

PROTOCOLO
PSICOPEDAGÓGICO
DE ATENDIMENTO A
ALUNOS COM
FIBROSE CÍSTICA

ALEKSANDRA SALES

Orientadora: Dr.^a Edicléa Mascarenhas



PROTOCOLO PSICOPEDAGÓGICO DE
ATENDIMENTO A ALUNOS COM FIBROSE CÍSTICA

ALEKSANDRA SALES

Orientadora: Dr.^a Edicléa Mascarenhas

Dedico este trabalho ao meu esposo Érico Moura, minhas filhas Maria Cristina e Ana Beatriz, e a minha família, que não mediram esforços para me ajudar nessa etapa tão importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Edicléa Mascarenhas pelo empenho e dedicação à elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	6
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	7
1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Apresentação.....	8
1.2. Fibrose Cística - FC.....	9
1.3. A fibrose cística: uma doença congênita hereditária	9
1.4. A inclusão de um aluno com FC em uma classe regular	13
1.5. As políticas públicas para doenças raras	13
1.6. A importância das associações para a sociedade civil	16
1.7. A legitimação da prática psicopedagógica	18
1.7.1. Referencial teórico da prática psicopedagógica para o acompanhamento sistematizado aos pacientes com FC.....	22
1.7.2. O olhar diferenciado ao atendimento psicopedagógico	25
1.7.3. Psicopedagogia e fibrose cística	27
1.7.4. Psicopedagogia, FC e a ACAMRJ	32
2. CRITÉRIOS PARA A SISTEMATIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM FC	34
3. SISTEMATIZAÇÕES DO ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO AOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA	38
3.1. Anamnese.....	41
3.2. Visita domiciliar – VD.....	53
3.3. Visita escolar – VE.....	56
3.4. Visita hospitalar - VH	59
3.5. Intervenção psicopedagógica - IP	60
3.6. A Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA	65
3.7. As Provas operatórias.....	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	14
Figura 2	15
Figura 3	16
Figura 4	19
Figura 5	22
Figura 6	25
Figura 7	30
Figura 8	42
Figura 9	43

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1	57
Tabela 2	58
Tabela 3	60

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACAMRJ	Associação Carioca de Assistência a Mucoviscidose
ABPp	Associação Brasileira de Psicopedagogia
CMPDI	Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão
DA	Dificuldade de aprendizagem
DIFAJ	Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada
EFES	Entrevista Familiar Exploratória Situacional
EOCA	Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem
FC	Fibrose Cística
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HSE	Hospital dos Servidores Federais
IFF	Instituto Fernandes Figueira
ONG	Organização não governamental
ONGs	Organizações não governamentais
VD	Visita domiciliar
VE	Visita escolar
VH	Visita hospitalar
IP	Intervenção psicopedagógica

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Sou pedagoga, especialista em Psicopedagogia pela Universidade Estácio De Sá, hoje também coordenadora e professora do curso de graduação em pedagogia e de psicopedagogia da Estácio. Pesquisadora associada ao NEEI - Núcleo de Educação Especial e Inclusiva localizado na Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pela Prof^a Dr^a Edicléa Mascarenhas Fernandes e ao Instituto Nacional de Tecnologia INT/MCTI pela empresa Movimento Uniforme Reeducação Cognitivo-motora Ltda., empresa incubada nesta referida instituição, gestão 2014-2018, integrante da estrutura do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, a qual desenvolvemos materiais e artefatos para Educação Especial Inclusiva, e mais recentemente softwares e aplicativos voltados para o autismo.

Sou colaboradora / voluntária na Associação Carioca de Assistência a Mucoviscidose – ACAMRJ no atendimento e avaliação Psicopedagógica dos pacientes cadastrados antes e durante o período de internação. O papel da Psicopedagogia Institucional e Hospitalar na Fibrose Cística (FC) visa identificar os fatores que desencadeiam dificuldades ao desenvolvimento da criança adoecida e como se manifestam essas dificuldades durante o processo de adoecimento, buscando soluções possíveis para estas crianças/pacientes, colaborando com melhores condições para o seu desenvolvimento durante o período de internação que em muitos casos é recorrente.

A justificativa pela escolha do Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão - CMPDI se deve em especial, ao fato da Fibrose Cística afetar mais de 70.000 pessoas no mundo todo e no Brasil, a incidência ser de 1 em cada 7.358 nascidos vivos. A doença prejudica diversos sistemas do corpo humano, e caso não diagnosticada corretamente e tratada precocemente pode levar a uma vida limitante incapacitante, com restrição de atividades, como estudar e trabalhar ou mesmo levar a óbito em casos mais graves.

Meu interesse no programa de Pós-Graduação é a obtenção de conhecimento e troca de experiências que visem a contribuir com o meio acadêmico e social das pessoas com Fibrose Cística, visto que o mestrado no CMPDI é referência na área de Interdisciplinaridade

e Questões de Ensino em Inclusão. A área de interesse é em EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA, com ênfase em DIVERSIDADE E INCLUSÃO, visto que é o meu interesse por me identificar profundamente com a área e por já ter experiência profissional no meio.

1.2. Fibrose Cística - FC

A Fibrose Cística (FC) ou Mucoviscidose como também é conhecida a FC, afeta mais de 70 mil pessoas no mundo todo, segundo dados do Cystic Fibrosis Foundation (2011). E sua incidência varia em diferentes países ou regiões (Simmonds, 2010). No Brasil, a incidência de FC é de 1: 3.900 a 1: 8.500 (Raskin, 2001). Raskin estimou que a incidência seja de 1 em cada 7.358 nascidos vivos. Dados do Ministério da Saúde – MS - (BRASIL, 2013) estimam que aproximadamente 1,5 milhões de pessoas vivam com Fibrose Cística no país. A Fibrose Cística (FC) pode atingir um em cada sete mil nascidos, cuja incidência maior é nas Regiões Sul e Sudeste. No Rio de Janeiro, em estudo de Cabello e colaboradores a incidência de FC foi estimada em 1: 6.902 nascidos (Cabello et al., 1999).

1.3. A fibrose cística: uma doença congênita hereditária

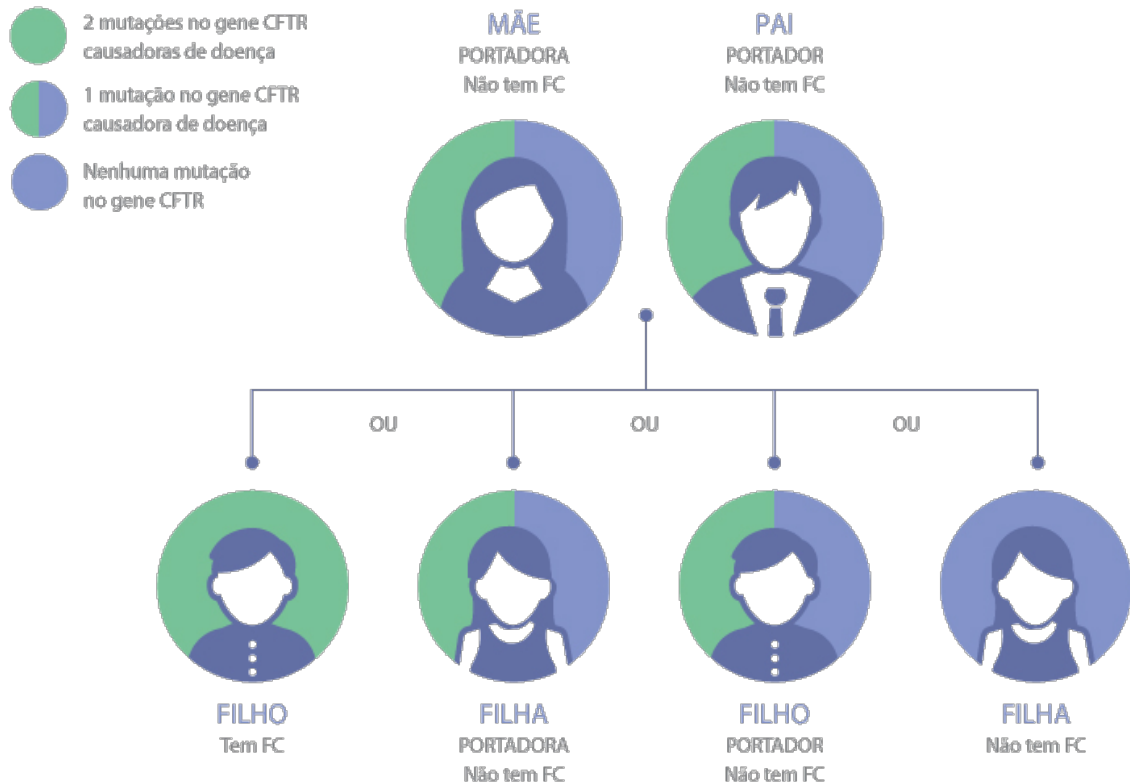
Fibrose cística (FC) é uma doença genética herdada dos pais, a FC, também é conhecida como Mucoviscidose ou Doença do Beijo Salgado é uma doença de origem genética por herança autossômica recessiva, crônica e progressiva, caracterizada pelo mau funcionamento do transporte dos íons cloro e sódio por meio das membranas celulares em todo o organismo devido a uma disfunção na proteína CFTR = regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (do inglês "Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator") que regula a entrada e saída de água para a célula.

Sendo uma doença congênita – ou seja, que nasce com o indivíduo. Ela também é uma doença genética, o que significa que é herdada dos pais, o que quer dizer que:

- Existe um gene que determina se você tem ou não FC, e ele se chama gene CFTR. Todos nós herdamos duas cópias do gene CFTR.
- Se um dos genes CFTR que você herdar tiver uma mutação (alteração) que causa FC, você será "portador", mas não terá a doença.

- Se os dois genes CFTR que você herdar tiverem uma mutação que causa FC, você nascerá com FC.

FIGURA 1 Como se dá a mutação genética da FC: FONTE: <https://www.cfsource.com.br/genetica-da-fc/causa-da-fc>



A figura acima nos mostra que uma criança filha de dois portadores assintomáticos terão 25% de chances de ter a doença, 50% de ser um portador e 25% de não ter a doença.

Quando a pessoa apresentar a mutação as consequências desta alteração genética trarão a produção de muco exageradamente espesso, que não é devidamente eliminado pelo organismo. O acúmulo do muco nas vias do corpo e em órgãos – como pulmões, pâncreas, fígado e intestino – provoca alterações no funcionamento destes órgãos. Nos pulmões, este acúmulo de secreção associa-se ao aparecimento de bactérias que causam infecções graves e constantes, causando inflamação pulmonar e colocando a saúde dos pacientes em risco (Cystic Fibrosis Consortium, 2011).

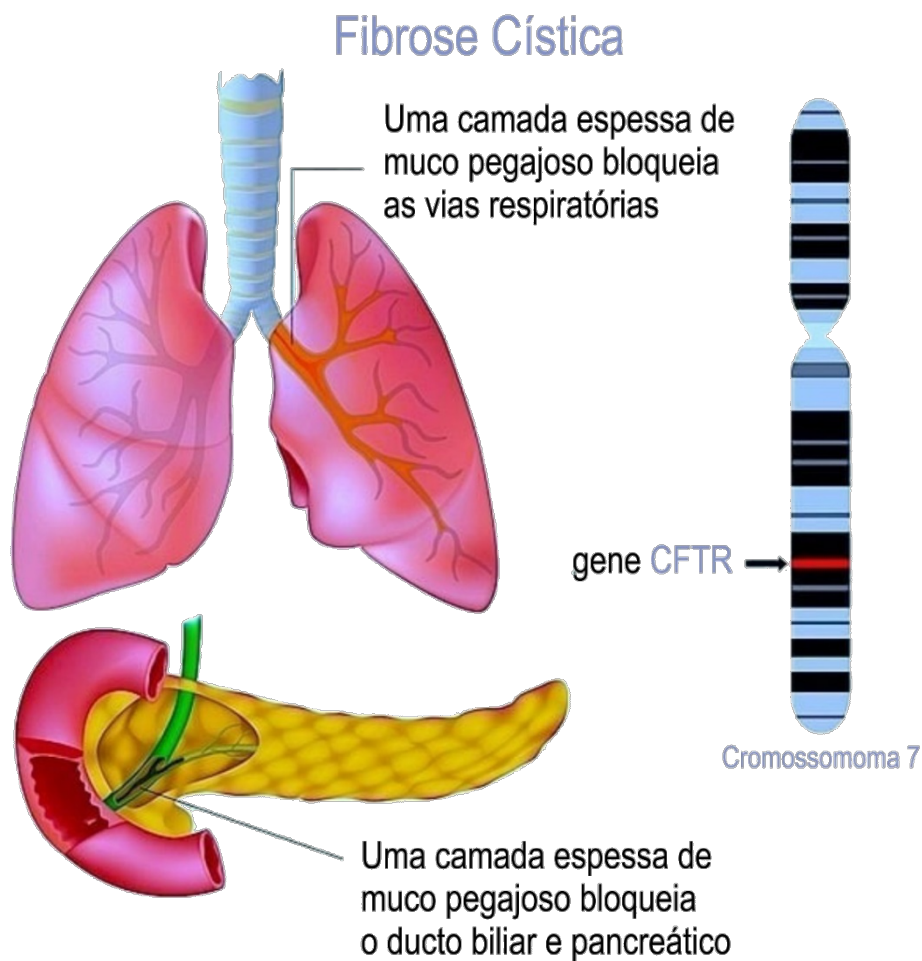


FIGURA 2 O gene da FC e órgão que ele afeta: FONTE: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/fibrose-cistica-exige-dieta-especial/>

Os sintomas mais comuns são a tosse crônica, suor excessivo e salgado, e a maioria destes sintomas podem se manifestar já no nascimento cuja maior complicação é o desenvolvimento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e bronquiectasias, por conta das repetidas infecções pulmonares, a dificuldade de crescimento, a perda de peso, a má absorção de nutrientes, a cirrose biliar, as infecções respiratórias de repetição e diarreia crônica. A FC costuma se manifestar em pessoas de pele clara de ambos os sexos, que apresentam ascendência caucasiana (Simmonds, 2010), e apresenta níveis de gravidade que variam de acordo com as mutações adquiridas podendo chegar a mais de 1.800 tipos diferentes de alterações genéticas (World Health Organization, 2004), com mais de 2010 mutações de acordo com Cystic Fibrosis Foundation (2011).

Os sintomas da Fibrose Cística, bem como a sua gravidade, variam de pessoa para pessoa. Os sintomas iniciais podem ser similares aos de outras doenças comuns na infância, dificultando o correto diagnóstico. Engloba no texto anterior ficou pequeno para ser uma seção

Por se tratar de uma doença desconhecida pela maioria das pessoas, muitos pacientes são diagnosticados tardiamente. O ideal é que a Fibrose Cística seja diagnosticada logo após o nascimento. Porém, nem sempre os sintomas da FC estão presentes nesse período. Por isso, é importante a realização do Teste de Triagem, por meio do Teste do Pezinho, logo após o nascimento. Se houver alteração no resultado do Teste do Pezinho, um segundo teste deve ser feito. Segue a baixo uma figura que representa alguns dos sintomas mais frequentes observados nos pacientes:

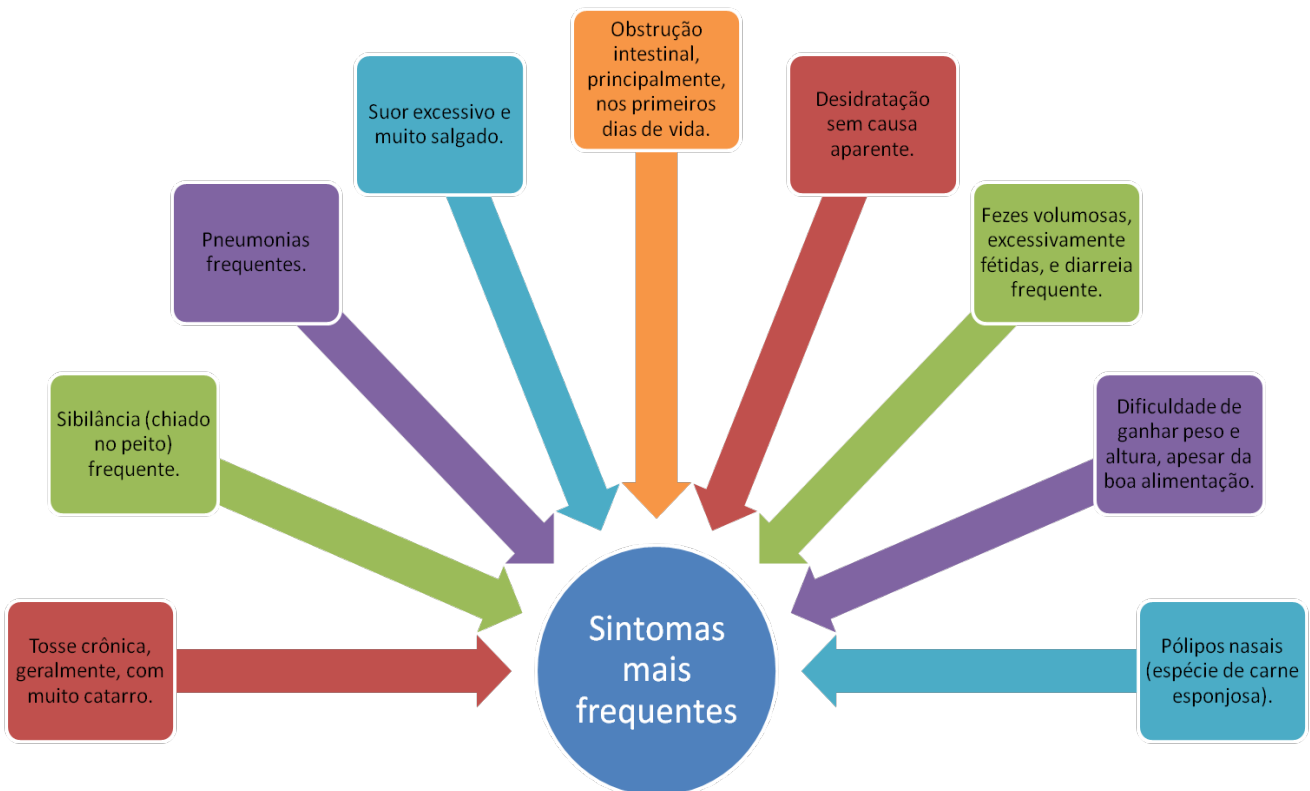


FIGURA 3 Sintomas mais frequentes da FC: Autoria própria

Outra forma de confirmar o diagnóstico é a pesquisa das mutações genéticas responsáveis pela doença. Nos pacientes que não realizaram o Teste do Pezinho ou mesmo naqueles em que o teste deu negativo, mas que apresentaram sinais e sintomas sugestivos da doença, o diagnóstico é baseado no histórico do paciente, associado ao exame físico

que alerta a possibilidade de ser FC. Após a suspeita da doença, é necessário realizar o Teste do Suor e o Teste Genético, que podem ser feitos em qualquer idade.

Os problemas que a Fibrose Cística causa aos sistemas respiratório e digestivo podem ser cuidados. Para isso, existe um conjunto de tratamentos que abrange desde a respiração a uma alimentação adequada, além da ajuda de profissionais.

1.4. A inclusão de um aluno com FC em uma classe regular

Alguns professores não conhecem a Fibrose Cística. Isso é bastante normal! Infelizmente, a FC é uma doença pouco conhecida.

Ter um aluno com FC em sala de aula significa que o professor tem uma criança com doença crônica, ainda sem cura, e que esta doença frequentemente causa problemas respiratórios e digestivos sérios. Uma vez que os sintomas da doença se manifestam de maneiras diferentes. É impossível definir claramente a saúde física e a atitude emocional de um aluno com Fibrose Cística. Pois a gravidade desta doença GÉNÉTICA varia de pessoa para pessoa, mesmo dentro da mesma família. Provavelmente a condição de um aluno com FC na classe regular de ensino, é boa ou regular, permitindo-o frequentar a escola o tempo todo ou parte dele. Mas em outro extremo, há aqueles jovens e crianças cujas condições são tão sérias que não lhes permite ir à escola regularmente.

Então o aluno com FC pode ser tanto uma criança do PRÉ como um jovem terminando o ENSINO MÉDIO. Não importa a idade ou condição do aluno, ele é um indivíduo, e não uma doença.

1.5. As políticas públicas para doenças raras

Como a fibrose cística é uma doença rara, pois se enquadra na definição de Denis e colaboradores (2009), para a Organização Mundial de Saúde - OMS, como uma Doença Rara (DR) que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos.

Estas doenças como a FC, são caracterizadas por uma variedade de sinais e sintomas e mudam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição.

Com manifestações relativamente frequentes assim como foi vista na FC, que podem simular doenças comuns, dificultando o seu diagnóstico, causando elevado sofrimento clínico e psicossocial aos indivíduos afetados, bem como para suas famílias. As Doenças Raras são geralmente crônicas, progressivas, degenerativas e até incapacitantes, afetando a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias.

Mesmo sendo individualmente raras, como um grupo estas manifestações acometem em um percentual significativo na população, o que resulta em um problema de saúde pública.

Seu diagnóstico é difícil e demorado, o que leva estes indivíduos a ficarem meses ou até mesmo anos visitando inúmeros médicos, e sendo submetidos a tratamentos inadequados, até que se obtenha um diagnóstico definitivo.

Foi aprovada em 2014 a **Portaria 199** que representou um grande avanço para estes pacientes e seus familiares, como uma Diretriz abordando as doenças raras de forma individual. Essa proposta elaborada pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma de eixos estruturantes, permitiram a classificação das doenças raras de acordo com suas características comuns, com a finalidade de maximizar o atendimento aos pacientes.

E um dos principais benefícios desta portaria foi o credenciamento de hospitais e instituições de saúde para o atendimento dos portadores de doenças raras. Desta forma, o médico que diagnosticar um paciente com Doença Rara passa a ter mais segurança ao saber para onde encaminhá-lo.

A Portaria 199/2014 também definiu as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e instituiu incentivos financeiros de custeio para os serviços especializados destinados ao tratamento destas pessoas, onde foram incorporados novos exames ao diagnóstico no Sistema Único de Saúde. Onde ele agora pode direcionar verbas para os centros especializados, possibilitando assim a realização de mais exames como também a formação de equipes especializadas em Doenças Raras. E está organizada na forma de 2 eixos estruturantes,

que permitem classificar as doenças raras de acordo com suas características comuns, com a finalidade de maximizar os benefícios aos usuários.

No Art. 4º ficou então definido como objetivo a redução do índice de pessoas mortas em decorrência destas doenças e de suas manifestações secundárias contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, por meio de ações de promoção a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e a redução de incapacidade e cuidados paliativos.

Entretanto para fim de detalhar melhor os seus objetivos, o Art. 5º da Portaria traz algumas especificidades, tais como:

(a) garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com Doenças Raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (b) estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com Doenças Raras em todos os níveis de atenção do SUS; (c) proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (d) ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com Doenças Raras na RAS; (e) garantir às pessoas com Doenças Raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (f) qualificar a atenção às pessoas com Doenças Raras.

Assim o Estado brasileiro deixa claro que a atenção especial à saúde destas pessoas é obrigatória, sem discriminação de qualquer tipo e de maneira a se utilizar dos melhores conhecimentos científicos comprovados por evidências para atingir os relevantes objetivos trazidos pela norma com princípios norteadores, como mostra a figura abaixo.



FIGURA 4 Eixos estruturantes para doenças RARAS segundo a Portaria 199: FONTE: file:///C:/Users/princesas/Downloads/DOC_ORADOR_C_13540_SUBST_K-Comissao-Permanente-CAS-20140529EXT027_parte3413_RESULTADO_1401371003778.pdf

Destacam-se, dentre estes princípios: (a) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (b) reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (c) promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com Doenças Raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (d) garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (f) articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (g) incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e promoção da acessibilidade das pessoas com Doenças Raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

Já no Art. 22 da Portaria 199/2014 temos um incentivo financeiro de custeio mensal para equipes profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras. A Portaria chega até a detalhar os valores a serem oferecidos.

Resta saber se, pela quantidade de exigências feitas por ela, esta habilitação de serviços e constituição das equipes em Estados e Municípios conseguirão aderir de forma abrangente no modelo por ela disponibilizado.

Ainda assim são necessários, porém, outros passos para que o Brasil garanta acesso aos medicamentos e avanços científicos de forma ágil e desburocratizada.

1.6. A importância das associações para a sociedade civil

A ACAMRJ surge então como terceiro setor, ou ONG (Organização não Governamental), numa sociedade, onde o Estado pode ser considerado como o primeiro setor, ao passo que a iniciativa privada é tida como segundo setor. A ACAMRJ trabalha sem fins lucrativos, isto é, uma organização que não distribui eventuais excedentes entre os proprietários ou diretores e que não possui como razão primeira de existência a geração de

lucros – podendo até gera-los, desde que aplicados nas atividades fins, de acordo com o Art. 53 do novo Código regido pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

Entidades como a ACAMRJ, a qual presta serviço de cadastramento e acompanhamento aos pacientes com FC no Estado do Rio de Janeiro, têm a finalidade de produzir algum resultado que beneficie a sociedade e preenchendo grandes lacunas deixadas pelo Estado, com um custo muito menor.

Estas questões devem ser observadas sob duas óticas: por um lado, deve-se reconhecer a importância das entidades do terceiro setor, investindo-se cada vez mais em suas ações, e por outro não deixar de cobrar dos setores responsáveis as suas obrigações.

Neste sentido as ONGs surgem como uma voz única em nome de um grupo organizado de pessoas, seja com o simples intuito de divertirem-se, de discutirem sobre temas afins, ou nos casos mais altruístas, produzirem algum resultado, seja de cunho econômico, cultural ou social, em proveito da sociedade.

Nesta última denominação, está o terceiro setor mais conhecido como ONG.

Com tudo, não é difícil observar-se que os dois primeiros setores são cada vez mais inefetivos na tarefa de atender aos anseios da sociedade. Isto pode ser creditado a má administração.

E é nesta lacuna que entram as Associações Cívicas sem Fins Lucrativos as “ONGs”. Neste contexto é que a ACAMRJ atua, com o papel de entregar a sociedade as ações que os dois primeiros setores são incapazes de realizar.

Exemplo disso é o trabalho realizado por ela no Estado do Rio de Janeiro, a ACAMRJ, trabalha com uma equipe multidisciplinar que acompanha a família e o paciente desde a descoberta da doença, dando-lhes um suporte na assistência social, na fisioterapia na nutrição e no psicoemocional/cognitivo.

Pois neste momento de descoberta da doença o psicopedagogo acompanha este paciente com entrevistas e visitas domiciliares para que no momento da internação este vínculo já esteja fortalecido entre família/escola e profissionais de saúde.

Por isso a responsabilidade do psicopedagogo no processo de escuta e reflexão da fala deste paciente, da família e dos profissionais de saúde, para garantir a autonomia e autoria necessárias a cada sujeito neste processo, para que cada um possa desempenhar da melhor forma o seu papel na tríade de acompanhamento que segue abaixo:

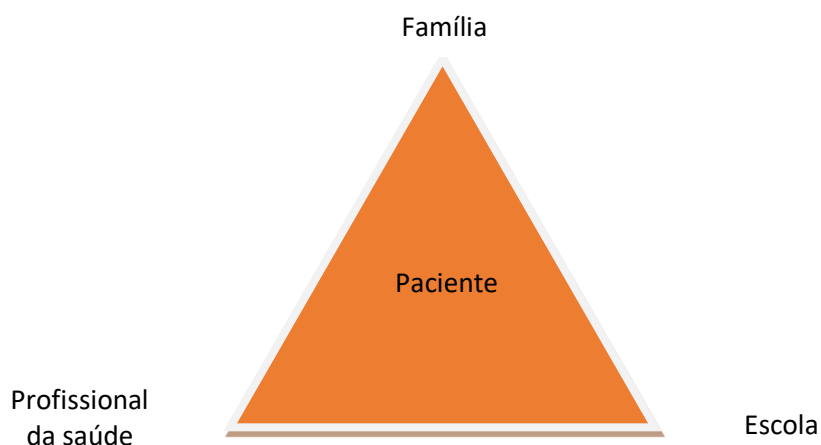


FIGURA 5 Representa a tríade do atendimento psicopedagógico aos pacientes com FC proposto pelo trabalho: Autoria própria

Segundo Motta (2006), o acompanhamento humanizado é um processo permanente na construção de laços de cidadania, onde há fomento da autonomia e da corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Os autores, reforçam o empenho nas mudanças dos modelos de atenção e gestão vigentes, e o compromisso com o ambiente e com a melhora das condições de atendimento e de trabalho. Por isso se faz necessária este estranhamento psicopedagógico no atendimento destes pacientes com uma doença rara e histórico de internações de repetição.

1.7. A legitimação da prática psicopedagógica

O nome Psicopedagogia foi criado para denominar o campo de intervenção médico-pedagógico, pois era muito mais fácil para as famílias encaminharem seus filhos ao PSICOPEDAGOGO, em vez de levá-las ao MÉDICO por causa de suas limitações cognitivas.

Hoje ao definir a Psicopedagogia, segundo o Código de Ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia – ABPp (1996), definimos como “a área de estudo e de atuações no contexto de saúde e educação, tendo como foco o processo de aprendizagem humana”, com sensibilidade e estranhamento.

Sara Paín, psicóloga argentina Doutora em Filosofia pela Universidade de Buenos Aires, em sua obra contribui para esta teoria psicopedagógica de forma a permite que o

aluno com dificuldade de aprendizagem consiga aprender, apesar de ser marginalizado. Ela entende que a superação da dificuldade é uma oportunidade para que o sujeito deixe de ser marginalizado e integrar-se à sociedade.

“A Psicopedagogia Adaptativa, preocupada em fortalecer os processos sintéticos do ego e facilitar o desenvolvimento das funções cognitivas, pretende colocar o sujeito no lugar em que o sistema lhe designou. Diferentemente, optamos por uma psicopedagogia que permite ao sujeito que não aprende fazer-se cargo de sua marginalização e aprender, a partir da mesma, transformando-se para integrar-se na sociedade, mas dentro da perspectiva da necessidade de transformá-la.” (PAÍN, 1986)

Já no contexto hospitalar, o psicopedagogo deve inserir-se nas equipes de saúde e educação, definindo seus limites no espaço institucional, pois de fato, ele diferencia-se tecnicamente do pedagogo hospitalar em pontos fundamentais, como as próprias possibilidades de atuação tanto no hospital como na clínica, enquanto classe as quais são determinadas por limites institucionais, caracterizados por regras, rotinas e dinâmicas de funcionamento. Mascarenhas (2007), diz que o trabalho pedagógico precisa contribuir para que os alunos com necessidades educativas especiais tenham a oportunidade de estruturar sua relação com o conhecimento de maneira a tornarem-se íntegros enquanto indivíduos. Já a psicopedagogia vai trabalhar com este indivíduo seus déficits cognitivos.

Apesar do crescimento do déficit cognitivo nos últimos anos e do crescente número de publicações e referências a seus saberes e fazeres, em muitas instituições a psicopedagogia ainda é tida à margem das práticas em saúde e educação. E é sobre esta delimitação e identidade psicopedagógica dentro das instituições, que se insere este trabalho, propondo, um projeto de implantação do acompanhamento psicopedagógico e da sistematização de seus procedimentos aos pacientes com fibrose cística e/ou com internações recorrentes. Para isso é fundamental delimitar procedimentos de atendimento e instrumentalização para o profissional atuante nesta área; pois somente assim ele poderá delinear sua prática e suas contribuições, independentemente de sua orientação teórica, contribuindo para uma melhor inserção psicopedagógica na sociedade.

Sampaio (2011) nos proporciona então uma visão de uma psicopedagogia direcionada a dificuldades de aprendizagem originadas por questões afetivas e sociais, reforçando assim a discussão acerca da necessidade desta implementação e padronização

dos procedimentos de atendimentos psicopedagógicos, visando à melhoria nestes atendimentos.

Já Alicia Fernandes (1991), psicopedagoga formada pela Faculdade de Psicopedagogia da Universidade del Salvador, em Buenos Aires, a tarefa do psicopedagogo é ajudar o paciente a recuperar o prazer de aprender, acredita que a inteligência permanece aprisionada quando não há prazer na aprendizagem. Quando o sujeito recupera este prazer, ele liberta sua inteligência.

E Visca (1987) acrescenta que “o enquadramento faz permanecer constantes alguns elementos para que outros possam movimentar-se e serem percebidos a partir de uma referência, e sugere trabalhar nos enquadres com constantes de tempo, espaço, tarefa, honorários, para que o movimento do aprendiz, em relação a estas constantes, possa ser observado e para que o terapeuta possa ter parâmetros de ação, sugerindo a superação da dificuldade, ” e propôs estudos fundamentados no que chamou de EPISTEMOLOGIA CONVERGENTE, que é resultado da assimilação recíproca de conhecimentos fundamentados no construtivismo, no estruturalismo construtivista e no interacionismo.

Enquanto Lima e Natel (2010), utilizam técnicas e atividades como reuniões e discussões, para conseguir a ressignificação do paciente em relação ao aprender. Trata dos fundamentos do sujeito e do objeto de conhecimento e da sua inter-relação com a linguagem e a influência sócio histórica, dentro do contexto dos processos do dia a dia da aprendizagem.

A Psicopedagogia, portanto, enquanto especialidade, vai em busca da compreensão do processo de aprendizagem humana para atuar no auxílio às suas dificuldades, encontrando meios de desenvolver habilidades que necessitem de um novo olhar para serem concretizadas.

Ela explora a construção do conhecimento em toda a sua complexidade, procurando colocar em igualdade os aspectos cognitivos, afetivos e sociais objetivando a melhoria do desenvolvimento das relações humanas tanto em nível pessoal como em nível social.

A Psicopedagogia auxilia na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades através do brincar, da ludicidade, da leitura compartilhada, com jogos pedagógicos, estratégias de estudo e aprendizagem, estes são alguns dos fatores que auxiliam no desenvolvimento de habilidades do aprendente. É através destas ações e observações que vão se construindo novos conceitos e caminhando para uma aprendizagem significativa,

superando obstáculos e ultrapassando desafios colocados a cada sessão. É um trabalho direcionado às dificuldades que o paciente apresenta, com o objetivo de promover uma melhora em suas habilidades cognitivas, emocionais e sociais a partir de conhecimentos multidisciplinares trabalhado pelo psicopedagogo alinhando várias áreas do conhecimento como nos apresenta a figura abaixo em um processo de desenvolvimento das seguintes habilidades:

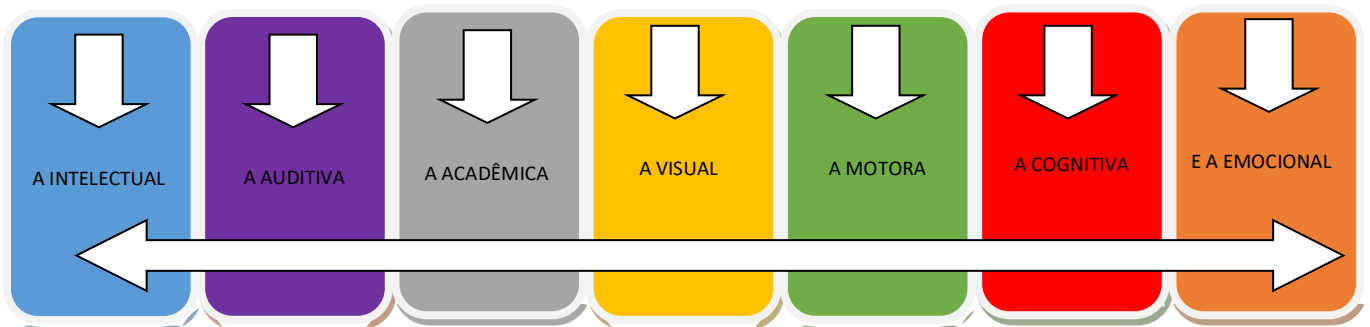


FIGURA 6 Representa o processo de desenvolvimento das habilidades do indivíduo proposto por Sampaio: **Autoria própria**

O conhecimento e o trabalho dessas áreas fazem com que o psicopedagogo compreenda o quadro diagnóstico do paciente e favoreça a escolha da metodologia mais adequada para a superação das dificuldades apresentadas com o objetivo de favorecer e auxiliar aqueles pacientes que apresentam alguma dificuldade dentro destas áreas, na busca de alternativas para alcançar o saber e a ressignificação de conceitos que o influenciam no momento do aprender. Para tanto, reintegrar o paciente a uma vida escolar e social mais satisfatória, e levá-lo a uma relação mais afetiva consigo e com o outro está embutido em torno do acompanhamento psicopedagógico.

A psicopedagogia intervém no processo de ensino aprendizagem trabalhando as potencialidades e limites do paciente com fibrose cística e/ou com internações recorrentes de forma humanizadora buscando transformar a realidade em que este indivíduo se encontra, apropriando-se de técnicas ludo-pedagógicas brinquedos, jogos, livros, revistas, e materiais diversificados, visando potencializar este sujeito adoecido, para que não se torne vítima do seu acometimento em busca de reintegrar este sujeito em sua aprendizagem para que tenha uma vida escolar e social tranquila, e o auxiliando também, para que reconheça suas potencialidades, e seus limites.

Está prática possibilita então que o indivíduo passe de um estado de vitimização, para um estado de evolução contínua da aprendizagem, sendo este paciente capaz de

transformar os conhecimentos adquiridos em práticas consolidadas, passando pela humanização do ser cognoscente, numa abordagem de desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, apropriando-se dos conceitos dos grupos operativos de Pichon-Rivière, onde a troca de experiências, leva a um planejamento de medidas para motivar a problematização do modo de gerir a saúde e a educação do aprendente.

Segundo Pereira (2013), esta prática de evolução contínua da aprendizagem se dá pelo exercício da fala do paciente, de sua opinião, de seu silêncio, defendendo assim o seu ponto de vista de modo contínuo e crescente.

A partir desse entendimento, que o indivíduo adoecido precisa ser observado e escutado, se dá a principal ferramenta da humanização no atendimento psicopedagógico, pela busca da emancipação deste sujeito, com base nas observações, e intervenções do psicopedagogo.

Por isso, a importância da interdisciplinaridade nesta intervenção e da comunicação entre os profissionais de saúde e de educação junto a família, como fator primordial para a recuperação deste indivíduo. A interdisciplinaridade é fator primordial para a prática humanizadora no atendimento psicopedagógico.

Nesse sentido, é por meio da humanização e de um trabalho multidisciplinar que a psicopedagogia se coloca como mediadora na conquista da autoria e autonomia do sujeito no processo de ensino-aprendizagem auxiliando este a recuperar o prazer de aprender e proporcionando-lhes oportunidades de estruturar sua relação com o conhecimento de maneira a motivar a problematização do modo de gerir suas limitações com a saúde e com a educação.

Lima (2010), ressalta que o acompanhamento psicopedagógico no hospital de forma humanizada pode contribuir consideravelmente para manutenção de um acompanhamento na reestruturação ambiente escola/família/hospital.

1.7.1. Referencial teórico da prática psicopedagógica para o acompanhamento sistematizado aos pacientes com FC

A PL 3512/10, artigo 4º estabelece que o psicopedagogo deve usar seus próprios instrumentos. Sendo assim, a psicopedagogia precisa ampliar a cada dia seu campo de atuação, considerando as dimensões pedagógicas, sociais e políticas de seus pacientes, a fim de alcançar as populações de estudantes que apresentam alguma dificuldade de aprendizagem.

Enquanto campo de saber cognitivo, a psicopedagogia se faz presente no enfrentamento dos problemas cruciais da educação, inclusive nas associações, hospitais, escolas e centros de atendimento, assumindo uma atuação consciente e comprometida. Assim se apresenta a psicopedagogia, como a área que estuda e trabalha com o processo de aprendizagem e suas dificuldades e que, numa ação profissional, deve englobar vários campos do conhecimento, integrando-os e sintetizando-os.

No entanto, é importante grifar que o psicopedagogo precisa de uma rede de apoio, que possa ajudá-lo no diagnóstico de problemas de saúde física ou mental e discussões de caso, com profissionais da área da saúde, que é o nosso recorte neste trabalho, e que, diante de determinadas situações de queixa escolar, poderá auxiliar no planejamento de intervenções que possibilitem a aprendizagem.

Nesse sentido, a sistematização do atendimento busca a integralidade do paciente. Ao invés de pensar isoladamente em um sujeito doente ou adoecido, deve-se buscar entendê-lo no seu ambiente social mais amplo, na família, na escola, no seu grupo de amigos.

Entende-se que este olhar do psicopedagogo é importante quanto aos problemas reais para a aprendizagem, visando à reeducação e o aprofundamento das condições psicológicas para a produção e construção de conhecimentos básicos.

Weiss (2011), nos traz que todo o diagnóstico psicopedagógico em si é uma investigação do que não vai bem com o sujeito em relação a um rendimento esperado. E para a avaliação psicopedagógica, o paciente é considerado como um todo, pois muitos aspectos podem estar relacionados ao problema de aprendizagem e, por isso devem ser investigados.

Visando então esta investigação psicopedagógica deve-se:

- identificar os principais fatores responsáveis pelas dificuldades deste paciente;
- Levantar o histórico infantil relativo as habilidades acadêmicas e cognitivas relevantes para a dificuldade de aprendizagem apresentadas;
- identificar as características emocionais deste paciente, os estímulos e esquemas de reforçamento aos quais ele responde e sua interação com as exigências escolares propriamente ditas.

Levando-se em conta está sistematização do atendimento é que se propõe além de entrevistas com o paciente, utilizar instrumentos como a: Entrevista Familiar Exploratória Situacional - EFES (Weiss, 1987), entrevistas com toda a família (tipo DIFAJ de A.

Fernandez, 1990), Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA (Visca, 1981), através de sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem (Weiss, 1987), provas e testes diversos, e do diagnóstico operatório (Piaget, 1996), entrevistas com a equipe da escola e com outros profissionais.

Na primeira consulta o psicopedagogo, deve receber a queixa trazida como motivo do encaminhamento para a avaliação lembrando que ela nem sempre irá descrever só o “sintoma”, como trará indícios que indicarão a direção para o início da investigação.

Por isso, a escuta atenta aos pacientes com FC ajudará o profissional, e se faz necessário considerar também a carga de ansiedade demonstrada pelos pais neste primeiro contato, visto que não só o paciente está doente, mas toda a família apresenta sintomas de adoecimento e exaustão.

Neste primeiro contato com os pais ou responsável pelo paciente é realizada também a anamnese, com o intuito de obter mais dados sobre o sujeito. Para Weiss (1999), a anamnese é um ponto importante para que se possa ter um bom diagnóstico, já que através dela é possível a interação das dimensões do passado, presente e futuro do paciente, permitindo analisar a construção ou não de sua própria continuidade e das diferentes gerações, como a visão familiar da história de vida do paciente, que traz consigo todos os preconceitos, normas e expectativas, a circulação dos afetos e do conhecimento, além do peso das gerações depositadas sobre este paciente.

Visca (1987, p. 72) nos apresenta a EOCA, uma Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem, um instrumento inspirado na psicologia social de Pichon-Rivière, nos postulados da psicanálise e no método clínico da escola de Genebra, como uma forma de primeira sessão diagnóstica. Segundo Weiss

“A intenção da EOCA é permitir ao sujeito construir sua própria entrevista de maneira espontânea, porém dirigida de forma experimental. Interessa observar seus conhecimentos, atitudes, destrezas, mecanismos de defesas, ansiedades, áreas expressão da conduta, níveis de operatividade, mobilidade horizontal e vertical etc”. (Weiss apud Visca, 2007, p. 57).

O DIFAJ ou Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada elaborado por Alicia Fernández, em uma instituição hospitalar de seu país, que

tinha o grupo familiar, e não a escola, como mediador na compreensão das dificuldades de aprendizagem.

Segundo Fernández, o DIFAJ, "é um modelo possível para observar a dinâmica de circulação do conhecimento dentro do grupo familiar, articulando com a análise de sua sintomatização em um de seus integrantes".

As PROVAS OPERATÓRIAS de Piaget complementam esta investigação pois nelas o psicopedagogo investigara as interações do paciente com o meio e suas limitações com o tempo e o espaço.

1.7.2. O olhar diferenciado ao atendimento psicopedagógico

É imprescindível abordar nos espaços clínicos, escolares e hospitalares, questões relativas ao atendimento psicopedagógico não só aos pacientes com fibrose cística ou com internações recorrentes como é o nosso recorte para este projeto, mas sim da importância e divulgação deste atendimento. Muito mais que um simples acompanhamento, este atendimento possibilita ao indivíduo a possibilidade de desenvolver suas habilidades para interagir na escola, na sociedade como cidadão e também em atividades profissionais. Essas evidências exigem um olhar reflexivo, cuidadoso e transformador do psicopedagogo nas ações que envolvem aprendizagem e ensino, ligadas a uma nova formatação para a qualidade e expectativa de vida aliadas a educação.

Não se faz admissível hoje uma sociedade engessada, que priorize formas tradicionais de atendimento ou de acompanhamento a estes pacientes (com FC), sem interação com os demais profissionais, que possibilitem outras formas de comunicação e acolhimento. E foi desta demanda que em 1946 surgiu a psicopedagogia na Europa, por J Boutonier e George Mauco, com direção médica e pedagógica. Em centros que uniam conhecimentos da área de Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, e tentavam readaptar crianças com comportamentos socialmente inadequados na escola ou no lar e atender crianças com dificuldades de aprendizagem apesar de serem inteligentes (MERY apud BOSSA, 2000, p. 39).

Hoje segundo o Código de Ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia – ABPp (1996), a Psicopedagogia é “a área de estudo e de atuações no contexto de saúde e educação, tendo como foco o processo de aprendizagem humana”, com sensibilidade e estranhamento.

Sara Paín, psicóloga argentina. Doutora em Filosofia pela Universidade de Buenos Aires, em sua obra contribui para esta teoria psicopedagógica de forma a permitir que o aluno com dificuldade de aprendizagem consiga aprender. Ela entende que a superação da dificuldade é uma oportunidade para que o sujeito deixe de ser marginalizado e integre-se à sociedade.

“A Psicopedagogia Adaptativa, preocupada em fortalecer os processos sintéticos do ego e facilitar o desenvolvimento das funções cognitivas, pretende colocar o sujeito no lugar em que o sistema lhe designou. Diferentemente, optamos por uma psicopedagogia que permite ao sujeito que não aprende fazer-se cargo de sua marginalização e aprender, a partir da mesma, transformando-se para integrar-se na sociedade, mas dentro da perspectiva da necessidade de transformá-la.” (PAÍN, 1986)

Dessa forma, a divulgação, a capacitação e o diálogo entre os profissionais que atuam com os pacientes de FC se faz necessária, visto que o psicopedagogo precisa ser um mediador, especialmente, dos pacientes impedidos de frequentar a escola.

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

Ele irá explorar a construção do conhecimento em toda a sua complexidade, procurando colocar em igualdade os aspectos cognitivos, afetivos e sociais objetivando a melhoria do desenvolvimento das relações humanas tanto em nível pessoal como em nível social.

A Psicopedagogia auxilia na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades através do brincar, da ludicidade, da leitura compartilhada, com jogos pedagógicos, estratégias de estudo e aprendizagem, estes são alguns dos fatores que auxiliam no desenvolvimento de habilidades do aprendente. É através destas ação e observações que vão se construindo

novos conceitos e caminhando para uma aprendizagem significativa, superando obstáculos e ultrapassando desafios colocados a cada sessão. É um trabalho direcionado às dificuldades que o educando apresenta, com o objetivo de promover uma melhora em suas habilidades cognitivas, emocionais e sociais.

O psicopedagogo é um profissional que tem conhecimentos multidisciplinares, porque, em um processo de avaliação diagnóstica, é necessário estabelecer e interpretar dados em várias áreas. Entre elas: auditiva, visual, motora, intelectual, cognitiva, acadêmica e emocional. O conhecimento dessas áreas fará com que o psicopedagogo compreenda o quadro diagnóstico do paciente e favoreça a escolha da metodologia mais adequada para a superação das dificuldades apresentadas.

A psicopedagogia tem como objetivo favorecer e auxiliar aqueles educandos que apresentam dificuldades de aprendizagem, na busca de alternativas para alcançar o saber e ressignificar os conceitos que o influenciam no momento de aprender. Para tanto, reintegrar o paciente a uma vida escolar e social mais satisfatória, e levá-lo a uma relação mais afetiva consigo e com o outro se faz necessário.

Por isso o trabalho terapêutico, em psicopedagogia, busca reintegrar o paciente em sua aprendizagem para que tenha uma vida escolar e social tranquila e adequada, auxiliando, também, para que ele reconheça suas potencialidades, seus limites aprendam a interagir diante deles.

E com o intuito de capacitar estes profissionais e divulgar o atendimento psicopedagógico aos pacientes com fibrose cística (FC) foram feitos seminários, artigos aprovados em congressos nacionais e internacionais, cartilha voltada as escolas e um site de divulgação do trabalho.

1.7.3. Psicopedagogia e fibrose cística

O processo de adoecimento dos pacientes com fibrose cística é um evento traumático pois isso está vinculado a sua luta pela sobrevivência e a sua qualidade de vida. Eles passam por hospitalizações recorrentemente seja por internações programadas para ministra os antibióticos, seja por agravamento da doença. Com isso, são retirados do seu cotidiano e colocados em um ambiente também adoecido. De acordo com o tempo de adoecimento, podem ocorrer complicações no seu desenvolvimento físico e psíquico, ou,

se o quadro for crônico ou agudo, pode levar também a um atraso no seu crescimento, desenvolvimento psicomotor e cognitivo.

O que valida um pressuposto básico de Piaget, que afirma que “o desenvolvimento da criança é um processo temporal por excelência”. (PIAGET, 1972, p. 339).

Para Piaget, este desenvolvimento compreende os campos motores, cognitivos e sócio-afetivo. Entretanto, a ênfase em seus estudos foi nos domínios cognitivos do desenvolvimento.

De acordo com seus estudos, todo indivíduo segue um caminho linear de desenvolvimento que implica em quatro grandes estágios: o sensório-motor, o pré-operatório, o operatório concreto e o operatório formal. Estes estágios se sucedem e são necessários a todos, por isso quando a uma defasagem em alguns destes estágios, o indivíduo apresentará alguma deficiência mais tarde.

Partindo do sensório-motor, a criança que apenas reage ao meio com seu conhecimento inato passará por processos de maturação biológica e aquisição de conhecimentos que serão organizados em esquemas cognitivos instáveis. A aquisição da linguagem será então a grande novidade do segundo estágio, quando ela passará a operar um universo simbólico-mental, habilitando-a para a interação social de onde retirará os elementos empíricos para a elaboração dos seus esquemas cognitivos e a ampliação de seus recursos de interação.

Por fim a criança (já adolescente), será capaz de operar o mundo e suas relações de forma abstrata e completamente reversível, ou seja, poderá vivenciar todas as situações e sensações em seu universo intrapsíquico, que na observação objetiva é impossível determinar os limites de uns e outros. Por isso devemos considerar que fatores emocionais-afetivos, fatores cognitivos dentre outros que contribuiram desde o seu desenvolvimento embrionário, interferem de forma decisiva em cada uma destas etapas. E no caso da FC trabalhamos com Piaget pelo fato do alto índice de mortalidade aos pacientes, visando assim a importância de se evidenciar cada etapa do desenvolvimento mesmo que esta seja curta, pois o indivíduo não pode ser visto como uma doença e sim como um ser em constante desenvolvimento. Paín e Fernández nos trazem então um estudo sobre a aprendizagem “humana”, do ponto de vista das significações do aprender, fortemente influenciado pelas seminais contribuições de Piaget.

E é partir do estudo realizado pelas duas autoras, sobre a indissociabilidade entre as dimensões conscientes e inconscientes do pensamento, do indivíduo aprendente, não

de um paciente ou de uma doença, trabalhado a partir do vínculo com o outro, este sujeito pode se tornar capaz de se reconhecer ativo em sua história e de se responsabilizar pela autoria de seu pensamento e de VIDA.

Baseando-se nas hipóteses piagetinas, Paín desenvolve um modelo de

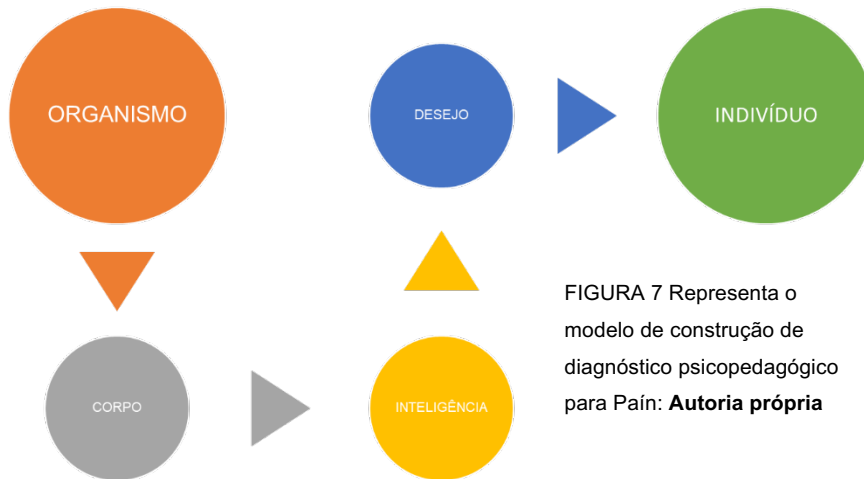


FIGURA 7 Representa o modelo de construção de diagnóstico psicopedagógico para Paín: **Autoria própria**

construção de diagnóstico psicopedagógico, para o qual inclui a necessidade de se conhecer a "modalidade do processo assimilativo-acomodativo". Fernández, retomará este conceito de "modalidade", porém, não mais irá ater-se apenas ao processo assimilativo-acomodativo, tal como

preconizado por Paín, mas introduzirá um novo conceito: "modalidades de aprendizagem". Neste sentido, sempre que falamos em aprendizagem, no campo psicopedagógico, estaremos nos referindo simultaneamente a, pelo menos, quatro elementos que compõem o seu processo:

Todos eles entrelaçados e afetando-se mutuamente. Ora, se o conceito em questão é "modalidades de aprendizagem", este deve incluir os quatro elementos. Na elaboração inicial de Paín - modalidade do processo assimilativo-acomodativo - estaríamos mais fortemente assentados sobre o vértice da inteligência, um dos elementos da aprendizagem. Acompanhando os desenvolvimentos de Fernández; vemos que a descrição da modalidade assimilativa-acomodativa não parece ser suficiente para dar conta da descrição das modalidades de aprendizagem, muito embora, assinala a autora, sigamos trabalhando com os mesmos termos hiper/hipo assimilação/acomodação, originalmente apresentados por Paín.

Levando-se em consideração esses aspectos sobre a adoecimento destes pacientes com fibrose cística, é preciso destacar a importância do ato de aprender dentro dessas circunstâncias, pois aprendendo, o sujeito adapta o mundo externo às suas próprias demandas. A aprendizagem possui uma função integradora, que se relaciona diretamente ao desenvolvimento psicológico. Com a aprendizagem o sujeito poderá atuar em seu

contexto e transformá-lo. Por isso disponibilizar um momento para o paciente hospitalizado aprender significa uma retomada à sua condição de agente de sua realidade, pois durante o processo de aprendizagem, ele age e não somente reage.

Adoecer em qualquer idade implica sofrimentos físicos e afetivos, dificilmente aceitos na fase da infância. Vivenciar hospitalizações com seus procedimentos invasivos e dolorosos, ser privado da convivência com irmão e familiares, do lar, da comida, da cama, dos brinquedos e/ou jogos preferidos, da escola, das atividades de sala de aula, de correr, se divertir e brincar na hora do intervalo, entre outras coisas pode configurar-se como uma ruptura de grande impacto na vida desse sujeito hospitalizado (ACAMPORA, 2015).

Bock e Teixeira (2000) descrevem que a adoecimento provoca uma situação de privação das interações com seus grupos sociais de origem, e essa privação tem sérias consequências sobre a construção da subjetividade, como a maneira de sentir, pensar, fantasiar, sonhar, amar e fazer de cada um. Assim cada ser humano apresenta respostas distintas diante das experiências vividas e, sobretudo, quando estas acarretam dor e sofrimento, como no caso do adoecimento. Para as crianças, a experiência hospitalar tem um papel muito relevante na compreensão das coisas e dos fatos, incluindo-se aí tanto a doença quanto a internação hospitalar.

O olhar humanizado do psicopedagogo com a atenção à saúde para pacientes com fibrose cística não está relacionado apenas as suas questões biológicas, mas também aos cuidados cognitivos e sociais destes pacientes. É um olhar voltado para uma atenção integral ao paciente, percebendo-o como um ser com necessidades a serem atendidas, com dúvidas e anseios na procura de respostas que revelem os sentidos deste fenômeno: adoecer.

Quando não é levada em consideração a fragilidade da condição de existência deste paciente, no momento de adoecimento, exacerba-se um quadro potencializador de traumas, pois eles são expostos a situações de fragilidade e desamparo, o que ocasiona, muitas, vezes, reações de pavor e de angústia.

O hospital pode se tornar um espaço para se desenvolver as aprendizagens múltiplas. Daí a necessidade de o paciente saber o que está acontecendo, o porquê do adoecimento, dos procedimentos invasivos, entender a lógica da rotina hospitalar, etc. E, para tanto, o papel do psicopedagogo passa também por essa ajuda que tende a reduzir o sofrimento por ajudar a criar estratégias de enfrentamento. Constatamos atualmente, que tanto pais quanto professores procuram poupar os pacientes, independentemente de sua

idade, da dor e do sofrimento e, para tanto, usam como alternativa o silenciamento acerca dos processos de adoecimento e adoecimento. Essa dificuldade de dialogar sobre a dor gera desconhecimentos, preconceitos e, em alguns, casos, estigmas.

Os processos de aprendizagem no hospital, em pacientes internados, acontecem geralmente de forma individual. Mas é preciso destacar a interação do paciente com a equipe médica, enfermeiros, e técnicos que atuam nesse ambiente. Tais profissionais também aprendem e trocam experiências entre si.

Nesse processo de aprendizagem, sempre há alguma transformação, onde novos modelos mentais surgem a partir da aprendizagem individual e/ou em grupo, surgindo novas ideias norteadoras de seu processo de adoecimento e cura, gerando novas estratégias para lidar com esta etapa de vida, gerando novas ações e novos aprendizados (FONTES, 2005)

A construção das práxis da intervenção psicopedagógica humanizada implica preparo consistente aliado a uma orientação e treinamento específico para trabalhar em ambiente hospitalar. Para tanto, ele deve ter noções terapêuticas que fazem parte da rotina da enfermagem, sobre as patologias que acometem estes pacientes e os problemas decorrentes para a eles e seus familiares fora do hospital.

Nesse sentido, deve-se ressaltar a importância da escuta sensível uma vez que fatos sociais desencadeiam processos subjetivos em ambientes hospitalares. Segundo Barbier (2007), a escuta sensível reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara. Ela compreende sem, entretanto, aderir às opiniões ou se identificar com o outro, com o que é enunciado ou praticado. A escuta sensível no que diz à criança adoecida pode ajudar o psicopedagogo a captar os sentidos das palavras que foram ditas e debaixo delas os sentidos inaudíveis. Ouvir as histórias de vida dos pacientes (crianças) pode ser um dos caminhos para compreendê-los melhor e ajudá-los a ressignificar os processos de adoecimento e adoecimento.

Mediar, no hospital, as relações e as aprendizagens nesse lugar de busca pela vida é um papel a ser desempenhado pelo psicopedagogo, com alegria, sorriso, afetividade e tranquilidade disposto a ouvir sensivelmente vozes e silêncios. Pois a linguagem, segundo (VYGOTSKY, 1998) apresenta-se como suporte e expressão do pensamento humano. Enquanto os instrumentos utilizados pelo homem como um meio para modificar sua ação externa sobre o ambiente. Há a ação reversa da linguagem sobre a modificação do pensamento e de si mesmo.

A individualização na perspectiva vygostkyana manifesta-se como um processo mediado pela socialização, seja afetiva, ou linguisticamente. A identidade dos sujeitos socializados constrói-se simultaneamente no meio do entendimento intrassubjetivo de sua própria história de vida. O processo de aprendizagem torna-se um fator terapêutico para o paciente hospitalizado, cujo objetivo é dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem, através da análise de possíveis dificuldades, explorando suas habilidades, com atividades de cunho ludo pedagógico, a fim de promover o desenvolvimento das mesmas nos aspectos cognitivos, socioafetivos e psicomotor.

1.7.4. Psicopedagogia, FC e a ACAMRJ

A proposta para uma sistematização a estes pacientes baseia-se principalmente no trabalho desenvolvido pela Associação Carioca de Assistência a Mucoviscidose do Estado do Rio de Janeiro – ACAMRJ, uma ONG que trabalha no 3º setor com um atendimento diferenciado, com um olhar voltado ao paciente e as suas necessidades sejam elas físicas ou psíquicas.

A ACAMRJ desenvolve este trabalho multidisciplinar a 30 anos. E em 2011 completou o seu quadro de funcionários pensando também nas dificuldades de aprendizagem destes pacientes.

Desde então estes pacientes passam por um acompanhamento multidisciplinar que vem dando certo e tendo resultados.

Antes da contratação deste profissional quem fazia este link entre paciente e educação era a assistente social da instituição, que tinha um olhar voltado apenas para a ausência deste paciente em caso de internação estreitando o contato com a pedagoga hospitalar.

Em 2011 quando foi contratado o primeiro profissional de educação na instituição, este olhar mudou, passou-se a olhar o paciente como um indivíduo que aprende e não só uma pessoa adoecida.

Este trabalho buscou então mapear os pacientes em idade escolar, a sobrevivência dos pacientes naquele momento e estreitar as lacunas deixadas pela doença entre escola, profissionais de saúde e equipe multidisciplinar com o auxílio da família que exerce uma função fundamental na recuperação destes pacientes, pois seu apoio e acolhimento.

...podem garantir ao paciente a integridade da sua subjetividade, que muitas vezes fica diluída no ambiente profissional e impessoal do hospital,

auxiliando-o a fortalecer-se internamente, suportando o afastamento do mundo externo e lidando com situações aversivas e difíceis, como procedimentos e exames (Oliveira & Sommermam, 2008, p.124).

Com a divulgação do trabalho realizado pela associação nas palestras com os pais, os mesmos começaram a procurar a ONG com o intuito de relatar as dificuldades de seus filhos na escola e com o processo de aprendizagem.

Neste processo de aprendizagem começou-se a observar que o fator principal para as dificuldades apresentadas era o adoecimento psicoemocional e social, provocado pela doença. Já que em muitos casos estes pacientes tem uma sobrevida baixa.

A fim de compreender então esta relação entre aprendizagem e o processo saúde-doença, numa perspectiva do modelo biopsicossocial, integrado ao adoecimento físico e mental que do ponto de vista social, desperta maior clareza nas questões sociais, atingindo desde o significado de aprendizagem, relacionamento e satisfação pessoal (paciente) no seu dia a dia.

Alicia Fernández (1991) também nos traz em sua obra a percepção sobre a aprendizagem e os problemas que a envolvem, apresentando uma proposta de diagnóstico interdisciplinar com a criança e sua família: DIFAJ (Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada). Em um processo de aprendizagem, onde o paciente põe em jogo o seu organismo (o corpo, construído a partir da relação com o outro), a sua inteligência e o seu desejo de ordem inconsciente.

Esta aprendizagem, depende do trânsito entre uma postura (aprendente) do paciente e outra (ensinante) dos profissionais que o acompanham, ou seja, ser ensinante implica abrir espaços para que a aprendizagem aconteça. O aprendente precisa de adulto (pais, professores...) que ACREDITEM em seu potencial, e que lhe proporcionem autonomia e autoria (FERNÁNDEZ, 2001a).

2. CRITÉRIOS PARA A SISTEMATIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM FC

A sistematização no atendimento dos pacientes com FC objetiva-se em proporcionar maior familiaridade ao atendimento psicopedagógico através de um acompanhamento com natureza nos processos biológicos de Piaget, através do diagnóstico operatório, visando explorar a inteligência aprisionada, como diz Alicia Fernández, das pessoas acometidas pela fibrose cística, tornando assim este atendimento mais explícito.

O que segundo Fernandes, 2007, estimula a compreensão do tema, pois para realizar o diagnóstico psicopedagógico, deve-se escolher os instrumentos apropriados ao sujeito e com eles explorar suas potencialidades, levando-se em conta que todos são capazes de aprender, e construir novas concepções. Esta ressalva é feita para estes pacientes já que muitos não apresentam de fato problemas cognitivos, mas sim de fundo psicoemocional, não inventado, mas vivido interiormente por cada um. No último Congresso Brasileiro de Fibrose Cística realizado de 01 a 04 de maio de 2019 em Campinas/SP, foram apresentados alguns trabalhos sobre ADESÃO AO TRATAMENTO NA CONDIÇÃO DE DOENÇA CRÔNICA, e como esta adesão é fundamental para o sucesso do tratamento nas doenças crônicas, em um processo complexo e dinâmico, envolvendo fatores ligados aos pacientes, à família, à equipe multiprofissional e à estrutura da rede de cuidados. As dimensões que extrapolam os aspectos ligados ao uso de medicamentos. Os profissionais da equipe de saúde que poderão acolher, a partir de diferentes perspectivas, a complexidade das demandas decorrentes do tratamento.

A palestrante e psicóloga Alexandra Quittner dos EUA, trouxe a pesquisa que está sendo realizada por ela e uma equipe multiprofissional que trata de: COMO AVALIAR AS DIMENSÕES DO CUIDADO: A VOZ DOS PACIENTES E CUIDADORES. Que traz expressivamente esta reflexão, olhar o indivíduo como um todo, e buscar enxergá-lo por suas capacidades e não por suas limitações, através da exploração da queixa principal, que as vezes pode se apresentar como uma dificuldade de aprendizagem, mas que coexistem temporalmente como um sintoma.

Para isto esta pesquisa, propõe além de entrevistas com o paciente, instrumentos como: Entrevista Familiar Exploratória Situacional - EFES (Weiss, 1987), entrevistas com toda a família (tipo DIFAJ de A. Fernandez, 1990), Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA (Visca, 1981), através de sessões Lúdicas Centradas na

Aprendizagem (Weiss, 1987), provas e testes diversos, e do diagnóstico operatório (Piaget, 1996), entrevistas com a equipe da escola e com outros profissionais.

As pessoas com FC, especialmente entre 6 e 12 anos, precisam da ajuda dos professores e da equipe da escola para seguirem com os tratamentos necessários durante o período escolar e para que esse processo não traga tantos impactos negativos para o dia a dia das aulas. Pois elas sempre terão FC. Já que está doença é causada por uma mutação genética, o que significa que ela não é contagiosa.

Ainda não há cura para a mucoviscidose, mas os tratamentos melhoram a qualidade de vida.

Por isso os pacientes e suas famílias precisam se dedicar muito, todos os dias, ao tratamento, para mantê-los saudáveis, onde pois a rotina diária inclui: fisioterapia respiratória, para manter os pulmões livre do muco; uso de bronco dilatadores; ingestão de enzimas pancreáticas em todas as refeições; atividade física; dietas hipercalóricas; uso de antibióticos; e acompanhamento frequente com uma equipe multidisciplinar.

Por causa disso estes pacientes podem ter muitas faltas na escola, já que a rotina escolar pode ser alterada devido as infecções, que são muito comuns a FC, levando a internações, e assim precisando faltar por vários dias.

Isso porque estes pacientes são mais vulneráveis as bactérias, por isso devem evitar entrar em contato com germes e bactérias. Para isso, é fundamental realizar a higiene das mãos frequentemente (lavar com água e sabão ou usar álcool em gel) e cuidar com a ventilação da sala, especialmente quando outros colegas da sala estiverem resfriados.

Mas mesmo com todas estas limitações estes pacientes devem ser tratados da mesma forma que os outros. Pois os pacientes com FC terão suas próprias experiências, pensamentos, ideias, preferências e comportamentos, como qualquer outra pessoa. A doença faz parte da vida delas, porém não deve ser um motivo para limitar suas experiências vida escolar.

Para isso o processo diagnóstico precisa ter embasamento teórico para mostrar o nível de entendimento do sujeito em situação de aprendizagem. No caso do presente estudo são propostos os seguintes instrumentos: entrevista inicial com os pais, entrevista com o sujeito, anamnese, visita domiciliar, visita escolar e acompanhamento psicopedagógico com

EOCA (Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem), provas operatórias, e técnicas projetivas.

No entanto, cabe ao psicopedagogo realizar uma leitura psicopedagógica destes pacientes ao longo do processo diagnóstico, não se limitando apenas aos resultados destas testagens.

Para isso foram trabalhados alguns autores como: Maria Lúcia Weiss, Sara Paín, Jorge Visca e Alícia Fernandes.

Weiss (2012), nos faz pensar o diagnóstico não apenas pelo uso de testes e provas. Mas ressalta a importância de se fazer uma avaliação qualitativa ao longo do processo de testagem, pois caso contrário o psicopedagogo terá uma visão incompleta gerada apenas pelos resultados que precisam ser voltados para a solução do problema da aprendizagem.

E isso para o paciente com FC é imprescindível já que em muitos casos este não terá problema cognitivo, mas sim, problemas psicoemocionais que levam a comorbidade de problemas como as DA.

Por isso Weiss (2012) aconselha o cuidado por parte do psicopedagogo durante a aplicação e observação clínica.

Segundo Sara Paín (1985), as provas projetivas aqui sugeridas no trabalho, irão auxiliar no diagnóstico psicopedagógico, pois permitirão a avaliação através da devolutiva apresentada pelo paciente, e a sua relação com os sentimentos de agressividade ou medo diante das situações por ele vivenciadas, que no caso da FC se dá através das internações, dos medicamentos constantes, da alimentação regulada e das limitações físicas.

As provas projetivas sugeridas também neste trabalho, como seu nome sugere, tratam de desvendar quais são as partes do sujeito postas nos objetos que aparecem como suportes da identificação e que mecanismos atuam diante de uma instrução que obriga o sujeito a representar-se em situações estereotipadas e carregadas emotivamente. (PAÍN, 1985, p.61).

Com estas provas Visca busca estudar as redes de vínculos que o paciente estabelece em três grandes domínios: o escolar, o familiar e consigo mesmo. Em cada um desses domínios - com diferenças individuais - será possível reconhecer três níveis em relação ao grau de consciência dos distintos aspectos que constituem o vínculo: neste caso será o da aprendizagem.

Visca propõe um trabalho com a aprendizagem em que o principal objeto de estudo são os níveis de inteligência, com as teorizações da psicanálise sobre as manifestações

emocionais que representam seu interesse, aqui muito importantes quando se fala de FC, pois é exposto por ele um esquema evolutivo com base interacionista, estruturalista e construtivista. Ou seja, a pessoa total, através de sua interação tem como resultado uma construção de conhecimento, convergindo assim as três linhas teóricas (VISCA, 1987).

Nas provas operatórias é importante observar e anotar detalhadamente as falas do paciente as questões apresentadas através das suas atitudes, seus argumentos, e suas soluções.

Pois no diagnóstico estas respostas serão divididas em três níveis. Nível 1, não há conservação, ou seja, o paciente não atinge o nível operatório, nível 2, as respostas apresentam oscilações, instabilidade, conserva em alguns momentos e em outros não; e no nível 3 demonstra aquisição da noção sem vacilação. De acordo com Visca (1995):

A aplicação das provas operatórias tem como objetivo determinar o nível de pensamento do sujeito, realizando uma análise quantitativa, e reconhecer as diferenças funcionais realizando um estudo predominantemente qualitativo, ou seja, sua aplicação nos permite investigar o nível cognitivo em que a criança se encontra e se há defasagem em relação à sua idade cronológica (VISCA, p. 11, 1995)

Fernández (1991), sugere que para este diagnóstico psicopedagógico, o profissional deva então valorizar a escuta do paciente, e os significados que ele trará na sua fala. Pois ele é um sujeito epistêmico, que interage com o meio construindo assim o seu conhecimento.

3. SISTEMATIZAÇÕES DO ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO AOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Em decorrência dos sintomas ocasionados pela FC, crianças em faixa etária escolar entre 6 e 12 anos são afetadas direta e indiretamente pelas interações recorrentes, visto que esta patologia prejudica o bom desenvolvimento da criança por conta da diarreia devido a não absorção de gordura pelo organismo, mas sobretudo pelas infecções pulmonares de repetição, uma doença que prejudica diversos sistemas do corpo humano, e caso não diagnosticada precocemente e tratada corretamente pode levar a uma vida limitante e ou incapacitante, com restrição de atividades, como estudar e trabalhar.

Sendo assim a intervenção psicopedagógica seja ela domiciliar, clínica ou hospitalar com estas crianças tem como premissa contribuir junto aos outros profissionais na promoção da inclusão das modalidades de atendimento e demanda destes pacientes com Fibrose Cística, objetivando a valorização do potencial deste sujeito e não suas limitações. Neste contexto o impacto dos atendimentos psicopedagógicos trabalha com cunho multidisciplinar na busca pela implementação de um processo humanizado na relação e no trato com a criança adoecida com mucoviscidose.

É importante sempre ressaltar que o estado da criança adoecida não se fragiliza apenas nos aspectos orgânicos, mas no afetivo, no psicoemocional e cognitivo. Nessa perspectiva, a discursão deste protocolo visa promover uma metodologia que trabalhe o desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança com Fibrose Cística adoecida, oferecendo ferramentas de comunicação com sua realidade familiar e no processo de ensino-aprendizagem, que tende não só identificar uma futura dificuldade de aprendizagem como também intervir com recursos como brinquedos, jogos, livros, revistas, e recursos audiovisuais itinerantes (constituídos por jogos, livros, DVD e computador) devidamente limpos e esterilizados, sendo alguns destes materiais descartados após o uso ou individualizado devido à condição física deste paciente.

Estas atividades devem ser organizadas por meio de planejamento prévio, porém é preciso ressaltar que elas não devem ser imutáveis – dependem do estado físico da criança no dia do atendimento. Este trabalho deverá ser realizado em parceria com a Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose do Estado do Rio de Janeiro – ACAMRJ, o Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ – IFF e o Hospital dos Servidores Federais - HSE, na busca de uma metodologia voltada ao crescimento cognitivo e intelectual destas crianças na faixa etária de 06 a 12 anos de idade, de ambos os sexos, em situações

de comorbidade psicoeducacionais, orientando para à minimização do sofrimento causado pela adoecimento e por eventuais sequelas psicoemocionais decorrentes deste processo, em uma atuação coordenada, entre os diferentes profissionais envolvidos com o paciente, apresentando uma contribuição interdisciplinar, científica e metodológica de cada área.

E para se trabalhar com esta proposta psicopedagógica de identificar, diagnosticar e explicar as causas dos bloqueios de aprendizagem, destacam-se as provas operatórias (provas piagetianas). Rubinstein nos traz que “nos últimos anos, essas provas vêm sendo utilizadas [...] como um recurso” para “avaliar as possibilidades de raciocínio e de construção do conhecimento da criança, na fase escolar” (2014, p.70). E ainda na visão de Weiss:

As provas operatórias têm como objetivo principal determinar o grau de aquisição de algumas noções chave do desenvolvimento cognitivo, detectando o nível de pensamento alcançado pela criança, ou seja, o nível de estrutura cognitiva que opera (2012, p.106)

Sendo assim, a sistematização do atendimento psicopedagógico em um protocolo irá trabalhar a interferência das situações de comorbidade psicoeducacionais que influenciam na construção do conhecimento destas crianças a partir das séries iniciais do ensino mostrando ao psicopedagogo o grau de aquisição e algumas noções chave do desenvolvimento cognitivo delas, detectando o nível de pensamento alcançado por elas, ou seja, o nível de estrutura cognitiva em que ela opera.

A sistematização dos procedimentos que servem como guia no atendimento psicopedagógico aos pacientes com fibrose cística é um conjunto de procedimentos que se propõe a ser semiestruturado: com eixos definidos de avaliação, investigação, categorização e análise; e por flexibilidade quanto a sua aplicação, levando-se em conta a variedade de mutações da fibrose cística e a complexidade do cotidiano destes pacientes com FC e/ou internações recorrentes que não permitem o engessamento do acompanhamento psicopedagógico. A proposta da utilização desta sistematização não se refere a um questionário, uma escala, um formulário, uma entrevista, uma tabela de comportamento, ou um registro, os instrumentos utilizados aqui, são materiais propostos, para abordar, atuar e pensar o atendimento e acompanhamento psicopedagógico de forma a ser coeso, inclusivo, humanizado, maleável e adaptável às circunstâncias, utilizando as regras padrões e as formalidades da atuação, onde tais elementos se referem à ética e aos

cuidados exigidos pela situação adversa de adoecimento destes pacientes, o que não impede à assistência de caráter acolhedor, compreensivo e receptivo, primordial a atenção refinada do trabalho psicopedagógico.

Este desenvolvimento sistematizado da atuação psicopedagógica na área da saúde potencializa uma visibilidade do papel deste psicopedagogo junto às equipes com quem atua. Por isso a importância de se ter um protocolo de atendimento psicopedagógico, elaborado metodologicamente em 3 etapas: (1) levantamento bibliográfico das demandas; (2) elaboração de instrumento de entrevista e (3) estabelecimento da rotina de atuação. Como resultado, buscando-se a estruturação em seis eixos: (a) o conhecimento por parte do paciente com fibrose cística e/ou internações recorrentes das suas limitações; (b) o comprometimento com o tratamento; (c) o enfrentamento das suas limitações; (d) o desenvolvimento cognitivo; (e) o desenvolvimento socioafetivo, e (f) o desenvolvimento psicomotor.

A sistematização da rotina de atendimento deverá ser estruturada tendo como diretrizes: a busca pelo atendimento integral à saúde do paciente com fibrose cística, o diálogo contínuo com a equipe multidisciplinar tendo o paciente em tratamento como centro. Com o objetivo de direcionar o paciente na conquista do prazer, libertando sua inteligência, buscando: (a) oferecer contribuições psicopedagógicas como disciplina para compreender o processo de ensino e aprendizagem; (b) encorajar a integração da informação sobre a saúde e a doença fortalecendo a importância do tratamento; (c) promover a divulgação e a capacitação de psicopedagogos; e (d) informar a comunidade psicopedagógica, médica e o público em geral sobre os resultados de pesquisas recentes e atividades de serviço nessa área.

Cabe relevar que se pretende com tal proposta a sistematização dos atendimentos efetuados, orientando a atuação psicopedagógica de profissionais a partir de procedimentos padronizados, cujos resultados poderão subsidiar uma proposta de intervenção.

É importante ressaltar, que tais instrumentos devem ser constantemente aperfeiçoados sendo, inclusive, consideradas para sua implementação as especificidades de cada localidade e instituição.

Quadro proposto para a Sistematização do atendimento psicopedagógico aos pacientes com fibrose cística

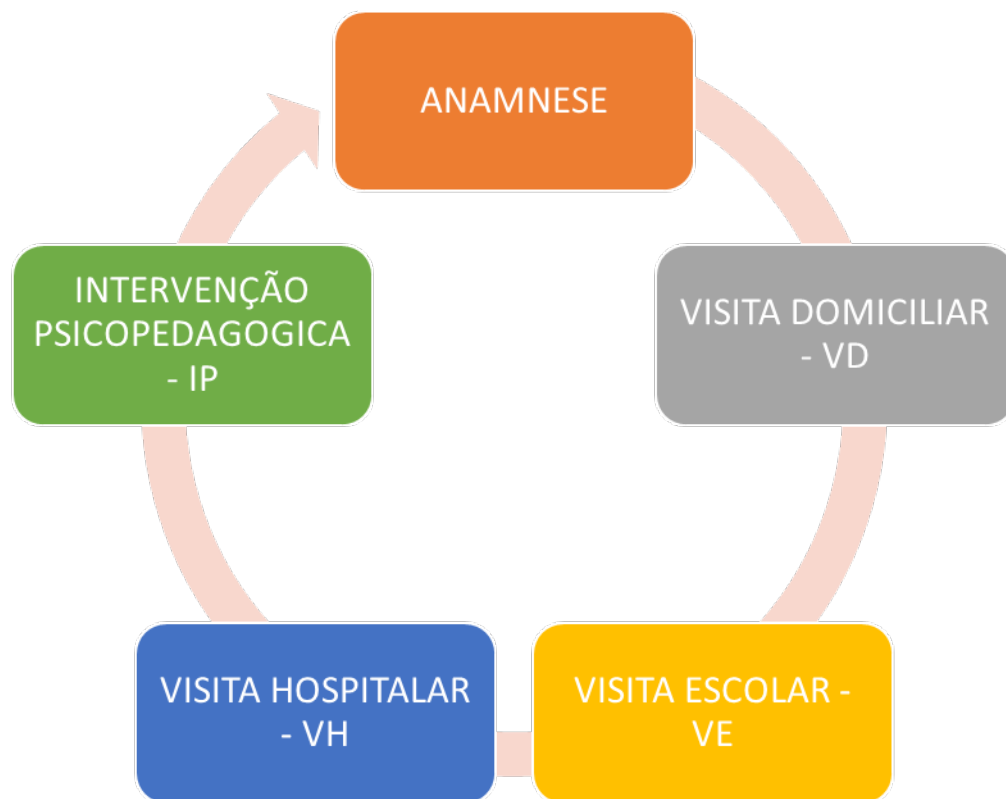


Figura 8 Ciclo proposto pelo protocolo para a o acompanhamento psicopedagógico: Autoria própria

3.1. Anamnese

É uma entrevista **Familiar Exploratória Situacional ou EFES**, com foco mais específico, considerada como um dos pontos cruciais de um bom diagnóstico, que visa colher dados significativos sobre a história do paciente na família, integrando passado, presente e projeções para o futuro, favorecendo a percepção da inserção do mesmo na família e sua influência neste núcleo.

Para Weiss (2012), ela oferece uma resposta para a queixa, analisando como acontece a aprendizagem do paciente e a não aprendizagem do mesmo.

Ela propõe uma análise a partir de três perspectivas. A primeira perspectiva é a da sociedade. Nesse aspecto é que levamos em conta as particularidades dos pacientes com FC, sua cultura, as condições político-sociais e econômicas, sua estrutura social, as

ideologias dominantes no contexto familiar e as relações explícitas ou implícitas desses aspectos com a educação escolar.

A segunda perspectiva é a da escola, que para os pacientes com fibrose cística, é sugerido que a escola conheça a doença, conheça seu aluno para assim desmistificar alguns pontos. É nesta perspectiva este conhecimento não deve ser isolado, pois segundo a autora "A escola não é isolada, mas, pelo contrário, é um reflexo da sociedade (p. 17)."

Todo esse conjunto de fatores faz com que não haja investimento dos alunos e de suas famílias, do ponto de vista emocional, para a aprendizagem escolar, já que a expectativa de vida dos pacientes com FC gira em torno de 25 anos de idade. E as crianças são mais afetadas com uma expectativa de vida de aproximadamente 15 anos.

Para a autora esse movimento seria uma condição interna básica, em muitos casos do fracasso escolar pela má condução do processo de ensino. Weiss afirma que:

Outras falhas escolares estão na qualidade e na dosagem da quantidade de informações a serem transmitidas e na "cobrança" ou avaliação da aprendizagem. Tais situações, se malconduzidas, são geradoras de uma ansiedade insuportável para o aluno, chegando à desorganização de sua conduta por não aguentar o excesso de ansiedade. (Weiss 2012, p.22)

A terceira perspectiva é a do aluno, e suas condições internas de aprendizagem, intrasubjetividade e ou psicoemocionais. Para a autora, apenas 10% dos casos encaminhados a ela para diagnóstico psicopedagógico tinham sua causalidade no aluno, e sim ligadas à sua história pessoal e familiar.

É necessário levar em consideração alguns aspectos ligados às três perspectivas para as dificuldades de aprendizagem.



Figura 9 Demonstra os 5 aspectos que podem interferir para as dificuldades de aprendizagem: Autoria própria

Os aspectos orgânicos: relacionam-se à construção biofisiológica do paciente. As alterações nos órgãos sensoriais que podem impedir ou dificultar a aprendizagem. É importante ressaltar que dar uma educação diferenciada às crianças portadoras de Fc ou outra alteração orgânica pode levar à formação de problemas emocionais em diversos níveis, gerando dificuldades na aprendizagem escolar.

Nos aspectos cognitivos: ligados ao desenvolvimento e funcionamento de estruturas cognoscitivas. Inclui os ligados à memória, a atenção, a antecipação, e etc.

Os aspectos emocionais: ligados ao desenvolvimento afetivo e sua relação com a construção do conhecimento e a expressão deste através da produção escolar. Remete aos aspectos inconscientes envolvidos no ato de aprender.

Aspectos sociais: ligados ao contexto em que estão inseridas a família e a escola.

Aspectos pedagógicos: metodologia do ensino, avaliação, quantidade de informações, estruturação de turmas, etc. Estes aspectos contribuem muitas vezes para o aparecimento de uma "formação reativa" aos objetos da aprendizagem escolar e confunde-se na maioria das vezes, com dificuldades de origem familiar ou pessoal do aluno.

Weiss (2012), alerta para o diagnóstico psicopedagógico, que se faz necessário estar atento aos seguintes eixos de análise:

Eixo horizontal: exploração do campo presente, das causas que coexistem temporalmente com o sintoma, a grandeza do desvio existente no aqui e agora. Para isto a autora utiliza, além de entrevistas com o paciente, instrumentos como: Entrevista Familiar Exploratória Situacional - EFES (Weiss, 1987), entrevistas com toda a família (tipo DIFAJ de A. Fernandez, 1990), Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA (Visca, 1981), em Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem (Weiss, 1987), no Diagnóstico Operatório (Piaget), e entrevistas com a equipe da escola e com outros profissionais.

Eixo vertical: busca histórica e contextualizada da construção geral do indivíduo. Para isto a autora utiliza: anamnese com a família, com a escola e com outros profissionais, análise de documentos (laudos, relatórios escolares, registros, álbuns fotográficos).

De acordo com a autora (p. 34):

O objetivo básico do diagnóstico psicopedagógico é identificar os desvios e os obstáculos básicos no Modelo de Aprendizagem do sujeito que, o impedem de crescer na aprendizagem dentro do esperado pelo meio social. Assim, para conhecer esse Modelo de Aprendizagem, conta-se, nos dois eixos descritos, com dados oriundos das observações da escola, da família e obtidos diretamente pelo terapeuta e por outros profissionais. Entendo como Modelo de Aprendizagem o conjunto dinâmico que estrutura os conhecimentos que o sujeito já possui, os estilos usados nessa aprendizagem, o ritmo e áreas de expressão da conduta, a mobilidade e o funcionamento cognitivos, as modalidades de aprendizagem assimilativa e acomodativa e suas de distorções [...], os hábitos adquiridos, as motivações presentes, as ansiedades, defesas e conflitos em relação ao aprender, as relações vinculares com o conhecimento em geral e com os objetos de conhecimento escolar, em particular, e o significado da aprendizagem escolar para o sujeito, sua família e a escola.

Para Weiss (2012), na anamnese, serão levantados dados das primeiras aprendizagens, evolução geral do sujeito, história clínica, história da família nuclear, história das famílias materna e paterna e história escolar. O psicopedagogo deverá deixá-los à vontade “... para que todos se sintam com liberdade de expor seus pensamentos e sentimentos sobre a criança para que possam compreender os pontos nevrálgicos ligados à aprendizagem”.

Paín (1992), diz que algumas circunstâncias do parto como falta de dilatação, circular de cordão, emprego de fórceps, adiamento de intervenção de cesárea, “costuma ser causa da destruição de células nervosas que não se reproduzem e também de posteriores transtornos, especialmente no nível de adequação perceptivo-motriz”.

É interessante perguntar se foi uma gravidez desejada ou não, se foi aceito pela família ou rejeitado. Se o fato da descoberta da FC afetou a família e como, pois estes pontos poderão determinar aspectos afetivos dos pais em relação ao filho.

Posteriormente é importante saber sobre as primeiras aprendizagens não escolares ou informais, tais como: como aprendeu a usar a mamadeira, o copo, a colher, como e quando aprendeu a engatinhar, a andar, a andar de velocípede, a controlar os esfínteres, etc. A intenção é descobrir “em que medida a família possibilita o desenvolvimento cognitivo da criança – facilitando a construção de esquemas e deixando desenvolver o equilíbrio entre assimilação e acomodação...” (WEISS, 1992, p. 66).

É interessante também saber sobre a evolução geral deste paciente, como ocorreram seus controles, sua aquisição de hábitos, sua aquisição da fala, a alimentação, o sono etc., se ocorreram na faixa normal de desenvolvimento ou se houve defasagens.

Se a mãe não permite que a criança faça as coisas por si só, devido a fragilidade da doença, se existe uma superproteção, se não permite também que haja o equilíbrio entre assimilação e acomodação por parte do paciente em sua aprendizagem. Pois alguns pais retardam este desenvolvimento privando a criança de, por exemplo, comer sozinha para não se lambuzar, engasgar, tirar as fraldas para não se sujar e não urinar na casa, é o chamado de hipoassimilação segundo Paín (1992), ou seja, os esquemas de objeto permanecem empobrecidos, bem como a capacidade de coordená-los.

Por outro lado, existem casos de internalização prematura dos esquemas, é o chamado de hiperassimilação segundo Paín (1992), pais que forçam a criança a fazer determinadas coisas das quais ela ainda não está preparada para assimilar, pois seu organismo ainda está imaturo, o que acaba acelerando negativamente o pensamento da criança. É interessante saber se as aquisições foram feitas pela criança no momento esperado ou se foram retardadas ou precoces.

Saber sobre a história clínica dos pacientes com FC, como foram tratados, os diferentes laudos a que foram submetidos, o histórico escolar, quando começou a frequentar a escola, sua adaptação, primeiro dia de aula, possíveis rejeições, entusiasmo, porque escolheram aquela escola, trocas de escola, enfim, os aspectos positivos e negativos e as consequências na aprendizagem.

Todas estas informações são essenciais na anamnese e devem ser registradas para que se possa fazer um bom diagnóstico.

A anamnese psicopedagógica deve conter:

- Identificação do paciente;
- Queixa inicial;
- História da doença atual;
- História familiar (de doenças);
- História pessoal (da amamentação até os dias atuais);
- Histórico físico;
- Histórico mental;
- Exames complementares;
- Diagnóstico.

MODELO DE ANAMNESE PSICODAGÓGICA



Psicopedagoga Aleksandra Sales

I - DADOS PESSOAIS Prontuário...../.....

Nome: _____

Nascimento ____/____/____ Sexo () M () F Naturalidade: _____ idade: ____ anos

Tem apelido? () N () S Qual? _____ Ele(a) gosta? () S () N

Por que tem esse apelido? _____

End. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____

Fones para contato: RES: _____ CEL : _____

II- CONSTELAÇÃO FAMILIAR (Quem convive na mesma residência)

NOME	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	INSTRUÇÃO	PROFIÇÃO

III – VIDA ESCOLAR

Escola: _____ Série que cursa: _____

End. _____

Fone: _____ Contato: _____

Profª _____ Horário _____

Queixa da escola _____

Indicado por _____

Dificuldades que possam prejudicar a aprendizagem/rendimento escolar (sensórias, motoras, emocionais, e outras):

Já fez ou faz acompanhamento com algum profissional:

Educacional: _____

Psicólogo: _____

Fonoaudiólogo: _____

Outro: _____

IV – VIDA PRÉ-NATAL

CONCEPÇÃO :

Filho (a) desejado (a) () sim () não

Você queria engravidar? () sim () não

Foi acidental? () sim () não

Perturbou a vida do casal ou de um dos pais ? () sim () não

Como foi a gestação? (cuidados pré-natais, doenças, sintomas, alimentação)

V – PARTO

Normal () Cesariana () Fórceps () Incubadeira ()

Como foi o parto? (sofrimento fetal, má oxigenação, lesões)

Apresentou algum problema ao nascer? _____

Peso: _____ Altura: _____

VI – VIDA PÓS-NATAL

Foi amamentado no seio? _____ Até quando? _____

Recebeu alimentação artificial? _____ Usava chupeta? _____

Até quando? _____ Onde dormia? _____

Como foi a passagem do peito para a mamadeira? _____

Quando e como começou o controle dos esfíncteres (xixi e cocô)?

Atualmente é capaz de controlar:

De noite () Sim () Não

De dia () Sim () Não

Existe ou existiu algum caso de doença ou vício na família?

Materna: () Sim () Não Qual? _____

Paterno: () Sim () Não Qual? _____

VII - EVOLUÇÃO PSICOMOTORA

Ficou no cercadinho () sim () não

Engatinhou () sim () não

Com que idade andou? _____ Caía muito () sim () não

Quem ensinou a andar? _____

Usou andajar? _____

Era corajoso (a) ao subir uma escada? () sim () não Era corajoso ao explorar, engatinhando, um novo espaço? () sim () não

Com quem andava melhor? _____

Como evoluiu a coordenação dos movimentos finos(segurar um brinquedo, uma colher, rabiscos que fazia)

E dos grandes músculos? (Chutar uma bola, correr) _____

Hoje

É estabonado (a)? () sim () não

Faz natação? () sim () não

É agitado (a)? () sim () não

Anda de patins? () sim () não

Anda de bicicleta sem rodinha? () sim () não

Sobe em árvores? () sim () não

VIII - FALA

Com que idade começou a falar? _____

Com quem falava mais? _____

Falava(m) para ele(a) repetir? () sim () não

Quais foram as primeiras palavras? _____

Trocava letras? () sim () não Quais? _____

Falava muito errado? () sim () não

Hoje:

Troca letras? () sim () não

Fala muito / pouco (ansioso) () sim () não

Fala de uma forma que todos entendem? () sim () não

Dê um exemplo de como ele(a) fala _____

Consegue dar um recado? () sim () não

Faz compra sozinho (a)? () sim () não

Como conta uma história / um caso / uma novela? () sim () não

Dê um exemplo: _____

Você entende o que ele(a) conta? () sim () não

Tem começo, meio e fim? () sim () não

IX - SONO

É agitado? () sim () não É sonâmbulo? () sim () não Tem pesadelos? () sim () não

Dorme só ou acompanhado? _____ Com quantas pessoas? _____

Quando acorda vai para a cama dos pais? () sim () não

Tem medo de dormir sozinho? () sim () não Enurese noturna? () sim () não

X - HISTÓRIA CLÍNICA:

Ocorreram:

Fibrose Cística ()

Bronquite? () sim () não Alergia? () sim () não Asma? () sim () não

Vírose infantil? () sim () não Internações? () sim () não Cirurgias? () sim () não

Outras doenças: _____

Problemas de visão? () sim () não

Audição? () sim () não

Problemas psicossomáticos (verificar os possíveis deslocamentos e a eventual relação com a não aprendizagem)

XI - ESTIMULAÇÃO:

A criança tem acesso a:

Brinquedos pedagógicos? () sim () não Jogos Educativos? () sim () não Revistas? Livros? () sim () não

Brinquedos eletrônicos? () sim () não

De que atividades ele (a) participa: _____

Música? () sim () não _____

Dança? () sim () não _____

Esporte? () sim () não _____

XII - SITUAÇÕES NEGATIVAS VIVENCIADAS PELA CRIANÇA (através de alterações familiares)

Nascimento de irmãos () sim () não _____

Mudanças () sim () não _____

Mortes () sim () não De quem? _____

Desempregos () sim () não _____

Separações () sim () não _____

Atitude dos pais diante da falta de limite do filho (a): _____

Como a criança reage? _____

Tem alguém que a protege? () sim () não Quem? _____

É muito censurada? () sim () não _____

Relaciona-se bem com:

o pai ()sim ()não a mãe ()sim ()não os irmãos ()sim ()não _____

Os pais sabem ler e escrever? ()sim ()não _____

Quem o auxilia na lição de casa? _____

Como é o ambiente de brincadeira no dia a dia? Quais brincadeiras? _____

Qual prefere? _____

Como se relaciona com os colegas? _____

É líder? ()sim ()não Chora nas brincadeiras? ()sim ()não

Qual o programa preferido na TV? _____

Assunto ou lazer que interessa à criança: _____

XIII - HISTÓRIA ESCOLAR: (considerar: entrada precoce ou tardia na escola, trocas, constantes de escolas, como se processou a alfabetização, dificuldades da mãe para lidar com as exigências escolares)

Frequentou creches? ()sim ()não Quando entrou para a escola (idade): _____

Quem escolheu a escola? _____

Repetiu ano? ()sim ()não Por que? _____

Houve problema com professor (s)? ()sim ()não. Qual? _____

Como é a atitude em sala de aula? _____

Falta muito à escola? ()sim ()não. Por quê? _____

Faz reforço? ()sim ()não Ele gosta do reforço? ()sim ()não

O que você acha da escola? (há uma abertura, um diálogo? ou é tradicional? _____

XIV - CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE

() APÁTICO () MUITO SENSÍVEL () INSOCIÁVEL
() DISTRAÍDO () AGITADO () TRISTE
() DISPERSO () IRRITADO () CALADÃO

XV - FIINALIZANDO:

Cada item avaliado foi respondido com os critérios abaixo especificados, de acordo com a questão colocada. Observações que se tornem necessárias, serão feitas no final do relatório:

(S) Sim.

(CA) Com auxílio.

(SA) Sem auxílio.

(N) Não.

(ED) Em desenvolvimento.

(NA) Não apresentado ao/a aluno (a).

1) Desenvolvimento Cognitivo: neste aspecto é considerado o desenvolvimento da criança no pensar e no agir observado nas habilidades para resolução de situações do cotidiano e relacionados ao conhecimento lingüístico e lógico matemático; o uso das diferentes formas de linguagem, como a oral, escrita e corporal e também habilidades sensoriais como leitura de imagens e percepção dos sentidos.

A) Linguagem

- Conhece os amigos pelos nomes.
- Expressa-se através de frases completas.
- Expressa suas idéias com clareza.
- Usa a linguagem que expressa suas vivências.
- Mostra uma atitude positiva para as atividades propostas – modelagem, pintura, colagem, desenho livre, brinquedos e brincadeiras.

B) Matemática:

- Diferencia o tamanho dos objetos: grande e pequeno.
- Diferencia quantidade: muito e pouco.
- Identifica as formas.
- Continua séries lógicas de dois elementos.
- Identifica as cores primárias.
- Realiza um quebra cabeça de dois elementos.

2) Desenvolvimento Psicomotor: neste aspecto a criança deve apresentar apropriação e conhecimento das potencialidades corporais no desenvolvimento de atividades de expressão corporal com movimentos amplos, e com movimentos finos, como recortar, alinhar, amassar, pinçar etc; ainda neste aspecto, considera-se o auto-conhecimento, isto é, a identificação do corpo, de suas partes e o todo; o uso do corpo na expressão das emoções, na revelação das tristezas, ansiedades, alegrias, satisfação, segurança e também ao deslocamento com segurança na percepção de seus movimentos no espaço.

A) Desenvolvimento Psicomotor:

- Caminha e anda bem sozinho(a).
- Correr.
- Pula de diversas maneiras.
- Anda coordenadamente em atividades variadas.
- Acompanha ritmos.
- Rasga e amassa folha de papel facilmente.
- Identifica o local onde deve guardar seu material: mochila e lancheira.
- Joga bolas de papel em um cesto colocado a uma certa distância.
- Acompanha ritmos.

3) Desenvolvimento Sócio-afetivo: neste aspecto, considera-se a construção da auto-estima, revelada através das atitudes refletidas na convivência diária e social, de valores como: carinho, respeito, solidariedade, amizade etc., o que contribuirá na concepção das diferenças de temperamento, de intenções, de hábitos, de costumes e de cultura assim como a compreensão de si mesmo e dos outros no grupo, consolidando o processo de construção e a autonomia de sua identidade.

- () Mantém um bom relacionamento com a Pedagoga.
- () Tem facilidade de relacionamento.
- () Busca apoio, quando necessário.
- () Sente-se orgulhoso do que consegue fazer.
- () Compartilha seus brinquedos.
- () Reage ao ser contrariado
- () Utiliza regularmente objetos transacionais, como chupetas.

OBSERVAÇÕES

ENCAMINHAMENTO:

- () psicólogo () neurologista () fonoaudiólogo
- () oftalmologista () otorrino () pediatra
- () outros: Encaminhamento para uma psicomotricista, reforço escolar nas disciplinas de português e matemática.

Aleksandra Sales
Psicopedagoga

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

3.2. Visita domiciliar – VD

O modelo diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada - DIFAJ proposto por Fernández destaca que, muitas vezes, os diagnósticos rotuladores limitam o futuro intelectual do paciente. E, prestam-se também, para camuflar a inabilidade de alguns profissionais da área da Educação e da Saúde ou para tranquilizá-los, à medida que atribuem rótulos a um indivíduo - que na melhor das hipóteses - torna-se uma marca que o acompanha. Sendo por isso constantemente avaliado, examinado, medido, mas, pouco ou nada ouvido.

Para os pacientes com FC esta fala representa grande parte do que é vivido pelos pacientes, pois estes são vistos como “coitadinhos”, “doentes”, “que tem problemas e vão morrer logo”, e por isso não tem o direito a lutar pela sua representatividade na sociedade. Assim a análise proposta por Fernández (DIFAJ) para um diagnóstico às dificuldades de aprendizagem apresentadas pelos indivíduos segue um modelo organizador utilizado para observar a dinâmica familiar com relação a circulação do conhecimento do indivíduo e analisar o sintoma deste. Que pode ser utilizado como um instrumento para teoria psicopedagógica na conduta clínica.

Alícia Fernández ressalta a importância do olhar do psicopedagogo, no atendimento clínico para que sempre que achar necessário possa fazer as alterações necessárias. Ela mesma afirma tê-lo feito inúmeras vezes.

Pois o DIFAJ foi pensado como um modelo diagnóstico que contemplasse a família, o aprendente com dificuldade de aprendizagem e a instituição educativa. Levando-se em conta a situação socioeconômica do aprendente/paciente, um tempo mais reduzido para realização do mesmo, visando diminuir os altos índices de deserção e as características individuais de cada criança/jovem que fracassavam na aprendizagem.

A utilização deste modelo foi a necessidade de uma abordagem preventiva aos pacientes com FC, com a comprovação da participação da família, por isso a utilização da Visita domiciliar para a manutenção do sintoma no aprender e a participação da instituição educativa seja a família ou a escola na manutenção do fracasso escolar.

O Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada (DIFAJ) trabalha sobre a ótica de um olhar diferenciado sob a Aprendizagem e suas rupturas. E, como tal, deve ser utilizado apenas como instrumento e não como fim.

Na visita Domiciliar este instrumento de intervenção é fundamental como estratégia de Saúde da Família, utilizado para conhecer as condições de vida e saúde física e mental das famílias trabalhadas auxiliando o psicopedagogo através da coleta de dados, para saber se:

- O paciente está fazendo o acompanhamento médico ou não, no caso dos pacientes com FC;
- Quem são os profissionais que fazem este acompanhamento;
- Registrar com objetividade a queixa que a família traz sobre as dificuldades de aprendizagem do paciente;
- Dados sobre a família: registrar somente os dados pertinentes aos objetivos definidos para a visita.
- Atividades a serem desenvolvidas: definir junto a família o tipo de atividade que será desenvolvida durante o acompanhamento psicopedagógico, como coletar dados sobre as condições de vida e trabalho da família;
- Relatório da VD: deve conter uma síntese das informações coletadas, das observações e das intervenções realizadas. O relatório deve contemplar a avaliação da VD, que deve ser feita tendo como referência os objetivos propostos inicialmente. Anotar ainda as impressões sobre o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo paciente ou por seus familiares.

Objetivos da Visita Domiciliar

- Esta atividade deve ser compreendida como um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após a visita ao paciente no domicílio.
- E a sua efetivação implica o uso de técnicas de entrevista e de observações sistematizadas

MODELO PARA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA VISITA DOMICILIAR



Psicopedagoga Aleksandra Sales

DATA ____/____/20____		ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DOMICILIAR		Prontuário/..... ..
IDENTIFICAÇÃO				
NOME:				
ENDEREÇO:				
TELEFONE:				
QUEIXA PRINCIPAL				
CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE	ACAMADO	INTERNADO	DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO	OUTROS :
VINCULO FAMILIAR	BOM		REGULAR	INSATISFATÓRIO
CUIDADOR	FAMILIAR:		AMIGO:	OUTRO:
SITUAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA	< 1 SALÁRIO		DE 1 A 3 SALÁRIOS	> QUE 3 SALÁRIOS
O PACIENTE APRESENTA AUTONOMIA PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA?		SIM	PARCIAL	NÃO
ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS				

Aleksandra Sales / Psicopedagoga

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

3.3. Visita escolar – VE

Assim como a visita domiciliar, a visita escolar é um instrumento também que intervêm na forma como a sociedade vê o paciente e a doença.

Na visita escolar a sistematização do trabalho vem acerca da educação, e divulgação da doença e dos cuidados básicos que podem ser feitos como:

- Orientação do corpo docente sobre a doença e dos cuidados que os pacientes precisam;
- Divulgação através de materiais informativos;
- Reuniões com os pais e responsáveis;
- Acompanhamento do desempenho do paciente na escola;

VISITA ESCOLAR (VE): _____



Psicopedagoga Aleksandra Sales

REUNIÃO:

Data da Reunião: ____/____/20____ Local: _____ Das: _____ às _____

Relator do documento: Aleksandra Sales

Objetivo da Reunião (Pauta): DIFUNDIR CONHECIMENTO A INSTITUIÇÃO DE ENSINO EM QUESTÃO

Participantes da Reunião:

Nome	Empresa/Área	Contato

Síntese da Reunião

Locutor	Assunto
Aleksandra Sales	

Ações

#	Descrição da Ação	Responsável	Prazo	Status
1.	Orientação a Diretora e Coordenadora Pedagógica sobre a doença.	Aleksandra Sales	30 dias + 30 dias	
2.	Palestra com pais e responsáveis	Aleksandra Sales	30 dias + 30 dias	
3.	Divulgação de material informativo	Aleksandra Sales	30 dias + 30 dias	

SUGESTÕES PARA LIMPEZA E CUIDADOS COM O AMBIENTE



Evitar o fumo, a poeira, a sujeira, as fumaças, os produtos químicos domésticos, pó de giz e o mofo ou bolor;

Limpeza do chão e do banheiro:

Deverá ser feita duas vezes ao dia (por volta das 12h e ao final do dia)



1º- Passar com um pano, água diluída com água sanitária (uma colher de sopa de cloro para um litro de água), utilizar Equipamentos de Proteção Individual (luva de borracha e máscara);

Limpeza do mobiliário:

Passar álcool 70% NOS OBJETOS MANIPULADOS PELO FIBROCÍSTICO.

Os estofados tem que ser de fácil limpeza, e deverão ser forrados por plástico ou material similar.

Limpeza do Ar-condicionado:

Limpar o filtro semanalmente.

EVITAR USO DE VASSOURA, principalmente a de Piaçava, pois propicia a suspensão de partículas.



Solicitação de Visita

Se você precisa de uma visita MULTIDISCIPLINAR a sua instituição para maiores esclarecimentos sobre Fibrose Cística entre em contato para agendar um horário.

E-mail: aleksandrasales@gmail.com

Uma criança da turma tem Fibrose Cística. E agora professor?

Aleksandra Sales
Pedagoga/Psicopedagoga



Uma criança da sua turma tem Fibrose Cística. E agora Professor?

Você pode estar confuso sobre a doença e aprensivo sobre como esta criança vai afetar sua sala de aula. Você pode estar pensando que já é responsabilidade demais supervisionar uma turma cheia de crianças relativamente saudáveis e mais uma criança com **Fibrose Cística**. O que isso significa na prática para você Professor?

Significa que você é professor de uma criança que tem uma **doença crônica**, ainda sem cura, que frequentemente causa problemas respiratórios e digestivos sérios. Uma vez que os sintomas da doença se manifestam de maneira diferente, é impossível definir claramente a saúde física e a atitude emocional do seu aluno com Fibrose Cística. Pois a gravidade desta doença **GÊNÉTICA** varia de pessoa para pessoa, mesmo dentro da mesma família. Provavelmente a condição do seu aluno com **FC** é boa ou regular, permitindo-o frequentar a escola o tempo todo ou parte dele. Mas em outro extremo há aqueles jovens e crianças cujas condições são tão sérias que não lhes permite ir à escola regularmente.

Então seu aluno com **FC** pode ser tanto uma criança do **PRÉ** como um jovem terminando o **ENSINO MÉDIO**. Mas não importa a idade ou condição, ele é um indivíduo, não uma doença.

Sinais e sintomas

- Tosse produtiva com expectoração;
- Pneumonias de repetição;
- Perda progressiva e rápida de peso;
- Suor salgado;
- Diarreia frequente;
- Sinusite crônica.



Diagnostico

- Teste do pezinho do 3º ao 5º dia de vida do Bebê;
- Teste do suor;
- Teste genético.



Mitos e Verdade sobre Fibrose Cística

- **NÃO É CONTAGIOSA;**
- Alguns casos são possíveis de ser detectados antes do nascimento da criança;
- Não é causada por algo que a mãe tenha feito ou ingerido durante a gravidez;
- Por ora, a Fibrose Cística não tem cura. Mas, mediante um tratamento permanente as crianças podem desenvolver-se e levar uma vida normal, ativa, alegre e produtiva.

Medidas para um bom Estilo de Vida

Entre os exames médicos, se faz necessário praticar o bom auto-cuidado e seguir um estilo de vida saudável. Parte importante deste estilo de vida saudável é seguir uma dieta muitas vezes rica em calorias, não esquecendo das frutas, legumes e cereais integrais. Sempre com o acompanhamento do nutricionista para saber a quantidade a ser ingerida. Não esquecendo que o paciente fibrocístico tem a necessidade de:

- Tomar enzima antes das refeições, para uma melhor absorção dos nutrientes;
- Ter um descanso prolongado entre atividades físicas;
- Uma necessidade maior de ir ao banheiro para expelir secreção;
- Estar sempre em lugar arejado;

Outras medidas de estilo de vida incluem:

- Não fumar e evitar proximidade do tabaco;
- Lavar as mãos com frequência para reduzir o risco de infecção;
- Fazer fisioterapia **(com recomendação médica)**;
- Limpar ou retirar muco ou secreções das vias respiratórias. Isso deve ser feito de uma a quatro vezes por dia.
- Beber líquidos em abundância. Isso é especialmente correto para bebês, crianças, em clima quente, quando houver diarreia ou fezes soltas, ou durante atividade física adicional;
- Exercícios duas ou três vezes por semana. Natação, corrida e ciclismo são boas opções **(com acompanhamento médico)**.



3.4. Visita hospitalar - VH

As intervenções psicopedagógicas hospitalares são ações de intervenções desenvolvidas durante a internação do paciente. TOMASINI (2007) nos apresenta esta prática, como apoio ao paciente entre a teoria da educação e a saúde, onde estabelecer um diálogo que possa dar fundamento à real necessidade deste aluno/paciente. Esta prática procura, através de uma socialização humanizadora, poder interpretar e traduzir as perspectivas do aluno, permitindo-lhe explorar suas potencialidades. Os saberes e as práticas podem ser diversos, pois existe uma percepção de que a educação não se limita a um simples ato programado e intencional ou a algum conceito científico, mas às descobertas significativas que formam e transformam a educação. O autor complementa ainda:

Percebe-se que a construção do conhecimento, de novos saberes, faz-se em todos os lugares, a qualquer momento. Mesmo que não se caracterize uma ação intencionalmente pedagógica, pode ser considerada educativa para as pessoas das classes hospitalares, escolas hospitalares, atores sociais de um cenário em constante transformação, que se encontram enfermas e que continuam possuindo o direito à educação. (TOMASINI, 2000, p. 67-68).

Freire (1996) entende que estes saberes que são necessários à prática educativa exigem reflexões de caráter específico e humano. E por isso deve-se levar em conta tanto nas instituições escolares quanto nas hospitalares, essa especificidade individual de cada indivíduo, para que a mesma possa ser preservada. E o que possibilita a capacidade dessa troca de saberes entre o psicopedagogo e o paciente é o comprometimento que este profissional assume ao utilizar as práticas ou até mesmo modificá-las durante sua intervenção no processo de construção cognitiva do aluno/paciente.

3.5. Intervenção psicopedagógica - IP

Para que se possa obter um resultado na intervenção psicopedagógica se faz necessário um planejamento baseado em uma intervenção, voltada para o trabalho na queixa principal do paciente como um meio eficaz, como forma de prevenção.

A sistematização deste trabalho orientado por recursos cognitivos e emocionais permitirá ao paciente, não apenas o sucesso na aprendizagem, mas possibilitará ao mesmo o resgate de sua autoestima e autonomia.

Daí a importância da intervenção psicopedagógica como forma de prevenção ao problema de aprendizagem que na literatura é apresentada de várias formas, na visão psicopedagógica.

Alicia Fernández (2001) diz que todo sujeito tem sua modalidade de aprendizagem e os seus meios para construir o próprio conhecimento, e isso significa uma maneira muito pessoal para se dirigir e construir o saber.

Piaget (1976) busca auxílio na linha cognitivista para desenvolver uma caracterização do processo de aprendizagem, e afirma que a aprendizagem é um processo necessariamente equilibrante, pois faz com que o sistema cognitivo busque novas formas de interpretar e compreender a realidade enquanto o aluno aprende.

Porém, quando se trata de aprendizagem, não se deve relacionar este problema simplesmente com ao aluno, pois, a aprendizagem não é um processo individual, ou seja, não depende só do esforço de quem aprende, mas sim de um processo coletivo.

Pergunta-se, então por que o paciente com fibrose cística apresenta dificuldades de aprendizagem? Na verdade, a FC não causa problemas cognitivos mais os seus sintomas trazem algumas comorbidades pelo adoecimento.

Com isso o afastamento da escola não é a razão do problema, mas sim a consequência. E para investigarmos a causa é necessário examinar o sintoma. O termo sintoma é empregado por Bossa (2002) ao referir-se a qualquer tipo de obstáculo que leve ao fracasso escolar. Incluído nesse âmbito, encontram-se as dificuldades de aprendizagem, as quais Fonseca refere-se como:

Um conjunto heterogêneo de desordens, perturbações, transtornos, incapacidades, ou outras expressões de significado similar ou próximo, manifestando dificuldades significativas, e/ou específicas, no processo de aprendizagem verbal, isto é, na aquisição, integração e expressão de uma ou

mais das seguintes habilidades simbólicas: compreensão auditiva, fala, leitura, escrita e cálculo” (2007, p.136)

E o procedimento inicial para se explicar a origem das dificuldades de aprendizagem (DA) partiu da medicina, que atribuiu a sua origem a fatores biológicos - disfunções neurológicas ou retardos de maturação (BOSSA, 2002). Em muitas das vezes para os pacientes de FC a DA está ligada aos retardos de maturação, tendo como consequências os problemas quanto à adaptação social, quanto ao convívio com outras crianças e com a autoestima.

Segundo SAMPAIO (2014b), as DA são influenciadas por condições externas e internas em diferentes cenários: escolar, familiar, sociocultural, efeito colateral de medicamento e estágio emocional abalado.

E podem manifestar-se de forma leve, moderada, grave, geral, específica e de curta ou longa duração (DOCKRELL & MCSHANE, 2000) e acionadas a qualquer momento ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Para Paín (1985) existem fatores que devem ser considerados na avaliação das DA: Fatores Orgânicos – saúde física: investigação neurológica; funcionamento glandular; tipo de alimentação; condições de segurança e qualidade do sono, fatores específicos – transtornos na área da adequação perceptivo-motora, fatores psicógenos - fatores psicológicos: inibição, neuroses etc, e fatores ambientais – inter-relações familiares; possibilidades, quantidade, qualidade, frequência e abundancia de estímulos; tipo de moradia, bairro, escola; lazer, esportes; acesso aos diferentes tipos de mídia.

É o que ainda nos apresenta Fernández (2001) sobre a importância da família, que também é responsável pela aprendizagem deste indivíduo, já que os pais são os primeiros ensinantes e os mesmos determinam algumas modalidades de aprendizagem aos mesmos.

Esta consideração também nos remete a relação professor-aluno, para essa mesma autora, “quando aprendemos, aprendemos com alguém, aprendemos daquele a quem outorgamos confiança e direito de ensinar. ”.

Paín (1985) tratar o tema intervenção juntamente com o do diagnóstico, em crianças com problemas de aprendizagem que demonstra que o não-aprender pode ser um sintoma que precisa ser desvendado e suas origens estão na constituição orgânica (que estabelece os limites) e na articulação dos pacientes com seus pais.

Existem diferentes modelos de sequência diagnóstica, como os que trouxeram para a psicopedagogia a herança da clínica psicológica tradicional, cujo diagnóstico é composto de anamnese (entrevista com a família buscando conhecer a história do sujeito), testagem e provas pedagógicas, laudo (relatório) e devolução ao paciente ou família, necessariamente nesta ordem, ou como a proposta da Epistemologia Convergente de Jorge Visca (1987), em que a sequência diagnóstica é composta de uma Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA), testes para averiguar a estrutura cognitiva e emocional, entrevista de anamnese e elaboração do informe psicopedagógico para o sujeito e para a família.

Tomando por referência principal a Epistemologia Convergente, do autor Jorge Visca, Levando em consideração a: QUEIXA PRINCIPAL, para o planejamento de instrumentos formais de investigação da área cognitiva.

Que segundo Piaget nos apresenta em uma descrição detalhada e específica de estágios universais no desenvolvimento humano que proporciona um esclarecimento para quando e como uma criança está pronta para aprender ou para desenvolver formas específicas de conhecimento e compreensão.

A Epistemologia Genética de Piaget pode ser explicada como o estudo dos mecanismos de formação do conhecimento lógico – noções de tempo, espaço, objeto, etc. – e da gênese (nascimento) e a evolução do conhecimento humano, demonstrando as relações dinâmicas entre a aprendizagem e desenvolvimento.

Através de suas pesquisas ele verificou que o aprendizado era um processo no qual a criança gradativamente ia se aprimorando à medida que ultrapassa níveis mais complexos do conhecimento. Sua teoria pressupõe que os seres humanos passam por uma série de mudanças ordenadas e previsíveis, as quais denomina, estágios ou períodos de desenvolvimento. A teoria abrange o processo de conhecer as etapas pelas quais o ser humano passa à medida que vai adquirindo conhecimento. Segundo Ciasca (2003, p 81),

[...] o desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget desde os seus primórdios, é uma construção contínua, empreendida pelo próprio sujeito a partir de sua interação com seu meio (físico e social), que formará estruturas cognitivas cada vez mais complexas.

Piaget postulou para o desenvolvimento intelectual que os atos biológicos são atos de adaptação ao meio físico e organizações do meio ambiente, sempre procurando manter

assim um equilíbrio (WADSWORTH, 1998, p. 7). Esses estágios são responsáveis por mudanças nas estruturas cognitivas, resultantes da interação do indivíduo com a realidade, na medida em que ele busca organizar seus conhecimentos, adaptando e modificando seus esquemas de assimilação e acomodação para atingir o equilíbrio.

Quando Piaget se refere ao desenvolvimento intelectual está tratando não só de aspectos mentais, mas também do crescimento orgânico. Em um intercâmbio ativo entre o organismo humano e o meio, que resultará assim em estruturas mentais organizadas. Onde algumas dessas estruturas serão perpétuas, outras substituídas, dando lugar então a novas estruturas. Posto isto, pode-se dizer que a mente humana se encontra num ciclo constante de construção de esquemas, buscando aperfeiçoá-los para atingir um estado de equilíbrio superior ao que anteriormente possuía.

Já para os estágios cognitivos ele afirma que:

“Existe [...] uma inteligência antes do pensamento, antes da linguagem” (Piaget, 1973). Para Visca (1991 p.45) essa inteligência “não é inata nem adquirida, mas sim o resultado de uma construção devida à interação das pré-condições do sujeito e as circunstâncias do meio social.”.

Piaget observou também que a medida que vai crescendo a criança, adquire novas qualidades agregadas ao seu pensamento. Para isso, durante o processo de crescimento, o indivíduo atravessa diferentes e sucessivas etapas (Piaget, 1973). Ele dividiu essas observações em seis estágios do desenvolvimento, que marcam o aparecimento dessas estruturas construídas sucessivamente. Classificados como: inteligência sensório-motora (do nascimento até os 2 anos aproximadamente), inteligência simbólica ou pré-operatória (de 2 aos 7- 8 anos), Inteligência operatória concreta (de 7- 8 a 11-12 anos), inteligência operatória formal (a partir de 12 anos, com equilíbrio entre 14-15 anos) (DOLLE, 2002, p. 104).

MODELO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADES POR ENCONTRO



Psicopedagoga Aleksandra Sales

		Nº DO RELATÓRIO _____				
Início do Encontro:	Término do Encontro:	Atividade				
_____ h	_____ h					
RESUMO DO ENCONTRO						
ESTADO DE ÂNIMO DO PACIENTE:						
COMPORTAMENTO DO PACIENTE:						
EDUCADO	MAL-EDUCADO	ANIMADO	DISPOSTO	INDISPOSTO	DISTRAÍDO	CONCENTRADO
ALGUM FATOR INTERFERIU PARA O ANDAMENTO DO ENCONTRO?						
SIM	NÃO	QUAL?				
CLASSIFICAÇÃO DO ENCONTRO	1	2	3	4	5	
SUGESTÕES E OBSERVAÇÕES PARA O PRÓXIMO ENCONTRO						

3.6. A Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA

Este instrumento visa identificar as dificuldades de aprendizagem e de que ordem é essa dificuldade (cognitiva, emocional, orgânica-funcional etc). Ela deve ser realizada de maneira que se põe em evidência o aprendizado espontâneo do paciente, oportunizando materiais diferentes de acordo com a faixa etária e queixa do mesmo. Com folhas pautadas, lápis, borracha, papeis variados, livros, giz de cera, canetinha etc. A partir disso comandos específicos da psicopedagogia direcionam o trabalho para a observação da conduta do aprendiz. Elementos como a mudança de conduta, desorganização, justificativas verbais ou pré-verbais, aceitação, recusa e outros são captados e utilizados para as futuras interpretações e planejamento do trabalho de cada aprendiz.

Vale ressaltar que o profissional será um observador da conduta do paciente, abrindo mão da utilização de diferentes consignas, e intervindo e colocando limites somente se necessário. É possível realizar mais de uma entrevista de EOCA dependendo de cada caso.

Jorge Visca (1987), afirma que durante este processo, é necessário observar também a temática das atividades; a dinâmica, que é expressa através da postura corporal, gestos, tom de voz, modo de sentar, de manipular os objetos etc; e o produto feito pelo paciente, que será a escrita, o desenho, as contas, a leitura etc, permitindo assim uma primeira avaliação do nível pedagógico. A partir da análise desses três aspectos, levantam-se as hipóteses para continuidade do processo.



Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem

Nome: _____ DATA: ____/____/____

Existem 3 Aspectos que fornecerão um sistema de hipóteses a serem verificados em outro momento do diagnóstico, são eles:

Temática	Dinâmica	Produto
----------	----------	---------

Procedimentos para realização da E.O.C.A

Material: folhas pautadas e lisas, lápis novo sem ponta, borracha, cola, apontador, jogos com regras, livro ou revista, tesoura, compasso, esquadro, etc.

- O material disposto na mesa
- O material de acordo com a idade
- O material na sua forma mais simples e conservada
- deixar os materiais em suas próprias embalagens

Observações que podem ser feitas sobre as modalidades de aprendizagem que podem ser destacadas ao fim da entrevista na: Aprendizagem | Assimilação - acomodação: Como? Por quê? Quando?

Hipoacomodativo / Hipoassimilativo



Nesta modalidade o sujeito sente dificuldade para pensar, para ouvir uma aula ou assistir a um vídeo. Há também uma inibição cognitiva e demonstra dificuldade na interação com o objeto e uma dificuldade na internalização das imagens, falta de desajeito e iniciativa.

Hiperacomodativo



A criança traz vários assuntos enquanto realiza a atividade, começa a perguntar, questiona, mas não costuma ouvir para já está formulando outra pergunta. Lembra-se dos detalhes e não desvia o foco.

Rejeição da escrita e da leitura	
Vínculo positivo ou negativo com a aprendizagem sistemática	
Não articula o pensar e o fazer	
Dificuldade com o planejamento e organização ou o contrário	
Medo ao ataque	
Baixa autoestima	
Perfeccionismo auto exigência	
Fixação oral	
Melhor rendimento e interesse na aprendizagem assistemática do que sistemática	
Problemas na visão	
Problemas na fala	
Dificuldade com a coordenação motora	
Hipoassimilativo	Não posso / Não me interessa
Hiperassimilativo	Não sei
Hipoacomodativo	Não sei / Não me interessa
Hiperacomodativo	Não posso

3.7. As Provas operatórias

Ao realizar o diagnóstico, deve-se escolher os instrumentos apropriados ao sujeito levando-se em conta todos os fatores que possam estar influenciando o paciente, e através deles explorar suas potencialidades, levando-se em conta que todos são capazes de aprender, e construir novas concepções. Isso quer dizer que devesse olhar o indivíduo como um todo, e buscar enxergá-lo por suas capacidades e não por suas limitações.

Por intermédio das provas operatórias é possível investigar e avaliar o nível cognitivo da criança e constatar se este realmente corresponde a sua idade cronológica ou se existe alguma defasagem. Rubinstein afirma que,

... essas provas avaliam a noção de conservação e as operações lógicas de classificação e seriação, nos níveis concreto e formal, e encontram-se diluídas na obra de Piaget. Alguns autores fizeram a seleção e organização das mesmas com o intuito de facilitar a sua utilização clínica ou escolar (2014 p. 70)

No entanto, deve-se observar alguns critérios antes de administrar essas provas. Um dos primeiros é a necessidade de estabelecimento de vínculo entre o entrevistador e o entrevistado, pois a ausência de vínculo pode gerar certo desconforto e apreensão no entrevistado podendo esses aspectos emocionais vir a interferir no processo avaliativo.

Outro aspecto importante é o levantamento de hipóteses por parte do entrevistador como ponto de partida para a investigação.

Ainda, deve-se ter atenção ao aplicar as provas, que no caso dos pacientes com FC podem não corresponder a faixa etária, já que muitas das vezes eles apresentam uma relação ao nível cognitivo baixo, mas que depende de cada criança ou adolescente. Ou seja, as provas não podem estar abaixo ou acima do nível cognitivo esperado para uma determinada faixa etária.

O processo de investigação também se dá através de diálogos informais e flexíveis, adaptáveis ao contexto encontrado seja na clínica, na escola ou no hospital, deve-se apenas prestar bastante atenção e observar se as respostas e justificativas do entrevistado, já que será por meio delas que os processos de pensamento serão expostos em um

contexto deve ser estudado: o comportamento, o posicionamento, a fala, as inquietações, as apreensões, os argumentos, a organização ou desorganização, a manipulação dos objetos, as ansiedades, as apatias, etc.

Entretanto, para que se possa analisar e avaliar o material coletado é imprescindível que se conheça bem as características das etapas do desenvolvimento humano (abordadas no capítulo 1 desta pesquisa).

A eficácia da investigação, feita através do uso das provas, se dará pela competência do entrevistador ao aplicá-las. Pois é preciso que ele possua domínio de todo o processo: a aplicação, a evolução e a obtenção de hipóteses e conclusões. Pois o conhecimento não está no sujeito nem no meio que ele vive e sim na iteração dos dois.

A partir deste pensamento Piaget formulou uma teoria sobre esta inteligência do sujeito, e a partir disto surgiram propostas pedagógicas para formular as metodologias de ensino.

Com isso as provas operatórias permitem investigar se o sujeito já atingiu um estágio cognitivo no qual deve ser capaz de realizar operações mentais. Elas dão um bom direcionamento do nível de raciocínio lógico, indicando em qual dos estágios piagetianos o sujeito avaliado se encontra.

As provas devem ser apropriadas a idades específicas e às problemáticas do paciente.

As provas piagetianas são um importante instrumento avaliativo do nível de desenvolvimento cognitivo do aprendente, já que elas possibilitam constatar o desenvolvimento ou de construções cognitivas, como a noção de conservação, operações lógicas de classificação, de seriação, de compensação. Podendo-se avaliar também se o indivíduo já construiu os conceitos de número, espaço, tempo, ordem e velocidade.

Dentro deste pensamento formal, pode-se também ser verificado se o paciente já é capaz de operações mais complexas como a lógica da probabilidade, a combinatória e a indução de leis. As provas operatórias podem indicar que o sujeito investigado se encontra num estágio de desenvolvimento cognitivo, que segundo Piaget, pode ser abaixo do esperado para sua idade cronológica; o que de fato que pode explicar muitos fracassos

escolares, posto que é cobrado desse aluno uma aprendizagem de conteúdos para o qual ele ainda não está pronto cognitivamente.

As provas também ajudaram o psicopedagogo no processo interventivo, pois irão contribuir para que o psicopedagogo compreenda onde estão as lacunas e pontos falhos da atividade lógica. Em consequência, ele saberá que operações, que tipo de estruturas, que noções, deste ou daquele domínio de conhecimento, deverá construir com a criança, segundo a tabela 3 apresenta.

IDADE	CATEGORIA	PROVA
6 ANOS	CONSERVAÇÃO	Pequenos conjuntos discretos de elementos
	SERIAÇÃO	Seriação de palitos
7 ANOS	SERIAÇÃO	Seriação de palitos
	CONSERVAÇÃO	Pequenos conjuntos discretos de elementos, matéria, comprimento, superfície e líquido
	PROVA DE ESPAÇO	Unidimensional
8 e 9 ANOS	CONSERVAÇÃO	Massa, comprimento, superfície, líquido e peso.
	CLASSIFICAÇÃO	Mudança de critério, qualificação de inclusão de classes e interseção de classes
	ESPAÇO	Unidimensional e bidimensional
	CONSERVAÇÃO	Massa, comprimento, superfície, líquido, peso e volume
10 e 12 ANOS	CLASSIFICAÇÃO	Mudança de critério, qualificação de inclusão de classes e interseção de classes
	ESPAÇO	Unidimensional e bidimensional

Tabela 1: Fonte: Sampaio, 2014 - adaptado.

Piaget classificou e agrupou as provas operatórias por idades. Por isso é possível se ter um referencial preciso na hora da seleção da prova a ser aplicada ao paciente. A categoria das provas apresenta o nível da estrutura cognitiva que o indivíduo é capaz de operar para a situação apresentada como demonstra a tabela 4.

TIPOS DE PROVAS OPERATÓRIAS E A SUA FINALIDADE/OBJETIVO

PROVA	FINALIDADE/OBJETIVO
CONSERVAÇÃO DE PEQUENOS CONJUNTOS DISCRETOS DE ELEMENTOS	Avaliar a noção de número, o desenvolvimento de conservação de quantidades descontínuas, em 3 estágio: 1º comparações globais sem percepção de quantidades, 2º correspondências intuitivas como percepção espacial apenas presa na correspondência e 3º correspondência operatória que seria a percepção desconectada da correspondência
CONSERVAÇÃO DE SUPERFÍCIE	Avaliar a permanência de superfície e a noção de superfície
CONSERVAÇÃO DA QUANTIDADE DE LÍQUIDO	Avaliar a noção de conservação de quantidade contínua com líquido transvasado em recipientes com dimensões distintas
CONSERVAÇÃO DE QUANTIDADE DE MATÉRIA	Avaliar a noção de conservação de quantidades contínuas frente as modificações de sua forma
CONSERVAÇÃO DE PESO	Avaliar a conservação de peso apesar das deformações que a matéria venha sofrer
CONSERVAÇÃO DE VOLUME	Avaliar a conservação de volume que consiste em reconhecer que o espaço ocupado por uma determinada quantidade de substância não varia, e qualquer que seja a forma que se dê a substância
CONSERVAÇÃO DE COMPRIMENTO	Avaliar a noção de conservação de comprimento e estudar o desenvolvimento da capacidade infantil para calcular longitudes
MUDANÇA DE CRITÉRIO OU DICOTOMIA	Avaliar a capacidade de classificar objetos
QUANTIFICAÇÃO DA INCLUSÃO DE CLASSES	Avaliar a capacidade de quantificar a inclusão de classes e o esquema antecipatório que combina de forma móvel os procedimentos ascendentes e descendentes
INTERSEÇÃO DE CLASSES	Avaliar a capacidade de estabelecer que conjunto de elementos possua, simultaneamente características dos outros dois
ESPAÇO UNIDIMENSIONAL	Investigar a capacidade de mensurar em relação a uma dimensão
ESPAÇO BIDIMENSIONAL	Investigar a capacidade de localizar um ponto em função de suas dimensões
ESPAÇO TRIDIMENSIONAL	Investigar a capacidade de mediação tridimensional
PENSAMENTO FORMAL OU HIPOTÉTICO DEDUTIVO	Investigar através da combinação, permutação e predição de fichas o nível de pensamento formal e o sistema de lógica proporcional.

Tabela 2 - Fonte: VISCA, 2008

Para isso o psicopedagogo deve se ater aos problemas de aprendizagem apresentados por seus pacientes na queixa principal. Com o crescimento da psicoterapia, segundo VISCA (1987), a assistência aos sintomas sofreu modificações; porém, mantiveram suas características essenciais de método clínico, capazes de observar o indivíduo como um todo, e relacionar a observação do terapeuta à verbalização do cliente e estas às indicações para as soluções emergentes.

Partindo então deste entendimento, onde o paciente com fibrose cística que também apresenta déficit cognitivo, precisa ser observado e escutado, é que se dá a principal ferramenta na humanização, pois este acompanhamento busca a emancipação deste sujeito, com base nas observações, e intervenções. Nesta intervenção e comunicação entre os profissionais de saúde e de educação junto a família, como fator primordial para a recuperação deste indivíduo, em um trabalho multidisciplinar que a psicopedagogia se coloca como mediadora na conquista da autoria e autonomia do sujeito no seu processo de ensino-aprendizagem auxiliando este a recuperar o prazer de aprender e proporcionando-lhes oportunidades de estruturar sua relação com o conhecimento de maneira a motivar a problematização do modo de gerir suas limitações com a saúde e com a educação contribuindo segundo Lima(2010) consideravelmente para manutenção de um acompanhamento na reestruturação ambiente escola/família/hospital.

MATERIAL PARA AS PROVAS DE PIAGET

PROVA 1 – 20 fichas de papelão grosso sendo dez azuis e 10 vermelhas.

PROVA 2 – 2 garrafas plásticas de água mineral e dois copos de tamanho diferente.

PROVA 3 – duas massas de modelar de pote

PROVA 4 – duas fitas de 15cm e 10cm.

PROVA 5 – uma balança e duas massas de modelar de pote.

PROVA 6 – 2 vidros com água e duas massas de modelar.

PROVA 7 – 6 círculos azuis de 25mm, 6 círculos vermelhos de 50mm, 6 quadrados azuis de 50mm, 6 quadrados vermelhos de 25mm, 1 tampa de caixa de papelão e 2 caixas baixas.

PROVA 8 – 1 ramalhete com 10 margaridas e 3 rosas.







PROVA 9 – 5 fichas redondas amarelas, 5 fichas quadradas amarelas, 1 folha de papelão com dois círculos interligados sendo 1 preto e o outro azul.

PROVA 10 – bastonetes graduados de 16 a 10 cm com intervalo de 0,6 entre cada bastão e 1 anteparo de papelão.

PROVA 11 – 6 FICHAS DE CORES DIFERENTES.



CONSERVAÇÃO DE LÍQUIDO




<p>Coloque na mesa todos os copos de vidro sem o líquido. Coloque 2 vasos iguais. Pergunte estes vasos são do mesmo tamanho ou são diferentes?</p>	<p>Material: </p> 	
	<p>Coloque o líquido laranja até a metade ponha este outro líquido amarelo neste outro copo, nem mais nem menos</p>	<p>Qual copo tem mais líquido? Como você sabe?</p>
	<p>Passa o líquido amarelo para o copo alto e fino.</p>	<p>E agora? Qual copo tem mais líquido? Como você sabe?</p>
	<p>Passa para o vaso baixo e largo o líquido amarelo.</p>	<p>O que lhe parece? Qual copo tem mais líquido? Como você sabe?</p>
	<p>Passa o líquido amarelo para os 4 vasilhinhos pequenos</p>	<p>E agora? Se eu beber o líquido destes vasilhinhos e você este outro será que beberemos a mesma quantidade?</p>







Paciente: _____ Data: ____/____/____

Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto
Nenhum	Ass: _____	



CONSERVAÇÃO DE SUPERFÍCIE

<p>Coloque as cartolinas verdes sobre a mesa, fale-me sobre este material, e o tamanho são iguais? Coloque os cartões vermelhos sobre a mesa. Se uma vacininha comesse todo o pasto deste campo comeria a mesma quantidade que comeria neste outro campo, ou comeria mais em um que em outro?</p>	<p>Material:</p> <p>2 folhas de EVA (20x25)</p> <p>12 quadrados na cor vermelha</p> <p>1 vacininha</p> <div style="text-align: right;">    </div>
---	---

	Coloque um cartãozinho vermelho em um campo.	A vacininha comera a mesma quantidade de pasto nos dois campos ou não? Como sabe?
	Coloque outro cartão vermelho no campo vazio	A vacininha comerá mais, menos ou o mesmo que neste?
	Coloque 4 cartões vermelhos nos 2 campos	A vacininha comerá mais, menos ou o mesmo que neste? Como sabe?
	Separe as casas do campo experimental?	A vacininha comerá a mesma quantidade nos dois campos ou em um comerá mais e em outro menos? Como sabe?
	Realize outra modificação no campo experimental.	A vacininha comerá a mesma quantidade nos dois campos ou em um comerá mais e em outro menos? Como sabe?
	Coloque as casas separadas de outra maneira no campo experimental.	A vacininha comerá a mesma quantidade nos 2 campos? Ou em um comerá mais e em outro menos?

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



CONSERVAÇÃO DE PEQUENOS CONJUNTOS


<p>Dispor sobre a mesa 6 a 8 fichas verdes alinhando-as. Pedir à criança que faça outra fileira igual com as fichas laranjas, dizendo: Faça outra fileira com as suas fichas e coloque a mesma quantidade como eu fiz com as verdes, nem mais, nem menos.</p>	<p>Material:</p> <p>10 fichas verdes </p> <p>10 fichas laranjas </p>
---	--



	<p>Faça uma modificação na disposição das fichas de uma das fileiras, espaçando-as, de modo que uma fique mais comprida do que a outra,</p>	<p>Faça o seguinte questionamento: E agora? As fileiras ainda têm a mesma quantidade (tanto) de fichas? Como você sabe disso? Se a resposta for negativa, pergunte: Onde tem mais? Como você sabe disso? Independente da resposta faça a contra argumentação.</p>
	<p>Una as fichas laranjas e separe as fichas verdes</p>	<p>Faça o seguinte questionamento: E agora? As fileiras ainda têm a mesma quantidade (tanto) de fichas? Como você sabe disso? Se a resposta for negativa, pergunte: Onde tem mais? Como você sabe disso? Independente da resposta faça a contra-argumentação.</p>
	<p>Coloque as fichas em círculos</p>	<p>Quem tem mais fichas? Verdes ou laranjas? Como sabe?</p>

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		

CONSERVAÇÃO DE COMPRIMENTO




<p>Colocar a mostra para a criança as duas correntes sobre a mesa e pergunte o que vc pode me dizer sobre este material. Vamos fazer de conta que aqui são nossas ruas. Está (15 cm) é a minha e esta é a sua (10 cm). Vamos fazer de conta que vamos caminhar por estas ruas. Nós iremos caminhar igual o um caminhará mais que o outro? Como sabe?</p>	<p>Material:</p> <p>1 Corrente de 10 cm 1 Corrente de 15 cm</p> 
--	---





	<p>Diminua a corrente maior para coincidir as extremidades.</p>	<p>E agora? Eu vou andar mais, menos ou o mesmo que você? Como sabe?</p>
	<p>Diminua a corrente maior fazendo com que o seu comprimento seja menor que a outra corrente</p>	<p>E agora nós iremos andar o mesmo tanto ou um irá andar mais e o outro menos? Como sabe?</p>

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



CONSERVAÇÃO DE VOLUME

<p>O psicopedagogo leva o aluno a constatar a mesma quantidade de água nos dois copos usados. Depois pede que ele faça duas bolas iguais, que tenham a mesma quantidade.</p>	<p>Material: 2 vasos iguais 2 massas de modelar de cores diferentes 2 tipos de líquidos de cores diferentes</p> 
--	--


	<p>Igualdade inicial</p>	<p>Depois pergunta: se você puser esta bola dentro do vidrinho o que acontecerá com a água lá dentro? Porque você acha isto? Se colocarmos a água no outro vidrinho, a água subirá o mesmo que este, mais, ou menos?</p>
	<p>Modificação do elemento experimental (achatamento)</p>	
	<p>Modificação do elemento experimental (alargamento)</p>	<p>Depois ele transforma uma das bolas em uma salsicha e faz o gesto de colocá-la no vidro. Pergunta: se eu coloco esta salsicha aqui a água subirá a mesma coisa que no outro copo, mais ou menos? Faz o mesmo procedimento com a mini pizza e as 8 a 10 bolinhas pequenas.</p>
	<p>Modificação do elemento experimental (partição)</p>	





Paciente: _____ Data: ____/____/____

Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto
Nenhum	Ass: _____	

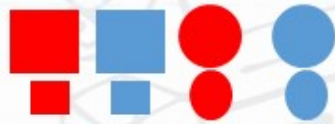
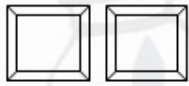


CONSERVAÇÃO DE PESO

<p>O professor utiliza a balança mostrando, com o auxílio de diferentes materiais, como é o uso de uma balança. O examinador dá, para o aluno, dois pedaços de massa de modelar e pede para que faça duas bolas.</p>	<p>Material: 2 massas de modelar de cores diferentes cada uma, cujo tamanho possa fazer 2 bolas de aproximadamente 4 cm de diâmetro. 1 balança com dois pratos cuja leitura seja pela posição dos braços.</p> 
--	--

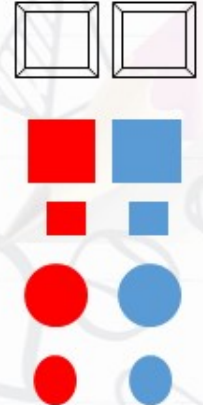
	<p>Igualdade inicial</p>	<p>Usa a balança para mostrar o peso</p>
	<p>Modificação do elemento experimental (achatamento)</p>	<p>Depois transforma a bola em mini pizza</p>
	<p>Modificação do elemento experimental (alargamento)</p>	<p>Depois transforma uma das bolas em uma salsicha. Pergunta: você pensa que a salsicha pesa a mesma coisa que a bola ou é mais pesada?</p>
	<p>Modificação do elemento experimental (partição)</p>	<p>depois em pedaços de 8 a 10 bolas pequenas. Sempre pergunta o que pesa mais.</p>

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



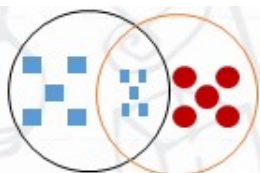
MUDANÇA DE CRITÉRIO (DICOTOMIA)

<p>Distribuir aos alunos fichas azuis e vermelhas, redondas e quadradas, pequenas e grandes. O examinador coloca as fichas na mesa e pergunta para o aluno o que ele está vendo.</p>	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 círculos vermelhos de 2,5 cm de diâmetro. - 5 círculos azuis de 2,5 cm de diâmetro. - 5 círculos vermelhos de 5 cm de diâmetro. - 5 círculos azuis de 5 cm de diâmetro. - 5 quadrados vermelhos de 2,5 cm de lado. - 5 quadrados azuis de 2,5 cm de lado. - 5 quadrados vermelhos de 5 cm de lado. - 5 quadrados azuis de 5 cm de lado. - 2 caixas planas de mais ou menos 4 a 5 cm de altura e uns 12 cm de lado.
--	--



Classificação por cores sem caixa	Classificação por tamanho usando a caixa	Classificação por cores usando a caixa	Classificação por formas usando a caixa
Você pode juntar todas as fichas que combinam?	Ponha junto as que se parecem	Ponha junto todas que são iguais	Ponha junto todas que tem alguma coisa igual
Porque você as colocou assim?	Será que você poderia arrumar em dois grupos diferentes destes? Após tentar uma terceira classificação.	Porque você colocou assim? Como a gente poderia chamar este monte? E este aqui?	Agora gostaria que você fizesse apenas dois grupos.

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



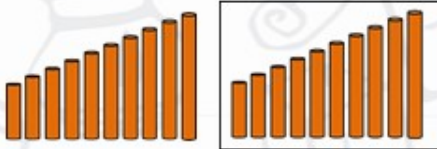
INTERSECÇÃO DE CLASSES

<p>Coloque o círculo da prova com as fichas redondas amarelas no meio da junção dos dois círculos. Por fora deixe as redondas vermelhas e as quadradas vermelhas e amarelas.</p>	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 círculos azuis de 2,5 cm de diâmetro - 5 círculos vermelhos também de 2,5 cm de diâmetro - 5 quadrados vermelhos de 2,5 cm de lado - 1 folha de cartolina ou papel E.V.A. com dois círculos em intersecção, sendo que um preto e outro amarelo. <p>Obs.: os 5 círculos devem poder entrar na intersecção.</p>
--	--



	<p>Perguntar porque o aluno acha que eu deixei as redondas amarelas no meio.</p>	<p>Como é que você sabe? Você pode me mostrar? O que tem no círculo preto? E no azul?</p>
	<p>Há mais fichas vermelhas ou amarelas?</p>	<p>Como é que você sabe? Você pode me mostrar? O que tem no círculo preto? E no azul?</p>
	<p>Há mais fichas quadradas ou redondas?</p>	<p>Como é que você sabe? Você pode me mostrar? O que tem no círculo preto? E no azul?</p>
	<p>Há mais fichas redondas do que amarelas?</p>	<p>Como é que você sabe? Você pode me mostrar? O que tem no círculo preto? E no azul?</p>
	<p>Há a mesma coisa, mais ou menos fichas quadradas do que amarelas?</p>	<p>Como é que você sabe? Você pode me mostrar? O que tem no círculo preto? E no azul?</p>

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



SERIAÇÃO DE BASTONETES

<p>Apresentar à criança os bastonetes informando: Estes “pauzinhos” chamam-se bastonetes. Você vai pegar estes bastonetes e fazer com eles uma bonita escada (ou fileira) colocando-os em ordem, um ao lado do outro dessa forma que você está vendo (Mostre a forma correta utilizando o anteparo).</p>	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 palitos com aproximadamente 1 cm de largura com uma diferença de 0,6 mm de altura entre um e outro, sendo que o primeiro tem aproximadamente 11,5 cm.
--	---


	<p>Entregue os bastonetes agrupados em desordem para a criança e deixe-a manipular livremente observando a escolha e ordenação feita pela criança, no anteparo preparado para isso.</p>	<p>Quando a criança terminar, pergunte: Como você fez para escolher os bastonetes? Anote a explicação e o processo utilizado pela criança na construção da série de bastonetes.</p>
	<p>Se a criança fizer uma escada sem base comum, sugira: Você não poderia fazer uma “escadinha” diferente?</p>	<p>Quando a criança terminar, pergunte: Como você fez para escolher os bastonetes? Anote a explicação e o processo utilizado pela criança na construção da série de bastonetes.</p>

- Nenhum ensaio de seriação Faz tentativas de seriação
 Êxito parcial, pequenas séries Realiza a seriação completa

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		

PROVA DE COMBINAÇÃO DE FICHAS (DUPLAS PARA PENSAMENTO FORMAL)



<p>Pedir que o aluno faça, com estas fichas, o maior número de combinações possíveis. Tente fazer com as fichinhas todas as duplas que puder, não pode repetir. É válida fazer a combinação visual com um par.</p>	<p>Material: 6 fichas de diferentes cores com 2,5 cm de diâmetro cada uma.</p> 
--	---

NÍVEL 1 – AUSÊNCIA DE CAPACIDADE COMBINATÓRIA (11 ANOS) – não consegue fazer muitas combinações e não estabelece critérios.

NÍVEL 2 – CONDUTAS INTERMEDIÁRIAS (12 ANOS) – faz combinações mas não consegue prever o número total de combinações.

NÍVEL 3 – CONDUTAS OPERATÓRIAS (13 ANOS EM DIANTE) – chega a descobrir até 30 duplas e justifica suas combinações.

PROVA 12 – PERMUTAÇÕES POSSÍVEIS COM UM CONJUNTO DETERMINADO DE FICHAS

Procurar fazer o mesmo exercício anterior com o uso de quatro fichas simultaneamente. Avaliação é a mesma.

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



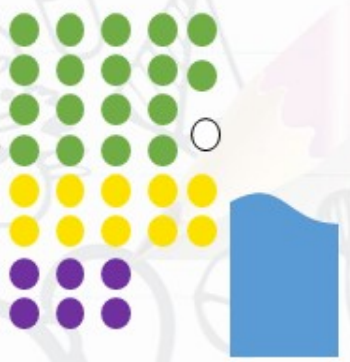
PERMUTAÇÃO DE FICHAS

	<p>Material:</p> <p>4 fichas de diferentes cores com 2,5 diâmetro cada uma</p>
--	---

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		




PREDIÇÃO




<p>36 fichinhas de emborrachado de quatro cores diferentes Sendo 18, 10, 7 e 1 de cada cor e um saco de pano.</p>	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> 17 fichas verdes 10 fichas amarelas 6 fichas roxas 1 ficha branca 1 saco de pano 
---	---

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		



CONSERVAÇÃO DE MASSA

<p>Apresente a massa de modelar à criança e deixa-a manipula-la. Logo após, faça duas bolas e pergunte estas duas bolas têm a mesma quantidade de massinha? Você tem certeza? A preparação é finalizada quando a criança dá uma resposta positiva para o questionamento.</p>	<p>Material:</p> <p>2 Massas de modelar de cores diferentes</p> 
--	---

	<p>Transforme uma das bolinhas em um cilindro e, colocando-a ao lado da bolinha, horizontalmente na mesa.</p>	<p>Pergunte, e agora onde tem mais massinha? Como você sabe disso? Independente da resposta faça a contra argumentação.</p>
	<p>Faça uma bola depois transforme-a em pizza</p>	<p>Pergunte, e agora esta pizza tem mais, ou a mesma quantidade que nesta bola? Como sabe?</p>
	<p>Volte a fazer uma bola. Depois, divida a bola em 5 bolinhas.</p>	<p>Volte a fazer uma bola. Depois, divida a bola em 5 bolinhas.</p>

Paciente: _____		Data: ____/____/____	
Argumentos utilizados	Argumentos utilizados	Nível em que o sujeito se encontra	
Nível em que o sujeito se encontra	Nível 1	Pré-operatório intuitivo global	
Arg. de compensação	Nível 2	Pré-operatório int. articulado	
Arg. de reversibilidade	Nível 3	1º subestágio oper. concreto	
Nenhum	Ass: _____		

HIPOTÉSE DIAGNÓSTICA



É o levantamento de hipóteses de acordo com as observações feitas mediante a aplicação das provas operatórias para uma devolução futura.

Resultado

Procedimentos e resultados Provas de conservação operatória concreta	1ª Modificação	2ª Modificação	3ª Modificação	Observações
	C Nc	C Nc	C Nc	
Conservação de Massa				
Conservação de Pequenos Conjuntos				
Conservação de Superfície				
Conservação de Comprimento				
Conservação de Líquido				

C - Conserva Nc - Não conserva

A análise dos resultados e a conclusão diagnóstica

Ao final do processo de avaliação psicopedagógica clínica, o psicopedagogo terá que ter claro o que vem acontecendo com o avaliando do ponto de vista de sua aprendizagem e seus intervenientes. Para tanto, faz-se necessário que, nesse momento, o psicopedagogo reúna os dados coletados, analise-os e elabore sua conclusão diagnóstica. A conclusão diagnóstica refere-se a uma descrição a qual deve englobar aspectos como:

- Análise do nível pedagógico;
- Análise do nível cognitivo;
- Análise das questões relativas ao desenvolvimento social;
- Análise das questões relativas ao desenvolvimento afetivo.

Este é o momento de sintetizar tudo que aconteceu durante o processo de avaliação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo proposto é constituído por três etapas, desde a queixa principal até a devolutiva dada aos pais ou responsáveis, e poderão ser incluídos no protocolo crianças e adolescentes entre 6 e 12 anos. Em cada fase, são utilizados diferentes instrumentos que compõem os procedimentos para a sistematização do processo considerando os aspectos ligados às perspectivas de abordagem das dificuldades de aprendizagem.

Estas diferentes etapas permitirão ao psicopedagogo tomadas de decisões em relação à continuidade do acompanhamento psicopedagógico a pacientes com fibrose cística de 6 a 12 anos com ou não internações recorrentes. O protocolo respaldou-se na Entrevista Familiar Exploratória Situacional - EFES (Weiss, 1987), entrevistas com toda a família (tipo DIFAJ de A. Fernandez, 1990), Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA (Visca, 1981), em Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem (Weiss, 1987), no Diagnóstico Operatório (Piaget, 1997).

Entre as ferramentas propostas para a obtenção de um diagnóstico psicopedagógico estão as provas operatórias (provas piagetianas). Essas provas auxiliarão em uma avaliação do raciocínio e na construção do conhecimento dos pacientes, classificando o seu nível cognitivo, e investigando e avaliando se o mesmo encontra-se no nível cognitivo corresponde a sua idade cronológica ou não.

As provas operatórias tem reconhecimento – na prevenção e intervenção das dificuldades de aprendizagem levando em consideração, a lei federal nº 8.069, ECA, 1990, artigo 53, que postula que “a criança e ao adolescente têm direito à educação, visando o pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho”, e ainda, obtendo respaldo na Constituição Federal (1988) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Federal (Lei nº 9.394/96), que assegura que a educação é de direito de todos e cabe o atendimento ao público da educação especial (preferencialmente) na rede de ensino regular, competindo aos sistemas de ensino prover serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender as necessidades do desenvolvimento dos pacientes com fibrose cística, pergunta-se: O que tem sido feito para atender esses pacientes? Como são vistos pelos professores, pela escola e pelos colegas?

Pois a partir da teoria de Piaget, é possível hoje entender o aprendizado como um processo no qual a criança vai se aprimorando de forma gradativa à medida que atravessa

estágios particulares, complexos e ordenados. Sendo assim, possível pensar-se no desenvolvimento intelectual, não apenas como um fator puramente mental, mas acima de tudo, orgânico. O organismo humano interagindo com o meio, onde a mente humana utiliza-se de um ciclo de esquemas para assimilar, acomodar e equilibrar informações recebidas, tentando adaptá-las para então, gerar mudanças na estrutura cognitiva ou no seu desenvolvimento.

Sendo assim, este trabalho buscou favorecer através da sistematização do atendimento psicopedagógico nas interferências da fibrose cística para as dificuldades de aprendizagem que aparecem de forma psicoemocionais e ou orgânicas para a construção do conhecimento.

Buscou-se também elaborar metodologicamente este atendimento psicopedagógico através do levantamento das demandas; da elaboração de instrumento de entrevista e do estabelecimento da rotina de atuação através de um protocolo psicopedagógico de atendimento a estes pacientes entre 6 e 12 anos para fins de planejamento específico e ações preventivas as dificuldades de aprendizagem.

O Protocolo de Atendimento Psicopedagógico a pacientes com Fibrose Cística - FC tem potencial para viabilizar a sistematização necessária à atuação do Psicopedagogo no contexto da saúde, ampliando o papel do psicopedagogo em um conjunto de ações e intervenções planejadas, integradas e coerentes, que buscam resultados avaliáveis, baseados em evidências.

Ressalta-se ainda a relevância desta sistematização numa relação direta tanto com a melhoria da assistência aos pacientes com FC, como com o encorajamento aos psicopedagogos para este atendimento. Pois em um meio adverso, tal como é a doença rara, pode-se constituir uma das formas de firmar a presença e a necessidade de um psicopedagogo como membro efetivo de equipes multidisciplinares que atuam em unidades hospitalares, além de priorizar o processo de atenção integral à educação/saúde e servir de fonte de informação à tomada de decisões sobre o paciente.

Segue abaixo a construção desta sistematização proposta para o atendimento psicopedagógicos aos pacientes com Fibrose Cística.

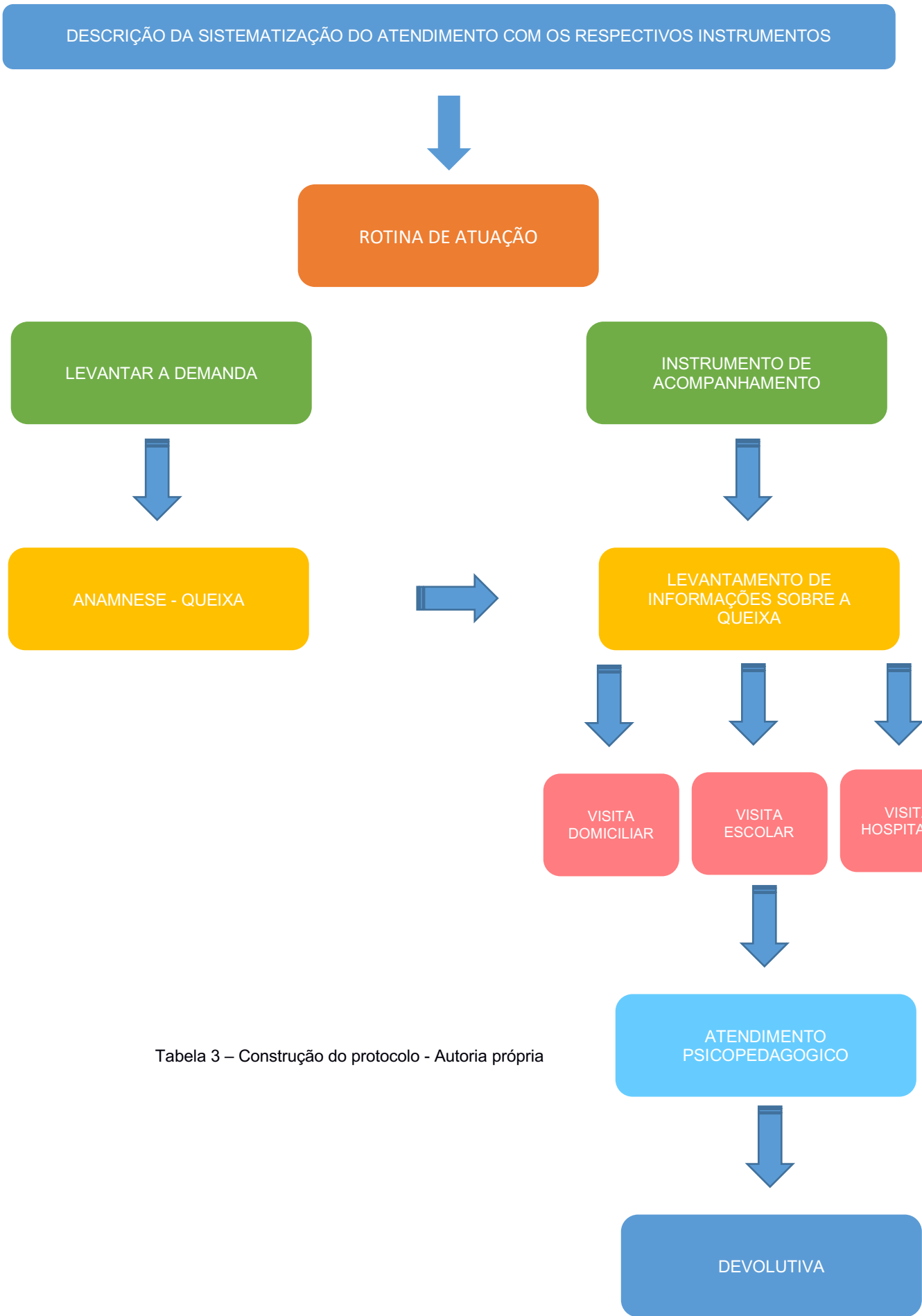


Tabela 3 – Construção do protocolo - Autoria própria

Nessa perspectiva, o psicopedagogo busca como pressuposto redimensionar a singularidade do sujeito, ressignificando a vivência da criança, e sendo um agente colaborador na promoção da saúde dela (ACAMPORA, 2015). Nesse sentido, a escuta e a disponibilidade para acolhida são fatores primordiais na relação do psicopedagogo e a pessoa com fibrose cística e ou hospitalizada.

O trabalho psicopedagógico aqui proposto, não visa trabalhar só com as dificuldades de aprendizagem deste sujeito, mas também criar situações de aprendizagem que permitam que a pessoa hospitalizada se sinta capaz, “viva”, conectada com o mundo apesar da sua condição.

A proposta é que o psicopedagogo seja um interlocutor não só do paciente, mas também de sua família, que esteja em um processo de internação, seja curta, média ou de longa duração, por uma doença crônica. O psicopedagogo embasado na técnica e na prática e por ser um profissional multidisciplinar está apto a esta modalidade de atendimento, onde deve criar uma visão de mundo em que as pessoas se preocupem umas com as outras. A alternativa da psicopedagogia é interessante para assegurar ao sujeito hospitalizado uma boa recuperação e minimizar a inquietação advinda de preocupação sobre o tratamento recomendado e o tempo de hospitalização.

O papel da psicopedagogia com a FC visa também identificar os fatores que desencadeiam estas dificuldades ao desenvolvimento cognitivo, psicossocial e psicoemocional do paciente e como se manifestam essas dificuldades durante o processo de hospitalização, buscando soluções possíveis para estes pacientes, colaborando com melhores condições para o seu desenvolvimento durante o período de internação que em muitos casos é recorrente.

Em decorrência as complicações que a FC pode acarretar, existe um elevado nível de internações recorrentes, afastando este paciente da classe escolar regular, visto que a patologia prejudica o bom desenvolvimento escolar por conta da diarreia devido a não absorção de gordura pelo organismo, mais principalmente pelas infecções pulmonares de repetição.

Por isso a psicopedagogia explora a construção do conhecimento em toda a sua complexidade, procurando colocar em igualdade os aspectos cognitivos, afetivos e sociais

objetivando a melhoria do desenvolvimento das relações humanas tanto em nível pessoal como em nível social.

A Psicopedagogia auxilia na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades através do brincar, da ludicidade, da leitura compartilhada, com jogos pedagógicos, estratégias de estudo e aprendizagem, estes são alguns dos fatores que auxiliam no desenvolvimento de habilidades do aprendente. É através destas ações e observações que vão se construindo novos conceitos e caminhando para uma aprendizagem significativa, superando obstáculos e ultrapassando desafios colocados a cada sessão. É um trabalho direcionado às dificuldades que o educando apresenta, com o objetivo de promover uma melhora em suas habilidades cognitivas, emocionais e sociais.

Por isso a responsabilidade do psicopedagogo no processo de escuta e reflexão na fala deste paciente, da família e dos profissionais de saúde, para garantir a autonomia necessária de cada sujeito neste processo, para que cada um possa desempenhar da melhor forma o seu papel nesta tríade de acompanhamento.

Segundo Motta (2006), este acompanhamento humanizado é um processo permanente na construção de laços de cidadania, onde há fomento da autonomia e da corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Os autores, reforçam o empenho nas mudanças dos modelos de atenção e gestão vigentes, e o compromisso com o ambiente e com a melhora das condições de atendimento e de trabalho. Por isso se faz necessária este estranhamento psicopedagógico no atendimento destes pacientes com histórico de internações de repetição.

E este estudo buscou analisar os aspectos da subjetividade no impacto da doença na vida das famílias e dos pacientes com fibrose cística, quanto aos danos sociais, emocionais e implicações no tratamento com o atendimento psicopedagógico humanizado, já que a fibrose cística como uma doença genética, crônica, e grave que afeta a família em todos os aspectos, como: social, devido às limitações, rotina de tratamento e hospitalizações; emocional, pelo estresse com o tratamento árduo, sentimento de culpa, frustração profissional e prognóstico com baixa expectativa de vida; dentre outros.

Por isso é de fundamental importância a aplicação do conceito de afetividade no acompanhamento psicopedagógico durante o tratamento de pessoas com FC, a fim de que

estas pessoas possam ter um acolhimento antes, durante e depois das internações, afim de promover a qualidade de vida destes pacientes. Julga-se importante a divulgação de conscientização dos profissionais de saúde e estabelecimentos acerca do tema, pois são fundamentais na condução do tratamento.

O estudo buscou refletir sobre o período de internação hospitalar em tempo de construção de conhecimento, por meio da estimulação individual do paciente, através da afetividade, e os efeitos traumáticos da hospitalização causados pela chegada da doença, pois recuperando a socialização da criança, por meio de um processo de inclusão tanto educacional quanto social, a partir da valorização de suas habilidades, competências e possibilidades diante de seu estado físico e mental, buscou-se a manutenção do vínculo com o mundo exterior e a melhora do estado biopsicossocial.

A proposta de trabalho também era acrescentar atividades ludo pedagógicas (através de brinquedos, brincadeira e jogos) à rotina do paciente a fim de resgatar a autoestima, através da motivação, favorecendo a construção da subjetividade, não apenas como elaboração psíquica da enfermidade, mas também, como continuidade e segurança, diante dos laços sociais da aprendizagem.

O intuito do trabalho também é aproximar o paciente hospitalizado do contexto ao qual ele está inserido antes do processo de internação, estabelecendo vínculo com ele mesmo, a fim de garantir um melhor desenvolvimento e recuperação do tratamento. Para isso, buscamos identificar as principais habilidades e dificuldades da deste paciente hospitalizada em relação ao que era esperado para a sua etapa do desenvolvimento por meio da aplicação dos recursos diagnósticos das etapas do desenvolvimento infantil segundo Piaget, Vygotsky e Wallon. Os dados colhidos facilitaram o planejamento das atividades ludo pedagógicas, o desenvolvimento do interesse, da criatividade, da motivação e o envolvimento do paciente.

As atividades que investiguem como os acompanhantes se apresentam no processo de aprendizagem destes pacientes busca resgatar o vínculo com a vida que foi interrompida, com atividades para ampliar nas famílias e no paciente a capacidade de resolução de situações-problema uma vez que o próprio processo de internação facilita para que o paciente deixe de utilizar algumas capacidades cognitivas e comece a desenvolver problemas de aprendizagem, e de socialização.

E a partir da resposta dos pacientes a intervenção psicopedagógica, classificar em três categorias subjetivas: psicoafetivas: efeitos psíquicos, reações, emoções ou sensações de ajuste ao diagnóstico. Familiares: ajustes, dificuldades e facilidades vivenciados juntamente com o grupo familiar. Cotidiano: mudanças e adaptações nas relações sociais, no trabalho, lazer, etc. psicoafetivas

O comprometimento de aspectos psicoafetivos emerge quando o paciente, ao tomar conhecimento do diagnóstico, desenvolve uma sintomatologia reativa que vai desde uma depressão leve, uma simples ansiedade, até uma perturbação que afeta o processamento emocional, desencadeados pelo temor do desconhecimento da doença.

A família, é o vínculo forte no cuidado ao paciente, onde todos que participam deste vínculo, vivenciam um adoecimento crônico. Por estar vinculada à pessoa adoecida de forma mais constante, se torna uma rede de sustentação. Essas relações são engendradas na experiência vivida em comum, configurando o sentido de pertencimento e compartilhamento destas vivências.

As restrições da FC e os cuidados com as contaminações, vivenciados pelos pacientes, levam a um novo comportamento social que acaba por modificar todo o cotidiano deste indivíduo, alterando não apenas os seus hábitos alimentares, como também seus hábitos sociais.

Compreender então, e identificar fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento pelos pacientes de fibrose cística, investigando na clínica e na hospitalização o adoecimento psíquico, resultado do adoecimento do corpo, agregando valores e esforços a estes pacientes no sentido de se pensar no cuidado à saúde e na prevenção ao agravo de doença crônica como a FC, com a valorização da intervenção psicopedagógica inserida á uma equipe transdisciplinar que assiste este paciente, cuja prática está pautada na integralidade da assistência, que tem sido um diferencial na abordagem que visa identificar e intervir nos fatores que contribuem para adesão, ou não adesão destes pacientes ao tratamento com a implementação deste roteiro de atendimento que visa atender às seguintes necessidades:

- Estimular uma padronização nos atendimentos a pacientes hospitalizados por profissionais habilitados;
- Identificar as demandas e potencialidades destes pacientes;

- Atender, estes pacientes mais diretamente nas áreas que demandam atenção.
- Capacitar e treinar profissionais de psicopedagogia visando aumentar o atendimento e o acompanhamento dos pacientes com internações recorrentes, através de palestras, cursos e materiais de divulgação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARY, F.N., et alii (1990). **Introduction to research in education**. London: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 199, de 30 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio**.

BRASIL. Câmara do Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara – PLC nº 31/2010**. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/96399>. Acesso em 09/08/2019.

BOSSA, Nadia A. **A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

Cystic Fibrosis Trust. **Cystic Fibrosis here for schools**. 2016. Disponível em: <https://www.cff.org/Life-With-CF/Daily-Life/CF-and-School/>.

Cf. (WHO, Van Weely S, Leufkens H. Orphan diseases. In: Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation"; 7 October 2004. apud Denis A, Simoens S, Fostier C, Mergaert L, Cleemput I. **Policies for Rare diseases and Orphan Drugs. Health Technology Assessment (HTA)**. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009. KCE reports 112C (16/06/2019) https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027332.pdf.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC/Seesp, 2002.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Nota Técnica MEC/SEESP/GAB/Nº 11/2010. Brasília: MEC/SEESP, 2010.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1-13, Sem II, 2008.

DANE, F.C. (1990). **Research methods**. Belmont: Wadsworth, Inc.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERNANDES, Alícia. **A inteligência Aprisionada**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

_____. **O saber em jogo: a psicopedagogia propiciando autorias de pensamentos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001a.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 103 p.

GLAT, Rosana & Marin Vianna, Márcia & Redig, Annie. (2012). **Plano Educacional Individualizado: uma estratégia a ser construída no processo de formação docente**. Ciências Humanas e Sociais em Revista. 34. 79-100. 10.4322/chsr.2014.005.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér; SANTOS, Maria Terezinha Teixeira dos. **Atendimento Educacional Especializado: Políticas Públicas e gestão nos municípios**. São Paulo: Moderna, 2010.

_____. **Inclusão Escolar: o que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Summus, 2015.

Oliveira, Edileine Barreto S de.; Sommermem, Renata Dias G. **A família hospitalizada**. In: Belkiss, W. Romano (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PAÍN, S. – **Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

PIAGET, J. **Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PIAGET, Jean. **A epistemologia genética** in Os pensadores. São Paulo: Abril, 1975.

RUBINSTEIN, E.R. **Psicopedagogia: fundamentos para a construção de um estilo**. São Paulo: casa do psicólogo, 2014.

SAMPAIO, S. **Dificuldade de aprendizagem: a psicopedagogia na relação sujeito, família e escola**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Wak. 2011

TOMASINI, Ricardo. **O diálogo como estratégia das ações educativas no hospital: o pedagogo hospitalar e alguns saberes e fazeres**. Revista Zona Próxima, Curitiba, n.8, p. 62-77, dez. 2007. Disponível em:<www.buscatextual.cnpq.br>. Acesso em: 12 out. 2009.

UNESCO. Declaração Mundial sobre **Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem**. 1990.

VISCA, J. **O diagnóstico operatório na prática psicopedagógica**. Parte 1. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2008.

WEISS, Maria Lúcia Lemme. **Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar**. 12. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.