O atendimento psicopedagógico ao paciente idoso na reabilitação visual

Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira
Universidade Federal Uberlândia
persiakarine6@gmail.com
Palavras-chave: Psicopedagogia hospitalar. Baixa visão. Letramento
Eixo Temático-1: Interfaces da psicopedagogia com as áreas de conhecimento: boas práticas interdisciplinares

Introdução

Neste artigo objetivo narrar a minha experiência no atendimento psicopedagógico ao paciente idoso com baixa visão no ambulatório de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da cidade de Uberlândia-MG. Objetivo, ainda, compreender as possibilidades e os desafios que os auxílios ópticos representam para esse sujeito, como também entender as práticas de letramento que permeiam esse trabalho. O estudo aqui abordado foi desenvolvido a partir de narrativas sobre minhas experiências como psicopedagoga no ambulatório de baixa visão. Exponho e discuto algumas narrativas de experiência e componho seus sentidos buscando compreender os significados de letramentos neste contexto.

Apresento a seguir o caso José, nome fictício dado ao sujeito que fez parte deste estudo. A escolha por esse caso se deve pelos desdobramentos afetivos, cognitivos, psíquicos e emocionais que foram revelados a partir do atendimento psicopedagógico.

Entendendo a baixa visão

Para melhor compreensão desse sujeito acometido pela baixa visão, abordarei brevemente o conceito desta patologia e suas implicações. De acordo com Haddad (2011, p.15):

> [a] baixa visão ou, visão subnormal, descreve uma condição da função visual, intermediaria entre a visão normal e a cegueira e secundária a um acometimento irreversível do sistema visual, na qual o uso da correção óptica para erros refracionais não é suficiente para a melhor resolução visual com prejuízo na realização de determinadas atividades e impacto negativo sobre a funcionalidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, propôs uma definição, que considera aspectos funcionais, a qual foi ratificada em Oslo, em 2004:

> A pessoa com baixa visão é aquela que apresenta após tratamentos e/ou correção óptica diminuição de sua função visual e tem valores de acuidade visual menor do que 0,3 a percepção de luz ou um campo visual menor do que 10 graus de seu ponto de fixação; porém usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa (OMS, 1992).

Justifico o uso dessa definição pelo fato de que a maior parte da população considerada cega (por alguma definição legal) tem, na verdade, baixa visão e é, a princípio, capaz de usar sua visão para a realização de tarefas (BOLONHINI, 2004).

A baixa visão é uma perda severa de visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico, podendo levar à incapacidade funcional e à diminuição do desempenho visual. A capacidade funcional não está relacionada apenas aos fatores visuais, mas também às reações dos sujeitos à perda visual e aos fatores ambientais que interferem no desempenho.

O conhecimento sobre a capacidade funcional da visão dos pacientes é crucial para o atendimento da equipe multiprofissional, em especial o atendimento psicopedagógico.

O médico oftalmologista especializado em baixa visão realiza a avaliação oftalmológica pelos exames de rotina, corrige as possíveis alterações de refração que possam impedir o desenvolvimento visual e faz a avaliação das funções visuais que são de grande importância para orientação do trabalho pedagógico (BRUNO, 1993).

Na avaliação das funções visuais, o médico utiliza testes objetivos e subjetivos para medir a acuidade visual, a sensibilidade aos contrastes, a acomodação ao campo visual, a visão para cores e a adaptação à luz. O conhecimento dessas funções visuais e suas implicações na reabilitação visual é muito importante para o trabalho do psicopedagogo ou pedagogo especializado.

O ambulatório de baixa visão

O ambulatório de baixa visão é composto por uma equipe multiprofissional: médico oftalmologista, residentes, terapeuta ocupacional e psicopedagogo. Este serviço atende à demanda populacional de crianças, adultos e idosos. E é referência no que se

refere à habilitação e à reabilitação visual para pacientes adultos e idosos na cidade de Uberlândia.

Os atendimentos, na habilitação e na reabilitação visual, do qual atuo são organizados da seguinte forma: os pacientes são encaminhados pelas outras especialidades do serviço de oftalmologia (retina, glaucoma, córnea, dentre outros) para o serviço de baixa visão. Os pacientes passam pela consulta médica, em que é feita anamnese, histórico da doença, principal queixa e exames necessários. O diagnóstico é feito e mede-se a acuidade visual, campo visual, dificuldade ao contraste, dentre outros dados que interessam muito ao nosso serviço e, só então, eles são encaminhados para os serviços especializados (psicopedagógico ou terapia ocupacional).

É valido ressaltar que as crianças menores e com múltiplas deficiências são encaminhadas à terapia ocupacional que trabalha com a estimulação visual. Os escolares, adultos e idosos são encaminhados ao serviço psicopedagógico, pelo qual sou responsável, para habilitação e reabilitação visual por meio dos auxílios ópticos[1] e não ópticos.

Quando encaminhados os pacientes para os serviços especializados (terapia ocupacional e psicopedagogia), o termo usado pela médica responsável é *treinamento*, para dizer-lhes (aos pacientes) o que será feito. Sampaio mostra que "um dos principais fatores de fracasso na adaptação dos auxílios ópticos é a não realização de um treinamento eficiente" e ainda acrescenta que "quanto mais preparado estiver o indivíduo para utilizar os auxílios ópticos e não ópticos, nas diversas situações do dia a dia, maiores serão as chances de sucesso" (SAMPAIO, 2001, p.70).

O termo treinamento, muito usado pelos médicos, me causa certo estranhamento; prefiro pensar em desenvolvimento das potencialidades, já que trabalho com a visão funcional desses sujeitos e tudo aquilo que pode ser estimulado e desenvolvido

Dentre as demandas apresentadas por esses sujeitos durante o treinamento, uma das queixas recorrentes no atendimento psicopedagógico é a de poderem novamente voltar a ler. Na maioria dos casos atendidos, relatam não conseguir ler há três, cinco, dez,

---

[1] Os auxílios ópticos são específicos para a necessidade de cada paciente e dividem-se basicamente em duas categorias: os que ampliam a imagem para perto, permitindo, por exemplo, a leitura de um material impresso, e os que ampliam a imagem para longe, possibilitando, por exemplo, ver do outro lado da rua. E os auxílios não-ópticos são recursos que não utilizam lentes para melhorar o desempenho visual, como: iluminação adequada, lápis 6B ou 3B, prancha de leitura, ampliação do texto, dentre outros.

até vinte anos ou mais. Aliás, vejo isto como uma grande expectativa nesses sujeitos. Observo ainda que muitos deles frequentaram pouco a escola regular de ensino.

A seguir narro a minha experiência com José, nome fictício dado ao participante, no ambulatório baixa visão.

As intervenções com José

José é um senhor, de 77 anos de idade, com DMRI (Degeneração macular por relacionada à idade[2]) com a visão de longe muito comprometida e a de perto também. José chega ao consultório queixando da dificuldade com a visão de perto para enxergar as correspondências (contas de água, luz, telefone e outros) e também identificar moedas. Relatou que morava com sua esposa, e que a mesma era acamada por conta de um AVC (acidente vascular cerebral) e que por isso fazia toda a lida da casa e também cuidava da mesma(esposa). José era aposentado, tinha um aspecto matuto, de trabalhador braçal. Disse-me que antes da piora da visão trabalhava como servente de pedreiro. Era muito ansioso quando falava, chegava a gaguejar por vezes e repetia: "*Eu quero um óculos pra enxergar, pra ver os papeis que chega lá em casa, olhar os remédios da mulher.*" Perguntei-lhe sobre os filhos. José disse que tinha apenas um filho e que o mesmo os visitava pouco, pois, segundo ele, trabalhava muito e tinha também a sua família.

José insistia também que queria um óculos para ver de longe: *"Quero um óculos pra enxergar de longe, do outro lado da rua, eu sou sozinho, faço tudo, é muito difícil."*

Sobre a sua visão de longe, a médica responsável já havia lhe explicado sobre as limitações e que não seria possível um auxílio (em forma de óculos) para ajudá-lo a enxergar de longe. Entretanto José parecia ignorar isto ou não havia compreendido o que lhe fora dito.

Observo, com frequência, este comportamento nas pessoas mais velhas que chegam ao consultório. Algumas vezes, vejo um comportamento de negação da doença e

---

[2]"Degeneração Macular Relacionada a Idade (DMRI) é uma doença degenerativa, que afeta área central da retina, chamada mácula, e que ocorre geralmente em pessoas acima de 60 anos. É uma doença muito estudada em todo o mundo, por ser uma das quatro maiores causas de baixa visão. Os fatores de risco para DMRI já conhecidos são: idade acima de 60 anos, tabagismo, pele clara e olhos claros, exposição excessiva à radiação solar, dieta rica em gorduras, doenças cardiovasculares e predisposição genética. Os sintomas são: perda da visão central (uma mancha escura ou um borramento no meio da visão) ou distorção da imagem na área central." (Sociedade Brasileira de Visão Subnormal. Degeneração macular Relacionada à Idade (DMRI). Disponível em:< http://www.visaosubnormal.org.br/artigos.php?n=2>. Acesso em 11 jul. 2018.

suas limitações o que já é esperado, tendo em vista que esse é um mecanismo de defesa do psiquismo para lidar com as situações de perdas, dificuldades. Normalmente sentem-se irritados e angustiados. A meu ver na negação, o medo da doença e sua progressão encontram-se reprimido, então surge uma angustia vaga, indefinida. A negação não deixa de ter um certo componente de teimosia, de insistência em manter inalterado o estado das coisas. E muitas das vezes isso acontece, não por falta de informação, mas por falta de condições psicológicas para tal (SIMONETTI, 2004). Mas também acontece, por vezes, de o médico utilizar um linguajar excessivamente técnico, e o paciente ter dificuldade em compreender os termos, os significados e suas implicações. Por isso é importante conhecer o que o paciente sabe da sua doença e as suas limitações. Como mostra Simonetti (2004).

> A negação não tem que ver com inteligência, cultura, nível intelectual ou social, pois pessoas de todos os níveis sociais e econômicos podem vir a negar sua doença. O que varia é a forma. A negação não se dá por falta de informação, e sim por falta de condições psicológicas, falta essa que não deve ser entendida como defeito, e sim como característica naquele momento (SIMONETTI, 2004, p.42).

É muito comum esses pacientes relatarem, repetidas vezes durante os atendimentos, o percurso da doença, os médicos pelos quais já passaram e os exames já realizados. Querem contar, falar, simplesmente dizer. Parece-me que, neste momento de reconstrução da história, por meio da fala, buscam dar significado ao momento vivido. Olham-me angustiados, querendo de alguma forma uma solução para os problemas. Chamam-me de doutora, embora sempre lhes diga, no início da intervenção, que não sou médica, mas que buscarei assisti-los no tratamento e na busca por melhorar a visão com a ajuda dos auxílios ópticos e não ópticos.

A cada sessão, com esses pacientes, informo-lhes sobre o que irá acontecer, converso sobre os auxílios indicados, de que forma eles poderão ajudá-los e quais as limitações. Busco construir com eles o pensamento. Faço isso repetidas vezes.

No caso de José, foi difícil explicar-lhe que não teria óculos para longe. Ele repetia a mesma coisa toda sessão: “Quero um óculos para enxergar de longe”. Fui aos poucos conversando com ele, tentando mudar o foco, que poderíamos ajudá-lo com a visão de perto, a ver as contas que iria pagar, o seu saldo no banco, os remédios da sua esposa, etc.

Para José, o auxilio indicado pela médica eram as lentes esféricas. O uso destas lentes exige aproximação do objeto, no caso de José a distância focal era de

aproximadamente uns 10cm. Ele era muito resistente em aproximar o papel perto dos olhos. Quando eu aproximava, distanciava a cabeça. Isso dificultava muito achar o foco. Comecei usando as palavras na apostila[3] na escala maior 4M e depois 2,5M. E José dizia: *"não tô vendo nada".* Então usei a tabela[4] para medir a acuidade visual para perto (esta tabela contém apenas optotipos, letras, que vão diminuindo gradativamente). José conseguiu ler até quase a menor letra da tabela.

Voltei então para a apostila, com as silabas simples e letras grandes, como: MESA, VASO. Pedi que me falasse cada letra. Conseguiu ler todas as letras. Estava explicada a grande dificuldade com as palavras, José não era alfabetizado.

Conversamos sobre a sua vida escolar. Disse-me que havia estudado até o 1º ano do Ensino Fundamental, e que não lia muito bem. Em momento algum me disse que não sabia ler. Percebia constrangimento quando se referia ao assunto.

Continuei com os testes, José leu na menor escala (1M) todas as palavras, soletrando cada letra. Percebia que se entusiasmava quando conseguia ler as letras pequenas. Fiz o teste com números. José não apresentava dificuldade com números e algarismos. Sabia escrever o seu nome todo.

Então lhe pedi que trouxesse as correspondências de casa, e a caixinha dos remédios para fazer os testes com as lentes. Embora não soubesse ler, José não tinha dificuldade em identificar o seu nome nas correspondências. Conseguia dizer a data do vencimento e os valores a serem pagos. Alegrou-se ao fazer isto com os óculos.

José era muito esperto, com os remédios soletrava as letras. Com muito zelo, fui conversando com ele sobre o que achava de conseguir ver os valores das correspondências e as datas de vencimento. José não me dava abertura para falar-lhe da sua dificuldade de leitura. Neste momento, a dificuldade não era visual e sim de leitura. José não estava alfabetizado, não conseguia ler as palavras. Fiz algumas sugestões com cores, para identificação dos remédios e seus respectivos horários.

José verbalizou que os óculos iriam ajudá-lo. Disse que era muito bom poder ver o saldo no banco e ver as contas.

---

[3] Temos uma apostila usada para esse fim. Esta apostila originou-se a partir do desenvolvimento da tese de doutorado de Silvana Terezinha Figueiredo Moya no serviço de visão subnormal do Hospital de Clínicas São Geraldo-UFMG. A elaboração do material surgiu da necessidade de um material adequado para treinamento e avaliação no uso de auxílios ópticos, que minimizasse as dificuldades cognitivas e linguísticas não relacionadas à visão.

[4] Tabela Near Visual Acuity Test utilizada para medir a acuidade visual para perto. "Trazem os valores da acuidade visual em notação fracionária, em notação métrica (M) e o número de dioptrias necessárias para melhora da resposta visual para perto (HADDAD, 2011, p. 52)

O caso de José instigou-me profundamente. Queria ajudá-lo, inclusive no processo de construção da leitura, mas no ambulatório isso não seria possível. Queria encaminhá-lo a outros serviços, talvez quem sabe a possibilidade de estudar novamente, mas isto seria complicado no caso de José, tendo em vistas as suas limitações para locomoção e os cuidados que dispensava com sua esposa. Assim, com muito pesar e angustiada, fiz o que era possível para o momento.

Sentia falta também da presença de um acompanhante durante os atendimentos. Ele ia sempre sozinho. Quando indagado sobre isto, José dizia que não tinha ninguém e que seu filho não poderia acompanhá-lo.

José foi um dos primeiros pacientes idosos que atendi. Por vezes me sentia impotente. Ao final das sessões, a médica responsável fez a prescrição dos óculos para José e marquei o retorno para reavaliação.

O paciente retorna para a consulta médica com os óculos na mão e dizendo*: "Que os óculos não estavam prestando para nada"*. Muito angustiado e queixoso, falava excessivamente. Neste momento, a médica solicita a minha presença na sala, e a sós disse-me que os óculos estavam corretos e não conseguia entender o que acontecia com José.

Fiquei sozinha na sala com ele, coloquei os óculos em seu rosto, achamos a distância focal, posicionei o papel e ele foi soletrando as letras. Ele estava conseguindo ler, a sua maneira, como havia feito nos atendimentos anteriores na menor escala (1M).

Ao final, disse-lhe: "Olha, você está conseguindo sim". José com lágrimas nos olhos, disse que tinha gastado todo o seu salário, e que aqueles óculos não iriam adiantar nada. Disse que não conseguia ler nada.

Conversei, expliquei lhe várias vezes, mas parecia em vão. Não conseguia saber se falava da dificuldade visual ou da leitura. Percebi, então que havia sido inexperiente, não poderíamos ter feito a prescrição do auxílio, sem a presença do acompanhante. E atentei também, para o fato de que as explicações dadas aos pacientes, poderiam também ser entregues por escrito ao acompanhante. Bom, mas naquele momento nada disso adiantaria, eram apenas minhas angústias.

Senti vontade de restitui-lhe os gastos com os óculos, tamanha era a sua tristeza. Esse comportamento foi reprovado pela médica, quando fui falar-lhe sobre o que iria fazer. O caso de José alertou-me para várias questões: 1) médica não havia percebido que José não sabia ler, isso apareceu no meu atendimento; 2) A importância do acompanhante; 3) Realizar a prescrição e orientações na presença do acompanhante; 4) Dificuldade no processo de leitura (idosos), como proceder?

Compondo sentido sobre as práticas de letramentos

Escrever sobre o caso de José trouxe me inquietações e reflexões. Embora não se trate de um ambiente de educação formal (escolarização), o hospital, mais especificamente a reabilitação visual, é um lugar onde vivencio o tempo todo as questões de letramento. As contribuições de Street (2014) sobre letramento e letramentos me ajudam a pensar esse lócus, o hospital.

Street (2014) ao se referir ao termo letramento no singular, está aludindo ao letramento hegemônico, o qual, as concepções dominantes sustentam e o reforçam. Concepções estas que, a priori, poderia se pensar advindas da instituição escola, da escolarização. No entanto, Street (2014) mostra que essa concepção de letramento é reforçada e mantida pelas famílias, pais e comunidades. E segundo o autor esse letramento "autônomo", hegemônico assume esse lugar em função da pedagogização do letramento.

> Nosso interesse é explorar os modos como, tanto em casa quanto na escola, as concepções dominantes de letramento são construídas e reproduzidas de tal maneira a marginalizar as alternativas e, sugeriríamos, a controlar os aspectos cruciais de linguagem e pensamento. Nossa hipótese é a de que o mecanismo por meio do qual os significados e usos de 'letramento' assumem esse papel é a 'pedagogização' do letramento (STREET, 2014, p.121).

E ainda, o autor mostra que o letramento escolar, "autônomo' marginaliza e rejeita os letramentos sociais

> Os usos dos letramentos por mulheres; sua associação a práticas informais, não religiosas e não burocráticas; suas funções afetivas e expressivas; e a incorporação de convenções orais ao uso escrito- são todos aspectos de prática letrada que tenderam a ser marginalizados ou destruídos pelo letramento moderno, ocidental, com sua ênfase nos aspectos formais, masculinos e escolarizados da comunicação. Muito, então, do que vem junto com o letramento escolar se revela como o produto de pressupostos ocidentais sobre escolarização, poder e conhecimento, mais do que algo necessariamente intrínseco ao próprio letramento (STREET, 2014, p.125).

As diferentes práticas de letramentos (nesse sentido o autor usa o termo no plural) desenvolvidas em comunidades, na vida social, fora do âmbito escolar e, utilizadas nas mais variadas formas são rechaçadas por essa pedagogização do letramento.

Ao se referir a letramentos (no plural) o autor cita vários exemplos onde práticas de letramentos são usadas em diferentes espaços por: mulheres, comunidades, aldeias, missões religiosas, etc. (STREET, p.2014). E essas práticas de letramentos, quase sempre, nada tem a ver com a escolarização formal, mas desempenham um importante papel nestes cenários sociais, "a questão não é qual o 'impacto' que o letramento tem sobre as pessoas, mas como as pessoas afetam o letramento" (STREET, 2014, p.124).

Segundo o autor, a concepção de letramento associada à escolarização e à pedagogia "está transformando a rica variedade de práticas letradas evidentes nos letramentos comunitários em uma prática única homogeneizada" (STREET, 2014, p.140).

Nesse sentido, a meu ver para Street não há uma relação entre letramento e educação formal. O autor explicita os vários letramentos que se dá fora da educação formal, os reconhece e reforça a importância desses saberes na vida dos sujeitos, mas, no entanto evidencia como o letramento (hegemônico, com 'L', 'autônomo') tem influenciado e marginalizado as práticas de letramento fora da educação formal

> O letramento precisa ser distinguido da educação em termos de suas supostas 'consequências'. Alguns tipos de educação (embora, de modo algum, todos) podem sim, inculcar uma autoconsciência crítica e uma facilidade para lidar com conceitos abstratos dos tipos atribuídos ao letramento, mas isso tem menos a ver com características inerentes do letramento do que com o caráter do programa (STREET, 2014, p.39).

Penso que, ali na reabilitação visual estes letramentos (no plural) emergem o tempo todo, aliás, os atores deste cenário, os pacientes, trazem isto com frequência, como na fala de José: "*Eu quero um óculos pra enxergar, pra ver os papeis que chega lá em casa, olhar os remédios da mulher."* A distinção feita por Street entre letramento e letramentos me ajudam a compreender o caso José. Ele não era alfabetizado, mas era um sujeito letrado. Utilizava muito a linguagem escrita no seu contexto, pagava as contas, organizava os remédios da esposa, dentre várias coisas que fazia. Vejo o quanto o letramento hegemônico também estava presente nas falas de José. As vezes verbalizava, *"minha leitura não é boa não"* o que poderia sugerir que ele trazia uma concepção interna

de leitura. Percebo que José reconhecia que não tinha todas as habilidades de leitura, mas verbalizar isto, naquele contexto, poderia o fazer sentir-se ‘menor’, ‘incapaz’ (penso que talvez o fato de eu expô-lo a leitura e não conseguir fazê-la). Mas isto são apenas suposições e elucubrações de minha parte. Não que eu pensasse que José fosse incapaz, aliás, eu o admirava pelas coisas que fazia apesar das limitações que possuía (visual, financeiras) e, mesmo assim, era uma superação.

Outra distinção trazida por Street entre os termos ‘eventos de letramento’ e ‘práticas de letramento’, também me faz pensar sobre o quanto os vivencio neste contexto.

A visão é um sentido totalizante, e a sua perda tem consequências que irão implicar diretamente nesses eventos de letramento. A maior queixa apresentada por eles, como já citado é a de poderem voltar a ler novamente. E esse ler se refere à várias coisas, do tipo: a bíblia, as correspondências que chegam em casa, os remédios que tomam, o celular, o computador, dentre vários outros.

E durante o atendimento a esses sujeitos, eventos de letramentos acontecem o tempo todo, como mostra Street (2012) “‘eventos de letramento’ é um conceito útil porque capacita pesquisadores, e também praticantes, a focalizar uma situação particular onde as coisas estão acontecendo e pode se vê-las enquanto acontecem” (p.75). Mas, por outro lado, os eventos de letramento que acontecem na reabilitação visual, não me dizem como os significados de tudo isso está sendo construído.

Penso que as práticas de letramento, como mostra Street (2012), “é realmente uma tentativa de lidar com os eventos e com os padrões de atividades de letramento, mas para ligá-los a alguma coisa mais ampla de natureza cultural e social” (p.76). Nesse sentido, penso que buscar o significado desses eventos de letramento para esses sujeitos, poderá ampliar o meu olhar para as experiencias de leitura desses pacientes (adultos e idosos) na reabilitação visual.

“Podemos fotografar eventos de letramento, mas não podemos fotografar práticas de letramento” (STREET, 2012, p. 76). Posso até descrever como o paciente se apropria dos auxílios ópticos para utilizar sua visão, mas entender o significado disso em sua vida, a sua história, as questões anteriores (escolarização) que podem ser acessadas, dentre outros só será possível buscando a compreensão das práticas de letramento nesse contexto. Como na fala de José *“não tô vendo nada”.* Ele enxergava as letras, mas não lia as palavras. O ato de ler transcende uma compreensão mecânica e estreita. Anteriormente à habilidade de ler e escrever a palavra (como técnica) há que se ter a leitura do mundo, talvez por isso Freire (2017) diga “desde que a palavra lhes pertença”,

que a meu ver é a consciência do eu no mundo que tem a ver com como me posiciono, como vejo, como estabeleço relações e também como sou interpelado por este mundo exterior a mim.

Nesse sentido, pensando em minha experiencia com cada um deles (os pacientes), vejo como algo singular, único. Não se trata de simplesmente de achar o auxílio óptico e ajudá-lo a usá-lo. Essa seria uma visão reducionista e técnica. Fui descobrindo ao longo do trabalho com eles, o quanto outras questões emergem. A leitura tem um significado único para cada um deles, as experiencias anteriores são trazidas o tempo todo, o como fazia antes e como faz agora, as limitações, os impedimentos, e, quanto sofrimento e também conquistas eles trazem. Desprezar isso seria um grande equívoco de minha parte, como também não entender todo o processo. As suas falas são carregadas de significado, e isso me faz pensar no compromisso ético com a minha pratica profissional. E me pergunto: Quem é esse sujeito a minha frente? Quem sou eu diante dele? Nesse sentido, "Eu não posso passar sem o outro, não posso me tornar eu mesmo sem o outro; eu devo encontrar a mim mesmo no outro, encontrar o outro em mim" (BAKHTIN,2010 apud SILVESTRE; FIGUEREDO; PESSOA, p.119, 2015). Penso que talvez aí, entre o trabalho crítico pautado na ética, que não se reduz à visão superficial ligada à minha pratica profissional, mas que busca compreender os efeitos no outro daquilo que digo e faço, nesse caso as experiências de leitura; "criticidade e ética estão estreitamente relacionadas, pois sugerem a necessidade de ler se lendo, isto é, posicionar-se criticamente em relação ao modo como atribuímos sentido ao que lemos" (TAGATA,2017, p.390). Nesse sentido, o conceito de autorreflexividade torna-se essencial, a transparência enquanto sujeito e a plena consciência da relação entre ações, pensamentos e palavras, "A autorreflexividade, equivale, portanto, à constatação de que o sujeito não é a origem primordial dos significados da linguagem e da cultura, e que suas escolhas nunca são completamente livres ou neutras, porem condicionadas pelo contexto social, histórico e cultural em que está inserido" (TAGATA,2017, p.391). Tudo isto coaduna com o conceito da cegueira constitutiva, a meu ver importantíssimo, a nossa cegueira em relação a outras formas de ver, conhecer e estar no mundo (ANDREOTTI, 2014, apud TAGATA, 2017). Faz-se necessário um exame crítico de nossas posturas e crenças em relação ao outro, ou seja, como me posiciono frente aos pacientes.

Percebo em minhas práticas que os pacientes, quando experienciam a leitura, simultaneamente ao desejo de conseguir ler, demonstram alguns estranhamentos, referentes ao uso dos auxílios, ao ambiente hospitalar, à própria experiência de poder ler

novamente, à minha presença, dentre outros. Comumente relatam: *parece que estou aprendendo a ler novamente,* ou ainda, *minha leitura não é muito boa não.* Estas falas provocam em mim inquietações, "o sentido da palavra é totalmente determinado por seu contexto" (VOLOCHINOV,1995 apud GUILHERME; SANTOS, p. 58, 2014). Ao revolver sobre elas (as falas) penso que podem sugerir várias coisas: Será a leitura oralizada que eles (pacientes) estão se referindo? Poderá ser o entendimento do texto lido? Ou quem sabe a rapidez de leitura? Ou, o que está por detrás destas falas? Nesse sentido, "compreender o outro pelo viés de seu próprio olhar representa a visão excedente necessária e indispensável em toda interação social essencialmente única e dialógica" (SILVESTRE; FIGUEREDO; PESSOA, p.122, 2015)

Penso o quanto é importante contemplar esse outro fora de mim, o excedente de visão a que se refere Bakhtin, e também deslocar-me do eu para o outro, a exotopia, entretanto com a necessidade de voltar para mim mesma. Nos dizeres de Bakhtin

> [...] com efeito, vivida internamente, a situação daquele que sofre pode levar a um ato ético- ajuda, reconforto, especulação cognitiva- e, de qualquer modo, após nos termos identificado com o outro, devemos voltar a nós mesmos, recuperar nosso próprio lugar fora daquele que sofre, sendo somente então que o material recolhido com a identificação poderá ser pensado nos planos ético, cognitivo, ou estético. Se não houver essa volta a si mesmo, fica-se diante de um fenômeno patológico que consiste em viver a dor alheia como a própria dor, de um fenômeno de contaminação pela dor alheia, e nada mais" (BAKHTIN,1997 apud SILVESTRE; FIGUEREDO; PESSOA p.128, 2015).

Pensar nesse excedente de visão a que propõe Bakhtin, me faz pensar na responsabilidade e responsividade de minhas ações, mas acima de tudo a minha postura ética frente ao fazer psicopedagógico na reabilitação visual.

Algumas considerações

A escrita do caso de José trouxe-me reflexões sobre o contexto, as interações, e a singularidade de minhas experiencias na reabilitação visual. As questões de letramento emergem ali o tempo todo. Ao narrar a minha experiencia me dei conta, de que, as experiencias de leitura para os pacientes com baixa visão são carregadas de significados.

O quanto se faz necessário um olhar ético e cauteloso ao lidar com os pacientes idosos. As experiencias de leitura, para eles os pacientes, podem trazer à baila questões

veladas, como o fato de Jose não saber ler, que podem ter implicações cruciais na adaptação dos auxílios ópticos. Nos dizeres de Sobral 2008, apud Silvestre, 2015 “Agir é sempre comprometer-se, agir é sempre ser interpelado pelo outro do ponto de vista ético, agir é sempre ser chamado à responsabilidade e à responsividade.” (p.121)

Referências Bibliográficas:

BRUNO, Marilda Moraes Garcia. **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual:** da intervenção precoce à integração escolar. São Paulo: NEWSWORK, 1993.

BOLONHINI, R. J. R. **Portadores de necessidades especiais**: as principais prerrogativas e a legislação brasileira. São Paulo: Arx, 2004.

FREIRE, Paulo; MACEDO, Donaldo. Repensando o letramento: Um diálogo. In Darder, Antonia; TORRES, Rodolfo(Org.).The Critical Pedagogy Reader, 2017.

GUILHERME, Maria de Fátima; SANTOS, João Bôsco Cabral dos. **Letramento em língua inglesa**: uma reflexão bakhtiniana a partir de um estudo de caso. Bakhtiniana, São Paulo, 9 (2), p.52-71, ago/dez,2014.

HADDAD, Maria Aparecida Onuki. **Baixa visão na infância**: guia prático de atenção oftalmológica. São Paulo: Laramara, 2011.

SAMPAIO, Marcos Wilson. **Auxílios para Baixa Visão**. São Paulo: Laramara, 2001.

SILVESTRE, Viviane Pires Viana; FIGUEIREDO, Carla Janaina; PESSOA, Rosane Rocha. **Ética na perspectiva bakhtiniana e na formação crítica docente**: uma experiência no Estágio Supervisionado de Língua Inglesa. Bakhtiniana, São Paulo, 10 (2), p.115-134, maio/ago,2015.

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

Sociedade Brasileira de Visão Subnormal. **Degeneração macular Relacionada à Idade (DMRI).** Disponível em:< http://www.visaosubnormal.org.br/artigos.php?n=2>. Acesso em 11 jul. 2018.

STREET, Brian. **Eventos de letramento e Práticas de letramento**: teoria e prática nos novos estudos do letramento. In Izabel Magalhães (Org). Discursos e práticas de letramento: pesquisa etnográfica e formação de professores. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2012.

STREET, B. **Letramentos sociais**: abordagens críticas do letramento, no desenvolvimento, na etnografia e na educação; tradução Marcos Bagno. 1.ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2014.

TAGATA, W. M. **Letramento crítico, ética e ensino de língua inglesa no século XXI:** por um dialogo entre culturas. RBLA, Belo Horizonte, v.17.n.3, p.379-403, 2017.

World Health Organization- Programme for the Prevention of Blindness- Management of low vision in children- Report of a WHO Consultation. Bangkok: WHO/PBL/93.27; 1992.