas que, às vezes, eu pego com colegas. São caras e elas (as mães) não têm dinheiro para comprar, mas (as revistas) costumam ficar aqui...*

Entrevistadora: *estão lendo, não estão?.*

Entrevistada: *estão lendo. E eu sempre tenho a minha biblioteca aqui, que sempre vou trocando com a Glória, e são livros que, se ela levar para a casa por “descuido”, nem tem nada a ver, é porque está lendo o livro. É uma coisa boa. Aqui uma das primeiras coisas que fiz foi botar uma bibliotecazinha lá dentro, uma coisa estimulativa, sabe? Estimular sobre o que a gente ainda pode fazer aqui?... E tem uma pessoa maravilhosa (que), você também devia conversar com ela. É aqui do outro lado: Dr^a (nome suprimido). Ela estava dando leitura para um pessoal lá do Ambulatório. Mas ela é de criança (pediatra). E eu queria pedir: a senhora, Dr^a (nome suprimido), daqui para (até) o Ambulatório, o que é que a gente pode fazer para com essa menina, entendeu? (riso de satisfação) porque eu abraço você com todo o carinho...*

Entrevistadora: Ah, eu sei! Senti seu carinho desde o primeiro dia que estive aqui...

Entrevistada: *porque tem pessoas que são especiais.*

Entrevistadora: “Não, eu não vou fazer isso aqui para apresentar um trabalho, e depois não querer nem saber mais, isso não!...”

Entrevistada: *porque estou sentindo que você está querendo inovar uma coisa, você está querendo chegar...*

Entrevistadora: eu quero dar o retorno à comunidade, à sociedade...

Entrevistada: *as pessoas merecem isso!*

Entrevistadora: *claro que merecem! Merecem esse nosso esforço, que é de retribuir em melhoria de qualidade de vida para eles, e não para a nossa.*

Entrevistada: *sabe, teve um dia que eu achei muito engraçado: quando a doutora disse assim: “ah, isso aí tudo eu posso fazer... E como eu tenho recursos, e eu sou menina rica, vou montar uma coisa bem melhor do que está aqui...” (Perguntei) você não vai tratar dos doentes?...” (E ela respondeu:) “não, eu quero ir montando um hospital particular em que eu possa não pegar pessoas mal vestidas, maltratadas ...” Aí eu olhei para ela e (perguntei:) “posso te dar um conselho?” E ela respondeu: “pode!” (E eu disse:) “não faça assim, não!” Ela estava junto com um menino; o menino foi legal, mas ela não. Eles estão no (trecho incompreensível) e dizem que lá uma parte é uma brinquedoteca. Não é uma (trecho incompreensível) hospitalar; é uma brinquedoteca. E está escrito na porta: brinquedoteca. Então a gente tem formação para isso, tem estímulo para isso... Um sorriso pode parecer a coisa mais boba do mundo (trecho incompreensível).*

Entrevistadora: *e no que tange à prática educativa, o que deveria ser feito para desencadear a aprendizagem.*

Entrevistada: *eu acho que você teria estímulos através de livros; você poderia ter (algo como) jogo de dominós, pois é uma coisa que dá um estímulo para ele (o paciente) nesse ponto. Outra coisa que também é muito boa é jogo de... (não sei explicar daquele jogo... Não é dama... Não sei explicar qual tipo que é...).*

Entrevistadora: *xadrez?...*

Entrevistada: *xadrez, para desenvolver a inteligência, é muito bom, mas eu não sei, sabe? Mas você não trabalharia sozinha. (O negócio) é juntar, juntar, fazer uma junção. Eu aqui poderia juntar com você, na minha área de educar, de orientar essas pessoas; se alguém precisar se alfabetizar, eu estaria pronta, porque eles estão precisando de estímulo, de ter respeito. É o primeiro passo para eles: alfabetizar, não através de uma educação formalizada, aquela coisa, mas que ajude ele (o paciente) a “ah” poder ler um livro. Aí, quando chegar em casa, (sentirá) ele que ganhou alguma coisa... Porque têm mãe aqui que... Não da!... Que fica olhando (trecho incompreensível), entendeu? (trecho incompreensível) Não tem! O aprender não tem idade, aprendizado e amor não têm idade, não têm tempo de chegar.*

Entrevistadora: ... e se ele não se sente à vontade de estar com pessoas que não vão entender o problema que ele sofre, as circunstâncias em que ele se encontra...

Entrevistada: imagine ele chegar (à escola) com uma bolsa de colostomia...

Entrevistadora: já alfabetizei adultos que choravam de vergonha na escola. Ficavam com vergonha de pegar um lápis e por não saber como escrever. E eu perguntava: “o que foi, Sr. Antônio?” e ele respondia: “não, é que eu tenho vergonha. É que eu nunca peguei um lápis...” e chorava... Agora pense numa pessoa com uma bolsa de colostomia, o que ela vai acontecer aí fora?

Entrevistada: *quando as pessoas chegam aqui às vezes é preciso inventar uma história no cafezinho, para a gente começar contando uns casos. Eu até já te falei, não é?* (trecho incompreensível).

Entrevistadora: Adelina, então qual é o local de origem dessas pessoas que procuram atendimento aqui no hospital? Você sabe o local de moradia e o nível social dessas pessoas?

Entrevistada: *não, mas a gente pode procurar saber isso aí.*

Entrevistadora: quais são os principais aspectos que fazem o sujeito hospitalizado aderir positiva ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

Entrevistada: *olha, estímulo é uma palavra que só existe (no sentido) positivo (ela não leu Skinner, cara Heloisa!...) Então se é negativo, a gente não pode dizer (que é estímulo) porque tem uma coisa (errada) com essa palavra de “negativar” uma pessoa que está precisando de toda a força do mundo, pois está doente...*

Entrevistadora: mas se ela não adere positivamente, o que faz ela não aderir positivamente, ou aderir negativamente, ao tratamento?

Entrevistada: *Ah! O que vem na minha mente é como é a chegada desse tratamento. Como é a receptividade dessa pessoa. As pessoas chegam nervosas. Então você tem que cuidar desse nervosismo. Então a gente aqui trabalha crianças que não querem (aceitar as regras), que não aceitam (o tratamento). Então a gente vai e conversa muito com elas: “olha, não faz (bagunça) por que vai acontecer isso (consequências), (agimos assim) é para você ficar bem. (trecho incompreensível) Tudo isso a gente tem que cuidar... Porque têm pais aqui que não querem tomar banho. Tem pais que falam: “ah, eu tinha a mulher indignada porque eu levo um mês, dois meses, sem tomar banho...” (E a gente) tem que ensinar: “pai, o seu banho é higiene. E aqui, no tratamento do seu filho, você vai passar infecção para o seu filho. Então toma um banho com*

sabonete, dois tubos shampoo, mas quero você cheiroso (ele lavou a cueca) (risos). Se não tem camiseta, eu arrumo aqui...” Então a gente tem que fazer essas coisas (conversas paralelas onde entrevistada e entrevistadora incentivam o interesse de uma criança por um cavalo de brinquedo).

Entrevistada: *menina, eu chego em casa e fico sozinha com a minha filha, que está casada e tem que trabalhar até seis ou nove horas, mas chega às sete ou oito e meia (trecho incompreensível).*

Entrevistadora: *descreva as dificuldades do tratamento ao paciente hospitalizado com pouca ou nenhuma escolarização.*

Entrevistada: *vai lá e explica. (Se perguntarem:) “que cavalo é esse?” (Respondemos:) “é o cavalo ali do (trecho incompreensível).” (interrupção onde a entrevistada conversa com criança, e prossegue:) sabe, então o que eu acho é que o comportamento (deles) vai ser difícil.*

Entrevistadora: *(repetindo a pergunta devido à interrupção) descreva as dificuldades do tratamento ao sujeito hospitalizado com pouca ou nenhuma escolarização.*

Entrevistada: *olha, existem pessoas que... Não (é) uma “pessoalização”, mas elas são ignorantes; porque (se, caso contrário) ele é um curioso, é uma pessoa que gosta de (se) integrar, e tem uma boa formação, sabe? Então é mais fácil. O que eu acho mais difícil na dificuldade da falta de escolarização é eles se sentirem mais seguros para a leitura, para ficarem mais tranqüilos no quarto, com o filho. Ele vendo, ele lendo o que é isso, o que é reportagem sobre alguma coisa, ele está se instruindo, sabe? (Seriam coisas) opostas colocar alguém assim na frente de uma (revista) Veja, para ver se sai alguma coisa (como:) “ah, eu não agüento mais de política!” Você escuta as pessoas comentar que não querem mais saber de política. Mas é bom saber se o político está agindo bem, ou se está agindo mal, não é? Para na hora que for voltar, saber. Porque vai sentir falta (da notícia)... Porém é mais difícil um pouquinho aquele que não tem escolaridade, mas, na verdade, são pessoas que, apesar de não saber ler, os que apareceram aqui não são revoltados, nem nada disso não, sabe? Mas eles têm um “pezinho” aqui de rejeitar as coisas: “olha o chão da minha sala!...” (Pois) está tudo soltando; está tudo soltando (e atrapalhando) para conversar. E a gente (retruca) não é só isso aqui (este aspecto negativo); olha aqui como é bom: você vindo aqui, eu vou ler para você... (E respondem:) “então vê uns livros aqui para mim... E estou com uns cadernos em branco. Vou fazendo letra conforme um inteiro...” Entendeu? (trecho incompreensível). (E perguntam:) “a senhora fez aquele*

texto?” (Respondo:) “sim! É só fazer isso (é uma questão de) saber como facilitar, abrir as portas (trecho incompreensível).

Entrevistadora: OK, na penúltima (pergunta): na sua opinião, o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, o processo de tratamento e cura? Como?

Entrevistada: *muuuuito. Por quê? Porque aqui no meu trabalho a criança estuda. A mãe vem (às vezes) desesperada porque o filho está doente e não pode estudar. Se você pede a ela que faça todas as tarefas ou (esteja) ajudando – a mãe vai junto para o colégio – ela sente que o filho está aqui, mas está estudando; está aqui, mas está participando da aula. Então ela se sente mais feliz, (e essa) mãe passa mais otimismo para o filho; o filho se sente mais tranqüilo, e a cura é muito mais rápida, entendeu? Porque a educação... Eu sei que não privilégio para todos, mas deveria (ser)... Têm aqueles falsos (alardeadores de) privilégios que dizem: quantos colégios! Mas têm quantas mil fora (deles) que a (trecho incompreensível) e o (trecho incompreensível). Eu acho um absurdo isso...*

Entrevistada: saem analfabetos...

Entrevistadora: O aluno passou pouco tempo de sua vida na escola e não aprendeu quase nada...

Entrevistada: *a escola tem tudo isso! Só para somar dois votos (trecho incompreensível). São pessoas bobas, que eu não consigo nem estar por perto...*

Entrevistadora: e a última pergunta: o que o hospital poderia fazer, mas ainda não fez, para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

Entrevistada: *Começar!... É só a gente querer começar com este trabalho, porque a gente vende bananas aqui, sabe? Achamos que ia dar certo, e deu. Pena que o tempo está para ir embora e eu estou sem saber como deixar alguém que ame isso aqui. (trecho incompreensível) vai ter tudo bonito lá dentro. E eu queria ter alguém que não quisesse só estar em um lugar bonito, mas num lugar (em) que ame o que está fazendo. Já fui a muitos hospitais, como em Curitiba – no Pequeno Príncipe – é maravilhoso! Tem cadeiras lá que você se perde no livro, porque (nem) na estante você não tem vontade (de procurar). Porque é bonito o que tem lá, sabe? Tudo é bonito. A Faculdade, todas as classes, todas as salas têm computador, todas. Onde você passar, tem computador. (trecho incompreensível) Aquelas carteiras muito limpas... Aqui as pessoas quebram. E os computadores? Olha aí o tapete dele... Entendeu? Tanto é que eu ganhei um programa onde se passa foto e tudo, mas não pude usar porque não adaptei e esse estilo. E (trecho incompreensível), amiga?*

Entrevistadora: (Finalização e agradecimentos)

Entrevistada: *o educador não é um apagador; é um desbravador...*

8ª - Entrevista**Duração total da entrevista: 00:41:23 h****Entrevista realizada em: 06/05/09****Local: Hospital público do Distrito Federal****Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé****Entrevistada: Assistente Administrativo ***

Nome: (nome suprimido)

Profissão: Assistente Administrativo

Área de atuação: Administração

Nome da instituição: (parte suprimida)

Entrevistadora: Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

- *Importante, porque os pacientes precisam manter esse contato com a sociedade e com meio pedagógico.*

Entrevistadora: O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

- *Não, mas pela a pesquisa acredito que vai ser de grande valência.*

Entrevistadora: A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição? Não () Cite um motivo Sim() Como?

Entrevistadora: Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

- *É uma visão muito boa sim, pois vai trazer uma qualidade de vida melhor para os pacientes.*

* O questionário foi respondido no próprio local de trabalho da respondente. Por solicitação da entrevistada as perguntas foram feitas oralmente pela pesquisadora e a própria entrevistada respondeu em manuscrito no próprio roteiro de entrevista.

Entrevistadora: Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

- Trazendo já um projeto estruturado e confirmado já para colocar em prática.

Entrevistadora: Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido? De que forma você descreveria esse ambiente?

- No próprio local de diálise, pois é um muito difícil a saída desses pacientes da máquina eles saem da sessão de diálise muito debilitado sem condição para irem para outro local.

Entrevistadora: Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positiva ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

- Negativamente seria a questão dos medicamentos que são usados e o período em diálise é muito difícil. Positivamente, a ajuda dos familiares.

Entrevistadora: Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

- A dificuldade do entendimento do conhecimento da doença renal, dos medicamentos que vão ser usados.

Entrevistadora: Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

- Melhor conhecimento , vai facilitar a conhecer a sua doença e vai trazer uma qualidade de vida com certeza melhor.

Entrevistadora: O que o hospital pode fazer, mas ainda não fez, para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

- Permitir ações voluntárias pois recurso que o hospital tem é muito pouco.

9ª - Entrevista

Entrevista realizada em: 15/05/09

Local: Hospital público do Distrito Federal

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Entrevistada: Técnico em Enfermagem*

Profissão: Técnico em Enfermagem

Profissão: 2ª Grau

Área de atuação: Ambulatório

Nome da Instituição: (Parte suprimida)

Endereço: (Parte suprimida)

Setor público: federal (x)

1 - Na sua opinião, qual a relevância da Pedagogia hospitalar para a sociedade?

- Inclusão, continuidade e melhor adesão ao tratamento.

2 - A Instituição e os profissionais da área da saúde têm estimulado o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar nesta instituição? Não () Cite um motivo Sim(x) Como?

- Com o serviço montado na pediatria.

3 - O que você sabe sobre os resultados desse trabalho?

- Pouco, mas percebe felicidade nas crianças, pois a internação causa vários traumas que podem ser minimizados com um ambiente melhor.

4 - Você saberia dizer qual tem sido o nível de aceitação das equipes de saúde em relação a essa nova área de atuação do pedagogo?

- Não.

* Foi solicitado pela entrevistada que o questionário fosse recolhido numa data marcada no seu próprio local de trabalho. O questionário foi respondido pela entrevistada e entregue em manuscrito no próprio roteiro de entrevista.

5 - Na sua opinião, a Pedagogia hospitalar deveria articular ações para atender as necessidades e demandas educacionais de jovens, adultos e idosos no ambiente hospitalar? De que forma?

- *Sim. Com estratégias montadas pela equipe de pedagogos, respeitando o ambiente hospitalar e os profissionais que nele atuam. Afinal o intuito da internação é a cura física e psíquica.*

6 - Em que circunstâncias esse atendimento deveria ser ofertado?

- *Em longas internações, ou ambulatorialmente próximo a residência do cliente.*

7 - Em que locais do hospital você acha que esse atendimento deva ser oferecido? De que forma você descreveria esse ambiente?

- *Clínica médica, cirúrgica, alcoolismo, diabetes.*

8 - No que tange a prática educativa, o que deveria ser feito para desencadear a aprendizagem dos educandos da EJA em ambiente hospitalar?

- *Espaço físico adequado, um serviço bem montado de qualidade com continuidade e apoio das chefias.*

9 - Qual o local de origem das pessoas que procuram atendimento nesse hospital?

- *Entorno, cidades satélites e poucos das proximidades.*

10 - Quais são os principais aspectos que fazem um sujeito hospitalizado aderir positiva ou negativamente a um determinado tipo de tratamento?

- *O acolhimento e o ambiente*

11 - Descreva as dificuldades do tratamento aos sujeitos hospitalizados com pouca ou nenhuma escolarização.

- *Penso que tanto na hospitalização quanto na vida pouco conhecimento, atrapalha o entendimento.*

12 - Na sua opinião o acompanhamento pedagógico realizado no ambiente hospitalar pode facilitar, ou não, no processo do tratamento e cura? Como?

- *Penso que sim, porque o cliente na hospitalização é afastado bruscamente de suas atividades corriqueiras.*

13 - O que o hospital pode fazer, mas ainda não fez, para que jovens, adultos e idosos tenham atendimento pedagógico no ambiente hospitalar?

- *Primeiro é preciso que cheguem idéias para serem acolhidas ou não, o ambiente hospitalar é de alta complexidade. Acho que é um processo lento mais que pode vir a dar resultados.*

Apêndice F – Transcrição da entrevista do sujeito hospitalizado com doença renal crônica *

Duração total das entrevistas: 01:35 h

Entrevista realizada em: 04/05/09

Entrevistados: (Paulo, Clarisdete, Noberto, Francilene, Valdivino e Francisco)

Entrevistadora: Heloisa Alves Altoé

Local: Setor de Hemodiálise de um hospital público do Distrito Federal

1ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Qual é o nome do senhor? Onde o senhor nasceu?

Entrevistado (P): *Eu me chamo (nome suprimido). Nasci no Rio de Janeiro.*

Entrevistadora (H): ... faz muito tempo que o senhor está aqui em Brasília?

Entrevistado (P): *... uns trinta anos.*

Entrevistadora (H): Qual é a sua profissão?

Entrevistado (P): *Eu trabalho com transporte comercial. Sou comerciário.*

Entrevistadora (H): O senhor ainda está atuando, ainda está trabalhando, ou não?

Entrevistado (P): *... estou trabalhando.*

Entrevistadora (H): Qual é o nível de escolaridade do senhor?

Entrevistado (P): *Tenho o segundo grau (ensino médio).*

Entrevistadora (H): ... e aonde o senhor reside atualmente?

Entrevistado (P): *Resido na (parte suprimida).*

Entrevistadora (H): Há quanto tempo o senhor faz diálise?

Entrevistado (P): *Há um ano e meio.*

* Observações da transcrição: Os nomes dos entrevistados e o nome da entrevistadora estão identificado com a inicial de seu primeiro nome (o anonimato foi respeitado em relação a identidade dos participantes da entrevista que tiveram seus nomes modificados). Ambas iniciais aparecem sempre em negrito para ressaltar quando entram as falas dos interlocutores.

* As entrevistas foram realizadas no mesmo dia, local e com os entrevistados individualmente. A apresentação da pesquisadora aos entrevistados foi feita pela Enfermeira Chefe do Setor de Hemodiálise. Nessa ocasião houve uma breve explicação (pela pesquisadora) sobre o tema da pesquisa e em seguida o pedido de participação voluntária para aqueles que quisessem se dispor a uma breve entrevista.

* Apenas a primeira entrevista transcrita contemplou toda a fala da entrevistadora. Nas entrevistas 2,3,4,5, e 6 houve um recorte na transcrição das perguntas realizadas mantendo-se apenas aquelas que constam no roteiro de entrevista. Entretanto a transcrição das respostas dos entrevistados encontram-se na íntegra.

Entrevistadora (H): O senhor pode falar um pouquinho do seu dia-a-dia no hospital? Como são suas vindas aqui...?

Entrevistado (P): ... bem, eu chego ao meio dia e o pessoal “engata”, “engata” que eu falo é me colocar na máquina onde eu fico quatro horas esperando fazer a diálise.

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana o senhor vem aqui?

Entrevistado (P): Terça, quarta e quinta-feira.

Entrevistadora (H): ... e existe alguma coisa durante esse tratamento que incomoda o senhor, que lhe deixa forçado, ocioso ou que demora muito? O que o senhor tem a dizer sobre o tratamento?

Entrevistado (P): ... (o problema é) a demora e o fato de você nunca saber se numa hora está bem e, de repente, a pressão baixa, ou a glicose baixa. Você sabe como entra, mas não como sai. O tratamento na máquina varia muito e os pacientes sofrem, as taxas de glicose sobem...

Entrevistadora (H): ... esta é a grande preocupação?

Entrevistado (P): ... é mais a pura realidade, é o que acontece.

Entrevistadora (H): ... há alguma coisa que distraia o senhor durante esse período na maca?

Entrevistado (P): ... eu me acalmo porque fico lendo.

Entrevistadora (H): Existe algo que o senhor gostaria de aprender na sua vida, ou no contexto escolar, que ainda não foi possível, e por quê?

Entrevistado (P): ... eu na realidade ia fazer um mestrado, mas comecei a trabalhar muito cedo com o transporte comerciário, e aí desisti (de estudar), pois demanda muito tempo.

Entrevistadora (H): ... o senhor gostaria, se fosse possível, uma educação especial, para a pessoa que tenha esta dificuldade e está em tratamento. Falo da possibilidade de fazer atualmente um curso de nível superior?

Entrevistado (P): ... até que eu gostaria, mas agora não dá mais, agora estou limitado porque durante três dias eu faço hemodiálise e assim só sobram dois ou três dias para trabalhar, não é? E não dá tempo...

Entrevistadora (H): Durante esse período em que o senhor está fazendo hemodiálise não gostaria de fazer um curso à distância nesse período, utilizando, por exemplo, um *laptop*. O senhor acha que seria viável?

Entrevistado (P): ... o problema na realidade é o cansaço, entende? No meu caso tive ainda a necessidade de operar o coração; eu fiz seis safenas e uma mamária a dez a quinze dias, estou portanto esgotado.

Entrevistadora (H): Na sua opinião seria possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital? Estudar no sentido não de escolarizar, mas de aprender algo diferente, algo que talvez durante a sua vida o senhor não tenha tido tempo. O que o senhor gostaria de aprender nesse sentido? Sugere alguma coisa que outras pessoas poderiam fazer nessas condições?

Entrevistado (P): *isso varia de pessoa para pessoa, não é mesmo?... Eu na realidade talvez quisesse fazer um curso de transporte...*

Entrevistadora (H): ... e se fosse possível o senhor fazer aqui neste ambiente, e à distância com um *laptop* ou com um computador comum? O senhor acha que não seria viável? Ou que seria muito cansativo?

Entrevistado (P): ... *viável eu acho que é. O problema é que eu particularmente não estou querendo.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião, o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que o senhor acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistado (P): ... *é uma questão de escolha, uma questão de colocar os assuntos; depende das pessoas. Os sujeitos, por exemplo, ficam em média quatro horas (na diálise). Aqui as pessoas preferem dormir. O tempo que leva é massacrante... Quando eu saio daqui, chego em casa às cinco da tarde... No tempo para ir dormir... Isso se correr tudo bem, e não houver mais problemas. Cada um tem seu modo de lidar com o problema. O ambiente (hospitalar) é mórbido; chega muita gente. Faço o tratamento a um ano e meio e já vi mais de seis pessoas morrerem.*

Entrevistadora (H): o senhor acha que este ambiente deveria talvez ter algo que facilitasse a passagem do tempo de uma forma mais alegre e descontraída? O senhor acha que isso seria possível?

Entrevistado (P): ... *de certa maneira isso já acontece porque aqui todo mundo se conhece, assim antes das sessões todo mundo brinca, e existe uma certa amizade entre as pessoas, mas num nível superficial; são aquelas conversas casuais “feijão com arroz”.*

Entrevistadora (H): sem muita afinidade, muita ligação, sem muitos interesses em comum, apesar de vocês passarem tanto tempo juntos, tantas vezes por semana.

(trechos de difícil compreensão)

Entrevistado (P): ... e tem gente passando mal mesmo; uns têm problemas de coração, e a própria máquina (a da hemodiálise) judia do coração. Tem uma variedade de problemas...

Entrevistadora (H): ... o senhor acha que os pacientes deveriam ter uma atitude mais tranqüila, emocionalmente mais sábia ou, como eu diria, cultivar o bom humor e ficar de bem com a vida, mesmo sabendo das dificuldades acarretadas pela doença? O senhor acha que isso pode, de alguma forma, ajudar que o paciente passe por esses momentos com mais tranqüilidade? O que ajuda de fato nessas horas? Seria o ambiente hospitalar e a sua ajuda... As enfermeiras?

Entrevistado (P): ... o ambiente não é ruim não; o ambiente é bom. O relacionamento com as enfermeiras, com os outros pacientes é bom. O que eu acho ruim aqui é a doença, compreende? Ela é “danada”, no meu caso, por exemplo, tenho problemas renais, sou diabético, tenho pressão alta e fui recentemente operado do coração...

Entrevistadora (H): ... o senhor é um vencedor, heim!... (risos)

Entrevistado (P): ... a gente fica meio desorientado. Fora os problemas particulares, como os do trabalho... A cabeça fica a mil por hora.

Entrevistadora (H): ... mas o senhor está de parabéns! É valente! Até agora está aí, e tem bom humor, é tranqüilo, está em paz.

Entrevistado (P): ... esse é o único jeito aqui. Você não tem opção.

Entrevistadora (H): ... é melhor procurar se sentir bem, para que não fique pior, não é?

Entrevistado (P): ... Não adianta você ficar cada vez mais deprimido, pois aí uma coisa puxa a outra...

Entrevistadora (H): ... é uma questão de cabeça e corpo para tentar se sentir melhor, mesmo na adversidade.

Entrevistado (P): ... mesmo nela (na adversidade) eu vou em frente. Qualquer hora dessas vou procurar fazer mais consultas médicas em algum lugar para tentar me curar.

Entrevistadora (H): ... o senhor vai fazer isso aqui mesmo durante o tratamento?

Entrevistado (P): ... não, não, vai ser fora. Aqui não tem como você fazer nada.

Entrevistadora (H): ...só lhe resta ficar sentado e passivo diante desta máquina...

Entrevistado (P): ... isso! E quando vem a tarde já não tenho coragem para nada. Não consigo nem mexer os braços direito, pois se mexer, a agulha sai do lugar... Além disso é sangue; uma coisa que todo mundo procurar evitar, até as próprias enfermeiras. Tenho uma preocupação: às

vezes ela (a máquina sem a devida assepsia) catalisa direto com qualquer pessoa, que pode ter alguma doença contagiosa.

Entrevistadora (H): ...elas (as enfermeiras) querem também preservar a saúde delas e a dos pacientes (ao evitarem o manuseio excessivo de máquinas que atendem a muitas pessoas).

Entrevistado (P): *e isso acontece muito.*

Entrevistadora (H): a última questão é se, na sua opinião, o procedimento de ensino e aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura. O senhor acha que aprender mais em qualquer ambiente seria positivo? De que forma se poderia fazer isso?

Entrevistado (P): *...de que forma? Como se vai estudar e montar uma estrutura de estudo aqui?*

Entrevistadora (H): ... não seria como uma escola (tradicional), seria algo muito diferente e adaptado a esta realidade. Haveria um atendimento individual a partir do interesse e da necessidade de cada pessoa.

Entrevistado (P): *teria de ser alguma coisa especial, entende? Algo que despertasse interesse em todos...*

Entrevistadora (H): ...então o senhor acha válida uma proposta para que futuramente se viabilize algo parecido; e que torne esse momento, que é difícil para vocês, num momento talvez mais agradável.

Entrevistado (P): *...acho que seria bom para todo mundo; bom para quem aprende, bom para quem ensina. Eu tenho até minhas dúvidas por causa do ambiente em si...*

Entrevistadora (H): ... mas a gente aprende muito...

Entrevistado (P): *... eu sei disso, eu tenho certeza absoluta. Eu falo é do risco...*

Entrevistadora (H): ... mas o risco a gente enfrenta em todo lugar; hoje em dia os riscos são iminentes e de todas as formas. Acho que o maior perigo é a gente viver uma vida sem sentido, pois de que adiantaria vivermos até os cem anos se a pessoa não tiver o direito de aprender, e se encontrar privada disso; então acho que o que vale na vida, (nome do entrevistado), é a gente poder auxiliar as pessoas, levando mais sentido a vida delas... A busca do ser humano não tem que ser esta?

Despedidas. A pesquisadora ajuda a servir o lanche ao paciente entrevistado; ambos conversam informalmente por alguns minutos.

2ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Podemos conversar um pouquinho? (Resposta afirmativa) qual é o seu nome?

Entrevistada (C): *Meu nome é (nome suprimido).*

Entrevistadora (H): Gostaria de me contar um pouco de sua história...? Onde nasceu, qual é a sua profissão e o seu nível de escolaridade?

Entrevistada (C): *Nasci em Paracatu. Antes de vir para cá, eu trabalhava; agora não trabalho mais. Eu trabalhava. Já trabalhei como empregada, já trabalhei em construção, e também em casa de família. Eu fico mais é em Paracatu. Só venho aqui para fazer a hemodiálise. Fico sentadinha o tempo todo nesse “plantão”... Não posso mexer com o braço.*

Entrevistadora (H): Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia no hospital.

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?

Entrevistada (C): *Faço este tratamento há cinco anos e cinco meses (trecho incompreensível). Eu gostaria de fazer ou aprender algo aqui, mas...*

Entrevistadora (H): O que eu gostaria de aprender?...

Entrevistadora (H): Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?

Entrevistada (C): *Quando eu estudava, gostava muito de poesia; e de inglês. Seria bom aprender essas coisas aqui, assim as horas passariam mais rápido, e eu ai ficar aprendendo alguma coisa. Seria ótimo (se houvesse alguém ensinando).*

Entrevistadora (H): Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?

Entrevistada (C): *É possível, sim, cuidar da saúde e estudar no mesmo local. Acho que isso poderia acontecer, dependendo da opção de cada um, poderia até ser no horário da hemodiálise, pois é uma hora em que você não vai fazer nada e nem sair do lugar, então a sua atenção vai ser só para aquilo (o aprendizado), não é? O aproveitamento vai ser mais “cem por cento”.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistada (C): *Bem, nesse quadro em que nos encontramos, onde ficamos muito tempo aqui, acho que se poderia aproveitar essas quatro horas para aprendermos.*

Entrevistada (C): *Aqui? Bem, no meu caso vejo problemas no estudo porque o meu braço, que eu faço tudo, é o esquerdo... Já no caso de que tem aptidão com a direita, precisaria ir invertendo (a posição na maca de diálise). Minha mão direita fica livre, mas a questão de qual braço deve ficar imobilizado para a diálise é algo que depende de cada um, mas tem muita coisa que dá para aprender...*

Entrevistada (C): *Um computador? Sim, seria muito interessante.*

Entrevistadora (H): De que maneira você descreve o ambiente de ensino no hospital?

Entrevistada (C): *O ambiente aqui? Olhe, quando (o ambiente) está assim como hoje é tranquilo. Então seria ótimo (o aprendizado), pois ninguém estaria chamando o médico e atraindo todas as atenções, não só a dos técnicos, mas a da gente também e dos nossos colegas, mas, graças a Deus, de uns tempos para cá o ambiente está tranquilo como você está vendo.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Entrevistada (C): *No tratamento e cura? Ah, pode com certeza! Como? Acho que ajudaria muito a gente, principalmente quando o doente recebesse um computador, pois assim ele “cansaria” melhor a memória (desviaria a atenção da doença) e aceitaria melhor o problema, sentindo também que ele não é totalmente inútil, pois mesmo estando aqui essas quatro horas saberia que pode fazer alguma coisa, podendo até ajudar a alguém. Assim através do aprendizado que tivéssemos ou quem sabe, que teremos aqui – descobriríamos outras qualidades que a gente tem e que ficam inibidas, escondidas, mas que estão latentes, estão aqui, pois neste horário que estamos aqui sem fazer nada a gente só pensa no tratamento, entendeu? E aí ficamos preocupados como hoje mesmo por causa de um colega que faleceu, e então já começamos a pensar lá no futuro: ah, não vou ter chances; não vou mais fazer o tratamento. Porém se tivermos uma atividade para fazer, eliminaremos estas coisas. Teríamos outro aproveitamento aqui e em casa, e começaríamos a ter uma outra visão e um outro conhecimento.*

Entrevistada (C): *Acho que ajudaria muito, muito mesmo! (O aprendizado) seria uma coisa muito boa... Veja um exemplo: é muito raro haver um bingo aqui, mas quando tem... Nossa! A gente se descontraí, todo o mundo brinca, toda o mundo fica alegre. Assim eu vejo que, se a gente tiver uma ajuda dessas, vai melhorar muito mais, tanto o nosso tratamento quanto o conhecimento. Conheceremos outras coisas, perceberemos que temos capacidade para outras coisas, não é mesmo? E vai ser muito melhor para nós, até no sentido de levar o conhecimento*

adquirido para a casa e ficarmos empolgados; este é um “volume” que não vão assaltar de jeito nenhum (risos). Vai ajudar, e muito, porque ninguém vai querer faltar. Vão estar interessados no aprendizado aqui.

Entrevistada (C): *Pode! Tem muita gente que vai até discordar, compreende? Mas são as pessoas pessimistas, pois a partir do momento em que você vê que está ganhando com aquilo (o aprendizado), você começa a se interessar, a se empenhar mais. E vai ser bom para o tratamento se a pessoa volta (com regularidade) para fazer o tratamento direitinho, ficando mais interessada no outro dia, na sequência, então acho muito bom...*

Entrevistadora (H): Agradecimentos e despedidas

3ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Tudo bem!?

Entrevistadora (H): Podemos conversar... pode me contar um pouco de sua história...?

Entrevistado (N): *Eu não tenho voz de locutor. Hoje estou com a voz é “meio gripado”...*

Entrevistado (N): *Meu nome é (nome suprimido).*

Entrevistado (N): *Nasci aqui mesmo, em Brasília.*

Entrevistado (N): *Profissão? Não. No tempo em que eu trabalhava na era “fichado”... Eu trabalhava numa retífica de automóveis.*

Entrevistado (N): *Fiz o primeiro ano do segundo grau. Moro em Águas Lindas (risos).*

Entrevistadora (H): Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia no hospital.

Entrevistado (N): *Aqui no hospital é chegar, esperar a hora de entrar na maca da hemodiálise, fazer as quatro horas e ir embora.*

Entrevistado (N): *Na verdade, não. Aqui é mais para dormir mesmo (risos de novo).*

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?

Entrevistado (N): *Três vezes na semana, durante quatro horas.*

Entrevistado (N): *Durante esse tempo? Você fala aqui no hospital?*

Entrevistado (H): Isso. Só aqui.

Entrevistado (N): *Assisto televisão. Dá, dá para ver legar (os programas de televisão, risos outra vez).*

Entrevistado (N): *Bem, no horário da hemodiálise a gente só assiste o Assistir de Novo porque não passa nenhum que eu gosto.*

Entrevistado (N): *Filme é bom. Já assisti tantos filmes que nem sei mais dizer... Mas gosto dos de ação.*

Entrevistadora (H): Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?

Entrevistado (N): *... Na escola a gente aprende...*

Entrevistado (N): *Não “tá vindo na minha idéia”... Um curso é sempre bom, né?*

Entrevistado (N): *Isso. Eu já fiz um curso da parte (relacionado a) de automóveis.*

Entrevistado (N): *É bom. Nossa! Tocar violão!” Essa seria uma das coisas...*

Entrevistado (N): *Gosto! Gosto demais...*

Entrevistado (N): *Já escrevi uma letra de música. Não dá para fazer uma canção, (risos).*

Entrevistado (N): *Gosto de escrever, mas são só frases mesmo, acho que não daria para compor uma música.*

Entrevistado (N): *Sim. Eu fico bem na maca, e também saio bem, graças a Deus.*

Entrevistado (N): *No momento, desejar mesmo...*

Entrevistado (N): *Tocar violão ia ser difícil.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?

Entrevistado (N): *Com certeza! Gostaria de aprender informática com um laptop. É um curso que eu tinha em mente de fazer.*

Entrevistado (N): *Seria ideal para nós todos aqui.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistado (N): *Isso é com certeza. Eu não sei é como seria a forma de ensino.*

Entrevistadora (H): De que maneira você descreve o ambiente de ensino no hospital?

Entrevistado (N): *Bem, sentados já estamos todos os dias... (risos).*

Entrevistado (N): *Pode... Pode...*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Entrevistado (N): *É... Cura, eu não digo, mas pode ajudar a gente a enfrentar o tratamento com mais paciência, com mais bom humor. Por que não?*

Entrevistado (N): *Sinto vontade de trabalhar, mas com a gente fazendo este tratamento aqui é difícil... Por que qual é o emprego (empregador) que vai querer uma pessoa que trabalhe só dois dias na semana? É difícil...*

Entrevistado (N): *Com certeza gostaria de um direcionamento a concurso público. Seria muito legal... Tem hora que “me pego” em casa sem fazer nada, sabe? Mas no dia seguinte já tenho de ir para a hemodiálise...*

Entrevistado (N): *Sim, sim. Por mais que a gente não queira, parece que ficamos vivendo só isso. No dia da hemodiálise, ela é o único compromisso, o resto deixo em segundo plano, mas a hemodiálise é o primeiro (interesse) mesmo.*

Entrevistadora (H): Despedidas e agradecimentos.

4ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Podemos conversar um pouquinho? Gostaria de falar a seu respeito...

Entrevistadora (H): Qual o seu nome... onde nasceu... qual a sua profissão... e o seu nível de escolaridade?

Entrevistada (F): *Meu nome é (nome suprimido). Nasci na Bahia. Sou dona de casa. Estudei até a primeira série (do ensino fundamental).*

Entrevistadora (H): ... e aonde o senhor reside atualmente?

Entrevistada (F): *Moro em Planaltina.*

Entrevistadora (H): Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia no hospital.

Entrevistada (F): *Às vezes passo mal quando fico aqui.*

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?

Entrevistada (F): *Faço este tratamento a seis anos.*

Entrevistada (F): *Eu chego por volta de 10:30 e vou embora dependendo do horário em que chego.*

Entrevistada (F): *Eu assisto televisão e cochilo. Gosto de assistir o jornal e a novela que passa à tarde.*

Entrevistadora (H): Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?

Entrevistada (F): *... Eu gostaria de fazer salgados. É uma coisa que, se eu pudesse, gostaria de fazer um curso. Isso ainda não foi possível porque o meu tempo é muito corrido.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?

Entrevistada (F): *Olhe, eu acho meio difícil.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistada (F): *Eu acho que não porque têm as taxas (sanguíneas), o cansaço, as doenças...*

Entrevistada (F): *Acho que o hospital é só para tratar mesmo.*

Entrevistada (F): *E da mente também.*

Entrevistada (F): *Pode tratar do psicológico e do emocional para se viver melhor.*

Entrevistada (F): *Seria bom ter uma professora, uma pessoa dedicada, para explicar o que você quer aprender.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Entrevistada (F): *Bem, acho que sim, porque você vai prestando atenção, vai praticando o ensinado e vai melhorando.*

Entrevistada (F): *Ficaria me sentido mais aliviada nessas quatro horas na máquina.*

Entrevistada (F): *Seria bom.*

Entrevistadora (H): Agradecimentos e despedidas

5ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Podemos conversar um pouco...

Entrevistadora (H): Gostaria de saber o seu nome... onde nasceu... qual a sua profissão... e o seu nível de escolaridade?

Entrevistado (V): *Meu nome é (nome suprimido)... nasci no Estado de Goiás, em Graciara, pro lado da Bahia.*

Entrevistado (V): *... eu era motorista.*

Entrevistado (V): *Não estudei praticamente nada. Eu trabalhava na roça. Meu pai colocou a gente na escola, mas você sabe como é que é, né? Era um desinteresse danado... E eu que já vivia sem brincar...*

Entrevistado (V): *Deixe eu melhorar um pouco aqui ajeitar na maca que cansa demais. Ave Maria! Eu queria estar no (trecho incompreensível)...*

Entrevistadora (H): Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia no hospital.

Entrevistado (V): *Eu acho ruim porque para mim uma vida dessas não é boa. Eu acho ruim porque eu era sadio; vivia trabalhando... E agora cá numa vida dessa aqui... Não tem muito futuro não...*

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?

Entrevistado (V): *Faço o tratamento há um ano.*

Entrevistado (V): *Três vezes de quatro horas cada vez.*

Entrevistado (V): *Quando estou na maca durmo e ... É só dormir mesmo (risos)... E comer um lanche... E então tá na hora de ir embora...*

Entrevistadora (H): Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?

Entrevistado (V): *Era... Era mais o estudo, né?*

Entrevistado (V): *Ah, porque as condições eram difíceis demais, sabe? E também porque meu pai não se importou e não quis dar estudo aos filhos...*

Entrevistadora (H): Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?

Entrevistado (V): *Agora? Agora não tem mais jeito não... Já tenho 51 anos.*

Entrevistado (V): *Aprender?... Eu tenho vontade de aprender, mas...*

Entrevistado (V): *O que eu queria aprender mais era... Era só o estudar mesmo.*

Entrevistado (V): *Eu queria escrever porque escrevo o meu nome mal, mal...*

Entrevistado (V): *É, gostaria.*

Entrevistado (V): *Eu mesmo?... Sei lá. É uma coisinha assim pouco tempo, só uma vez na semana, um dia na semana...*

Entrevistado (V): *É, aí é muito tempo, mas a gente também numa coisa dessa aqui tem que ficar descansando mesmo porque isso aqui é “puxado”.*

Entrevistado (V): *Que gostaria, gostaria, mas...*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistado (V): *De aprendizado? Eu acho que não...*

Entrevistado (V): *Ah, esse negócio de aprender alguma coisa tem que ser no lugar adequado...*

Entrevistado (V): *Aqui não.*

Entrevistado (V): *Ah, sei lá!... Estou meio totalmente por fora dessas coisas.*

Entrevistado (V): *É, podia... Se for igual a ela que tem interesse.*

Entrevistado (V): *...Pode usar esse lugar.*

Entrevistado (V): *Sei lá o que poderia ser ensinado aqui...*

Entrevistado (V): *Não, essa atividade não atrapalharia o tratamento.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Entrevistado (V): *Aprender pode ajudar*

Entrevistado (V): *É que... conversar faz bem, né?*

Entrevistado (V): *Acho! Porque quando a pessoa está ali “murchinha” e quietinha, e vem uma pessoa para conversar, ela (o paciente) melhora mais, né?... Pois ela aquietta aquilo que está na cabeça para poder ouvir as pessoas... E o tempo passa mais rápido; e o “caboclo” sai até mais animado.*

Entrevistado (V): *É. Aí orienta mais um pouco e faz esquecer os problemas.*

Entrevistado (V): *É... Mas vai ter mesmo?... seria legal ter uma professora.*

Entrevistado (V): *Será que vai acontecer? Ah, sei lá, mulher (risos).*

Entrevistado (V): *Eu acho que sim que seria bom (suspiro). Ah, sozinho... Eu não levantava daqui.*

Entrevistadora (H): Agradecimentos e despedidas

6ª - Entrevista

Entrevistadora (H): Como vai? Gostaria de falar a seu respeito...

Entrevistadora (H): Qual o seu nome... onde nasceu... qual a sua profissão... e o seu nível de escolaridade?

Entrevistado (F): *Meu nome é (informação suprimida). Nasci no Maranhão...*

Entrevistado (F): *Eu era pedreiro, mas agora não trabalho mais, não.*

Entrevistado (F): *Estudei até a sexta série (do ensino fundamental). Moro em Ceilândia.*

Entrevistadora (H): Como é o seu dia-a-dia aqui no hospital?

Entrevistado (F): *Acho que é o dia-a-dia normal de um paciente que tem este meu problema.*

Entrevistadora (H): Quantas vezes por semana e quantas horas você passa no hospital? O que você faz durante esse tempo?

Entrevistado (F): *Estou neste tratamento há três anos.*

Entrevistado (F): *Ah, eu fico conversando... Às vezes os outros pacientes não deixam a gente dormir e então fico vendo televisão.*

Entrevistado (F): *Não, eu não gosto de novela...*

Entrevistadora (H): Existe algo que você gostaria de aprender em sua vida, ou no contexto escolar que ainda não foi possível? Por quê?

Entrevistado (F): *Eu acho que, aqui nesta cadeira a da hemodiálise, não tem como... Por outro lado acho que também aqui, nesta cadeira, já aprendi muita coisa... Aprendi que Deus me deu uma sabedoria para eu reconhecer o momento que vivo, pois tem muitas pessoas que não reconhecem não compreendem o porquê (d)esse momento... E não aceitam a coisa, mas eu, ora! Não chego a reclamar por nada disso. Tal atitude nunca aconteceu comigo, pois a nossa vida é assim: cheia de altos e baixos, com momentos de alegrias, com momentos de tristeza... E a gente tem de conviver com essas coisas para que, a cada dia que você viva, você possa agradecer a Deus: muito obrigado, Senhor, por mais um dia!*

Entrevistado (F): *Eu aprendi e progredi com esta doença que não procurei; ela veio. E não veio só para mim... Viu a menina que saiu daqui agora? Ela não tem culpa de nada, é só uma meninazinha ... Eu, quando vim ter esta doença, já tinha mais de cinquenta anos. Então eu penso: “Jesus, muito obrigado!” Deus não tinha a obrigação de dar a maioria das coisas que deu para mim. Deus me deu uma família maravilhosa; então tudo isso eu tenho que agradecer.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião é possível cuidar da saúde e estudar no próprio hospital?

Entrevistado (F): *Eu acho que seria muito pouca coisa...*

Entrevistado (F): *Não. Talvez a minha inteligência não seja assim sonhadora para coisas que eu não possa alcançar... Porque muitas coisas que a gente sonha, você não pode alcançar... E não foi o meu caso. Não me amargurei pelo que poderia alcançar, mas não alcancei. Ainda mais agora no estágio em que estou...*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o hospital pode ser ou não um ambiente de aprendizado? O que você acha que deveria ser ensinado no ambiente hospitalar?

Entrevistado (F): *Acho que não, porque aqui, aqui mesmo dentro da sala, eu agora passo o dia bem, isto é, dentro do mínimo possível; já na minha casa eu fico muito só, e aí é que “o negócio bate”, pois nessas horas eu não posso dar jeito procurar assistência, pois o pessoal sai para trabalhar. Eu moro numa avenida; às vezes fico do lado de fora, naquele “pé de pau” da minha avó. A Dona (nome suprimido) tira as dúvidas nessa história... (risos).*

Entrevistado (F): *Ah, um livro! Às vezes trago um livrozinho para ler aqui, para me distrair...*

Entrevistado (F): *Sim. Isso é importante, não é?*

Entrevistadora (H): De que maneira você descreve o ambiente de ensino no hospital?

Entrevistado (F): *É meio complicado, mas... Porque você vê como é que é aqui... De vez em quando passa gente aqui... É uma coisa e outra... O pessoal do voluntariado, eles vêm aqui para distrair as pessoas. É uma maravilha. Tudo aqui levanta o ânimo.*

Entrevistadora (H): Na sua opinião o procedimento de ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar pode influenciar no tratamento e cura? Como?

Entrevistado (F): *Eu acho que essa melhora é de acordo com o paciente. Não serão todos os beneficiado, pois tem gente que vem para cá e, quando está na maca, dorme o tempo todo. Como é que se aprende assim? Às vezes quando os funcionários falam com eles, eles ficam: “heim? Heim?” Aí você vê que a coisa não funciona. Mas num momento como esse assim, que a gente passa sentado... É válido, mas sobre esse assunto que você falou de escutar e tal (dedicar atenção pessoal) eu acho que não (surtiria resultado). É a minha opinião.*

Entrevistado (F): *A minha opinião é que cada cabeça é diferente da outra. E eu gosto muito de analisar as coisas; estou falando do que aprendi devido ao momento que vivo. Cada dia a gente aprende mais coisa. Falei para você que aprendi aqui, e aprendi na minha casa, a saber me comportar e passar alegria. Eu não passo tristeza para ninguém, isso é algo que não passo mesmo. Então esse é o meu dia-a-dia, tanto aqui quanto lá em casa. Eu iria conversar*

depressivamente com eles? Não! Precisamos é lutar pela vida, cada dia temos de agradecer a Deus e não ficar triste, pois depois que estou aqui já morreu muita gente. Ontem mesmo morreu um que fazia hemodiálise com nós aqui e morreu... Já depois de uns três meses que fazia hemodiálise aqui. Mas nem por isso você pode desistir de apoiar os outros, não é? Eu sei que a vida continua...

Entrevistado (F): *É sim.... é valido sim. Perfeito, eu acho válido uma pessoa aqui apoiando as pessoas no aprendizado.*

Entrevistadora (H): Agradecimentos, elogios e despedida.