

REBES REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

ISSN - 2358-2391



GVA - GRUPO VERDE DE AGROECOLOGIA E ABELHAS - POMBAL - PB

Relato de Experiência

Saúde pública e psicopedagogia: pontos de encontro

Roberta Andrea de Oliveira

Psicóloga, Psicanalista, Especialista em Saúde Pública e Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Docente de Graduação e Pós-Graduação em Universidade Anhembi Morumbi, Faculdades Metropolitanas Unidas, Faculdade Paschoal Dantas e Instituto Sul-Americano de Pesquisa e Desenvolvimento.

E-mail: robertaoliveira@usp.br

Resumo

Introdução: A Psicopedagogia nasce e deve se fazer por meio de práticas interventivas que consideram a saúde e a educação inseparáveis. Trata-se de um olhar integral sobre os sujeitos. **Objetivo:** O que apresentamos aqui é um relato de experiência, no qual compartilhamos quais temáticas foram tratadas em sala de aula, as implicações destas temáticas para a atuação em Psicopedagogia no Sistema Único de Saúde, e de que modo os alunos reagiram à disciplina.

Materiais e Métodos: Trata-se de um relato de experiência enquanto docente, frente a uma turma de estudantes de pós-graduação em Psicopedagogia, por meio do registro teórico e empírico da disciplina *Intervenções da Psicopedagogia na Saúde*, em uma faculdade do município de São Paulo, no ano de 2013. **Resultados e Conclusões:** Concluímos que apenas um curso muito bem estruturado, com carga horária adequada e profissionais prontos para o suporte aos alunos, poderá realmente proporcionar ferramentas para a atuação dos futuros profissionais. Os docentes deste curso de especialização possuem uma tarefa dupla, o ensino teórico, conceitual e filosófico, bem como a intervenção analítica/devolutivas a todo o momento do processo ensino/aprendizagem.

Palavras-chave: Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Psicopedagogia; Prática Docente.

Abstract

Introduction: Psychopedagogy is born and should be done by interventional practices that consider health and education inseparable. It is a comprehensive look at the subject. **Objective:** What we present here is an experience report, in which we share themes were treated in the classroom, the implications of these themes for the performance in Psychopedagogy in the Health System, and how the students reacted to the discipline. **Materials and Methods:** This is an account of experience as a teacher, in a class of students of Psychopedagogy Specialization, through theoretical and empirical record of the discipline of *Psychopedagogy Interventions in Health*, in a college in São Paulo, in the year 2013. **Results and Conclusions:** We conclude that only a very structured course, with adequate workload and experts professionals to support students, may actually provide tools for the performance of future professionals. The teachers of this specialization course have a double task, the theoretical, conceptual and philosophical education as well as the analytic intervention / feedbacks all the time during teaching / learning process.

Keywords: Public Health; Unique Health System; Psychopedagogy; Teaching Practice.

1 Introdução

Um dos cursos de pós-graduação *lato sensu* em Psicopedagogia que atuamos conta com a disciplina *Intervenções da Psicopedagogia na Saúde*. Esta disciplina possibilita aos alunos um contato direto com o setor Saúde, muitas vezes desconhecido pela maior parte deles. Uma parcela considerável do público em cursos de Psicopedagogia advém da área da Educação, mais precisamente da Pedagogia.

Para os alunos este é um salto e tanto na formação como profissionais da Psicopedagogia. Esta área nasce e deve se fazer por meio de práticas interventivas que

consideram a saúde e a educação inseparáveis. Trata-se de um olhar integral sobre os sujeitos.

Para construir este olhar junto aos alunos, a disciplina *Intervenções da Psicopedagogia na Saúde* baseia-se em um plano de ensino que apresenta conceitos importantes da área Saúde Pública.

O que apresentamos aqui é um relato de experiência, no qual compartilhamos quais temáticas foram tratadas em sala de aula, as implicações destas temáticas para a atuação em psicopedagogia no Sistema Único de Saúde, e de que modo os alunos reagiram à disciplina.

Além de esta experiência ter sido um salto na formação dos alunos, demais profissionais da área e coordenadores de curso poderão refletir acerca de suas práticas e no impacto que elas proporcionam à formação de futuros Psicopedagogos que atuarão no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2 Casuística

Trata-se de um relato de experiência enquanto docente, frente a uma turma de estudantes de pós-graduação em Psicopedagogia, por meio do registro teórico e empírico da disciplina *Intervenções da Psicopedagogia na Saúde*, em uma faculdade do município de São Paulo, no ano de 2013. A disciplina ocorreu durante um semestre com aulas semanais.

3 Resultados

Saúde Pública

Em primeiro lugar faz-se necessário explorar a Saúde Pública. É errôneo acreditar que Saúde Pública é sinônimo de gratuidade. Na realidade é a organização de sistemas e serviços com a função de agir sobre o processo saúde-doença garantindo, individual e coletivamente, condições de bem estar físico, mental e social. Portanto, também é errôneo acreditar que Saúde Pública não pensa em indivíduos. As ações de saúde coletivas impactam a qualidade de vida dos indivíduos e as ações de saúde individuais impactam na qualidade de vida das coletividades.

Em nosso país, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (artigo 196, Constituição Brasileira, 1988) e a lei que regulamenta, fiscaliza e controla as ações de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS) (lei 8080/90). O SUS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços.

Um dos princípios do SUS é a integralidade da assistência. A noção de *todo* relacionada à saúde é muito antiga e talvez seja impossível tratar o corpo humano sem conhecê-lo na sua integridade (Costa, 2004).

No dia 07 de abril de 1948, dia Mundial da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Apesar desta definição receber muitas críticas pelo uso inadvertido da palavra *completo*, uma vez que é impossível estar completamente bem física, mental e psicologicamente (estamos em um constante processo de equilíbrio e desequilíbrio / processo saúde-doença), a mesma carrega consigo uma definição ampliada de saúde, como não sendo apenas o fato de não estar doente. Esta definição ampliada de saúde é muito importante para todos os profissionais de saúde, pois nos norteia a realizar um trabalho integral perante nossos pacientes, com atenção não hospitalocêntrica, com escuta qualificada e ações para além da medicalização. Além disso, fica claro que o atendimento focado na saúde ampliada deve ser multidisciplinar.

“Dada a complexidade do objeto da saúde, é mister reconhecer que a ciência médica, por si só e tal como se apresenta, não tem competência para a arte de curar, porque são muitos os fatores que intervêm nesse processo” (Costa, 2004, p. 8).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e o risco à saúde agindo sobre os determinantes e condicionantes de saúde/doença, ou seja, agindo sobre modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, entre outros. Isso significa que o que determina a saúde de alguém é mais que simplesmente estar doente ou não. Trata-se de um bem-estar geral em todos os âmbitos relacionados à vida.

Alguns dos objetivos específicos desta política são:

- promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde;
- estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas em ações de promoção da saúde;
- usar os espaços públicos de convivência e de produção de saúde para desenvolver ações de promoção de saúde;
- prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças ou agravos à saúde;
- ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas, setores e atores sociais para fortalecer as iniciativas que reduzam situações de desigualdade.

Algumas das diretrizes da mesma política são:

- reconhecer que a promoção da saúde é uma parte fundamental para buscar equidade¹, melhoria de qualidade de vida e de saúde;
- estimular ações intersetoriais que propiciem o desenvolvimento integral de ações de promoção da saúde.

Pelicioni (2005) explicita que a promoção da saúde envolve a população na sua vida cotidiana e age sobre aquilo que é favorável para a saúde dependendo do uso da educação, da informação, entre outros instrumentos.

A categoria chamada *empowerment* é essencial para o alcance dos objetivos da promoção da saúde e explicitamos o que seria isto na sequência.

Não existe no idioma português o termo “empoderamento”, e as possíveis traduções não revelam o verdadeiro teor conceitual do termo *empowerment*.

Há duas linhas de raciocínio distintas sobre o *empowerment*: a psicológica e a comunitária. A psicológica pode ser definida como uma sensação de maior controle sobre a própria vida. Se partirmos deste entendimento, as estratégias de Promoção da Saúde acabam por fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação do sujeito (Carvalho, 2004).

O *empowerment* comunitário é uma noção distinta proposta por alguns estudiosos como Julian Rappaport (teórico do movimento da psicologia comunitária), Paulo Freire (educador brasileiro) e Saul Alinsky (ativista social norteamericano). Esta linha de raciocínio propõe que a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses, com níveis diferentes de poder e de controle sobre os

¹ Trata-se da adaptação da regra para situações especiais, para que seja sensível às peculiaridades de cada situação e reduza a vulnerabilidade (Oliveira et al, 2012).

recursos. Sendo assim, o *empowerment* implica numa redistribuição deste poder e na resistência dos grupos que o perde, para além da simples sensação de maior controle sobre a vida (Carvalho, 2004).

Portanto, o *empowerment* comunitário abrange tanto a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico como a realidade concreta de condições modificadas pela redistribuição do poder e de recursos (Carvalho, 2004).

O *empowerment* pode ser realizado por qualquer pessoa, mas o processo pode ser facilitado por profissionais de saúde. É um processo educacional que ajuda os pacientes a desenvolverem seus conhecimentos, suas habilidades, suas atitudes, e aumentar a consciência de si mesmos. É um processo necessário para que o paciente possa efetivamente assumir a responsabilidade sobre suas decisões no que se refere à saúde (Feste e Anderson, 1995).

A proposta de *empowerment* pode ser reconhecida como uma forma dialógica de comunicação devido a postura ética de maior respeito à autonomia cognitiva do paciente. Portanto, a promoção da saúde, que carrega com ela a educação em saúde, abrange comunicação, criando uma esfera de comunicação/educação como prática para a relação entre profissionais de saúde e pacientes (Cyrino et al, 2009).

Como afirmam Feste e Anderson (1995), “profissionais de saúde têm o privilégio de serem convidados para dentro da vida dos pacientes onde ambos, paciente e profissional, podem experimentar a humanidade – com todas as suas lutas agonizantes e suas vitórias gloriosas do espírito” (p. 143)².

Outra política de suma importância aos profissionais da área da saúde é a Política Nacional de Humanização (2004).

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (Brasil, 2004).

Humanizar a atenção à saúde é estar comprometido com a qualidade de vida, por meio da ética e do diálogo.

O diálogo é parte constitutiva do tratamento, pois humaniza a relação entre os indivíduos e permite uma aproximação e uma confiança necessárias ao processo de cura (Zombini e Pelicioni, 2012).

Os princípios norteadores de destaque para esta discussão são:

- Valorizar a dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção estimulando compromisso e responsabilização;
- Estimular processos que produzam sujeitos;
- Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional;
- Utilizar a comunicação para construir autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos.

As estratégias que podemos destacar são:

- No eixo da atenção, o incentivo ao protagonismo dos sujeitos, a ampliação da atenção integral à saúde, com a responsabilização sanitária pactuada entre os trabalhadores.

Políticas de Atenção às Crianças e Adolescentes e Classe Hospitalar

A educação é um direito de todos e um dever do Estado e da família (artigo 205, Constituição Brasileira, 1988) e tem como objetivo o desenvolvimento da pessoa para exercer sua cidadania. Este direito é reforçado em 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que afirma ser um direito da criança e do adolescente para o seu pleno desenvolvimento como pessoa e para o seu preparo como cidadão (artigo 53, Lei 8069, 1990).

Porém, por algum tempo, a criança ou adolescente hospitalizados acabavam afastados da escola em situações de internação hospitalar ou residencial. Até que em 1994, o Ministério da Educação e do Desporto instituiu o atendimento pedagógico-educacional durante a hospitalização, chamado Classe Hospitalar (Brasil, 1994). E já em 1995 o direito à educação da criança e do adolescente hospitalizados foi reconhecido (Brasil, 1995).

A permanência da criança no hospital não deve promover o rompimento de seu vínculo com a escola. As classes hospitalares garantem às crianças e adolescentes hospitalizados a oportunidade de manterem suas experiências pedagógicas, o estímulo do processo cognitivo e de desenvolvimento, assim como a continuidade das relações interpessoais (Zombini et al, 2012).

Crianças ou adolescentes hospitalizados tem o direito de desfrutar, além de formas de recreação, programas de educação para a saúde e programa curricular escolar (Brasil, 1995).

A Lei estadual 10685/2000, que dispõe sobre o acompanhamento da criança ou adolescente em internação, deixa claro que a escola em que o paciente está matriculado deve fornecer o programa das matérias ministradas e o que mais for necessário para o acompanhamento na Classe Hospitalar (São Paulo, 2000).

Segundo Brasil (2002) a formação do professor de classe hospitalar deve ser na área pedagógica e preferencialmente em educação especial. Considerando a formação inicial de professores e a atuação cotidiana na

² [Healthcare professionals have the privilege of being invited into patients' lives in which both patient and professional can experience humanity – with all its agonizing struggles and glorious victories of the spirit.]

área da saúde no que se refere às suas demandas, existe, portanto, uma lacuna que pode ser preenchida pelo psicopedagogo (Noffs e Rachman, 2007). Em seu artigo, as autoras exemplificam com sua atuação na formação de professores de classe hospitalar que estes estavam alheios ao conceito e à prática de rotina, organização e tampouco planejamento. Além disso, a classe hospitalar deve se apoiar em propostas educativo-escolares e não propostas de educação recreativas, lúdicas ou de ensino para a saúde (Ceccim, 1999). Portanto, outras propostas, como a atenção psicológica e terapêutica, que também podem existir na instituição hospitalar, também podem fazer parte do universo do psicopedagogo.

Saúde e Psicopedagogia

A Psicopedagogia nasce do encontro entre saúde e educação, com o objetivo de aprendizagem e desenvolvimento humano (Código de Ética, ABPp, 1996). Quando falamos de aprendizagem e desenvolvimento estamos obrigatoriamente falando de saúde. O ser humano não pode atingir bem-estar biopsicossocial (conceito ampliado de saúde) quando está privado do processo de aprendizagem.

Em situações de hospitalização ou mesmo de internação residencial, crianças e adolescentes, além da assistência médica e/ou enfermagem, necessitam de outras atenções, não menos relevantes. Trata-se da atenção psicológica e psico-educacional (Zombini e Pelicioni, 2012).

Com relação à pessoa hospitalizada, o tratamento de saúde não envolve apenas os aspectos biológicos da tradicional assistência médica à enfermidade. A experiência de adoecimento e hospitalização implica mudar rotinas; separar-se de

familiares, amigos e objetos significativos; sujeitar-se a procedimentos invasivos e dolorosos e, ainda, sofrer com a solidão e o medo da morte – uma realidade constante nos hospitais. Reorganizar a assistência hospitalar, para que dê conta desse conjunto de experiências, significa assegurar, entre outros cuidados, o acesso ao lazer, ao convívio com o meio externo, às informações sobre seu processo de adoecimento, cuidados terapêuticos e ao exercício intelectual (Brasil, 2002).

A atuação de professores e demais profissionais da saúde e saúde/educação é uma ferramenta de humanização hospitalar (Lima e Natel, 2010) e de humanização no tratamento domiciliar. A hospitalização/reclusão pode ser traumática e desencadear fatores como (Lima e Natel, 2010):

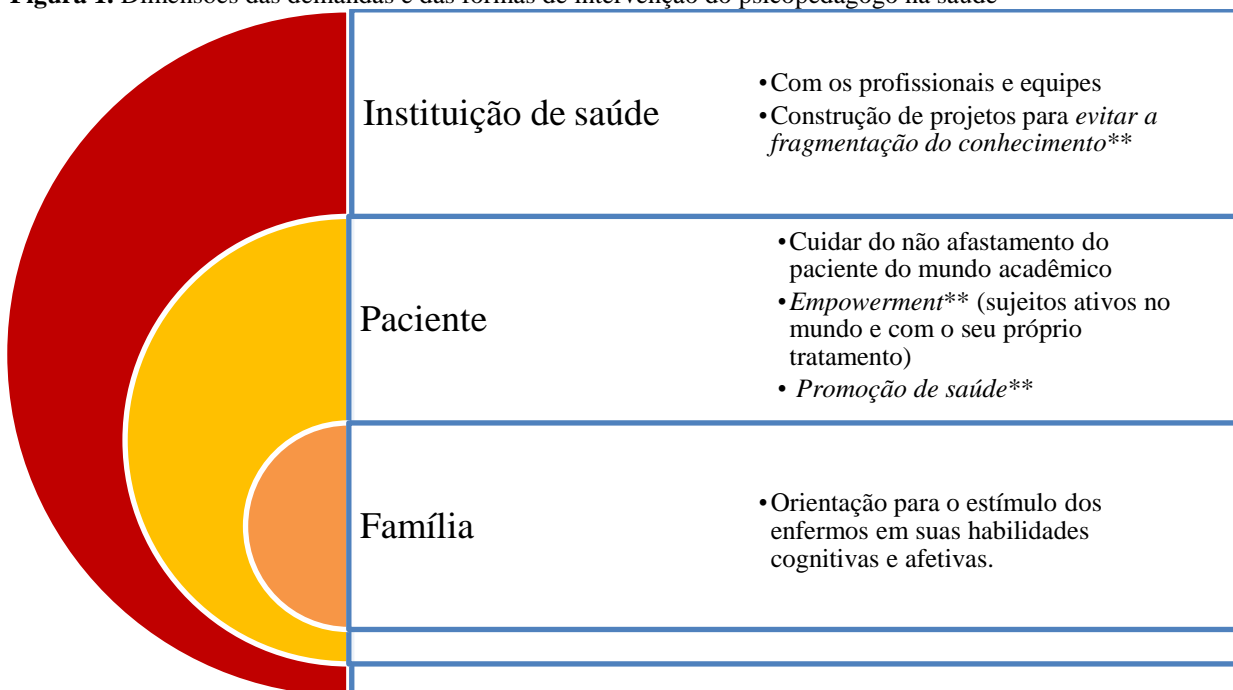
- Perda da singularidade;
- Sentir dor;
- Ser identificado por números ao invés do nome;
- Ser reconhecido por sua doença;
- Vestir-se igual aos demais internos;
- Perder a oportunidade de explorar e brincar.

Dentro deste contexto, alguns problemas de desenvolvimento podem surgir e podem ser preveníveis ou remediáveis pela psicopedagogia. Maluf, Ferretti e Fagali (2007) categorizam estes problemas de desenvolvimento em:

- Emocionais: depressão e ansiedade;
- Cognitivos: dificuldades de aprendizagem;
- Motivacionais: autoestima negativa.

Ainda segundo as autoras, as demandas e as formas de intervenção da psicopedagogia na saúde são de três dimensões:

Figura 1. Dimensões das demandas e das formas de intervenção do psicopedagogo na saúde*



*Adaptação de texto de Maluf, Ferretti e Fagali (2007). - **Grifos nossos.

Fonte: Maluf, Ferretti e Fagali (2007).

Intervenções da Psicopedagogia na Saúde

Tendo sido esclarecidas as políticas e abordagens em Saúde Pública de interesse para a Psicopedagogia; bem como, enfatizado a inseparabilidade da Educação e da Saúde, nem mesmo em abordagens próprias da Saúde Pública, como a Promoção da Saúde, podemos apontar as intervenções que a Psicopedagogia pode ter tanto em Hospitais, como em outras unidades de saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPES), Ambulatórios de Especialidade (AE), e outras.

As intervenções específicas abaixo, propostas por Maluf, Ferretti e Fagali (2007), foram, a princípio, sugeridas para um contexto hospitalar. Porém, elas podem abarcar todo o universo do sistema de Saúde Pública. Além disso, para que as ações sejam efetivas é necessário que o profissional Psicopedagogo sempre considere que a saúde e a doença são parte de um processo; que saúde é um conceito complexo, multideterminado e principalmente, culturalmente determinado; que ele, como profissional, nunca dará conta sozinho do problema, sendo muito bem vinda a atenção multidisciplinar; que antes de proteger e recuperar a saúde, é preciso planejar ações que visem a promoção da saúde, com educação, comunicação e diálogo, promovendo *empowerment*; e que ele faz parte da humanização visando um atendimento integral ao paciente.

Visando uma cura efetiva, os hospitais enxergaram novas demandas de atuação de outros profissionais além dos médicos, já que apenas a cura física não estava sendo eficaz no tratamento terapêutico e que havia a necessidade de um olhar mais individualizado e singular para cada paciente (Lima e Natel, 2010).

Estas são as intervenções propostas por Maluf, Ferretti e Fagali (2007):

- Integrar equipes multidisciplinares, colaborando com outros profissionais, orientando como lidar com o paciente e com os familiares.
- No trabalho com profissionais de saúde criar atividades para elaborar o mito da cura.
- Elaborar diagnósticos de condições de aprendizagem.
- Adaptar recursos psicopedagógicos para elaborar programas terapêuticos de ensino e aprendizagem (em casos de capacidade diminuída por razões de saúde).
- Criar e desenvolver métodos e programas psicopedagógicos em contextos de reabilitação psicossocial, para pessoas em recuperação de doença.
- Elaborar relatórios de condições terapêuticas de ensino/aprendizagem e outras comunicações.
- Desenvolver atividades que contribuam para a maior adesão ao tratamento médico e medicações e reduzir as taxas de recaída.
- Elaborar e aplicar programas comunitários de prevenção de comportamentos de risco e de promoção de comportamentos saudáveis.
- Educação sobre o consumo e o risco de drogas a fim de mudar a atitude do usuário diante do consumo.

O diálogo é a ferramenta essencial da humanização nas práticas de saúde. O diálogo humaniza a relação entre

os sujeitos, promovendo uma abordagem mais ampla e adequada. A comunicação dá a oportunidade de expressar necessidades e emoções diante do sofrimento da hospitalização (Zombini et al, 2012).

Em saúde, humanizar é respeitar a vida e as condições humanas, considerando as singularidades de cada sujeito. Portando, a proposta de acompanhamento pedagógico hospitalar pode contribuir com o projeto de humanização (Lima e Natel, 2010).

Discussão

Reações dos Alunos quanto às Aulas

O desenvolvimento dos conceitos acima, na disciplina de Intervenções da Psicopedagogia na Saúde, com a turma da pós-graduação, em março de 2013, aconteceu de maneira intensa.

A partir das apresentações pessoais em sala, ficou claro o não envolvimento direto dos alunos com a área da saúde. Em um primeiro momento, por mais que já estivesse claro para eles que Psicopedagogia é saúde e educação inseparavelmente, podemos afirmar que esta disciplina, em específico, trouxe a área da saúde como um processo produtor de *insights* para muitos. Provavelmente, não tinham ideia das dimensões desta área. Este processo gerou muita angústia e ansiedade nos alunos que se perceberam, de imediato e preconceituosamente, como visitantes superficiais da saúde. Durante a disciplina, perceberam que, na realidade, muito sabiam sobre saúde e o que faltava era o reconhecimento da profundidade e da importância desta área.

Primeiramente, sentiram-se assustados com o público o qual podem atender: outros profissionais da saúde, pacientes, familiares de pacientes e comunidade em geral. Na sequência, perceberam que cada abordagem, com cada um destes sujeitos, não seria igual.

Cada situação demandaria, segundo o contexto, um atendimento individual ou um atendimento de grupo. As atividades dependeriam do objetivo a ser alcançado com o atendimento – objetivo este, planejado antecipadamente, e em muitos casos, juntamente com os sujeitos envolvidos – podendo ser as mais diversas, desde lúdicas à psicodramáticas. Ou seja, considerando quem são os sujeitos envolvidos; suas idades; suas histórias; o contexto; o local para atendimento; o objetivo do atendimento; quantos irão participar; o tempo disponível que se tem com eles; as atividades possíveis de serem desenvolvidas; o material disponível; entre outros detalhes; obrigatoriamente, estes alunos de pós-graduação tiveram que desconstruir muitos conhecimentos consolidados que conheceram na área da Educação, lugar de onde a grande maioria advém.

Na Educação tradicional o público é restrito, conhecido antecipadamente, sendo todos praticamente de uma mesma faixa etária e onde a maior preocupação é com o desenvolvimento cognitivo. O ambiente (sala de aula) é controlado, e as atividades são baseadas em planos que contam com diversas ferramentas para serem construídos, podendo ser multiplicados para diversas salas

diferentes, desde que do mesmo ano escolar e mesma disciplina.

Trata-se de um movimento e tanto na estrutura destes alunos de pós-graduação que, precisam se desfazer desta lógica e compreender que tudo será sempre novo a cada atividade e totalmente elaborado por eles.

Do trabalho com os conceitos discutidos anteriormente neste capítulo, alguns desdobramentos ocorreram: envolvimento emocional com pacientes, morte e luto foram os principais.

Destes desdobramentos, o envolvimento emocional causou inquietação aos alunos da pós-graduação que estão acostumados em seu ambiente de trabalho na Educação, a serem tratados pelos seus alunos como “tio” ou “tia”, e que, segundo eles “vejo um aluno como podendo ser um filho meu”. Bem, as relações muito íntimas na Educação podem trazer muitos problemas no ambiente educacional, dificultando a manutenção da tênue linha que direciona os alunos para o conceito de “limite”, muito importante na constituição deles como sujeitos.

Na saúde, o lidar cotidiano com situações limites – doenças graves, degenerativas, dor intensa, etc. – pode conduzir muito facilmente a um envolvimento emocional que impossibilitará o Psicopedagogo no trabalho de apoio a estes pacientes. Já conhecemos a indicação de que o profissional Psicopedagogo tenha acompanhamento psicológico ou psicanalítico como suporte à sua formação constante e à sua saúde mental.

Quanto à morte e ao luto, os alunos de pós-graduação, em sua maioria, de pronto disseram acreditar ser incapacitados de lidar com estas situações e inclusive, incapazes de aprender a lidar. Logo, as crenças religiosas de alguns se puseram imediatamente à frente, como impeditivos no trabalho “com aquilo que não devemos ficar mexendo”.

Considerações Finais

O curso de Psicopedagogia, como um todo, discute questões que afetam muito os alunos já que tratam de situações de dor e de sofrimento comuns a todos nós seres humanos. Os alunos, ainda imaturos conceitual, e também psiquicamente, facilmente se deixam levar, tocados pessoalmente pelo que ouvem em sala de aula. Portanto, um curso muito bem estruturado, com carga horária adequada e profissionais prontos para o suporte aos alunos, é extremamente importante. Os docentes deste curso de especialização possuem uma tarefa dupla, o ensino teórico, conceitual e filosófico, bem como a intervenção analítica/devolutivas a todo o momento do processo ensino/aprendizagem.

Referências Bibliográficas

Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp). **Código de Ética da Psicopedagogia**. 1996.

Brasil. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº. 41 de 1995. Brasília: **Diário Oficial da União**, Seção I, 17/10/1995.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução 41/95 item 9. **Diário Oficial da União**. 17 out 1995.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. 5 out. 1988.

Brasil. Lei 8069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**. 16 jul 1990.

Brasil. Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. 20 set. 1990.

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

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC; SEESP, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saude Pública**. 2004;20(4):1088-1095

Ceccim RB. Classe Hospitalar: Encontros da Educação e da Saúde no Ambiente Hospitalar. **Pátio Revista Pedagógica**. v.3, n.10, p. 41-44, 1999

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface**. 2009;13(30):93-106

Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Educ Couns**. 1995;26:139-144

Lima MCC; Natel MC. A psicopedagogia e o atendimento pedagógico hospitalar. **Revista Psicopedagogia**. 2010; 27(82):127-39.

Maluf, MI; Ferretti, VR; Fagali, EQ. Psicopedagogia Hospitalar: Por que e para quem? Reflexões compiladas da palestra do evento Psicopedagógico Sedes Sapientiae, realizado em agosto de 2007, e das entrevistas com os profissionais participantes. **Rev. Constr. psicopedag**, Dez 2007, vol.15, no.12, p.7-26. ISSN 1415-6954.

Noffs, NA; Rachman, VCB. Psicopedagogia e saúde: reflexões sobre a atuação psicopedagógica no contexto hospitalar. Rev. Psicopedagogia, 2007; 24(74):160-8.

Oliveira RA ; Gellacic AS ; Zerbinatti AS ; Souza FE ; Aragão JA . Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. **Psicologia para América Latina** (Online), v. 23, p. 47-64, 2012.

Pelicioni MCF. Promoção da Saúde e Meio Ambiente: Uma Trajetória Técnico-política. In: Philipi Jr A, Pelicioni MCF. **Educação Ambiental e Sustentabilidade**. São Paulo: Manole, 2005, p. 413-420.

São Paulo. **Secretaria da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**. Lei 10685 de 2000. 30 nov 2000.

Zombini EV et al. Classe Hospitalar: A Articulação da Saúde e Educação como Expressão da Política de Humanização do SUS. Rev. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n.1,p.71-86,mar./jun.2012.

Zombini EV; Pelicioni MCF. Classe Hospitalar: Uma Estratégia para a Promoção da Saúde da Criança durante a Hospitalização. In: Pelicioni MCF. **Educação e Promoção da Saúde: Teoria e Prática**. São Paulo: Santos, 2012.