

COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NA COMUNIDADE:**

Saberes, Desafios e Práticas

**Rosana Aparecida Salvador Rossit; Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
(Orgs.)**

volume

3

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

(Orgs.)

COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

1ª Edição

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE: Saberes, Desafios e Práticas

Volume 3

São Paulo, SP

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Reitora: Soraya Soubhi Smaili

Vice-Reitor: Nelson Sass

Pró-Reitora de Administração: Tânia Mara Francisco

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: Anderson da Silva Rosa

Pró-Reitora de Extensão e Cultura: Raiane Patrícia Severino Assumpção

Pró-Reitor de Gestão com Pessoas: Murched Omar Taha

Pró-Reitora de Graduação: Isabel Marian Hartmann de Quadros

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa: Lia Rita Azeredo Bittencourt

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Diretora: Janine Schirmer

Vice-Diretor: Alexandre Pazetto Balsanelli

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE – CEDESS

Coordenador: Nildo Alves Batista

PPG ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

Coordenadora: Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vice-Coordenador: Leonardo Carnut

CONSELHO EDITORIAL

Cristina Zukowsky-Tavares – Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP

Cristiano Gil Regis – Universidade Federal do Acre – UFAC

Emiko Yoshikawa Egry – Universidade de São Paulo – USP

Janine Schirmer – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

José Vieira de Sousa – Universidade de Brasília – UnB

Leonardo Carnut – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Neide Barbosa Saisi – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Nildo Alves Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Regilson Marciel Borges – Universidade Federal de Lavras – UFLA

Susana Maciel Wuillaume – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Sylvia Helena Souza da Silva Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Organizadoras

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Coordenação Técnica e Pedagógica

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Editoração Eletrônica

Rosely Aparecida Ramos Calixto

Arte e Design da Capa

Nilton Nunes dos Santos



Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP)



Escola Paulista de
Enfermagem (EPE)



Centro de
Desenvolvimento do
Ensino Superior em Saúde
(CEDESS)

Rua Pedro de Toledo, 859 – Vila Clementino
São Paulo/SP – Cep 04032-900

E-mail: cedess@unifesp.br

<http://www2.unifesp.br/centros/cedess/index.htm>

E24

Educação em saúde na comunidade: Saberes, Desafios e Práticas [recurso eletrônico] / Organização de Rosana Aparecida Salvador Rossit, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert. – 1. ed. -- São Paulo [SP] : Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ; Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), 2020.

320 p. -- (Coleção Ensino em Ciências da Saúde ; v.3).

ISBN 978-65-00-02812-6 [coleção completa]

ISBN 978-65-00-02815-7 [volume 3]

1. Ensino. 2. Ciências da Saúde. I. Rossit, Rosana Aparecida Salvador (org.)
II. Seiffert, Otilia Maria Lúcia Barbosa (org.) III. Título.

CDD 610.7

PREFÁCIO	4
<i>Nildo Alves Batista, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
AGRADECIMENTOS.....	9
APRESENTAÇÃO.....	8
<i>Paulete Goldenberg, Rosana Aparecida Salvador Rossit, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert</i>	
SAÚDE E COGESTÃO POPULAR: LIMITES E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NA CIDADE DE SANTOS/SP	15
<i>Ivone Leal Benedito, Ana Rojas Acosta</i>	
O “FALE CONOSCO” DA UNIFESP E A POPULAÇÃO NA BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAÚDE	32
<i>Rosa Malena Bergamo Sotero, Christine Barbosa Betty, Iraní Ferreira da Silva Gerab</i>	
A CONTRIBUIÇÃO FREIREANA PARA O DIÁLOGO ENTRE OS GESTORES DE RESTAURANTES COMERCIAIS E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOBRE A SEGURANÇA DOS ALIMENTOS.....	48
<i>Camila de Sousa Almeida, Elke Stedefeldt, Patrícia Lima Dubeux Abensur, Ana Maria de Souza Pinto,</i>	
PACIENTES EM CUIDADOS DOMICILIARES: DIFICULDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES	66
<i>Ciro Caires Leite, Andréa Perosa Saigh Jurdi</i>	
HUMANOS OU COBAIAS? TRAJETÓRIAS DE CUIDADO E O DESAFIO DO DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS	85
<i>Marcia Regiane Borges Antognetti, Luciana Togni de Lima e Silva Surjus</i>	
DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	104
<i>Naira Rodrigues Gaspar, Andréa Perosa Saigh Jurdi</i>	
O FAMOSO INVISÍVEL: PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	121
<i>Izabel Cristina Oliveira Barbosa Pimentel, Luciana Togni de Lima Surjus</i>	
MULHERES COM FILHO(A) DEFICIENTE RECEPTORA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC	144
<i>Valdecir Rosa Martins, Ana Rojas Acosta</i>	

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS: PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	160
<i>Cristiane Aluiza Gonçalves, Paulete Goldenberg, Lidia Ruiz-Moreno</i>	
PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM UM AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO	178
<i>Saete Santos da Hora Crippa, Gilberto Tadeu Reis da Silva, Angélica Massako Yamaguchi, Paulo Cobellis Gomes, Lídia Ruiz Moreno, Irani Gomes dos Santos Souza</i>	
REDUÇÃO DE DANOS (RD): CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E CONTRADIÇÕES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD	195
<i>Rafael Ferreira de Souza, Fernando Sfair Kinker</i>	
CAIXA DE MEMÓRIA: NARRATIVAS DA DANÇA EM CONVIVÊNCIA. PRÁTICAS INVENTIVAS EM CUIDADO NA SAÚDE MENTAL	211
<i>Lara Carolina Ribeiro Vilanova, Juliana Padovan Aleixo, Flavia Liberman Caldas</i>	
CONCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO REGULAR DO MUNICÍPIO DE ARARAS-SP.....	224
<i>Valesca de Lima da Silva, Carla Cilene Baptista da Silva</i>	
SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE: UMA TRÍADE NECESSÁRIA.....	239
<i>Anderson Adão Rodrigues, Beatriz Jansen Ferreira, Renata Raposo Cunha, Sandra Regina Carneiro de Campos</i>	
ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DOMICILIAR: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DE EXPERIÊNCIAS.....	261
<i>Leila de Souza Ganem, Carla Cilene Baptista da Silva</i>	
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO VALE DO RIBEIRA: NARRATIVAS SOBRE VIVÊNCIAS EM SAÚDE	276
<i>Leide Sousa Silva, Dante Marcello Claramonte Gallian</i>	
GRUPO TERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM POTENTE RECURSO PARA MUDANÇAS NO COTIDIANO DE PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE TERAPIA DA MÃO	296
<i>Gisele Paiva, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo</i>	
NOTAS DOS AUTORES.....	313
FONTES CONSULTADAS	320

PREFÁCIO

A alegria e a emoção nos envolveram desde o primeiro momento em que fomos, generosamente, convidados a escrever o prefácio da Coletânea Ensino na Saúde: alegria por poder reencontrar, visitar e compartilhar estudos que são tão significativos na trajetória do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional. Emoção por nos remeter ao trabalho coletivo e aglutinador que vem constituindo o nosso PPGECS-MP!!!

E por entre alegria e emoção, fomos tecendo os sentidos de uma obra que assume como objetivo “organizar as produções tecnológicas/educacionais e científicas originadas no PPG Ensino em Ciências na Saúde – Mestrado Profissional e publicizar os conhecimentos gerados.”

O PPGECS-MP foi proposto pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado pela CAPES em 2002, constituindo uma iniciativa pioneira no Brasil nesta área de conhecimento. Como um dos mais antigos e consolidados programas de Mestrado Profissional na área de Ensino na Saúde, objetiva a formação de um Mestre Profissional que: a) planeje, implemente e avalie ações educativas inovadoras no seu espaço profissional; b) produza conhecimentos sobre o Ensino em Ciências da Saúde a partir da problematização dos cenários de atuação profissional e, c) propicie uma qualificação técnica, criativa e potencialmente transformadora das práticas cotidianas no Ensino da Saúde.

O Programa agrega docentes e pesquisadores interessados e atuantes na mencionada área e, sem dúvida, desenvolve uma função de incubadora para a implantação de propostas formativas inovadoras no campo da formação em saúde. Assim, envolve novos docentes e técnico-administrativos que chegam à UNIFESP na sua expansão e seus processos de constituição como universidade plena.

E, com o jeito CEDESS de ser, o PPGECS-MP expande suas atividades para o Campus Baixada Santista, a partir de 2012: com um funcionamento na modalidade intercampi, integra turmas simultâneas vinculadas ao campus São Paulo (CEDESS) e ao campus Baixada Santista (Instituto Saúde e Sociedade -ISS), traduzindo movimentos de crescimento e consolidação no contexto da Universidade Federal de São Paulo.

Esta contextualização histórica possibilita reconhecer os movimentos intensos vividos pela própria UNIFESP e seus impactos no Programa. O PPGECS-MP foi proposto e aprovado ainda no contexto da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, uma universidade por campo do saber. Logo após a sua criação, a UNIFESP torna-se uma universidade plena e vem evidenciando sua potência científica e relevância social, acadêmica e política.

O PPGECS teve um protagonismo importante nessa expansão, sendo uma das fontes de criação do Campus Baixada Santista: desde a autoria e proposição de um Projeto Pedagógico inovador (educação interprofissional em saúde), passando pela formação docente nos anos iniciais do Campus, até a produção de conhecimento sobre a proposta formativa que fora implantada, o Programa contribuiu decisivamente, bem como foi robustecido em suas Linhas e fortalecimento dos Grupos de Pesquisa.

O PPGECS-MP também expressa suas transformações no campo das políticas de pós-graduação vigentes na UNIFESP desde sua criação. Nos anos iniciais, marcante foi sua conquista de espaço e construção da identidade no escopo da modalidade Profissional da Pós-Graduação. No âmbito desta modalidade, configura um campo de práticas e produção de conhecimentos que conecta diferentes saberes. Envolve tanto as ciências básicas como os campos específicos de atuação profissional nas áreas da saúde, educação, políticas públicas.

A Coletânea Ensino na Saúde, ao enfatizar as produções do PPGECS-MP, inscreve-se como um dispositivo potente de desvelar as marcas que a trajetória do Programa impregna nas pesquisas realizadas, compondo desenhos investigativos que se articulam, se desdobram e se conectam, inserindo novos desafios, novas questões, novas problematizações.

A Coletânea funda-se na área de concentração do Programa – ensino em ciências da saúde – configurando seus três primeiros títulos no escopo das linhas de pesquisa – Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde na Comunidade, abrangendo as produções no período de 2004 a 2019.

Ao registrar as investigações desenvolvidas, a Coletânea possibilita a emergência das diferentes vozes nos processos de produção e análise de dados, permitindo (re)construir itinerários teóricos de compreender os objetos de estudo, conceber formas e vias de acesso aos campos empíricos, (re)conhecer as conexões entre os percursos investigativos e as dinâmicas de criação, proposição e avaliação dos produtos.

Esta Coletânea é registro, é memória, é história de pesquisa, é experiência:

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-pos-to”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “im-posição” (nossa maneira de impormos), nem a “pro-posição” (nossa maneira de propormos), mas a “ex-posição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.¹

Todos e todas nós, leitores e leitoras, temos em mãos, assim, uma obra que se desdobra, não apenas em três volumes, mas fomenta dobraduras, ressignificações, reinvenções, novas estampagens de significados, novas experiências. Eis o convite que as professoras organizadoras, parceiras e partícipes, Otilia Seiffert e Rosana Rossit, nos fazem com implicação ético-política, rigor científico e com humana estética da criação. Eis o convite que os(as) autores (as) nos fazem, pois ao se ex-porem abrem brechas, sinalizam pistas, deixam indícios para seguirmos comprometidos com tempos históricos de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da educação pública, das políticas públicas e sociais.

Nildo Alves Batista

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

¹ LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência (2002) **Revista Brasileira de Educação**. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde19/rbde19_04_. Acesso em: 19 jun. 2020.

AGRADECIMENTOS

Às(Aos) autoras(es), docentes-orientadoras(es) e mestres, que compartilham generosamente resultados de pesquisas e produtos educacionais implicados com a transformação de práticas no campo do Ensino em Ciências da Saúde.

Às(Aos) colaboradoras(es) e instituições participantes das pesquisas que inspiraram e tornaram possível a construção de conhecimentos e propostas aqui socializados.

Às pessoas que se envolveram com afeto e compromisso na construção desta Coleção Ensino em Ciências da Saúde.

Todo esse esforço se concretizou ancorado na premissa que “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inauguram com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da história”¹

¹ FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa**. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2015. p.133

A Educação em Saúde na Comunidade ilumina, em seu campo de abrangência, o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de processos educacionais voltados para a promoção de saúde, a prevenção, a proteção e os cuidados no plano individual e coletivo na perspectiva da educação emancipatória (CEDESS, 2020)¹.

Partindo do escopo dessa linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da saúde – Mestrado Profissional, consideramos relevante distinguir a Educação em Saúde da Educação na Saúde. Falkenberg *et al.* (2013)² explicitam como traço distintivo a construção do conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população, com vistas ao aumento da autonomia, em consonância com suas necessidades. Segundo esses autores em diálogo com Machado *et al.* (2007)³, isto implica num processo político-pedagógico que requer pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, capazes de levar o indivíduo a ampliar a autonomia e emancipação, como sujeitos histórico e sociais, capazes de opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Na contramão das Campanhas Sanitárias, marcadas pela verticalidade das ações educativas, tendo por pressuposto que as pessoas seriam incapazes de cuidar de si próprios, estrutura-se uma postura reativa. A Educação em Saúde passa a valorizar o saber popular, paralelamente à consideração do processo saúde-doença, ressaltando-se, no plano educacional, a abertura para posturas dialógicas. Tais disposições são potencializadas no espaço aberto pela Reforma Sanitária que se concretiza com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto colocam-se novos desafios aos gestores, ressaltando-se que a

¹ CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – CEDESS. **Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde** – Mestrado Profissional. 2020. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_profissional.htm.

² FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

³ MACHADO, N. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. I. M.; QUEIROS, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.12, n. 2, p. 355-342, 2007.

incorporação da participação e do saber popular aportam novos requerimentos relativos à formação profissional.

A propósito desta abertura dos 17 trabalhos, que integram este Volume três da Coleção Ensino em Ciências da Saúde, atende a possibilidade de ver delineada uma gama temática e de recursos instrumentais, que uma das linhas de investigação do Mestrado Profissional (MP) aporta.

Os trabalhos originários de dissertações, em coautoria de mestrandos(as) e orientadores(as), abordam a variedade cromática do campo atrelada, certamente, a diversidade da formação profissional de origem dos investigadores, assim como, dos distintos espaços de trabalho a partir dos quais equacionam os respectivos objetos de investigação. Independentemente do alcance das aproximações concretizadas, as exposições aqui apresentadas são reveladoras de alternativas que se descortinam diante da abertura das novas perspectivas educacionais.

A consideração da saúde como direito amplifica, por certo, os requerimentos da assistência a saúde potencializando, neste processo, o concurso das atividades educacionais. Se esta movimentação teve como requerimento a expansão da rede universitária no âmbito da saúde, em atenção às novas disposições sanitárias, ela incide, igualmente, no âmbito da educação, acrescentando-se, neste caso, o requerimento da renovação do aparato educacional. Nestas circunstâncias se institui a proposta, historicamente datada, da implantação da *escola democrática* tendo, agora, por traço distintivo, a participação ativa do aluno na construção do conhecimento.

Da perspectiva construtivista, a aprendizagem comporta um processo de transformação, mais do que de acumulação de conhecimento. Ou seja, é um processo que implica em transformar, continuamente, os elementos internos construídos pelo sujeito em sua experiência de vida (PIAGET, 2000)⁴. Nessa vertente dialética o discente assimila informações significativas e as transforma — na contramão das concepções condutivistas e mecânicas. Sob essas concepções, trata-se de contextualizar as práticas de ensino-aprendizagem na própria dinâmica da intervenção social. Destacada a valorização da aprendizagem pela pesquisa, trata-se de propiciar a interpretação da realidade e tomada de decisões, em meio a própria dinâmica da

⁴ PIAGET, J. **Biologia e conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2000.

interação social. Numa apreciação significativa e operativa se estabelece um processo de negociação compartilhada por referência a abordagem junto à comunidade. Nesta perspectiva se circunscreve a possibilidade da construção de significados que se constituem em ferramentas de análise e tomada de decisão — resguardadas, nestas condições, o respeito à autonomia discente, assim como no ordenamento da emancipação. Tal é o eixo que perpassa, indistintamente, os trabalhos que integram o presente volume.

Vale dizer que os esforços envidados, no sentido da reorganização da assistência orientada na direção da construção de um sistema único de saúde (SUS), envolviam, de forma correlata, a instalação de um complexo processo de descentralização assistencial. Esse processo delimitaria, estruturalmente, o espraiamento das ações educativas, balizadas pelos ideais de aproximação à população assistida, nas diversas instâncias de seu alcance. Diante da municipalização e da distritalização em curso, emergem novas instâncias e atores a serem considerados como sujeitos de intervenções educacionais, assim como as populações a serem assistidas. Nessa vertente de abordagem se inscrevem trabalhos como a **“Saúde e Cogestão Popular: Limites da Implementação e Efetivação do Conselho Local de Saúde na Cidade de Santos/SP”**, que avalia o desenvolvimento e impacto de seu funcionamento na atenção primária do Sistema Único de Saúde e aponta para a desinformação e pouca articulação entre atores e instâncias envolvidas no processo de controle social. **“Fale conosco da UNIFESP e da População na Busca por Informações em Saúde”**, na perspectiva da informação, assume o propósito de identificar e caracterizar as solicitações dos usuários para o aperfeiçoamento do canal de comunicação do Portal da UNIFESP. **“A Contribuição Freireana para o Diálogo entre os Gestores de Restaurantes Comerciais e a Vigilância Sanitária sobre a Segurança dos Alimentos”** dispõe fomentar o diálogo problematizador entre os gestores de restaurantes e o serviço municipal de Vigilância Sanitária, como recurso a ser mobilizado no contexto da segurança dos alimentos. Já com o foco nos serviços de Atenção Domiciliar, cuja importância vem ganhando expressão dado o envelhecimento da população, o trabalho, **“Pacientes em Cuidados Domiciliares: Dificuldades dos Cuidados Familiares”** alude para o fato de que esses profissionais, muitas vezes, não possuem nenhuma capacitação formal. Diante da insegurança por eles revelada, os autores chamam a atenção para a necessidade da construção de programas de preparação específica para cuidadores domiciliares.

Em concomitância com a organização as ações de saúde no âmbito do SUS, um leque de abordagens se abre voltado em torno da questão dos direitos à saúde, que se inscreve na

temática da inclusão social. **“Humanos ou Cobaias? Trajetórias de Cuidado e o Desafio do Direito à Saúde de Pessoas Travestis e Transexuais”** versa sobre as principais dificuldades e avanços envidados na garantia do acesso à saúde, sob a ótica das pessoas travestis e transexuais que utilizam o ambulatório no município de Santos-SP. **“Desafios da Construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”**, por sua vez, ressalta a necessidade de serem viabilizadas práticas e serviços mais acessíveis, tendo em vista o cumprimento da igualdade de direitos, que consta do arcabouço legal do país. **“O Famoso Invisível: Percepção da População em Situação de Rua do Atendimento em Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde”** problematiza o acesso à saúde por parte desse segmento populacional, apontando para vivências que se reportam a construção da imagem social do negro no país e das desigualdades sociais por eles constituídas nas trajetórias do cuidado em saúde. E o capítulo **“Mulheres com Filho(a) Deficiente Receptora do Benefício de Prestação Continuada – BPC”** volta-se a mães de criança ou adolescente com deficiência, em idade escolar, que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com a intencionalidade de saber acerca da concepção de família, do acesso às políticas públicas e da rede de apoio: amigos e vizinhança. Ao procurar identificar à rede de relações das mulheres, as autoras evidenciam que as mulheres investigadas pautavam suas relações no cuidado com os filhos e que sofrem na tarefa de cuidar de sua prole, na maioria das vezes, constituídas em famílias monoparentais com chefias femininas, com pouco ou nenhum acesso ao trabalho e renda formal.

Se, o movimento de reordenação assistencial descortina um quadro diversificado de espaços de aproximação às populações, reconfigurando, por assim dizer, o campo da Educação em Saúde nas Comunidades, o processo ensino-aprendizagem, fundamentado na busca ativa do conhecimento, particularmente nesse momento privilegiado da formação profissional, coloca em evidência a consideração da interdisciplinaridade, envolvendo não só a confluência dos aportes do campo educacional, mas também as exigências, sempre presentes do trabalho em equipes multiprofissionais – traço que preside ao conjunto dos trabalhos apresentados. Com esse enfoque o capítulo **“Educação em Saúde e Diabetes Mellitus: Práticas na Atenção Primária”** destaca a constituição de um cenário privilegiado para o cuidado dos usuários, nesta instância, na medida em que contempla orientação para ações voltadas à promoção da saúde. O estudo alerta para a relevância da formação específica dos profissionais, ressaltando entre outras orientações, no âmbito da inovação educativa e da educação permanente, o estímulo ao trabalho integrado entre as diferentes profissões da saúde, ancorado na interdisciplinaridade. Para além da atenção primária, o capítulo **“Práticas Profissionais em um Ambulatório**

Oncológico” aponta igualmente para a relevância do trabalho em equipe. A propósito, os autores chamam a atenção para o requisito da integração de conhecimentos, paralelamente a articulação das atividades profissionais durante o desenvolvimento de uma intervenção, orientada para o cumprimento de um objetivo comum. Ressalta-se a valorização da prática colaborativa, reconhecendo que a inter-relação entre as diferentes especialidades pressupõe o trânsito pelas esferas biológica, emocional e sociocultural. O capítulo **“Redução de Danos: Concepções, Práticas e Contradições em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas-CAPS”**, avançando, agora, para o nível da reabilitação, apresenta parte dos resultados de uma pesquisa-intervenção realizada no CAPS-AD de Santos-SP. Nesse caso específico, coloca-se o propósito de investigar como os profissionais da equipe multiprofissional compreendem a Redução de Danos (RD) e quais ações são desenvolvidas nessa perspectiva, como requisito para o enriquecimento das práticas de cuidado. Em **“Caixa de Memória: Narrativas da Dança em Convivência – Práticas Inventivas em Cuidado na Saúde Mental”**, os autores problematizam a importância da dança em convivência, como espaço “do criativo” em um equipamento de saúde mental. A proposta, materializada na ferramenta-caixa de memórias, comporta narrativas de experiências a partir de convivências criativas no espaço das práticas de saúde. Neste sentido, abrindo o leque interdisciplinar, no âmbito do tratamento e da reabilitação, essa articulação salienta a relevância das artes como recurso terapêutico, enquanto objeto da Educação em Saúde na Comunidade.

Vale dizer que, sob o manto interdisciplinar do campo da Educação em Saúde na Comunidade, ao lado da diversidade temática destaca-se a aproximação com as Ciências Sociais e Humanas, assim como de seus recursos e instrumentos de investigação. Sem pretender parametrar os trabalhos, do ponto de vista técnico-metodológico – mesmo porque, o delineamento das temáticas e respectivos instrumentos de investigação se repetem com frequência – trata-se, isto sim, de ilustrar a variedade instrumental que a área alberga, a par do requisito da compatibilização teórica. Assim, no capítulo **“Concepções sobre as Práticas da Terapia Ocupacional na Educação Regular do Município de Araras”**, os autores recorreram à entrevista semiestruturada, aplicada a dez coordenadoras pedagógicas. Focalizando concepções de Terapia Ocupacional, o estudo mostra a necessidade de reflexão acerca das formas de atuação desse profissional, de modo a transcender a prática centrada apenas nas dificuldades dos estudantes, contemplando as práticas que contribuam para a legitimidade da educação inclusiva. Por sua vez, congregando métodos qualitativos e quantitativos, o capítulo **“Saúde, Educação e Sociedade: uma Tríade Necessária”** faz referência a três subprojetos. O

primeiro focalizou a rede de apoio à criança e ao adolescente com hemofilia recorrendo, como instrumento de investigação, a entrevista semiestruturada, em conformidade com abordagens qualitativas associada a análise de conteúdos, entre outras. O segundo projeto, procedendo a uma avaliação docente, em meio à implantação de um curso de medicina num contexto multicultural (que abriga brasileiros e hispânicos), assim como o terceiro projeto, que se dispôs avaliar o desenvolvimento das competências assistenciais na formação do técnico em enfermagem em cenários de prática, recorreram a Escala *Likert*, operando nestas condições, com a combinação criativa de abordagens e procedimentos qualitativos e quantitativos, no plano investigativo.

Neste mesmo nível de abordagem, em meio a variedade dos recursos investigativos utilizados no campo da Educação em Saúde na Comunidade, o trabalho **“Atendimento Pedagógico Domiciliar: Levantamento Bibliográfico e de Experiências”** atende a escolha deste tipo de levantamento em função da intenção de trabalhar o referencial teórico e conceitual relativo ao objeto da investigação. Segundo os autores, apesar da temática estar contemplada na legislação nacional, o assunto ainda é pouco estudado. Considerando o programa de Atendimento Pedagógico Domiciliar direcionado aos estudantes impossibilitados de frequentar as escolas, os autores apontam, na perspectiva da inclusão social, para as possibilidades e desafios a serem considerados. Já o estudo sobre **“Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira: Narrativas Sobre Vivências em Saúde”** envolveu a opção pela história oral de vida, buscando compreender as percepções sobre a saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira-SP. Quatro temas emergiram das análises: processos identitários, territorialização, percepções de saúde e atendimento de saúde. A partir desses recursos foi possível observar os avanços conquistados pelas comunidades após o reconhecimento constitucional, ressaltada a importância das associações locais, assim como as dificuldades no atendimento de saúde e suas implicações no contexto comunitário. Numa variante investigativa os autores do trabalho **“Grupo Terapêutico Interprofissional de Educação em Saúde: um Potente Recurso para Mudanças no Cotidiano de Pacientes de um Ambulatório de Terapia da Mão”** avaliaram os resultados desses grupos. Com base na realização de entrevistas semiestruturadas e dos diários de campo escritos pelos estudantes de Terapia Ocupacional e Psicologia da UNIFESP- Baixada Santista foi possível identificar o desenvolvimento de maior autonomia e independência nas atividades básicas da vida diária dos participantes, junto à redução dos sintomas, computada a constatação de benefícios emocionais, como o incentivo, autoestima e enfrentamento.

Os trabalhos apresentados nos remetem à amplitude temática e de recursos instrumentais que qualificam o escopo da linha investigativa da Educação em Saúde na Comunidade, estruturada sob o desafiante eixo paradigmático de reconhecimento do saber popular, paralelamente à busca pela institucionalização da saúde como direito. A propósito das potencialidades que o quadro desenhado comporta, ressalta-se a pertinência de sua reatualização, atenta aos desafios das transformações que vêm acontecendo em escala global – seja no âmbito da renovação da ordem do trabalho, seja no âmbito da reorganização das instituições de educação e das incertezas e desafios do momento atual da Pandemia Covid 19.

Importante destacar que na sociedade da informação, lastreada pelo desenvolvimento tecnológico, foram inusitados os avanços do conhecimento. Descrevendo a trajetória desse percurso desde a Revolução Cognitiva, Harari (2016)⁵ registra que o homem alcança a Revolução Científica, particularmente nos últimos 500 anos, contabilizando avanços até então impensáveis. Ponderando sobre o real alcance dessas conquistas, o autor indaga se os homens se tornaram mais felizes frente a esses avanços. Ciente das objeções éticas e políticas subjacentes à incorporação das novas conquistas, esse autor alerta para as deficiências de cooperação entre os homens e nações, alertando para o fato de que lidar com a felicidade constitui “a maior lacuna do nosso conhecimento”. Nesta instância se inscreve o convite à reflexão sobre o campo da Educação em Saúde na Comunidade, reafirmando o compromisso com o aprimoramento da democracia e a construção de uma existência mais inclusiva, pautada, agora, pela perspectiva da emancipação civilizatória.

Paulete Goldenberg

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

⁵ HARARI, Y. N. **Sapiens – Uma breve história da humanidade**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2016

SAÚDE E COGESTÃO POPULAR: LIMITES E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NA CIDADE DE SANTOS/SP⁸

Ivone Leal Benedito

Assistente Social
Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMSS)
Santos – SP

Ana Rojas Acosta

Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

O presente capítulo tem como objetivo investigar o desenvolvimento, funcionamento e impacto dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) na cogestão da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santos/SP a partir de um território específico, que foi a região dos Morros. O caminho metodológico percorrido foi o da abordagem qualitativa, realizando-se pesquisa de campo para coleta de fonte primária. Foram realizadas, na fase exploratória visitas *in locus* às unidades de atenção primária e Conselho Municipal de Saúde (CMS), com avaliação de atas dos CLS, entrevistas semiestruturadas junto aos conselheiros (gestor/usuário/profissional da área), além de os profissionais e usuários que não atuavam como representantes nos CLS dessas unidades. Na análise, constatou-se que os Conselhos surgem da intenção de fomentar a aproximação das unidades de atenção primária com a comunidade local. Desde a implementação os CLS sofreram queda tanto em relação à frequência como na solidificação das suas assembleias. Contudo, identificamos como potencial de cogestão local, experiências enriquecedoras para pensar a participação, o controle social e a política local de saúde. Porém os CLS pesquisados não conseguem cumprir um papel de cogestão na política de saúde e os envolvidos encontram-se muito fragilizados no processo de participação popular. Registrou-se desinformação e pouca articulação entre os atores e instâncias envolvidas no processo de Controle Social. Os CLS são espaços privilegiados para as unidades e territórios, mas necessitam de reflexão e incentivo na formação política por parte de todos os envolvidos.

Palavras-chave: Conselhos de saúde; Participação social; Atenção primária em saúde; Política de saúde; Sistema único de saúde.

⁸ Proposta elaborada pela Profa. Ana Rojas e Assistente social Ivone Benedito.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo é fruto da dissertação de mestrado: “Saúde e Cogestão Popular: os limites e desafios da implementação e efetivação dos conselhos locais de saúde em um território da cidade de Santos/SP”, que foi defendida no ano de 2014 no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde. A pesquisa realizada corresponde à modalidade profissional do Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) do Campus Baixada Santista. Uma das intenções desse trabalho foi evidenciar a situação do espaço do Conselho Local de Saúde em Santos, entre os meses de junho a setembro de 2013, período em que foram coletados os dados da pesquisa de campo. A partir dessa análise foram indicados caminhos para o aperfeiçoamento das práticas de cogestão e participação popular no âmbito da atenção primária em saúde do SUS no referido município. Uma vez que entendemos que este espaço do conselho deve proporcionar maior participação da comunidade local, com a ampliação e qualificação na cogestão da atenção primária à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Santos/SP em 2011, ao acompanhar alguns Conselhos Locais de Saúde (CLS), observou muitas indagações de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à baixa participação dos usuários nestes espaços e o pouco crédito e incentivo dado por alguns destes trabalhadores aos Conselhos Locais. Esta questão trouxe reflexões e inquietações, fazendo com que o espaço do CLS se revelasse um objeto de estudo para o presente trabalho.

Partindo do entendimento que a temática do controle social e participação social são próximas e pertinentes à discussão de saúde coletiva, assim como do serviço social, teve-se a intenção de ampliar os estudos na compreensão dos Conselhos Locais de Saúde, seus limites e desafios.

Essas formas de participação da comunidade são nomeadas mais comumente na literatura como Controle Social. Como bem sabemos, passamos por dois regimes ditatoriais em menos de um século, onde sempre houve um controle do Estado sobre a sociedade. Logo, frente a força e consciência que a sociedade civil alcançou, alicerçados nas experiências de participação por lutas de direitos sociais vivenciados nos anos 1980, viu-se também uma necessidade fecunda do controle social, desta vez da sociedade civil frente as decisões do Estado.

Bidarra (2006) destaca que espaços públicos são caminhos legítimos para conquistas de direitos sociais para as mais diferentes demandas. Neste conceito, os CLS caracterizam-se como

um espaço público. Nas palavras do referido autor, os espaços públicos “são os canais privilegiados para os encontros, a explicitação, as disputas e as negociações entre aqueles que defendem posições diferenciadas quanto ao nível de partilha da riqueza social transferida pelas políticas públicas” (BIDARRA, 2006, p. 48).

Considerando toda essa potência de possibilidades, o estudo teve o objetivo verificar e analisar o desenvolvimento, funcionamento e impacto dos Conselhos Locais na cogestão da APS, partindo de um território específico da cidade de Santos – os Morros. Teve ainda como objetivos específicos a intenção de conhecer esse espaço e verificar o processo de participação popular na gestão do SUS através destes Conselhos. O recorte do primeiro capítulo se deu pela política de saúde no Brasil, com apontamentos para o desenvolvimento histórico da saúde enquanto política tanto na reforma sanitária quanto na constituição do sistema único de saúde (SUS).

A cidade de Santos-SP está localizada no Litoral paulista a aproximadamente 72 km da capital, e tem sua população localizada majoritariamente na região insular da cidade. O Departamento de Atenção Básica (DEAB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos organiza-se em quatro grandes territórios sanitários: Área Central Histórica/Área Continental e Ilha Diana; Zona Noroeste; Morros; e, Orla.

No DEAB cada território tem características próprias e é gerido por uma coordenação. A região dos Morros, eleita por esse estudo é geograficamente constituído por um grande morro dividido por bairros. Identificamos que o território dos Morros é fragmentado em suas características tanto geográfico quanto na organização e dinâmica dos moradores. Porém também há familiaridades, tais como uma população mais estática, com famílias que habitam no território há décadas. Alguns bairros são vítimas, de forma mais agressiva do poder paralelo, com forte presença do tráfico armado, alto índice de violência e uma população majoritariamente desfavorecida economicamente. Esse território na época da pesquisa contava com oito unidades de APS e um pronto atendimento. Sendo quatro unidades de saúde da família (USF) e três unidades básicas (UBS) com modelo tradicional.

No campo da saúde pública, um dos mecanismos de controle social de maior relevância e previsto pela legislação do SUS, são os Conselhos de Saúde. Estes são previsto nos três níveis de gestão: municípios, estados e união. Para além destes, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santos, em conjunto com a administração municipal implementou em 2008 os Conselhos Locais de Saúde como instrumento de gestão compartilhada nas unidades de APS da cidade.

2 A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O SUS

O SUS é fruto do movimento da reforma sanitária em curso desde os anos 1970, compreende-se, assim como Mendes (1999, p. 45), que ele é “entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término” devendo ser conhecido como processo social em curso até os dias de hoje.

Paim (2007) destaca que a reforma sanitária trazia duas ideias centrais para uma proposta de política de/e para saúde como “*direito à saúde (conquistado e não como dádiva) e participação da comunidade (população organizada, profissionais e trabalhadores de saúde)*” (p. 86). O momento político atravessado na década de 1980 foi marcado por crise econômica e social, contudo, o fortalecimento e efervescência dos movimentos sociais também geraram terreno propício para a discussão e envolvimento no debate da saúde, sendo pauta para refletir a partir das demandas da população, com profissionais de saúde, teóricos da área entre outros, uma política de saúde que pensasse a seu respeito de forma mais ampla e democrática.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco para constituição do SUS, apontando propostas para sua composição pautada principalmente nas discussões da Reforma Sanitária. Paim (2007, p. 92) mostra que a Conferência Nacional foi estruturada sobre os eixos: “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde”.

O novo sistema de saúde concretiza-se juridicamente através da Constituição de 1988, por meio do artigo 196, que diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Este artigo subsidiará, somente mais tarde, em 1990, a promulgação a legislação que institui o SUS, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que teve vetos referentes ao financiamento e ao Controle Social do então Presidente da República Fernando Collor de Mello.

Em seguida, devido às pressões populares tornou-se necessária a promulgação da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispondo quanto a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência intergovernamental de recursos financeiros para a política. Foram duas questões, recursos financeiros e participação popular, ambas de suma importância, que foram vetadas na lei que regulamenta o SUS. Entendemos que uma, o recurso, garante a efetivação da política e a outra, participação, o envolvimento da sociedade nas decisões políticas acarretando assim partilha de poder. Desse ponto partem análises no presente estudo, sobre a importância do caráter de participação social para construção desta política. Em contraponto às

conquistas alicerçadas, a mesma legislação permite que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (Lei nº 8.080, art. 21), gerando um contrassenso às lutas da Reforma Sanitária e aos princípios afiançados. Tal contrassenso é condizente e fruto de uma política econômica vigente e em ascensão já nesta década, o neoliberalismo. Evidenciando assim o que Neves (2005) chama de “disputa entre dois projetos societários: o democrático-popular e o neoliberal” (p. 197).

Na área da saúde o artigo 198, da Constituição, a participação na comunidade ganha ênfase ao ser considerada uma das diretrizes que organizam o SUS (BRASIL, 1988), trazendo assim uma nova forma de se pensar a participação política da sociedade, através da participação da comunidade.

Para Krüger (2008) essa ênfase na participação da comunidade junto à gestão de políticas públicas se deve ao fato de que “a luta social pela democratização estava muito datada e marcada pela derrubada do regime ditatorial, portanto, o horizonte e o projeto societário daquelas pessoas era a democracia” (p. 82).

Ao se entender participação política como “cuidar das decisões sobre problemas de interesse da coletividade” (DALLARI, 1984, p. 8) percebe-se a potencia e importância dessa garantia instaurada na carta magna, assim como nas leis que a procedem. A Lei nº 8.142 no seu artigo 1º, elege duas instâncias colegiadas para cada esfera de governo, a fim de garantir essa participação, são elas a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde. Embora tenham uma proposta democratizante, estes são também espaços de contradição. Krüger (2008, p. 81) realizará uma série de críticas a “crença” nas conferências e conselhos como instrumentos de participação e controle social. Para esta autora os integrantes de diferentes movimentos na luta pela democratização viam de forma “basista” e “romântica” o caminho da lei como suficientes para concretizá-la e ampliar direitos sociais. Além desta crítica, ela aponta para a falta de cultura política de participação que esses modelos demandam, além de enfatizar a heterogeneidade da sociedade.

Contudo, as instâncias previstas legalmente como modelo de participação, não podem ser deslegitimadas. Esta mesma autora além das críticas traçadas afirma o caráter democratizador destes espaços. Ela afirma que,

A implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade para as políticas sociais não promoveu mudanças de paradigmas, mas abriu um espaço para os segmentos populares começarem a conhecer e debater a agenda pública estatal. Portanto, esse espaço tem que ser ocupado e qualificado com bases nos interesses e necessidades coletivas. O exercício dessa participação social enfrenta várias dificuldades, mas é certo que os Conselhos têm levado muitos gestores, nas três esferas de governo, a dividirem o poder, a prestarem contas e a não terem mais a exclusividade das decisões (KRÜGER, 2008, p. 89).

Neves (2005) chama atenção de como a despolitização da sociedade civil gera risco para o caráter democrático e participativo destes espaços públicos. Ela também vai afirmar que na participação popular existiu uma idealização otimista do potencial democratizador “negligenciando-se aspectos tradicionais da cultura política brasileira” (NEVES, 2005, p. 199). Outra questão importante que essa autora aponta (2005) é a ofensiva neoliberal na década de 1990, período que se inicia o “boom” de implementação desses espaços democráticos, institucionalizando a participação. Deste modo, pode-se ter uma sociedade civil que atua de forma propositiva numa perspectiva de cogestão ou uma sociedade civil associada e atrelada ao mercado (NEVES, 2005) “numa perspectiva mais liberal, conservadora e individual” (p. 214). Entende-se estes espaços como potência para participação e ampliação de direitos sociais, contudo sem deixar de serem espaços de contradições, interesses e conflitos. Diferentes pesquisas apontam resultados que revelam baixa participação e pouco poder de deliberação e efetivação das demandas destes espaços.

Diferente dos CMS, a criação de CLS não é uma determinação legal, é opcional dos municípios e CMS. Devem servir como instrumento de ampliação da democracia e participação popular aproximando usuários do SUS, profissionais de saúde e gestores. Apresentam-se em nível local nos territórios de responsabilidade sanitária, estando assim, mais próximo das necessidades reais destes mesmos atores, facilitando a busca por soluções e propostas conjuntas.

A extinta Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) mencionava os CLS na definição dos Conselhos de Saúde, os considerando como contribuindo para o processo de descentralização e sob coordenação dos CMS, já a Resolução nº 453/2012 que a revoga, não cita os CLS em seu texto.

Vale citar, embora também não especifiquem os CLS, que em 2014 o governo federal institui através do Decreto nº 8.243, a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) “com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil” (art. 1º), porém em 2019 o Governo Bolsonaro decreta o fim desta, através do Decreto nº 9.759/2019.

Embora os CLS não tenham previsão legal é possível observar que tais iniciativas já são realizadas há algum tempo, havendo experiências datadas de 1992, o que acarreta um acúmulo e balanço desses arranjos participativos. Outros municípios estarem aderindo estes espaços, sugere que estes podem estar dando respostas às demandas de ampliação da participação social e comunitária.

Na cidade de Santos/SP, os CLS foram implementados através do CMS por meio de Resolução Normativa nº1/2006. Nessa Resolução é mencionado que a criação dos CLS já eram demandas de Conferências passadas e decisão da 8ª Conferência Municipal de Saúde, já lhe atribuindo caráter permanente (Resolução Normativa 1/2006 – art. 1º). Esta também prevê a paridade contando com usuários do SUS (50%), gestores (25%) e representantes dos trabalhadores de saúde (25%) e estão destinados ao “acompanhamento, fiscalização, avaliação e controle da execução das políticas e das ações de saúde definidas na Conferência Municipal de Saúde, e subordinado ao Conselho Municipal de Saúde” (Resolução Normativa 1/2006 – art. 2º).

Não difere das recomendações das legislações quanto às atribuições de um Conselho de Saúde, contudo direcionado a subsidiar o CMS em suas atribuições e ter contato direto com a população usuária do SUS, nos “limites” da APS.

3 CAMINHOS PERCORRIDOS: A METODOLOGIA E O CAMPO

Primeiramente, apresentaremos os processos de implementação e efetivação do SUS e os desafios que fragilizaram e/ou potencializaram o sistema de saúde. Chamamos a atenção para o caráter de participação na construção do SUS é de relevância para o alcance atingido até período da pesquisa. Analisamos a política, controle e participação social nos conselhos de saúde na cidade de Santos, investigando a organização das reuniões locais e os resultados. Para a realização desse trabalho foi primordial o uso da abordagem qualitativa e fundamentação do materialismo histórico dialético.

A pesquisa foi executada em dois momentos, uma fase exploratória através de visitas às unidades de saúde, com o propósito de obter informações quanto ao funcionamento dos CLS, além de outros dados pertinentes para elegibilidade da segunda fase. Nesta contatamos as oito unidades de saúde que compõem a APS do território dos Morros. Foi privilegiado o contato com o gestor das unidades. Consoante a Gil (2012), este é um estudo de campo e, como proposta de análise dos dados foi baseado na análise de conteúdo. Este método tem em sua teoria as fases de pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados, interferência e interpretação de análise.

O levantamento de dados desta fase foi realizado através de instrumento próprio, específico para essa coleta. Ao final desta, os resultados da sistematização eram mostrados ao gestor, que fazia esclarecimentos pertinentes e uma cópia dos dados era deixado com a unidade de saúde.

Para um aprofundamento qualitativo, a segunda fase foi caracterizada pelas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos/atores da pesquisa. Definimos cinco categorias: Conselheiros – Gestor/ profissional da saúde/ usuário, além de um profissional de saúde e usuário que não estivessem no papel de conselheiros. Como critério para as entrevistas o CLS tinha que estar reunindo-se sistematicamente, ao menos nos últimos quatro meses. Na fase exploratória nos deparamos que no total de oito unidades, apenas duas estavam com reuniões periódicas no tempo proposto. Desta maneira, optamos por entrevistar as cinco categorias de atores nestas duas unidades que atendessem os critérios de inclusão e exclusão.

A pesquisa contou ainda com visita ao CMS de Santos, com propósito de identificar a forma e o entendimento da articulação que este estabelece com os CLS, além da história da idealização, implementação, as percepções e perspectivas frente ao nosso objeto de pesquisa. Sendo assim foi realizada mais uma entrevista naquele local. Destaca-se que esta visita e entrevista ao CMS foi realizada após todas as etapas no território dos Morros. A entrevista foi concedida por um conselheiro representante dos usuários, que informou ter participado de todo processo dos CLS na cidade, e que pertencia a Secretaria Executiva, do CMS desde 1995.

Todas as entrevistas ocorreram de forma voluntária, além de ter garantido o conforto e privacidade do entrevistado, assim como as informações e condições éticas necessárias. No presente trabalho não revelamos os nomes das unidades de saúde e pessoas entrevistadas para garantir o sigilo. O projeto desta pesquisa foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Santos, como do Núcleo de Bioética da Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista.

Realizou-se busca bibliográfica nos bancos de dados. Através da biblioteca virtual em saúde (Bireme) foi possível encontrar 13 arquivos, e nos Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), 200 artigos. Destes, após avaliação dos resumos, foram aproveitados seis artigos da Bireme e quatro artigos da Capes.

4 RESULTADOS

O CMS optou para o processo de implementação dos CLS nas unidades de APS, a realização do que eles chamam de “Projeto Piloto”. A primeira unidade que teve a experiência dos CLS pertencia ao território dos Morros e tinha como objetivo servir de modelo para as demais unidades de saúde posteriormente. O CMS escolheu essa unidade para “piloto” por terem avaliado que ela tinha bom relacionamento com a comunidade local. Assim, teve sua primeira eleição em 29 de setembro de 2008. A implementação dos CLS nas demais unidades desse território se deram entre outubro de 2010 a setembro de 2011.

Estes CLS foram criados através de Resolução 1/2006 do CMS, publicado em 17 de agosto de 2006, contudo só em março de 2008 o CMS emite a Resolução 02/2008, convocando e orientando o processo de eleição. Essa distância nos períodos revela que não foi um processo fácil em sua organização e construção gerencial e política.

Na entrevista ao CMS o representante relata que a intenção de criação dos Conselhos Locais surgiu ao observarem que muitas queixas e reivindicações que usuários realizavam, eram de ordem organizacional de âmbito local. Quando iniciou o processo de implementação nas demais unidades, realizaram um encontro com todos os gestores das unidades de APS. Este encontro foi promovido pelo DEAB da SMS, e tinham-se a intenção de posteriormente realizar uma capacitação para todos os Conselheiros eleitos, porém esta ação nunca ocorreu.

Foi identificada uma dificuldade em manter constância na periodicidade das reuniões, assim como no número de participantes nos CLS. Os momentos que foram observados um número elevado de participantes, geralmente, estavam atrelados a algum evento que ocorria na unidade ou quando utilizavam a sala de espera de consulta médica. Observamos que alguns CLS não conseguiu realizar nenhuma reunião ordinária. Os demais CLS embora com muita oscilação, conseguiram organizar-se e realizar alguns encontros, porém uns com muitos meses seguidos, sem reuniões. Além disto, sentimos lacuna do registro informando os motivos da não realização das reuniões, que segundo os gestores eram na maioria das vezes por falta de *quórum*. Apenas dois CLS conseguiram ter uma constância de reuniões e números de participantes, porém um deles em determinado momento também deixou de se reunir.

Foi possível observar nas atas de alguns CLS que, principalmente quando ocorre troca de chefia e profissional de enfermagem, seja por substituição definitiva, férias ou licença, tem-se uma tendência à descontinuidade do trabalho. Foram coletadas em atas de diferentes CLS, situações em que a reunião não aconteceu quando a gestora não pôde estar presente. Nesse sentido, cabe registrar que o CLS é autônomo, logo não deveria ficar vinculado ou referenciado a apenas um sujeito.

Avalia-se que os CLS ainda não conseguiram solidificar uma rotina de encontros, discussões, sistematizações, horários, etc. da ordem de organização, periodicidade e identidade desse espaço junto à unidade e comunidade. Desde o processo de implementação, ao analisar o território proposto, nota-se que este espaço foi se perdendo no contexto da unidade de saúde, do CMS e da gestão da SMS. Já na comunidade acredita-se que o alcance foi irrisório diante de tamanha desinformação encontrada.

Vale destacar que o número de reuniões e de participantes não mede participação popular ou controle social de uma forma isolada. Contudo, o espaço do encontro nas reuniões previstas

pela legislação vigente é um espaço privilegiado para o diálogo e debates necessários no processo de gestão compartilhada, assim como as discussões a serem travadas.

Nota-se na análise do conteúdo das pautas nas atas, que apenas duas unidades conseguiram realizar uma discussão com a comunidade para além das questões do serviço de saúde. Essas unidades realizaram articulações com outros equipamentos e lideranças locais. Inclusive, houve uma unidade com participação de representantes de equipamentos ligados à Assistência Social, Educação, Tráfego, outros serviços de saúde, Associação de Moradores de bairro, entre outros. Esse tipo de ação é extremamente positiva, uma vez que questões da comunidade que acometem a saúde vão além da governabilidade da unidade de APS.

Embora outros CLS tivessem, em suas reuniões, questões mais amplas da comunidade, não foi identificado poder de articulação para resolução de questões que apareceram ou iniciativas, no sentido de pensar caminhos de forma coletiva para equacioná-las. Alguns entrevistados entendem que algumas das demandas não são de competência do CLS, todavia compreendemos que o espaço público pode e deve ser um mecanismo que contribua para mobilização e/ou processos reflexivos e de fortalecimento da comunidade local.

É importante frisar que a APS é chamada para muitas frentes e as equipes para atender tais demandas são reduzidas. Porém, o CLS é um coletivo e deve ser autônomo ao serviço de saúde. Ele deve trabalhar em conjunto não só entre os membros eleitos, mas com a comunidade de abrangência da unidade de saúde e isso não deve ser atribuição e gerenciamento de apenas um membro.

O encontro desses atores no espaço do CLS promove um grande potencial, no qual observamos algumas conquistas e avanços. Das oito unidades avaliadas somente em três nota-se articulação com a comunidade para utilizar recursos dela própria em prol do atendimento e serviço de saúde. Como exemplo, conseguiram garantir vaga de estacionamento para ambulância. Este território tem apenas uma rua de acesso a um campo, e deste não se consegue acessar outras partes do bairro por meio de automóveis. Esta demanda aparecia como uma preocupação dos usuários decorrente da possibilidade de em emergência a ambulância não conseguir subir o morro para o resgate ou ter espaço garantido para estacionar.

No estudo foram levantadas outras ações com articulação de equipamentos competentes, como colocação de sinalização em frente à escola, após ser observado veículos em alta velocidade; colocação de hidrante de emergência em território que ainda não tinha; articulação junto aos comerciantes e artistas locais para apoio de recursos, a fim de contribuir para a festa de aniversário de uma das unidades pesquisadas.

Surgiram outras experiências em que o CLS foi articulador no território para encontrar espaços alternativos, em que o serviço de saúde pudesse realizar atividades extramuros. O CLS também contribuiu com sugestão de terreno para construção de nova unidade. Além de outros relatos extremamente interessantes, pudemos observar a importância do CLS no processo de participação e conquistas da comunidade.

O movimento do Conselho com a unidade de APS é rico e propicia a mobilização e integração dos usuários com equipes e gestores. Observa-se ganhos concretos com a intervenção do CLS, desde a instalação de um simples ar-condicionado ou bebedouro na unidade de saúde, até experiências como estas descritas acima.

As atas analisadas descrevem majoritariamente pautas de questões referentes à dinâmica (fluxos, horários, funcionamento) dos serviços e atividades oferecidas pela unidade de saúde. Aparece também, as reuniões sendo utilizadas como canal de divulgação de campanhas e orientação de questões/doenças tais como a dengue, sendo recorrente queixas e/ou elogios à equipe.

Poucos são os episódios de solicitação de alteração da dinâmica ou processo de trabalho da unidade de saúde, tais como mudança de horários de grupos, solicitação de grupos educativos ou mudança de horário das próprias reuniões do CLS. Foi recorrente as reclamações quanto a infraestrutura dos equipamentos, tais como solicitação de instalação de ar-condicionado, toldos, ampliação de espaços etc., e comumente solicitação de ampliação de equipe para atendimentos, solicitação de especialistas, reclamação pelo final de contrato de profissionais e queixas referentes a fornecimento de medicações.

Algumas demandas os conselheiros identificam que conseguem contribuir e melhorar o serviço.

Eu vou citar um exemplo que você vai [...] vai ficar até [...] a instalação de um ar condicionado aqui nessa unidade, aqui no verão ninguém conseguia ficar dentro nessa sala aqui, a mulherada vinha fazer o preventivo, um calor, quente, aqui era quente, era abafado, muito abafado, então foi aí, foi que [...] abaixo assinado pedindo pra que instalasse, aí chegou a conclusão do que? Que o material tava comprado mas teria perdido o tempo de instalação devido a demora, caducou, então não foi instalado porque na compra teria um tempo pra instalação e esse tempo caducou, então o aparelho estava guardada porque não podia ser instalado que a [...] parece que a unidade não tinha gente apta pra instalar [...]. Depois o pessoal pegou no pé e tá lá montado, o ar condicionado instalado (Unidade 3 – Profissional de saúde conselheiro).

Embora reconheçam a importância do trabalho do CLS e as conquistas, apareceu que ainda existem muitos limites e que só a participação na esfera do CLS não garante as necessidades levantadas. A queixa pela morosidade para resolução de algumas demandas também foi recorrente.

Em alguns CLS eram questionados a dificuldade de acessibilidade até a unidade, principalmente se tratando de gestantes, idosos e pessoas com mobilidade reduzida. Pela geografia do território dos morros, algumas ruas de acesso são extremamente íngremes, o recurso utilizado pelos moradores é o transporte alternativo (vans) que geram um custo oneroso para algumas famílias. A solução levantada pelos conselheiros é um transporte coletivo fornecido pela Prefeitura nos horários de atividades da unidade, uma vez que afirmam que já existiu esse recurso ou unidades com estruturas físicas mais adequadas em locais de mais fácil acesso para a maioria da população referenciada. Porém, em nenhuma reunião foi dado um retorno da possibilidade de acolherem as soluções sugeridas pelo Conselho Local.

Constatou-se que pouco das demandas solicitadas foram acatadas pelo poder público. Observam-se fortes argumentações frente às demandas dos usuários, tendo muitas das pautas contra argumentadas, principalmente, pela gestão local. O espaço do CLS pode tornar-se um espaço educativo, no sentido de compreender melhor a política nacional de saúde, suas diretrizes e programas. Pode ainda fornecer informação quanto às prioridades da política municipal de saúde, assim como entender o funcionamento da unidade e os serviços prestados. Mas pode também, transformar-se num espaço educativo da norma, não tendo espaço para uma gestão compartilhada conforme a natureza da competência do CLS.

Constata-se ainda que muitas das discussões e demandas levantadas se perdem nas reuniões posteriores. Muitas pautas parecem “esquecidas” pelo CLS e, simplesmente, deixam de ser discutidas nas reuniões seguintes. Poucas vezes a coordenação do DEAB participou de reuniões, assim como os conselheiros não relatam nas atas e nem nas entrevistas concedidas, a busca por apoio em outras instâncias tais como o CMS ou o próprio DEAB. Observou-se ainda, a falta de participação do CMS junto a estes CLS.

A ausência do CMS nas reuniões de CLS foi muito significativa no processo de análise dos dados, uma vez que os CLS deveriam ser auxiliares ao CMS, sendo canal privilegiado para discussão e entendimento das demandas da comunidade, outrossim, nada mais esperado que estes fossem parceiros complementares, porém eles não dialogam.

No momento da pesquisa, a principal forma de comunicação entre estas instâncias (CMS e CLS) eram as atas. Os CLS reuniam-se ordinariamente uma vez por mês, destes produzia-se uma ata que é encaminhada ao DEAB/SMS, e este por sua vez as encaminham para o CMS.

Seria interessante que tanto as coordenações do DEAB, assim como, o CMS utilizassem-se deste documento para tomar ciência e providência das demandas discutidas em reunião. Contudo, parece que este documento não é utilizado como previsto, tendo a questão das atas como assunto recorrente nas entrevistas. Os conselheiros colocam que a utilização desse instrumento é uma incógnita para eles, uma vez que não existe um retorno das demandas.

O próprio CMS assume essa ausência com os CLS. Em entrevista admite-se que “*A ideia, eu não imaginei que eles ficariam tão distantes da gente assim*” (Representante do CMS), porém ele também aponta que não houve uma aproximação dos CLS com o CMS, evidenciando um sentimento mútuo de ausência. Percebe-se que os Conselheiros não se sentem cogestores do espaço do CLS, assim como, não entendem de forma claro seu papel, o que fragiliza o potencial do CLS. Percebe-se que esse processo de solidão por uma desarticulação e fragmentação nessa possibilidade do diálogo entre os sujeitos é também entre as “instituições” (CLS, CMS, SMS, Unidade de saúde).

Na maioria dos argumentos usados por gestores, profissionais de saúde e usuários da SMS tem como solução a manutenção das reuniões locais. Não obstante, muitas das demandas necessitam de intervenção por parte da SMS ou do próprio chefe do poder público. Todavia, segundo as gestoras entrevistadas, elas têm pouca governabilidade, tendo uma autonomia limitada. Percebe-se que elas também se sentem fragilizadas e solitárias

Considero que, a gestão da unidade deve estar envolvida com o Conselho, contudo não deve ser eleita como quem deve resolver as demandas e assumir o controle social. O controle social não pode ser uma atribuição, e sim um processo participativo e de construção coletiva de política pública. Majoritariamente, os entrevistados na pesquisa consideraram que a população não é participativa. A presença da população nas reuniões é irrisória e alguns profissionais de saúde e conselheiro representantes dos usuários colocam suas angústias neste sentido.

Geralmente, ultimamente as pessoas não estão nem aí pra mim, reivindicando nada, tão abandonando [...] tão abandonando, e não tão querendo nem saber da ‘escuta, amanhã vai ter eleição lá na unidade de saúde, você vai lá pra votar?’ ‘ah, eu não quero saber daquilo lá não’ ‘como assim?’, ‘ah, eu já to passando lá embaixo’, eu to falando o pessoal ta debandando (Unidade 31 – Conselheiro representante dos usuários).

Em contraponto, uma usuária que não é conselheira e foi indicada pela unidade para entrevista não sabia do Conselho Local, ainda que participasse dele por algumas vezes. Como a reunião do CLS acontece junto com o grupo educativo para diabéticos e hipertensos, a usuária desconhecia a existência do espaço.

Ela afirmou que tinha interesse em participar, lembrou-se do processo de eleição na época e que não pode ir. Afirmou que não teve mais informação do mesmo. Embora tenha sua assinatura como participante das reuniões do CLS isso nunca ficou claro para ela. Tão grave quando esta foi a própria conselheira representante dos usuários, que consta como eleita na primeira ata do CLS desta unidade, ela desconhecia que era a representante dos usuários, assim como, desconhecia o espaço e funcionamento daquele CLS. Compreende-se que esta metodologia e o dialogo estabelecido entre os participantes é falha. Não é claro para eles que o que está ocorrendo são reuniões de Conselho Local, muito menos os objetivos deste encontro.

A gestora expôs que as reuniões se dão junto as ações educativas em saúde como estratégia para que tenham usuários presentes, porém o mais importante que é a participação da comunidade nas questões acerca da unidade de saúde não é realizado. Identifica-se nas entrevistas que quando usado essas estratégias não ficava claro para o participante que ele estava em uma reunião ordinária de CLS. Eles não tinham a compreensão daquele momento como um espaço de controle social, e sim um local de cuidados em saúde nas questões da hipertensão e da diabetes, por exemplo.

O CMS não está envolvido com as questões dos CLS. Alguns conselheiros de CLS desconhecem o CMS. Os gestores locais são colocados por usuários e profissionais de saúde como agente da solução das demandas, por vezes não tendo autonomia para buscar soluções necessárias. Os representantes dos usuários veem-se sem respaldo dos seus representados por não conseguirem articular e garantir a participação deles no espaço das reuniões. Os usuários que não estão como representantes fazem queixa da pouca divulgação e da necessidade de se mudar as estratégias para a população participar. Os dados alertam para todo esse processo de solidão e desinformação desencadeado:

É falar, 'oh, amanhã vai ter, néh?! Olha amanhã nós vamos ter reunião, não é? do conselho! Vamos, vocês precisam vir comigo, eu não quero ir sozinha' assim, no caso! 'eu não quero ficar só! Eu falando por tudo mundo' porque não adianta eu vir falar pela comunidade toda que é atendida, néh?! Não adianta [...] eu falar sozinha, néh?! é bom quando a pessoa vem, e diz, e coloca a sua posição, néh?! (U1 – NS)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato de apenas dois dos oito CLS pesquisados estarem realizando reuniões periodicamente é um dado relevante neste trabalho. A falta ou incipiente poder de organização

e mobilização frente a este espaço é uma constatação e desafio posto. Considerando que estes não são obrigatórios por nenhuma legislação federal, coube-nos identificar, avaliar e apontar as questões que perpassam esse dado.

Chamamos a atenção o processo de implementação com tão pouco diálogo e acompanhamento dos atores, assim como, a falta de conhecimento do papel do CLS, o que certamente contribui para que em pouco espaço de tempo estes se desarticulassem. Na realidade eles não conseguiram forças para se consolidar como espaços de cogestão e participação popular.

Alguns achados são alarmantes e devem nos fazer pensar quais possibilidades de construir caminhos mais adequados e que garantam participação verdadeira. O controle social, ao ser institucionalizado por meio dos Conselhos, embora por um lado garanta participação da população nas políticas públicas e respaldo jurídico para tal, por outro, corre o risco de tornarem-se lugares burocratizados que cumprem apenas papel legal. Esses espaços correm o risco de se tornarem um espaço educativo da norma, aonde os participantes vão e lhes são ministrados os trâmites, protocolos e decisões da gestão de saúde, sem que tenha espaço para o diálogo e construção conjunta.

Mediante os resultados, vê-se a importância de se fazer realmente uma cogestão, de forma compartilhada entre todos os envolvidos, uma vez que o processo de solidão dos atores é latente. Viu-se a necessidade da SMS e CMS atuarem mais próximos aos CLS e dar o respaldo necessário a eles. Também há a necessidade dos usuários e profissionais de saúde serem melhor orientados e do gestor ter mais autonomia e abertura para garantir uma cogestão na unidade que é responsável.

Apesar de tudo, não podemos perder de vista que os CLS são uma experiência nova para cidade. Ainda assim, é inegável que teve conquistas e aprendizados importantes para as unidades de saúde, os profissionais, usuários do SUS e gestão local. Foram encontradas ações interessantes de articulação e participação com conquistas que atingiram a unidade de saúde ou a comunidade local. Porém estas são tímidas frente ao potencial que este espaço gera, todavia indicam e mostram que é possível o CLS avançar em seus objetivos.

Os Conselhos são espaços de controle social, de participação e isso implica partilhar poder. A cogestão pode não ser bem vinda dependendo do interesse do poder público. Vivemos atualmente um cenário de desmonte e ameaça às políticas públicas frente às investidas do atual governo, estando o SUS ameaçado. Deste modo, espaços como o CSL também podem e devem ser vistos como risco ao *status quo*, uma vez que geram: encontro, troca, formação, mobilização, não se sentir só, fazer junto e fazer mais.

Não por acaso que em 2019 o governo atual decretou o fim da Política Nacional de Participação Social como vimos acima, limitando assim espaços de colegiados e extinguindo várias formas de participação que eram legítimas. O SUS é um sistema e o processo democrático e participativo também deve seguir a lógica de sistema integrado, tendo controle social como parte dele.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Z. S. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, ano XXVI, n. 88, nov. 2006.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS – e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS. **Diário Oficial da União**, p. 6-8. Poder Executivo, Brasília/DF, 26 Maio 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. **Resolução nº 333/2003, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf.

BRASIL. **Resolução nº 453/2012, de 10 de maio de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS/SÃO PAULO. **Resolução nº 01/2006.** Dispõe sobre a organização dos Conselhos Locais nas unidades do Sistema Único de Saúde, no município de Santos, e dá outras providências, 2006. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/conselhos/CMSS/rn01-06cmss.pdf.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS/SÃO PAULO. **Resolução nº 002/2008.** Regulamento de eleição para os Conselhos Locais de Saúde, 2008. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/conselhos/CMSS/resol_02-2008.pdf.

DALLARI, D. A. **O que é participação política?** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Primeiros Passos).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

KRÜGER, T. R. **Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional.** Emancipação, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, p. 75-90, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em: 27 abr. 2014.

MENDES, E. V. **O sistema Único de Saúde: um processo social em construção.** In: Texto de apoio: unidade 1. Rio Grande do Norte: CADRHU, 1999. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdgx64hep82pj8.cloudfront.net%2FPAT%2FUpload%2F333545%2FARTIGO%2520SOBRE%2520O%2520SUS%2520%2520DEBATE.pdf&ei=86mYU_a2BoGlsAThpICA&usg=AFQjCNGZh-OPAmwedWL-INV5dNE8KfUrnA. Acesso em: 2 maio 2014.

NEVES, A. V. Espaços públicos participativos, construção democrática e política pública: riscos de despolitização da participação da sociedade civil na cultura política brasileira. **Revista Ser Soc.**, Brasília, n. 17, p. 197-217, jul./dez. 2005.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>.

O “FALE CONOSCO” DA UNIFESP E A POPULAÇÃO NA BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Rosa Malena Bergamo Sotero
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

Christine Barbosa Betty
Universidade Federal de São Paulo-CEDESS
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Iraní Ferreira da Silva Gerab
Universidade Federal de São Paulo-CEDESS
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A Universidade Federal de São Paulo oferece um canal de comunicação denominado “Fale Conosco”, onde o usuário pode solicitar informações. Este capítulo apresenta um trabalho cujo objetivo foi identificar e caracterizar as solicitações dos usuários do “Fale Conosco” saúde, do Portal da UNIFESP, no intuito de aperfeiçoar esse canal de comunicação. Analisou-se portais de 59 universidades federais brasileiras quanto à oferta de cursos e/ou atendimento na área da saúde, disponibilidade de dados sobre saúde e serviços do tipo “Fale Conosco”, para identificar a existência de ferramenta semelhante para obtenção de informações sobre saúde. Foi realizada análise de 684 e-mails enviados às seções “Dúvidas de Saúde/Tratamento Específico” e “Procura por Profissionais da UNIFESP”, do “Fale Conosco”, entre fevereiro de 2013 e de janeiro de 2014. Todas as universidades pesquisadas tinham um portal, destas 50 ofereciam atendimento na área da saúde, porém somente a UNIFESP disponibilizava um canal para solicitações de informações. A maior parte dos usuários (83%) buscava tratamento de saúde. Esse fato, embora revele a confiança que o público tem na instituição, ressaltou o desconhecimento quanto ao fluxo de atendimento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Predominaram dúvidas sobre as especialidades Ginecologia e Oftalmologia; e, com menor expressão, nas áreas de Neurologia, Cirurgia Plástica e Psiquiatria. Espera-se que este capítulo sirva de inspiração para iniciativas futuras de ações de comunicação entre instituições públicas ensino na área da saúde e a população promovendo o uso da Internet.

Palavras-chave: saúde; educação; paciente; internet; comunicação.

1 INTRODUÇÃO

O presente texto se origina de uma dissertação de Mestrado Profissional do Programa Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP intitulada “*Busca por informações em saúde dirigidas à UNIFESP por meio do serviço “fale conosco”: um estudo exploratório*” e defendida em 2015⁹. Faremos um recorte sobre a pesquisa apresentada.

A Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP decorre da transformação da Escola Paulista de Medicina-EPM, fundada em 1933, por um grupo de médicos. Em 15 de dezembro de 1994 a EPM se tornou a UNIFESP, universidade da área da saúde preconizando a responsabilidade com a ciência e a comunidade da qual faz parte. Em 2006 iniciou sua expansão com a introdução de cursos nas áreas das ciências humanas e exatas, embora ainda hoje continue sendo uma importante instituição dedicada à formação de profissionais na área da saúde, à investigação científica e à prestação de serviços à comunidade.

As relações da UNIFESP com a sociedade organizam-se a partir do Departamento de Comunicação Institucional (DCI), que entre outras funções, desenvolve, disponibiliza e mantém serviços para que a comunicação da UNIFESP com a sociedade se estabeleça. Tem como missão manter a atuação integrada dos setores subordinados, buscando a melhoria da comunicação interna e da interlocução com a sociedade, especialmente no que se refere à divulgação e à defesa dos conhecimentos produzidos pela instituição.

Em 2003, o Departamento de Comunicação passou por uma reestruturação e uma das atribuições assumidas foi a de responder as solicitações das pessoas que procuravam a princípio, o canal webmaster@epm.br do portal da EPM. Em dezembro de 2006 inseriram o “Fale Conosco” área da saúde no Portal da UNIFESP (UNIFESP, 2014).

Estas solicitações por informações provenientes do “Fale Conosco” chegavam primeiramente ao Departamento de Informática e os assuntos relacionados à área da saúde eram repassados para serem respondidas quando a informação já se encontrava no DCI ou para triagens direcionadas às áreas que poderiam responder às dúvidas dos usuários.

A demanda por esta pesquisa emergiu da procura por uma maneira de agilizar as respostas do “Fale Conosco” saúde da UNIFESP, com maior brevidade, utilizando as ferramentas de internet que a tecnologia disponibiliza para este fim. Desta forma, surgiram as seguintes questões: Como as outras Instituições Públicas Federais têm disponibilizado as suas informações? Que tipos de solicitações são mais frequentes? É possível disponibilizar informações de modo que a maioria dos usuários não precise solicitá-las por e-mail? Quais

⁹ SOTERO (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_175_rosa_sotero.pdf.

contribuições estes e-mails podem trazer para aprimorar o fluxo de informações relativas à saúde no portal da UNIFESP?

Na busca de respostas foi desenvolvida uma pesquisa com o objetivo de identificar e caracterizar as solicitações encaminhadas pelos usuários do “Fale Conosco” Saúde do Portal da UNIFESP de modo a possibilitar o aperfeiçoamento deste canal de comunicação. Para isso foram identificados e analisados os portais de 59 universidades federais brasileiras quanto à disponibilidade das informações sobre saúde; mapeadas e analisadas as principais solicitações sobre saúde enviadas pela população por e-mail e elaboradas diretrizes para subsidiar o aprimoramento do canal de comunicação “Fale Conosco” saúde da UNIFESP.

1.1 Bases Teóricas

A busca de informações sobre saúde na internet teve suas bases fundamentadas nas áreas da comunicação, da educação e da saúde.

A palavra “comunicação” tem origem no latim “*communicatio*”, que significa “ação de tornar algo comum a muitos” (POYARES, 1970). Lévy (1996) defende que, com o advento da internet, a comunicação passou a ocorrer de maneira interativa e numa relação direta de troca de informações entre emissor e receptor, em um processo que chamou de “desintermediação”. O autor comenta, ainda, que as instituições que não acompanharem esse processo estarão fora do ciberespaço.

Lévy (2000) atesta que o principal significado do ciberespaço é a interconexão geral de tudo em tempo real, a concretização do espaço virtual em que as formas culturais e linguísticas estão vivas. Diz também que o ciberespaço permite não apenas uma comunicação “um para um” e “um para muitos”, mas também do tipo “muitos para muitos” e a articulação em tempo real entre os três modos, o que incentiva a inteligência coletiva. Essas novas possibilidades já são usadas em larga escala para fins científicos, comerciais, políticos e artísticos, dentre outros.

“A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (FREIRE, 1983, p. 46). Essa comunicação torna o indivíduo humanizado à medida que interage com o outro, que dialoga nesse processo comunicativo.

Segundo Santos (2007), inicialmente, a educação na internet buscou seguir o caminho da educação formal, mas aos poucos adotou os princípios da educação não formal sendo centrada no aprendiz e estruturada em estreita relação com a produção e prática coletiva do conhecimento. E para o autor as comunidades virtuais e os ambientes interativos da internet são locais que propiciam a educação não formal quando são construídos levando em consideração

características peculiares locais, reunindo uma série de elementos variados, sincronizados e atualizáveis.

Segundo a mesma linha de raciocínio Kenski (2008), nos explica que a interação com informações e pessoas é fundamental para aprender e, os dados que estão livres na internet são transformados em informações segundo a ótica, o interesse e a necessidade do usuário. Ainda segundo a autora, a transformação das informações em conhecimento demandam um processo interativo, reflexivo, discursivo, crítico e ponderado que se torna mais tranquilo quando envolve outras pessoas.

Segundo Vygotsky (1987) e Freire (1979), os sujeitos constroem seu conhecimento à medida que interagem. A interatividade, para Vygotsky (1988), é entendida como um movimento de troca entre os indivíduos que envolve a elaboração compartilhada de conhecimento, o que é um requisito imprescindível para a aprendizagem. Segundo ele, as relações sociais contribuem para a heterogeneidade das informações por meio da reciprocidade, do diálogo e da cooperação, aumentando as capacidades individuais e suas funções mentais. O processo de construção do conhecimento ocorre pela interação do sujeito historicamente situado com o ambiente sociocultural onde vive. A experiência de vida do indivíduo influencia diretamente em sua educação. Para Freire (1996), a construção do conhecimento ocorre na relação sujeito-sujeito e sujeito-mundo, reforçando a ideia que os indivíduos se educam entre si e o mundo funciona como um mediador nessa relação.

Levando em conta as informações solicitadas pelo usuário do “Fale Conosco” saúde da UNIFESP, é importante observar que existe uma intencionalidade na procura por informação, e a comunicação que envolve o retorno dessa solicitação propicia um aprendizado a quem necessita da informação. Com o aprendizado, a pessoa pode sair da posição de receptora a sujeito da produção de conteúdo, levando adiante o conhecimento adquirido. E ainda, para esta pesquisa foi considerada que a educação se constrói na interação de: solicitantes por informações sobre saúde, quando enviam e-mails por meio do serviço “Fale Conosco” da UNIFESP; e receptores, quando respondem a questionamentos, interesses e necessidades dos interlocutores, facilitando a produção de um conhecimento rico em significados para estes interlocutores.

2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Espanha (2007) a comunicação é reconhecida como um elemento necessário que une esforços para melhorar a saúde. Diz também que a comunicação em saúde emprega estratégias de comunicação para instruir, orientar e influenciar as pessoas tanto nas decisões

individuais, quanto nas comunitárias. E chama a atenção para a importância da comunicação enquanto uma estrutura, cujo respaldo científico se une a um conjunto de processos e intervenções na área da saúde.

Na área da saúde, a comunicação pode contribuir para aspectos tanto de prevenção, no tratamento de doenças, quanto na promoção da saúde. Vem ganhando espaço na vida de indivíduos, pacientes, familiares e comunidades em geral na busca e uso da informação em saúde para melhoria dos maus hábitos e adoção de comportamentos saudáveis. Também colabora na compreensão das recomendações e orientações médicas para tomada de decisões sobre a saúde. Facilita o acesso aos locais de atendimento em saúde tanto privados quanto públicos; as relações e os contatos dos pacientes com os profissionais da área da saúde; assim como as prevenções de autocuidado e atenção que muitas vezes são necessárias para lidar com as doenças crônicas (CORCORÁN, 2010)

É um processo essencial e decisivo na qualidade e na segurança na prestação de cuidados dos profissionais de saúde e nas interações deles com seus pacientes. É capaz de proporcionar a disseminação de informações sobre os riscos à saúde individual e comunitária, da mesma forma que facilita a construção de mensagens e campanhas de saúde pública. É pela comunicação que o usuário consegue acessar portais e *sites* de saúde da Web, utilizando ferramentas disponíveis interativas, como, por exemplo, por meio do “Fale Conosco” do portal da UNIFESP, que possibilita a consulta sobre informações (SOTERO, 2015).

3 SAÚDE NA INTERNET

A internet, atualmente, é um guia de grandes proporções em informações e se apresenta em diversos formatos, dispostos em ambientes, como, por exemplo: em *sites*, banco de dados *on-line*, enciclopédias, portais, redes sociais e *blogs*. Cada vez mais tem demonstrado um crescimento elevado tanto em recursos tecnológicos quanto em quantidade de informações disponíveis, principalmente na área da saúde.

Para Castiel e Vasconcellos-Silva (2002), o fato das informações estarem disponíveis na internet facilita o acesso das populações aos conteúdos sobre os temas de saúde e assuntos relacionados. Isso contribui para minimizar desgastes e ansiedades provocados pelas dúvidas que surgem durante o processo que envolve tanto o lado do profissional como o do paciente. Conforme esses autores, em termos gerais, quando se fala em qualidade da informação, deve-se pensar nas questões relacionadas à regulação dos canais que disponibilizam as informações em saúde, na constituição de órgãos independentes para avaliar a informação e estabelecer sanções em casos de disseminação prejudicial ou falsa informação.

O Comitê Gestor da Internet (CGI) no Brasil (2006) produz, desde 2005, dados por meio de pesquisas especializadas realizadas pelo Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação e acompanha as mudanças a cada ano no País no que diz respeito ao uso das tecnologias, incluindo a população que utiliza a internet. Em 2011, o relatório da pesquisa nacional demonstrou que a busca de informações na área da saúde ocupou 43% dos usuários da Internet no Brasil.

Quando o usuário busca na internet informações sobre saúde, adquire, segundo Terra (2009), mais conhecimento, colabora para a diminuição da distância entre médico e paciente e melhora suas questões emocionais. Desse modo, a internet passa a ser um suporte de apoio pessoal, emocional, afetivo e de acolhimento ao paciente, de forma complementar aos serviços de saúde.

4 INTERAÇÕES COM O PACIENTE NO PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE

Segundo, Almeida Filho e Rouquayrol (2006) há alguns anos, o médico era considerado a autoridade do saber a respeito do paciente; qualquer palavra dita por ele era lei, e não havia questionamentos nas informações e orientações passadas. Com o passar do tempo, Garbin e colaboradores (2008) dizem que os próprios médicos começaram a se desobrigar desse encargo e passaram a trabalhar em conjunto com os pacientes, educando-os por meio de orientações nos cuidados com sua saúde e decidindo juntos a melhor maneira de lidar com a doença.

Hoje, acessando *blogs* sobre a temática saúde, podemos ver pacientes que pesquisam e buscam informações sobre determinado assunto muitas vezes participando de grupos de discussões pela *web* e, quando estão na presença dos médicos, compartilham e debatem as informações encontradas (CHEHUEN NETO *et al.*, 2010).

Em uma pesquisa sobre a influência da busca de informações sobre saúde pela internet desenvolvida por Cabral e Trevisol (2010), para 46,6% dos médicos entrevistados, quando o paciente vai ao consultório após ter lido diversas informações rede, o tempo de consulta fica maior. Porém, um número considerável de médicos (31,9%) não percebe diferença no tempo de consulta. Além disso, ainda segundo a pesquisa, 42,2% dos médicos afirmaram já ter ocorrido de pacientes chegarem com informações encontradas que eles próprios desconheciam. Ainda na mesma pesquisa, a internet também é utilizada como ferramenta de atualização para 94% dos médicos; 58,6% deles sugerem *sites* confiáveis para pacientes; 56,9% acreditam que esse recurso ajuda na relação médico-paciente; 27,6% acham que não interfere; e 15,5% creem que a internet atrapalha. Dentre as opiniões dos profissionais que acham que o uso da rede

ajuda na relação médico-paciente, destacam-se aquelas que julgam melhorar a comunicação entre o profissional e o paciente, contribuindo para o tratamento da doença.

Terra (2009) discorre que o exercício da colaboração na troca de conhecimentos entre profissionais e pacientes permite a difusão de informações, facilitando uma melhor qualidade de vida aos pacientes. À medida que adquirem novos conhecimentos, podem se beneficiar da melhoria do tratamento e das soluções para seus problemas de saúde, pensando numa concepção voltada para prevenção.

À medida que as tecnologias foram aprimorando-se, provocaram mudanças na construção e disseminação das informações, na forma de se comunicar e no compartilhamento de ideias em tempo real. É importante o uso das tecnologias para a educação no sentido da socialização e inovação, quando uma nova descoberta precisa ser ensinada, informada e aprendida. E as novas aprendizagens, quando colocadas em prática, reorientam todos os nossos processos de descobertas, relações, valores e comportamentos (KENSKI, 2007).

A educação para a promoção da saúde tem a comunicação e suas tecnologias como instrumento facilitador de um processo capaz de mediar informações para a população que, uma vez esclarecida torna-se capaz de tomar decisão e agir no aprimoramento dos cuidados com a sua saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. A pesquisa ocorreu em duas etapas. A primeira foi a análise dos portais de Universidades Federais Brasileiras (UFBs) e a segunda, o estudo por análise documental dos *e-mails* com os assuntos “Dúvidas de Saúde/Tratamento específico” e “Procura por profissionais da UNIFESP” recebidos por meio do serviço “Fale Conosco” saúde da UNIFESP, no período de 01 de fevereiro de 2013 a 31 de janeiro de 2014.

Analisar os portais das universidades foi relevante para a obtenção de dados sobre como (e se) as informações sobre saúde estavam disponíveis para os usuários. Para seleção das instituições pesquisadas foi realizado um levantamento no portal do Ministério da Educação em 09/04/2014 e identificou-se que existiam 59 universidades federais no Brasil (MEC, 2014). Após a identificação das instituições, procedeu-se à localização dos portais das universidades; acesso e à busca de informações orientada pelos eixos: oferta de cursos e/ou atendimentos na área da saúde; disponibilidade de dados sobre saúde e serviços do tipo “Fale Conosco”.

A análise dos *e-mails* recebidos no “Fale Conosco” da UNIFESP foi realizada em um período de coleta de dados da pesquisa no qual o portal da UNIFESP apresentava uma

configuração diferente da atual e quando um internauta acessava a janela “Fale Conosco” ele tinha acesso a um formulário com a opção de escolha entre vários assuntos, onde o usuário preenchia também os demais campos. Esta pesquisa foi realizada com os assuntos “Dúvidas de Saúde/Tratamento Específico” e “Procura por Profissionais da UNIFESP” destacados na figura 1.

Figura 1 – Formulário do “Fale Conosco” por Assuntos

Fonte: UNIFESP, 2014

No período pesquisado, o serviço recebeu 2.915 mensagens divididas nas 11 categorias de assunto. Do total, 306 foram relativas a “Dúvidas de Saúde/Tratamento Específico” e 378 se referiam a “Procura por Profissionais da UNIFESP”, totalizando 684 *e-mails* analisados no estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Solicitações por assunto recebidas no “Fale Conosco”

Assunto Procurado	Quantidade	Percentual
Concursos Públicos	304	10,4%
Cursos de Extensão (Lato Sensu)	500	17,1 %
Cursos de Graduação	388	13,3%
Cursos de Pós-Graduação <i>Strictu Sensu</i>	310	10,6%
Dúvidas de Saúde/Tratamento Específico	306	10,5%
Imprensa	80	2,7%
Problemas com o site	69	2,4%
Residência Médica	28	1,0%
Transferência	201	7,0%
Vestibular	351	12%
Procura por profissional da UNIFESP	378	13%
Total	2.915	

Fonte: Elaboração própria – 23/05/2014

Para análise, numa primeira etapa, os *e-mails* passaram por uma organização do material. Em seguida, foi realizada uma análise de conteúdo, seguindo os critérios de Laurence Bardin (2010). O processo envolveu: leitura integral e seletiva do material selecionado; identificação de pertinência entre o assunto da mensagem e o seu conteúdo; categorização do material, extraído do conteúdo da solicitação a temática de saúde de acordo com as especialidades e subespecialidades médicas, conforme classificação do Conselho Federal de Medicina segundo a Resolução CFM nº 2068/2013 (2014) e interpretação dos dados obtidos. No que se refere à procura por profissionais, foi feita ainda a seleção entre os profissionais de saúde excluindo os de outras áreas. E os itens foram agrupados e tabulados por meio da obtenção da frequência relativa e absoluta quanto pertinente.

A pesquisa foi autorizada pela Diretoria do Departamento de Comunicação Institucional da UNIFESP. Seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo. E as sugestões das informações que poderiam ser disponibilizadas no portal da UNIFESP obedeceram a regras do manual de princípios éticos para *sites* de medicina e saúde na Internet, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Informações sobre saúde nos portais das universidades federais brasileiras

Todas as 59 universidades federais apresentavam portal para acesso a informações. A análise desses portais possibilitou identificar que 50 delas ofereciam atendimento na área da saúde. Entretanto, nenhuma apresentou um canal de informações sobre esse tema em sua página inicial, e somente o “Fale Conosco” da UNIFESP disponibilizava o formulário para que o usuário pudesse enviar mensagem solicitando esclarecimentos sobre dúvidas de saúde.

6.2 Mensagens recebidas no “Fale Conosco” da UNIFESP

Durante a análise inicial das mensagens foram evidenciadas incompatibilidades entre o assunto e o conteúdo das mensagens enviadas por usuários em 51% (347); e em 49% (337) dos *e-mails* recebidos houve compatibilidade. No que se refere à busca das informações no campo “Dúvidas de Saúde/Tratamento Específico”, a porcentagem de compatibilidade foi de 82,3%. Quanto à “Procura por Profissionais da UNIFESP”, houve menor coerência entre o conteúdo e o tema da mensagem (22,5%). Assim, concluiu-se que era preciso rever a configuração desse campo no serviço “Fale Conosco”. Depois da análise do conteúdo das 684 mensagens,

elas foram classificadas em três grupos: dúvidas de saúde/tratamento específico com 384 mensagens; procura por profissionais da UNIFESP com 85; e, assuntos gerais com 215 mensagens. A partir de então a análise prosseguiu sendo direcionada às mensagens cujo conteúdo se referia à saúde e excluindo a busca por profissionais.

A análise dos 384 *e-mails* selecionados evidenciou que as solicitações podem ser estratificadas em dois grupos: busca de informações sobre dúvidas de saúde (DS) com 65 mensagens e tratamento específico (TE) com 319 mensagens.

6.3 Busca de informações sobre dúvidas de saúde (DS)

A análise das solicitações quanto a informações realizadas pelos usuários sobre diferentes questões relacionadas à saúde evidenciou o predomínio de dúvidas em relação às seguintes especialidades: Ginecologia (31%); Oftalmologia (17%); Neurologia e Cirurgia Plástica (9%) e com menor expressão, as áreas de Psiquiatria (8%); Ortopedia (5%); Reumatologia, Imunologia e Infectologia (3%). Ainda foram identificadas questões relacionadas às áreas de endocrinologia; gastroenterologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, psicobiologia, dermatologia e urologia.

Os temas em que houve maior procura de informação foram: Reprodução Humana, Pesquisa sobre Célula-Tronco em Oftalmologia e Cirurgia Plástica Estética. O segundo grupo de temas mais procurados envolveu endometriose, gravidez, olho biônico, medicamentos controlados e Aids.

6.4 Busca de informações sobre tratamento específico (TE)

A maioria dos usuários (TE 83%) que procurou a área da saúde por meio do “Fale Conosco” da UNIFESP estava em busca de tratamento na instituição. Por ser referência histórica no campo da assistência à saúde, é esperado que exista o desejo, por parte da população, de conseguir tratamento na UNIFESP. Todavia, em parte do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde institucionais devem seguir um fluxo de atendimento. A população que contatava o “Fale Conosco” aparentemente desconhecia essa organização. Por outro lado, surgiu a questão: essa informação estava facilmente acessível para os usuários? Na sequência, explicamos as etapas que o solicitante precisava seguir para acessar as informações sobre atendimentos, organização e funcionamento do Hospital Universitário, inclusive orientações seguindo o fluxo do SUS.

Inicialmente o usuário teria que acessar o portal da UNIFESP (2015), em serviços encontrar o item Saúde com indicação do Hospital Universitário e Serviços de Saúde, em seguida, encontrar o Serviço de Atendimento Hospitalar com informações sobre os atendimentos hospitalares do Hospital São Paulo (HSP), para acessar o Serviço Ambulatorial e se a opção fosse a busca “Serviços de Saúde”, haveria um redirecionamento para as páginas dos setores disponíveis.

Outra possibilidade para atendimento nos serviços da UNIFESP é a participação em protocolos de pesquisa clínica. Quando vai desenvolver um projeto que necessita de voluntários, o pesquisador envia as informações para recrutamento de voluntários ao Departamento de Comunicação Institucional da UNIFESP. Essa informação está localizada no rodapé do portal. A terceira possibilidade de atendimento é por meio dos programas de extensão institucionais. Todavia, essas informações sobre os programas estavam dispersas no portal.

A análise de conteúdo das mensagens que buscavam tratamento de saúde revelou que existia um predomínio de solicitações em tratamentos nas áreas de Neurologia (32%), Ginecologia (21%), Oftalmologia (22%), Psiquiatria (18%) e Ortopedia (7%).

Dentro das especialidades mais procuradas, algumas solicitações específicas predominaram como demonstradas no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das especialidades e subespecialidades mais solicitadas por tratamento específico

Especialidade	Solicitação	% na área
Neurologia	Esclerose Múltipla	33,3
	Distúrbios do sono	13
Ginecologia	Reprodução humana	70
Oftalmologia	Ceratocone	21,3
Psiquiatria	Drogas e álcool	21
	Transtorno compulsivo obsessivo	13
Ortopedia	Consulta	29

Outras solicitações de tratamento que também tiveram destaque foram consulta em oftalmologia, estética em cirurgia plástica, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial em otorrinolaringologia e consulta em acupuntura.

6.5 Busca de informações/ tratamento específico citando a mídia

Diante dos dados apresentados foi questionada a razão do predomínio de algumas buscas e solicitações. Suspeitou-se que houvesse uma relação direta com o discutido na mídia. E foi identificado que cerca de 10% dos *e-mails* recebidos referiam-se a reportagens apresentadas nos meios de comunicação de massa com destaque para o tema “Esclerose Múltipla” (44% citaram matéria apresentada em setembro de 2013 e que teve grande repercussão).

Além da neurologia outras áreas com solicitações também foram identificadas na análise de conteúdo como indicado na Tabela 1.

Tabela 1 – Busca por informações citando a mídia

<i>Área(s) da informação citada</i>	<i>%</i>
Neurologia	44
Oftalmologia	17
Psiquiatria	11
Reumatologia	6
Pneumologia e Ginecologia	5
Neurocirurgia, Acupuntura Estética e Cirurgia Plástica	3

Fonte: Elaboração própria – 15/01/2020

Os resultados indicaram que seria importante utilizar melhor o portal como uma ferramenta de disponibilização de informações. E, se possível, aperfeiçoar o uso da estrutura institucional possibilitando o acesso às informações que atendam à necessidade da população com base no que os departamentos das áreas da saúde podem oferecer.

A UNIFESP tem potencial para, como universidade historicamente comprometida com a saúde, utilizar sua valorosa produção acadêmica de forma a possibilitar ao público informações de modo didático e consistente. Especialmente quando se considera que a internet é uma ferramenta de grande importância para disseminação de informações sobre saúde, tratamentos,

cuidados preventivos, vida saudável, instrumento para campanhas de saúde pública e muitas outras que ajudam a saúde da população (TERRA, 2009).

6.6 Considerações e Diretrizes para subsidiar o aprimoramento do canal de comunicação “Fale Conosco”

Os resultados do estudo apresentaram dados reveladores acerca das demandas da população durante 11 meses de interação com a universidade por meio de um canal de comunicação considerado democrático, de fácil acesso pelos mais diversos segmentos da sociedade, pois faz uso da internet, ou seja, uma rede mundial de comunicação.

Identificar as necessidades de informação sobre saúde em áreas específicas, por indivíduos que buscaram esse canal tais como reprodução humana, pesquisa sobre célula tronco, cirurgia plástica estética, endometriose dentre outras que são objeto de pesquisa por profissionais da instituição, possibilita mapear campos em que a disponibilidade de informações que esclarecessem a população de forma mais abrangente seja mais efetiva. No entanto, emerge a questão: como atender a essa demanda respeitando o espaço do portal da universidade, que deve representar todas as áreas de formação oferecidas, ainda que com maior vocação para a saúde? Ao mesmo tempo constatar, por meio da pesquisa a predominância de solicitações para tratamento na UNIFESP revela ainda a confiança que o público tem na instituição. Porém, evidencia o desconhecimento dele quanto ao fluxo de atendimento oferecido pelo SUS.

No tocante à universidade torna-se necessária a organização dessa informação no portal de forma mais clara e acessível à população. Com o aprimoramento do espaço virtual é possível melhorar o acesso às informações disponíveis que atendam com rapidez e clareza às necessidades dos usuários, pois a interatividade e a facilidade de uso da rede possibilitam a ampliação da abrangência nas formas de busca e acesso às informações, permitindo o acesso às informações de uma maneira instantânea.

Nessa perspectiva, o estudo apontou um desafio para a reorganização do modelo existente no “Fale Conosco” saúde, do portal da UNIFESP e indicou o desenvolvimento de uma estratégia que envolva a combinação das áreas de tecnologia, educação em saúde e comunicação para atender à demanda dos usuários.

Considerando o contexto estudado, percebeu-se que o fluxo de informações que no canal “Fale Conosco” saúde, da UNIFESP, se deu por meio de um processo de comunicação “um para um” embora tivesse o potencial de ser “um para muitos” e, até mesmo, “muitos para muitos”, por meio das ferramentas cuja logística envolve a comunicação e as tecnologias. Essa ação, se desenvolvida, pode não só fortalecer as instâncias formais de participação dos usuários, mas

ainda desenvolver um formato diferenciado de comunicação e interação serviços – comunidade. O objetivo é melhorar a difusão do conhecimento, a interlocução de usuários e instituição no que se refere aos serviços de saúde disponíveis, ou seja, tornar disponíveis aos usuários informações a respeito dos serviços locais de saúde, de forma a facilitar o acesso aos mesmos, propiciando maior agilidade às informações solicitadas por meio do portal.

Além das iniciativas possíveis de serem implementadas internamente pela universidade, é relevante problematizar o desconhecimento da população acerca do fluxo de atendimento no SUS assim como suas necessidades de informações e conhecimentos, para que todos os segmentos responsáveis pela sociedade assumam seus compromissos sociais. Ou seja, informar para a saúde no caso das entidades ligadas à área da comunicação, promover a saúde no caso dos órgãos da área da saúde e educar para a saúde no caso das instituições da área da educação, pois o compromisso social com a saúde deve ser de todos os cidadãos que primam pelo direito de todos e não apenas dever do Estado, mas sim de todos que dele fazem parte.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **História da Epidemiologia. Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Universidades**. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/index.php>. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Publicação da Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. Brasília–DF. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em: 10 ago. 2014.

CABRAL, R. V.; TREVISOL, F. S. A influência da internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, out./dez. 2010.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 291-314, maio/ago. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2020.

CHEHUEN NETO, J. A *et al.* Informações em saúde e a população: a relação médico-paciente e as repercussões no tratamento. **HU. Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 13-18, 28 jul. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/907>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). Resolução CFM nº 2068/2013, de 03 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12. **Diário Oficial da União** (DOU), Seção I, p. 76. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068_2013.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

CORCORÁN, N. **Comunicação em saúde**. Estratégias para promoção da saúde. São Paulo: Roca; 2010. 240p

ESPANHA, R. A saúde na sociedade de informação. *In: Acta* do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação Braga. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (Universidade do Minho), set. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 8. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. (Coleção e Comunicação; vol. 1).

GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface** (Botucatu) [online], v. 12, n. 26, p. 579-588, jul./set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt.

KENSKI, V. M. Novos processos de interação e comunicação no ensino mediado pelas tecnologias. **Cadernos Pedagogia Universitária – USP**, São Paulo, v. 7, nov. 2008. Disponível em: https://sites.unipampa.edu.br/formacao/files/2010/10/vani_kenski_caderno_7.pdf.

KENSKI, V. M. **Educação e tecnologias**: o novo ritmo da informação. Campinas, SP: Papirus, 2007.

LÉVY, P. O ciberespaço como um passo metaevolutivo. **Rev. FAMECOS**, Porto Alegre, v. 7, n. 13, dez. 2000. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3081>.

LÉVY, P. **O que é o virtual**. São Paulo: Editora 34, 1996.

POYARES, W. R. **Comunicação social e relações públicas**. Rio de Janeiro: Agir. 1970.

SANTOS, N. B. **Comunicação, educação e promoção da saúde na internet**. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SOTERO, R. M. B. **Busca por informações em saúde dirigidas à UNIFESP por meio do serviço “Fale Conosco”**: um estudo exploratório. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_175_rosa_sotero.pdf.

TERRA, J. C. **Saúde 2.0: impulsionando transformações na saúde**. 2009. Disponível em: http://www.terraforum.com.br/biblioteca/Documents/Saude_2.0.pdf. Acesso em: 16 mar. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Serviços de saúde**. [São Paulo: UNIFESP], 2015b. Disponível em: <http://www.unifesp.br/servicos/saude/servicos-de-saude>.

Acesso em: 18 mar. 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Serviços Públicos**. [São Paulo: UNIFESP], 2015a. Disponível em: http://www.servicos.gov.br/?pk_campaign=barrabrasil.

Acesso em: 18 mar. 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. [São Paulo: UNIFESP], **Fale conosco**. 2014b. Disponível em: <http://www.unifesp.br/index.php/fale-conosco-invi/view/form>.

Acesso em: 12 nov. 2014.

VYGOTSKY, L. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

VYGOTSKY, L. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

A CONTRIBUIÇÃO FREIREANA PARA O DIÁLOGO ENTRE OS GESTORES DE RESTAURANTES COMERCIAIS E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOBRE A SEGURANÇA DOS ALIMENTOS

Camila de Sousa Almeida
Prefeitura Municipal de Barueri
Barueri – São Paulo

Elke Stedefeldt
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Medicina Preventiva
São Paulo – São Paulo

Patrícia Lima Dubeux Abensur
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – São Paulo

Ana Maria de Souza Pinto
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Saúde, Clínica e Instituições
Santos – São Paulo

RESUMO

As diferentes áreas do conhecimento utilizam a Educação em Saúde para a sua promoção. Na área da segurança dos alimentos, uma estratégia comum e incentivada pela Organização Mundial da Saúde é a realização de cursos de boas práticas na manipulação de alimentos. Estes buscam transmitir informações, baseadas em conhecimentos acadêmicos e/ou legislativos, sobre como as boas práticas na manipulação dos alimentos influenciam na oferta de um alimento seguro. Apesar de frequentes, dificilmente observamos ações educativas participativas que estimulem a reflexão sobre as práticas seguras por gestores em restaurantes comerciais. Assim, inspirado no pensamento de Paulo Freire foi realizado um estudo qualitativo de caráter exploratório, com a participação de gestores (n=10) de restaurantes comerciais do município de Barueri-SP, em dois encontros com o objetivo de fomentar o diálogo problematizador entre os gestores de restaurantes e o serviço municipal de Vigilância Sanitária no contexto da segurança dos alimentos. Utilizando os princípios da investigação temática foi desenvolvido o círculo de cultura com a participação de todos os envolvidos no processo. Considera-se que o pensamento de Paulo Freire oferece inovações ao processo de aprendizagem, contribuindo com novos olhares de gestores de restaurantes na realização das suas *práxis*, além de contribuir no reconhecimento do gestor como o protagonista da (re)significação das ações estimuladas pelas reflexões das práticas seguras na manipulação de alimentos no cotidiano do seu restaurante.

Palavras chave: Manipulação de Alimentos; Educação em Saúde; Gestão de Qualidade; Restaurantes.

1 INTRODUÇÃO

Os princípios de Paulo Freire tomaram impulso e notoriedade no contexto da alfabetização de jovens e adultos, contudo a sua teoria cruzou as fronteiras de disciplinas e áreas de conhecimento, aprofundando as reflexões da educação como prática de liberdade não só de educadores como de outros profissionais (GADOTTI, 2000).

A educação empodera os sujeitos por meio do conhecimento e torna-os cidadãos livres para escolher, deliberar ao transformá-los em sujeitos críticos (FONTANA; DE BRUM, 2014). Esse desenvolvimento crítico individual é uma exigência necessária para que os sujeitos planejem e participem de ações coletivas transformadoras em benefício de toda a sociedade (FREIRE; SHOR, 2003).

Os constituintes da abordagem freireana orientam práticas e políticas em diversas áreas e, especificamente na saúde, traz contribuições para a Educação Popular em Saúde (EPS) que surge como uma alternativa ao modelo monológico de Educação em Saúde (ES), uma corrente contra hegemônica ao modelo autoritário e prescritivo muitas vezes adotado pelos serviços de saúde (GADOTTI, 2000; GRAVE; BOSCO, 2015).

Freire (1996) defende a educação democrática:

Se na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele (FREIRE, 1996, p. 71).

A EPS dialoga com os diferentes sujeitos e saberes, valorizando o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Agrega características transformadoras não só para a vida dos indivíduos, mas para a organização global da sociedade (SILVA *et al.*, 2010; FALKENBERG *et al.*, 2014).

A Vigilância Sanitária, que é um serviço de saúde de ampla ação no contexto social, busca nas ações educativas desenvolver a consciência sanitária, ao valorizar a compreensão para além de seu direito-dever do poder de polícia administrativa, não apenas dos indivíduos fiscalizados, mas de toda sociedade (BRASIL, 2015; COSTA, 2008; LUCCHESI, 2006). Contudo, apesar de haver a interface social e a necessidade de uma nova perspectiva nas ações educativas poucas estratégias são planejadas e integradas para um processo reflexivo que favoreça uma melhor tomada de decisão no gerenciamento da segurança dos alimentos (MARINS; ARAÚJO, 2016).

Neste cenário, as ações educativas precisam ser participativas com foco não apenas de informar, mas conscientizar e motivar os gestores de restaurante comercial para a reflexão e

realização de práticas seguras na manipulação de alimentos (MEDEIROS *et al.*, 2011). Uma alternativa de mudança seria o desenvolvimento de práticas educativas libertadoras que tenham por intenção constituir os sujeitos em protagonistas, emancipados, capazes de agir no sentido de transformar a sociedade (KUHN, 2014).

O olhar freireano oferece inovações ao processo educativo ao trazer e explorar a realidade dos participantes, tornando possível relacionar suas concepções e crenças, para a descodificação e surgimento de novos temas que possibilitem a elaboração de fichas-roteiros que colaboram no direcionamento dos coordenadores de debate no seu trabalho (FREIRE, 1987).

Assim, o conteúdo discutido aproxima-se ainda mais do cotidiano de seus participantes, trazendo o significado de todo o processo (FREIRE, 1987). Esse processo é conhecido como investigação temática e tem inspirado vários educadores de diferentes áreas do conhecimento no desenvolvimento de práticas educativas.

Esta estratégia materializa a definição de processo educativo do Ministério da Saúde “construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população” (BRASIL, 2012, p. 19) na qual a produção é realizada baseada em elementos técnicos permeados pelo cotidiano da população.

A educação como prática de liberdade é o que fundamenta o método Paulo Freire, caracterizada pela utilização do círculo de cultura (FREIRE, 1967), que se diferencia da educação tradicional autoritária por assumir o diálogo como princípio fundamental para o desenvolvimento da prática educativa.

O termo foi assim denominado por adotar as características de um “círculo”, no qual os participantes possuem uma relação horizontal, na qual não há um professor tradicional, mas um professor-animador de debates que participa de uma atividade comum, aonde todos ensinam e aprendem; e “de cultura”, pois, além do aprendizado individual de conteúdos escolares, o círculo propicia o conhecimento coletivo bem como modos próprios e novos, solidários e coletivos de pensar (BRANDÃO, 1996).

Nessa perspectiva, o educador tem a tarefa de coordenar, jamais impor as informações aos educandos, uma vez que ambos são sujeitos de conhecimento (FREIRE, 1967). Em seu livro “Educação como Prática da Liberdade”, Freire (1967) propõe um método constituído por fases de elaboração e de execução para o desenvolvimento de uma prática educativa.

Este método traz estratégias que dialogam com outras dinâmicas de prática educativas e podem ser desenvolvidas em ações educativas que buscam orientar na produção de alimentos seguros.

Percebeu-se nas práticas educativas realizadas com os gestores de restaurantes comerciais, a importância de se desenvolver um diálogo promovido pela problematização, trazendo a luz situações vivenciadas no cotidiano destes sujeitos que podem ser refletidas e solucionadas coletivamente. Estas práticas mostram também a possibilidade de se utilizar o método proposto por Paulo Freire, o desenvolvimento das suas fases e o círculo de cultura e, para a construção de uma estratégia de ensino-aprendizagem crítico-reflexiva em um contexto técnico e participativo com enfoque na segurança dos alimentos.

Nessa perspectiva, realizou-se este estudo cujo objetivo foi fomentar o diálogo problematizador entre gestores de restaurantes comerciais e a Vigilância Sanitária municipal no contexto da segurança dos alimentos.

2 MÉTODO

Adotou-se a abordagem qualitativa de caráter exploratório, ancorado nos princípios do pensamento de Paulo Freire para a análise e aproximação com a EPS.

Na pesquisa qualitativa, reconhece-se o participante do estudo como “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados [ressaltando que o] objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação” (MINAYO, 2010, p. 22).

O caráter exploratório do estudo proporciona uma visão geral da temática ES para os gestores de restaurantes comerciais, temática pouco explorada, com a principal finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o parecer número 1.135.020.

Neste estudo contou-se com a participação de 10 gestores de sete restaurantes comerciais situados do município de Barueri-SP. Minayo (2017, p. 4) esclarece que “nas pesquisas qualitativas, as amostras não devem ser pensadas por quantidade e nem precisam ser sistemáticas”, mas devem preocupar-se com a “abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção”. O universo de gestores de restaurantes é extenso, assim buscou-se uma amostra composta por gestores que pudessem representar diferentes tipos de gestão (autogestão e franquizados), formas de atendimento (self service e à la carte), tempo no mercado (anos de atuação no ramo de restaurante comercial), tendo como ponto comum sua influência na gestão das práticas seguras no estabelecimento.

Os participantes do estudo foram todos os gestores que realizaram o protocolo de solicitação de licença de funcionamento junto a Vigilância Sanitária municipal no primeiro semestre de 2016 que não tinham participado de inspeções no estabelecimento e responsáveis pela gestão das práticas seguras de manipulação dos alimentos.

2.1 Desenvolvimento da prática inspirada no método Paulo Freire no contexto da segurança dos alimentos

Esta prática educativa contou com o encontro dos gestores e pesquisadora em dois dias. Cada encontro teve duração de quatro horas.

Durante todos os momentos as discussões foram permeadas por informações técnicas referente a gestão da segurança dos alimentos nos restaurantes comerciais, tornando os temas disparadores em discussões/ reflexões dos gestores.

Para as discussões foram compostos três subgrupos, agrupados aleatoriamente, sendo que os gestores de um mesmo estabelecimento foram orientados a participarem de grupos diferentes.

A partir da leitura das obras de Paulo Freire, em particular o capítulo 4 do livro "Educação como Prática da Liberdade", definiu-se o círculo de cultura e cinco fases para o desenvolvimento da prática educativa (FREIRE, 1967).

2.2 Círculo de cultura

Iniciou-se o desenvolvimento da proposta com o convite para que todos os gestores se sentassem em um círculo de maneira que cada um fosse visto face a face, sendo esta a organização assumida em toda a prática com exceção dos momentos de discussões em pequenos grupos.

1ª fase: Levantamento do universo vocabular dos grupos com quem se trabalhará

É um momento de pesquisa e de conhecimento, feito por meio de uma observação pormenorizada da realidade dos indivíduos, ressaltando os falares típicos, para assim se ter a leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos (FREIRE, 1967). De acordo com Berbel (1998), nessa fase o educador e os educandos possuem uma relação mais informal, intensa no sentido existencial e, por isso, de maior conteúdo emocional.

Como estratégia para viabilizar a leitura da realidade, solicitou-se aos gestores listar todos os problemas do seu cotidiano que dificultem a gestão da segurança dos alimentos, sendo este o único critério para serem elencadas as palavras.

Cada subgrupo, composto de três a quatro gestores, recebeu uma folha de cartolina e canetas hidrográficas coloridas. Esta etapa propiciou a integração entre então desconhecidos que se reconheciam como pares, dialogando sobre os seus problemas e angústias.

2ª fase: Escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado

A seleção foi feita sob os critérios: a) da sua riqueza fonética; b) das dificuldades fonéticas (as palavras escolhidas devem responder às dificuldades fonéticas da língua, colocadas numa sequência que vá gradativamente das menores às maiores dificuldades); c) o teor pragmático da palavra, ou seja, na pluralidade de engajamento da palavra em uma dada realidade social, cultural, política (FREIRE, 1967).

Nessa prática, a partir da seleção dos problemas, gerou-se as situações desafiadoras, as quais tinham elementos que necessitavam ser (re)significados pelo grupo com o auxílio mediador.

O grupo deveria caracterizar os problemas considerando seu impacto na gestão da segurança dos alimentos em seu restaurante, determinando se seu impacto seria: a) alto, b) médio ou c) baixo.

Listados os problemas nas cartolinas as palavras começaram a ganhar significados. Os subgrupos tiveram 20 minutos para qualificar os problemas discutidos considerando a realidade de todos e como estes impactam no desenvolvimento das atividades dos restaurantes comerciais. Esta atividade encerrou o primeiro dia do encontro, deixando o desafio de como poderiam ser resolvidos.

3ª fase: Criação de situações existenciais típicas do grupo com quem se vai trabalhar

São situações desafiadoras, situações-problema, codificadas guardando em si elementos que serão descodificados pelos grupos, com a colaboração do mediador. São situações locais que, discutidas, abrem perspectivas para a análise de problemas locais, regionais e nacionais (FREIRE, 1967).

Freire escreve que:

Ao descodificarem a codificação, com a participação do educador, [os educandos] analisam sua realidade e expressam, em seu discurso, os níveis de percepção de si mesmos em suas relações com a objetividade. Revelam os condicionamentos ideológicos a que estiveram submetidos em sua experiência [...] (FREIRE, 2011, p. 38).

Nesse momento, iniciou-se o segundo dia dos encontros, com a eleição dos problemas de maior impacto e os gestores refletiram sobre o principal problema observado pelo subgrupo considerando: a) quais eram as consequências da persistência deste problema, b) quais foram suas causas e, c) qual seria o centro/maior gravidade que este problema poderia gerar.

4ª fase: Elaboração de fichas-roteiro que auxiliem os coordenadores de debate no seu trabalho

Esta fase, consistiu na elaboração de fichas-roteiro, que auxiliem os coordenadores de debate no seu trabalho. Estas fichas-roteiro devem ser meros subsídios orientadores para os coordenadores, jamais uma prescrição rígida a que devam obedecer e seguir (FREIRE, 1967).

Schaurich (2007) escreve que este olhar/agir criativo e reflexivo, propicia aos educandos e educador uma percepção do problema, de sua gênese, de seu entorno e repercussões individuais e coletivas.

Na ação educativa com os gestores as fichas-roteiros receberam o nome de plano de ação e, serviram como subsídios, mas sem uma prescrição rígida a seguir, de serem alternativas para adequações na gestão do seu restaurante.

Foi realizado um plano de ação para o problema eleito na fase anterior, informando: a) o problema verificado, b) a ação corretiva, c) o início da resolução, d) o término da resolução e, e) o responsável pela resolução do problema.

5ª fase: Elaboração de fichas para a decomposição das famílias fonéticas correspondentes aos vocábulos geradores

É a fase na qual ocorre a concretização das fichas com a decomposição das famílias fonéticas, correspondentes aos vocábulos geradores, momento em que os contextos abstratos se tornam concretos (FREIRE, 1967).

Os conceitos são discutidos a partir da prática e as hipóteses são construídas como resultado do estudo e da compreensão pormenorizada dos problemas (BERBEL, 1998).

Nesta última fase, cada subgrupo escreveu em cartolina sua proposta do plano de ação considerando os problemas observados nos restaurantes representados no grupo, os dados foram obtidos por meio das informações do último relatório de inspeção higiênico sanitária realizada pela equipe técnica de Vigilância Sanitária local.

Todas as informações foram compiladas e o restaurante que apresentou o problema foi mantido em sigilo.

Do mesmo modo que no plano de ação anteriormente realizado, este também informou: a) o problema verificado, b) a ação corretiva, c) o início da resolução, d) o término da resolução e, e) o responsável pela resolução do problema.

Assim, os encontros foram finalizados com uma apresentação oral do plano de ação de cada subgrupo para todos os presentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Conhecendo os gestores dos restaurantes comerciais

Os gestores participantes apresentaram um perfil de adultos jovens, com média de 36 anos, proprietários (50%), do sexo feminino (60%) e a maioria com ensino superior incompleto, completo e pós-graduação (50%). Declararam-se com alta influência na gestão do restaurante (50%), relataram que o seu trabalho influencia de 75 a 100% nas decisões administrativas do restaurante e, quando questionados sobre a influência do seu trabalho na gestão de boas práticas na manipulação de alimentos (80%), alegaram influenciar de 75 a 100% nas decisões sobre este certame.

Apesar de todos os gestores do estudo desenvolverem suas atividades em restaurantes, estes possuíam características diferenciadas, sendo os restaurantes 57% próprios (n=4) e 43% pertencentes a uma rede (n=3), com o atendimento diversificado entre eles, sendo a maioria *fast-food* (57%) e *self-service/quilo* (43%).

O quantitativo de refeições servidas mensalmente demonstra uma distribuição similar referente ao aporte operacional dos restaurantes, servindo de 30 a 100 refeições/mês (14%), de 101 a 150 refeições/mês (14%), de 151 a 350 refeições/mês (29%) e de 1200 a 2500 refeições/mês (43%). Na amostra estudada não há restaurantes que sirvam de 351 a 1119 refeições/mês ou mais que 2500 refeições/mês.

3.2 Diálogo problematizador entre os gestores e a vigilância sanitária

No processo de alfabetização na perspectiva freireana é necessário aproximar-se da realidade do educando para levantar o universo vocabular. Essa mesma prática acredita-se ser necessária em quaisquer outras ações educativas que se intitulem subsidiadas pelos princípios do pensamento freireano. Precisa-se dialogar com os participantes a fim de conhecer e elencar seus problemas e angústias, por meio de uma reflexão crítica junto com os sujeitos acerca dos problemas levantados para posterior problematização.

Em recente pesquisa de mestrado, Almeida (2016) percebeu que a *práxis*, assumida como princípio para a alfabetização de jovens e adultos na perspectiva de Freire, quando empregada em ações educativas de gestores de restaurante contribui para que estes se reconheçam como

ser social, histórico, pensante, comunicante, transformador, criador, realizador, capaz de se reconhecer como sujeito na gestão para obtenção de um alimento seguro.

Compreende-se, pois, que o início da ação educativa tem que buscar conhecer o universo do participante como uma estratégia que possibilita ao educador conhecer os conhecimentos prévios dos educandos, uma vez que depende-se a partir da leitura de Ausubel (1963) que a aprendizagem somente será significativa quando o educando consegue relacionar significativamente a nova informação a ser aprendida com os conhecimentos prévios existentes na sua rede cognitiva.

Este processo de nada se assemelhou com o método educacional tradicional, no qual o educador à frente da sala realiza um monólogo, define os conteúdos a serem transmitidos e se intitula como detentor do saber absoluto. Freire (1987) escreve que nesta perspectiva de educação “o educador faz comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem” (FREIRE, 1987, p. 58).

Em consonância ao método, os gestores foram participantes e não apenas meros expectadores da ação educativa, envolvidos no desenvolvimento construíram conhecimentos, com estrutura teórica, para o uso em seu cotidiano.

Os “círculos de cultura” realizados seguiram os preceitos de Paulo Freire, nos quais educador e educandos são sujeitos de conhecimento e, mesmo com experiências e funções diferentes, foram coparticipantes na construção do conhecimento. Entende-se, pois, que o ato de educar não é feito apenas pelo educador, mas por todos os participantes da prática educativa.

Essa maneira de desenvolver a prática educativa colaborou para que os participantes conseguissem expor os problemas enfrentados, dúvidas, soluções e experiências do seu cotidiano, *práxis* que parece ser essencial para o sucesso de uma ação educativa em segurança dos alimentos.

Durante o diálogo um participante desabafa: *“Eu já fiz isso, estes cursos são todos iguais.”* E complementa: *“É fácil você vir no curso, ver, aprender, estudar é uma coisa muito boa, eu gosto de estudar, eu tenho 3 formações, eu acho muito bacana mas quando você conduz uma equipe é diferente [...]”*

Percebe-se que as falas retratam frustrações por participar de ações educativas anteriores que não foram significativas. O treinamento leva tempo e, a menos que a falta de treinamento leve a um custo com perdas de produção ou qualidade, os gerentes entendem que o treinamento é desnecessário (ROWELL *et al.*, 2013).

Porém, vozes de esperanças e ímpeto de participação foram observadas, como: “A expectativa é corrigir as práticas que estamos realizando por falta de conhecimento, melhorar a qualidade do restaurante.” e ainda, “Meu objetivo é conhecimento, aprender algumas coisas que realmente não sei mesmo para estar orientando no restaurante.”

Freire (1987) destaca que “[...] ensinar, aprender e pesquisar lidam com dois momentos: o em que se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (p. 31), lembrando que devemos instigar a construção contínua do conhecimento, de um processo inconcluso.

Após conhecer o universo (temático ou vocabular), os participantes precisam aprofundar a discussão dos problemas trazidos por eles. Nesse processo é possível a construção de novos conhecimentos. Trata-se de um momento de síntese após a observação inicial. É a definição do que vai ser estudado sobre o problema, para assim se delimitar os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos em busca de uma resposta para esse problema. Ampliando o olhar com as contribuições de Berbel (1998) e Schaurich (2007), entende-se que esta etapa precisa ser de grande flexibilidade, pois propicia o diálogo entre educandos e educador, visando definir quais serão os pontos-chave relevantes para a compreensão de determinada problemática, pois são eles os orientadores da continuidade do processo metodológico.

O diálogo é iniciado com a seguinte questão: “Quais são os principais problemas enfrentados pelo responsável do gerenciamento das Boas Práticas na manipulação de alimentos em restaurante comercial?”.

Um dos participantes sintetiza as vozes do grupo ao dizer que: “*Treinar, comprar, organizar e limpar, por mais que você treine, por mais que você compre, que você oriente, se você não coloca alguém para fazer a limpeza de acordo com aquilo que você sabe que é preciso, que você sabe que será exigido, você vai levar na cabeça definitivamente*”.

Esta atividade em grupo motivou os gestores e integrou mais os participantes até então desconhecidos, possibilitando o reconhecimento dos pares por meio dos problemas enfrentados, situações concretas com sugestões de estratégias adequadas para a mudança de hábitos insalubres, buscando maior sucesso na ação educativa (LOSASSO *et al.*, 2012).

Ao término da discussão o grupo deveria elencar os três principais problemas, dentre todos os problemas discutidos anteriormente, descrevendo quais eram as suas consequências, as causas e, assim determinar o centro de cada um dos problemas eleitos, para então apresentar para os demais grupos.

No desenvolvimento da terceira fase do método se compreende o estudo propriamente dito acerca dos pontos-chave, no qual há a investigação, pesquisa, análise do problema, o que possibilita aos educandos e educador um aprofundamento nos conhecimentos teóricos acerca

do problema estudado, com o objetivo de possibilitar uma comparação com as percepções iniciais, uma revisão dos pontos-chave (SCHAURICH, 2007).

Nesta fase o senso comum, passa a interagir com a perspectiva científica com formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (BERBEL, 1998; SCHAURICH, 2007).

Os problemas dos restaurantes também podem ser denominados como barreiras organizacionais, tais como falta de recursos (financeiros, materiais e tempo), motivação dos funcionários, excesso de trabalho e falta de treinamentos, fatos que existem e dificultam a performance dos manipuladores que buscam a segurança dos alimentos dentro dos estabelecimentos (STROHBEHN *et al.*, 2014).

Algumas destas barreiras foram verbalizadas referindo-se aos custos *“As lixeiras, ontem mesmo eu vim aqui (referenciando a região central do município) e comprei uma lixeira para o salão com rodinha no pé, uma alça e com a tampa de abrir e fechar com a mão mesmo [...] então isso também é uma coisa errada”,* complementando [...] *“é um dinheiro que você vai gastar a mais, porque estas lixeiras são mais caras, são [...] ela é bem mais cara mas tem todo o motivo para que seja utilizada.”*

Outros problemas relatados foram em relação aos funcionários: *“Hoje eu tenho 20 funcionários, conduzir uma equipe é diferente, você vai lá tem tábuas diferentes: verde, vermelha, amarela, branca, você tem 4 pias, hoje eu tenho toda a estrutura [...] toda estrutura adequada para seguir estas normas, só que você chega na cozinha eles não fazem [...]”,* e a dificuldade de entendimento dos conceitos teóricos legislativos, como por exemplo: *“Você pode jogar água quente sobre os alimentos?”*

É importante que a ação educativa tenha o seu conteúdo pautado nas barreiras organizacionais encontradas no cotidiano do trabalho de seus participantes, para assim, buscar atender suas reais necessidades de conhecimento (MEDEIROS *et al.*, 2011).

Após a identificação dos problemas foi possível analisá-los em diferentes prismas, buscando fundamentar propostas para a sua resolução.

É o momento de definir e construir as hipóteses de solução, tendo como princípio o olhar-agir criativo e reflexivo dos indivíduos que propicia aos educandos e ao educador uma percepção do problema, de sua gênese, de seu entorno e repercussões individuais e coletivas, características necessárias para um outro pensar e agir e assim, se ter uma superação dos conhecimentos, ações e atitudes já existentes e construir novos saberes e ações para viabilizar mudanças sociais (SCHAURICH, 2007).

O contexto da ação educativa baseou-se nos itens do roteiro de inspeção da Portaria CVS 05/2013, os quais foram explicados de acordo com os conceitos acadêmicos da segurança dos alimentos e as respostas compiladas das condições higiênico sanitárias obtidas em autoavaliações, efetuada pelos participantes nos restaurantes que realizam a sua gestão e inspeções executadas pela equipe de fiscalização da Vigilância Sanitária local (SÃO PAULO, 2013).

Foram destacados os itens de maiores discordâncias entre a prática relatada na autoavaliação e as inspeções fiscais, como os itens: identificação proteção e controle; contaminação cruzada e instruções sobre higienização de hortifrútiis.

Castro *et al.* (2008) ressaltam que “é preciso conhecer o cotidiano desses profissionais, seus valores culturais e adequar os conhecimentos científicos àqueles ambientes até então desconhecidos” (CASTRO *et al.*, 2008, p. 171). Assim, temos que os conceitos teóricos e legislativos precisam extrapolar os muros das repartições para atingir as práticas desempenhadas na rotina do setor regulado, levando o conhecimento desejado para aqueles que esperamos que a realize.

Durante as explanações os gestores participaram com suas dúvidas e comentários, questionando suas práticas e as informações ministradas, enriquecendo a interação dos saberes popular e científico.

Esta última fase aproxima-se mais do cotidiano do participante, após a reflexão da realidade, dos problemas discutidos, teorizados e a apropriação das hipóteses resolutivas, há o retorno a realidade, com o objetivo de transformá-la/alterá-la, consciente que toda e qualquer mudança de percepção é positiva para solução dos problemas discutidos (SCHAURICH, 2007). Desta forma, pode-se destacar as seguintes falas apresentadas:

Eu tiro da geladeira e deixo até o ponto de cortar.

Estes dias me fizeram esta pergunta se a luva substitui a lavagem de mãos.

Freire (1967) defende que:

[...] a alfabetização e a conscientização jamais se separam. Princípio que, de nenhum modo, necessita limitar-se à alfabetização, pois tem vigência para todo e qualquer tipo de aprendizado [...].

[...] todo aprendizado deve encontrar-se intimamente associado à tomada de consciência da situação real vivida pelo educando (FREIRE, 1967, p. 5).

Interagindo entre seus pares, questões antes vistas como particulares ressaltam entre as vozes as diferenças:

Eu conheço pessoas que compram e usam (produtos) até acabar, independente se estiver vencido.

Uso de produtos vencidos vai prejudicar só ele (referenciando o gestor).

No diálogo descrito, verificamos vozes de gestores informando condutas diferentes das práticas no restaurante. Enquanto um gestor não acredita ser maléfico o uso de produtos vencidos outro gestor o repreende pois tem o conhecimento dos problemas que seu uso pode acarretar.

Estudos revelam que gestores de serviços de alimentação desconhecem a legislação vigente, assim como falta a estes o comprometimento para a implantação de sistemas de garantia para a obtenção do alimento seguro. Fato é que, muitos gestores não identificam a segurança dos alimentos como uma prioridade em seus negócios acreditando que o custo supera o benefício e sua ação não compromete a produção do alimento seguro, fato que dificulta o cumprimento da legislação sanitária (KARAMAN *et al.*, 2012; SACCOL *et al.*, 2015; YAPP; FAIRMAN, 2006).

Os gestores foram orientados sobre a dinâmica: Plano de Ação, considerando as necessidades de adequações nos estabelecimentos do grupo participante, na qual tiveram que descrever o problema verificado, qual ação poderia ser empregada, determinar início, término e responsável pela resolução do problema.

O desenvolvimento da ação educativa inspirada no método reflexivo de Paulo Freire estimulou a discussão de temas do cotidiano dos gestores no contexto da Vigilância Sanitária trazendo em suas vozes anseios e alegrias na gestão das boas práticas em seu restaurante.

A ação educativa teve como propósito interagir saberes teóricos e legislativos com os saberes práticos utilizados no cotidiano dos participantes, gestores de restaurantes comerciais, levando significado aos temas abordados de forma crítica e reflexiva.

Freire (1967) colabora:

Experimentámos métodos, técnicas, processos de comunicação. Superamos procedimentos. Nunca, porém, abandonamos a convicção que sempre tivemos, de que só nas bases populares e com elas, poderíamos realizar algo de sério e autêntico para elas. Daí, jamais admitimos que a democratização da cultura fosse a sua vulgarização, ou por outro lado, a doação ao povo, do que formulássemos nós mesmos, em nossa biblioteca e que ele entregássemos como prescrições a serem seguidas (FREIRE, 1967, p. 110).

Seguindo o método freireano, o estudo trouxe processos democráticos no desenvolvimento da aprendizagem, com a participação do gestor em um espaço de sensibilização, que até então, era privilegiado aos manipuladores de alimentos, permitindo o diálogo e a interação do saber popular e científico sobre a gestão das práticas seguras na manipulação de alimentos.

Assim, a realização desta ação educativa participativa enfatizou uma educação em saúde crítica e reflexiva.

As ações educativas devem explorar a escuta do educando, pois só assim poderá alcançar as suas necessidades e angústias, levando significado aos conceitos apresentados.

Fundamental é fazer o trabalho de formiguinha, é você todo dia falar [...] no curso você escuta, escuta e assimila, a partir do momento que você assimila, você tem que exteriorizar. Se você exteriorizar uma vez por semana, esquece não vai funcionar [...]. se você exteriorizar todos os dias, se eu todo dia eu for lá e conversar com os meus funcionários, não só ler a bíblia e perguntar se eles estão com problemas. Mas chegar e falar: pessoal não vamos esquecer de seguir os Procedimentos Operacionais Padronizados, assim assim assim, tal tal tal [...]. indo lá, vamos lá fazer, tem que fazer isso e aquilo lá, se todo dia eu chegar, indo lá e pontuar, uma hora a pessoa vai começar a fazer tanto pela orientação, tanto para ela parar de ouvir eu ficar falando” (relata o gestor).

Teles (2006) afirma “Temos que entender que mudar hábitos é construir conjuntamente signos e compartilhar códigos construídos em parcerias [...] As práticas de higiene devem ser construídas no dia-a-dia desses homens e mulheres e devem fazer parte de sua história” (TELES, 2006, p. 248).

O serviço de Vigilância Sanitária necessita construir relações de parceria e confiança com a população, entendendo que esta é a sua principal aliada, para efetivação da sua responsabilidade de proteger e promover a saúde e as ações voltadas para a informação, educação e conscientização sanitária na sociedade (COSTA, 2008).

Outro ponto que merece destaque é a concepção das ações educativas, muitas vezes baseada no modelo de comunicação dominante na saúde, com foco na indução comportamental e em uma abordagem meramente preventivista (MARINS; ARAUJO, 2016).

Em relação a isso, encontramos em Freire (1987) que:

Simplesmente, não podemos chegar aos operários, urbanos ou camponeses, estes, de modo geral, imersos num contexto colonial, quase umbilicalmente ligados ao mundo da natureza, de que se sentem mais partes que transformadores, para, à maneira da concepção “bancária”, entregar-lhes “conhecimento” ou impor-lhes um modelo de bom homem, contido no programa cujo conteúdo nós mesmos organizamos (FREIRE, 1987, p. 54).

Ao final, as mudanças baseadas nos saberes compartilhados dos gestores com sua equipe reforçam o seu protagonismo na obtenção do alimento seguro ao motivar o desenvolvimento de práticas seguras, agregam valores à sua equipe, minimizando riscos das doenças transmitidas por alimentos.

Além disso, a participação na ação educativa incentivou o gestor a (re)pensar no seu cotidiano com um olhar ampliado e consciente da sua responsabilidade na saúde da população.

Estes relatos demonstram que as ações educativas devem promover a disseminação das informações e as vozes aqui escutadas são claras, acadêmicos e serviços de saúde necessitam (re)significar-se para assim propor a efetiva mudança.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de uma ação educativa, contextualizada nas condutas fiscalizadoras da Vigilância Sanitária e ancorada nos referenciais de Paulo Freire, fomentou a reflexão dos participantes acerca de suas responsabilidades enquanto gestores e gerou discussões, entre estes participantes, sobre problemas e possíveis soluções do seu cotidiano.

Assim, estes achados buscam colaborar no preenchimento de uma lacuna na literatura, a falta de estudos sobre a gestão das boas práticas na manipulação de alimentos em restaurantes comerciais e o diálogo dos pares que puderam interagir identificando problemas e trazendo soluções, colaborando para uma análise crítica sobre suas as ações dos gestores e dos seus funcionários.

A ação educativa não pode ser estanque, sendo o início e não o fim da conduta crítico-reflexiva, tornando-se uma importante semente para a realização de práticas seguras na manipulação de alimentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. S. **O protagonismo de gestores de restaurantes comerciais no contexto da vigilância sanitária dos alimentos**. 2016. 186 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2016. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/032_bx_dissertacao_camilaalmeida.pdf.
- AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning**. Grune and Stratton, New York, 1963.
- BERBEL, N. A. N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>.
- BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso básico em Vigilância Sanitária. Informação, educação e comunicação em saúde**. Fortaleza, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2. ed., 2012. 44p.
- CASTRO, O. B. *et al.* Uma leitura sobre alimentos seguros em restaurantes populares de Salvador. **Escritas e Narrativas sobre Alimentação e Cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008, 422p.
- COSTA, E. A. O trabalhador de Vigilância Sanitária e a construção de uma nova Vigilância Sanitária: fiscal ou profissional de saúde? *In: Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 77-90.
- FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
- FONTANA, R. T.; DE BRUM, Z. P. A educação em saúde fundamentada em Paulo Freire: uma reflexão sobre as práticas do enfermeiro. *In: WEYH, C. B.; ANGELIN, R. (Orgs). XVI Fórum de Estudos: Leituras Paulo Freire*. Santo Ângelo: FuRI. p. 130-138, 2014.
- FREIRE, P. **Ação Cultural: para a liberdade e outros escritos**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- GADOTTI, M. **Cruzando fronteiras**: teoria, Método e experiências freireanas. *In*: I COLÓQUIO DAS CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO, Lisboa, 2000.
- GRAVE, M. T. Q.; BOSCO, S. M. D. **Caderno Pedagógico**: educação em Saúde. Rio Grande do Sul: Univates, v. 12, n. 1, 2015.
- KARAMAN, A. D. *et al.* Barriers and benefits of the implementation of food safety management systems among the Turkish dairy industry: a case study. **Food Control**, v. 25, p. 732-739, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2011.11.041>.
- LOSASSO, C. *et al.* Food safety and nutrition: improving consumer behavior. **Food Control**, v. 26, p. 252-258, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2012.01.038>.
- LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. *In*: De SETA, M. H. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. cap. 2. p. 33-47.
- KUHN, M. Escola pública e educação popular: é possível? *In*: WEYH, C. B.; ANGELIN, R. (Orgs). **XVI Fórum de Estudos**: Leituras Paulo Freire. Santo Ângelo: FuRI. FuRI – Campus de Santo Ângelo: Rio Grande do Sul, 2014. p. 1706-1716. Disponível em: http://san.uri.br/sites/anais/forum_paulo_freire_2014/anais_paulo_freire_2014.pdf.
- MARINS, B. R.; ARAUJO, I. S. Materiais educativos de vigilâncias sanitárias: perfil de produção e circulação no tema dos alimentos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 137-154, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00090>.
- MEDEIROS, C. O. *et al.* Assessment of the methodological strategies adopted by food safety training programmes for food service workers: a systematic review. **Food Control**, v. 22, p. 1136-1144, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2011.02.008>.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2010.

ROWELL, A. E. *et al.* The impact of food safety training on employee knowledge of food safety practices for hot/cold self-serve bars. **Food Protection Trends**, p. 376-386, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.foodprotection.org/files/food-protection-trends/Nov-Dec-13-Rowell.pdf>.

SACCOL, A. L. F. *et al.* Sanitary legislation governing Food Services in Brazil. **Food Control**, v. 52, p. 27-33, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2014.12.004>.

SÃO PAULO. Portaria CVS – 5 de 09/04/2013. Regulamento técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação. São Paulo, 2013. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo, 19 de abril de 2013. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/PORTARIA%20CVS-5_090413.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da Problematização no Ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 318-324, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200021>.

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>.

STROHBEHN, C. *et al.* Retail Foodservice Employees' Perceptions of Barriers and Motivational Factors That Influence Performance of Safe Food Behaviors. **Food Protection Trends**, Des Moines, v. 34, n. 3, p. 139-150, 2014. Disponível em: <http://www.foodprotection.org/files/food-protection-trends/May-Jun-14-Strohbehn.pdf>.

TELES, A. C. V. S.; SERRA, O. T. Hábitos higiênicos: uma etnografia da higiene na Feira do Japão, Liberdade. *In: III SIMPÓSIO BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA*, 2006, Florianópolis. **REVISA; Bras. J. Health Surveillance**. São Paulo: USP, 2006.

YAPP, C.; FAIRMAN, R. Factors affecting food safety compliance within small and medium-sized enterprises: implications for regulatory and enforcement strategies. **Food Control**, v. 17, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2004.08.007>.

PACIENTES EM CUIDADOS DOMICILIARES: DIFICULDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES

Ciro Caires Leite
Enfermeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Santos – SP

Andréa Perosa Saigh Jurdi
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) em saúde vem assumindo uma função de destaque diante do envelhecimento populacional. Nesta modalidade, os cuidados geralmente são fornecidos por familiares que muitas vezes não possuem nenhuma capacitação formal. O estudo teve como objetivo compreender as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares dos pacientes em acompanhamento em um serviço de AD. A pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa foi realizada com 04 cuidadores familiares em acompanhamento pelo Programa Melhor em Casa no município de Santos/SP. Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões relevantes sobre capacitação e realização dos cuidados. Após transcritas e analisadas, as entrevistas foram classificadas por núcleos temáticos. A repetição e o agrupamento dos dados geraram os seguintes temas para análise: a falta de conhecimento; medo, incerteza e a sobrecarga; e a necessidade de capacitação adequada. As falas revelaram algumas dificuldades encontradas pelos cuidadores que em muitas situações não acreditaram estar preparados para desempenhar tais atividades relacionadas ao cuidado. Além disso, foi um consenso entre os participantes da pesquisa a necessidade da construção de programas de capacitação para os cuidadores domiciliares. A capacitação insuficiente e a falta de conhecimento específico podem interferir na qualidade de vida do paciente e causar consequências à saúde do cuidador. Uma proposta para minimizar os impactos seria a implementação de um programa de capacitação com encontros periódicos com os profissionais de saúde. Esses encontros poderiam proporcionar esclarecimento de dúvidas quanto ao manejo e o cuidado com o paciente.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Capacitação; Cuidador familiar; Pacientes

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de mortalidade representam um fenômeno universal. As mudanças apresentadas pela sociedade mundial, no decorrer dos últimos anos, contribuíram para o desenvolvimento de transformações nos sistemas de saúde. O envelhecimento populacional é reconhecidamente uma das dificuldades apresentadas para as políticas sociais e tem provocado um grande desafio para a saúde pública (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Para Brondani (2008) o progressivo aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tem modificado o perfil de adoecimento da população, resultando em um grande impacto na sociedade, particularmente, no sistema de saúde, que não possui recursos humanos, materiais e de infraestrutura capazes de suportar essa demanda.

Mudanças no sistema de saúde foram necessárias diante de enfermidades persistentes, que não podem ser resolvidas em um curto período e que acabam sobrecarregando a rede hospitalar, afetando diretamente a qualidade de vida e as atividades das pessoas que necessitam de acompanhamento (SILVA *et al.*, 2012; ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

O surgimento de novos modelos que consideram essa grande problemática constitui uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia um novo sentido na atenção em saúde. Dentre esses modelos destaca-se a Atenção Domiciliar (AD) que objetiva à desospitalização precoce, diminuindo o número de reinternações hospitalares e fornecendo um tratamento mais humanizado. É importante salientar que essa modalidade também tem como finalidade proporcionar suporte técnico e estrutural aos familiares no retorno do paciente ao domicílio (BRONDANI, 2008).

Diante das muitas transformações que ocorreram no sistema de saúde, com a priorização do atendimento no domicílio, têm-se destacado a dimensão pública da atividade do cuidado e o papel fundamental do cuidador frente a ocorrência do envelhecimento e adoecimento da população. Isso tem resultado no crescimento da necessidade de cuidadores, em especial para a grande parcela da população que depende especificamente do sistema público de saúde. Em sua grande maioria, essa demanda tem sido suprida por um membro da família ou comunidade, diante das dificuldades financeiras de se conseguir um cuidador formal (GUERRA, 2013).

Este novo formato de atendimento à saúde, traz consequências para os usuários e seus familiares. Se por um lado tal política oferece condições mais humanizadas de atendimento, por outro lado é possível constatar que, com esta lógica de desospitalização, o Estado se desobriga cada vez mais, responsabilizando as famílias pelos cuidados em saúde de seus familiares, que

muitas vezes não possuem condições mínimas de realizar tais atividades e ficam sem o respaldo necessário para mantê-lo em domicílio.

Guerra (2013) refere que essa metodologia de atendimento em saúde parece trazer grande impacto sobre a figura do cuidador e merece ser conhecida, uma vez que este modelo foi adotado definitivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), formalizando uma proposta inovadora que ainda se encontra em construção.

É preciso salientar que para se tornar um cuidador domiciliar exige-se algo além de disposição e dedicação. Segundo Bochi (2004) é necessário se atentar para o conhecimento e a prática, que o instrumentalizem, para que o cuidado seja proporcionado de forma apropriada.

Muitas vezes o cuidador apresenta dificuldades, derivadas do insuficiente conhecimento adquirido sobre a prestação de cuidados domiciliares, resultando em questionamentos, comprometendo a realização das atividades relacionadas aos cuidados. É importante enfatizar que os cuidados domiciliares fornecidos de forma adequada podem prevenir ou retardar complicações. Porém, são frequentes as repetidas internações dos pacientes com doenças crônico-degenerativas que têm sua condição de saúde prejudicada pela dificuldade na produção dos cuidados dentro do domicílio, pela falta de capacitação e pela desinformação do cuidador para a continuidade do tratamento. As reinternações resultam em elevação na média de permanência hospitalar, com consequente aumento dos custos hospitalares e do abatimento físico e emocional do paciente e de seus familiares (MARCON *et al.*, 2002).

Diferentes publicações apontam que os cuidadores necessitam de um suporte maior dos profissionais de saúde. Desse modo, os que trabalham na atenção domiciliar, precisam disponibilizar estrutura aos familiares e ao cuidador, conhecer o domicílio e a família, os recursos disponíveis e a comunidade (SANTOS, 2003; RESTA; BUDÓ, 2004; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Compreende-se, portanto, que o cuidador familiar é um agente fundamental presente no cuidado de pacientes com doenças crônicas que demandam tratamento por um longo período. Em vista disso, torna-se importante analisar as dificuldades por eles apresentadas e entender melhor o cenário no qual estão inseridos (STACKFLETH *et al.*, 2012).

1.1 O Programa Melhor em Casa

As alterações que ocorreram na Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) refletiram na assistência domiciliar, que conseguiu transformar uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar, no qual se realizam

funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro de uma racionalidade da vigilância à saúde (LOPES, 2003).

Apenas em 2002, o governo brasileiro, por meio da Lei nº 10.424, regulamentou a assistência domiciliar no SUS, ampliando as condições de atendimento. Essa lei acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2002).

O Programa Melhor em Casa elaborado pelo Ministério da Saúde e instituído por meio da Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 tem por finalidade proporcionar suporte técnico, mediante visitas periódicas por profissionais de saúde capacitados, e estrutural à família, fornecendo equipamentos, materiais e medicamentos, padronizados e necessários para o tratamento. Além disso, possibilita oferecer menor probabilidade de riscos, por ser menos traumático psicologicamente, sobretudo no que se refere à infecção hospitalar (BRASIL, 2011b).

Com objetivo de qualificação e ampliação da AD no SUS foram organizadas três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). Os pacientes são identificados a partir das características e do tipo de procedimentos e cuidados empregados. A base de cada modalidade é definida a partir da observação da complexidade e características da demanda de cada usuário, assim como, a frequência do atendimento necessário (BRASIL, 2013).

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais, tais como farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional podem compor as equipes de apoio (BRASIL, 2013).

O programa tem como objetivo reestruturar a Atenção Básica (AB) no campo do cuidado domiciliar, buscando possibilidades de atendimento de forma a reduzir a demanda por atendimento hospitalar, o período de internação do paciente, além de humanizar, reformular a atenção e ampliar a autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

No município de Santos/SP o número de pessoas acima de 60 anos é de pouco mais 90 mil, representando cerca de 20% do total de habitantes do município. De acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2018), o município possui uma das maiores médias de população idosa do País. As projeções demonstram que nos próximos anos, no município de Santos, o número de idosos supere a marca de 100 mil, fazendo com que haja mais pessoas acima de 60 anos do que menores de 14 anos.

Em novembro de 2011, o município foi inserido no programa do governo federal, Melhor em Casa, programa que foi inspirado em experiências exitosas (BRASIL, 2011a).

Essa pesquisa teve como objetivo compreender as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares dos pacientes em acompanhamento domiciliar no Programa Melhor em Casa, no município de Santos. Assim como, conhecer as dificuldades apontadas pelos cuidadores na atenção domiciliar; identificar as necessidades do cuidador em suas ações cotidianas de cuidado.

1.2 Método

Pesquisa de caráter qualitativo que utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado e um questionário sócio econômico como instrumentos para a produção dos dados. Os dados foram produzidos no período de novembro a dezembro de 2017.

Foram participantes da pesquisa quatro cuidadores familiares, responsáveis pela prática de cuidado no domicílio de pacientes que se encontravam em acompanhamento pelo Programa Melhor em Casa no município de Santos/SP. Os participantes foram selecionados por conveniência, em conjunto com os profissionais que atuam nas equipes, baseando-se nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Cada indivíduo selecionado estava vinculado a uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que por sua vez estava referenciada a uma determinada região geográfica da cidade e a uma população aproximada de 100 mil habitantes. Desta forma, cada cuidador representou uma região do município.

Foram incluídos cuidadores de pacientes com grau de dependência máximo classificada pelo Index de Katz, cadastrados no Programa Melhor em Casa no município de Santos/SP, que demandavam cuidados e/ou procedimentos de maior complexidade; inclusos nas categorias AD2 ou AD3 (grau de complexidade de cuidado maior); cuidadores que possuem vínculo familiar e possuem pelo menos seis meses de experiência como cuidador do mesmo paciente; e, possuir disponibilidade e interesse em participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas no município de Santos/SP e realizadas no próprio domicílio de cada um dos participantes, respeitando a disponibilidade dos mesmos, de forma que os entrevistados respondessem confidencialmente as questões norteadoras, com condições de conforto e privacidade. Todas as entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico com o participante selecionado e agendado no horário mais conveniente. Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e, posteriormente transcritas para análise.

O estudo foi aprovado pelo CEP com Seres Humanos da UNIFESP, com Parecer nº 2.199.192.

Os dados produzidos foram analisados por meio da análise de conteúdo com a finalidade de estabelecer uma ligação entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (BARDIN, 2011).

Os procedimentos de análise – repetição e o agrupamento dos dados geraram algumas temáticas para análise e discussão.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Caracterização socioeconômica dos participantes

Quadro 1 – Dados sócio econômico dos cuidadores

Identificação do Cuidador	Região	Idade; Situação familiar	Escolaridade; Ocupação	Renda	Reside com o paciente	Ajuda para realizar cuidados diários	Problemas de saúde
C1	Orla Intermediária	41 anos masculino, filho, solteiro	Ensino médio completo; síndico	6 – 8 Salários mínimos	Sim	Não	Hérnia de disco
C2	Orla	62 anos, feminino, filha, solteira	Ensino superior completo, bibliotecária	6 – 8 Salários mínimos	Sim	Não	Depressão
C3	Centro	51 anos, feminino, filha, casada, 2 filhos	Ensino médio completo, aposentada	3 – 6 Salários mínimos	Não	Sim	Diabetes mellitus, hipertensão
C4	Zona Noroeste	47 anos; feminino, casada, esposa, 3 filhos	Ensino Fundamental incompleto, dona de casa	1-3 salários mínimos	Sim	Sim	Hipertensão

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados eram filhas e solteiras, sendo apenas um entrevistado filho, também cuidador. Além disso, no que se refere ao gênero dos cuidadores entrevistados, a maioria são mulheres e este dado se torna compatível aos obtidos na literatura. A ocupação também se torna um dado importante, pois observamos funções compatíveis com as atividades de cuidador, sendo que a única cuidadora que precisava se deslocar para o ambiente de trabalho encontrava-se afastada de seu ofício como bibliotecária para desempenhar as atividades de cuidado para sua mãe.

Todos os entrevistados relataram possuir algum tipo de problema de saúde e apenas a metade tinha apoio de algum outro familiar ou vizinho para realizar as atividades de cuidado diário. A atividade de cuidador pode gerar doenças físicas e emocionais, ou serem agravadas quando já existentes pela condição do cuidado, em quem dedica a vida a cuidar de outros.

2.2 Análise das Entrevistas

A análise das informações possibilitou a construção das seguintes categorias: a falta de conhecimento; medo, incerteza e sobrecarga; e, necessidade de capacitação adequada. As unidades de contexto se referem aos trechos das falas dos cuidadores.

2.2.1 A falta de conhecimento

Segundo Araújo *et al.* (2013) uma das principais dificuldades encontradas nos procedimentos de cuidado em âmbito domiciliar é falta de conhecimento dos cuidadores a respeito da doença e dos cuidados necessários, gerando incerteza e insegurança. No relato a seguir, C2 revela a falta de conhecimento sobre o assunto e a grande preocupação com a introdução de novos dispositivos para auxiliar os cuidados diários:

Então [...] eu não tinha nenhum conhecimento sobre isso né [...] sobre utilização de sonda, tanto a sonda nasointestinal, quanto a sonda vesical. Então, quando tomei conhecimento que minha mãe ia utilizar, primeiro ela passou a utilizar sonda nasointestinal [...] por que eu não sabia de nada sobre o assunto e eu fiquei muito preocupada [...] (C2).

O cuidador, mesmo sem uma formação adequada, inicia seu aprendizado quando começa a cuidar em casa e em conjunto com as necessidades que assim o exigem. A atividade do cuidado desempenhado no domicílio constitui-se em um aprendizado solitário para o cuidador

que, entre erros e acertos, vai desenvolvendo estratégias para superar os desafios, e se torna capaz de aprender sozinho com as situações inesperadas que têm que enfrentar no dia a dia. Porém, muitas vezes, é a falta de preparo para o cuidado que gera os impactos negativos na vida do cuidador e do paciente (LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Assim [...] cuidados não. Foi tudo na prática mesmo, não tive curso, não tive. As orientações que eu tinha foi na teoria, mas na prática tive que fazer tudo sozinho [...] Tanto pra fazer curativo, tanto pra fazer banho, pra ter cuidado na hora de manipular o paciente, decúbito de quantas em quantas. Era o decúbito pra trocar fraldas, para passar pomada de assadura né, que geralmente são essas coisas todas, então todas essas coisas foram na prática [...] (C1).

Podemos observar nas falas de C1 a ausência de capacitação e a dificuldade que ele demonstra no aprendizado dos cuidados. O aprendizado pela prática pode apresentar riscos à saúde do paciente, pois o cuidador experimenta técnicas que não conhece e observa com expectativa a melhora ou piora do mesmo, transformando o domicílio em um laboratório onde o cuidador inicia seu aprendizado por meio de testes com o paciente.

Lógico, com certeza, seria ótimo você saber como fazer, por que às vezes, você faz as coisas [...] Assim, tô fazendo, mas não sei se pra ela é bom ou se é o certo, se eu devia estar fazendo isso. Quer dizer, eu vejo que não faz nada de mal, então se não tá fazendo mal também né... agora quero uma coisa que faça bem (C3).

A fala de C3 expressa exatamente a realidade desta questão do aprendizado por meio de teste de procedimentos na expectativa que funcione, desta forma tornam-se frequentes as reinternações dos doentes crônicos, que têm sua condição de saúde agravada pela dificuldade na realização dos cuidados no domicílio, pela falta de preparo e pela desinformação do cuidador (BRONDANI, 2008).

As dificuldades dos cuidadores é uma temática de fundamental importância para a melhor prestação dos cuidados no domicílio. Em seu estudo Souza *et al.* (2014), relataram que 40% dos cuidadores disseram não saber prestar o cuidado quando questionados sobre saber cuidar do seu familiar e 46% disseram que não se achavam aptos ao manejo que requeria o familiar dependente, demonstrando falta de conhecimento sobre os cuidados e pouca confiança para atuar como cuidadores domiciliares após a alta hospitalar. Araújo *et al.* (2013) apresentaram dados de que a maior parte dos cuidadores entrevistados disseram que a falta de formação para

cuidadores era uma das principais dificuldades encontradas durante os cuidados. Silva *et al.* (2012) em seu trabalho revelou que aproximadamente 32% dos cuidadores não sabiam cuidar.

Na fala a seguir podemos observar a questão do limitado conhecimento para realização dos cuidados domiciliares, onde C4 expressa suas angústias e ansiedades para realizar procedimentos que nunca havia executado em dispositivo para alimentação.

Ai esse negócio da gastro [...] também daqui eu ficava assustada por causa que ela falava assim [...] cuidado se sair. Como era que eu ia lavar se a sonda entrar a dieta dele? Se era isso mesmo? Tudo assim que era aberto eu fiquei muito, muito preocupada, achando que eu não tava fazendo direito, entendeu? Parece que você tá fazendo uma coisa, mas não tá vendo pra...sei lá [...]. Será que eu tô fazendo meu Deus, direito? Por que é difícil isso [...] Aí, pra um profissional sim. E abrir a medicação foi o que mais me mexeu comigo, por que eu sabia que tinha que dissolver os comprimidos, desmanchar o comprimido na água e ter que puxar na seringa e ter que injetar lá onde ele come. Aí, isso eu ficava [...] Nossa será que é normal isso? Mas o médico falou, como ele não engole pela boca, tudo é pela gastro. O que eu fiquei preocupada foi demais com remédios [...] (C4).

De acordo com Brondani (2008), as dificuldades do cuidador familiar manifestam-se no momento em que o paciente está pronto para ir para casa, quando da alta hospitalar e este não recebe as orientações suficientes ou não sabe como realizar os cuidados em casa. Podemos observar mais uma vez a falta de preparo do cuidador na continuação da fala do C4 nesse tipo de situação:

[...] como é que eu vou instalar né? Por que lá é uma máquina que aperta os dedinhos e eu quando cheguei era isso aqui [...] Aí eu falei, aí eu lembrei que uma enfermeira falou assim [...] você conta de um até dez pra cair um pinga, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ai pinga né! Aí eu tá [...] Aí quando cheguei fui fazer isso, por que lá na máquina eles tem tudo instaladinho ali, então se tivesse me orientado [...] Olha vou desligar a máquina, vou colocar normal pra ensinar, né? Mas não! Chegou a ambulância, jogou ele dentro e leva que é teu! Então tá [...] aí quando cheguei aqui dentro eu falei [...] [filho] tamo ferrado, entendeu? (C4).

Além disso, a falta de capacitação antes da alta hospitalar pode se tornar um problema e trazer consequências irreversíveis ao paciente caso o procedimento seja realizado incorretamente.

2.2.2 Medo, incerteza e a sobrecarga

Além da falta de formação específica, o cuidador domiciliar, muitas vezes, enfrenta o medo e incertezas, sentimentos que podem sobrecarregá-lo, causando impedimento para realizar as atividades diárias. O cuidador fica sujeito a uma situação problemática, a qual pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, constantemente seguido de sentimentos negativos.

Eu tenho medo! A mão da minha filha entrava dentro da ferida! As gazes pra pôr, ela entrava mais ou menos a mão toda assim, e aquilo pra mim era o ò do borogodó! Por que além de eu ter pavor de sangue e de agulha [...] mas nessas horas eu sou obrigada a tudo! (C3).

Medo de não conseguir ajudar, impotência frente às situações do adoecimento e insegurança pela responsabilidade assumida são sentimentos que precisam ser superados para que o cuidado aconteça.

Segundo Souza *et al.* (2015), por vezes o cuidador abandona sua profissão, o seu momento de lazer e os cuidados com a saúde, podendo ocasionar prejuízos em sua qualidade de vida e até mesmo no cuidado fornecido ao paciente. A sobrecarga do processo de cuidar e a frustração por não conseguir colocar em prática seus próprios projetos de vida fazem parte das perturbações que, em algum momento, podem causar estresse no cuidador, além da sobrecarga constante, confrontando situações de ansiedade, desânimo e depressão.

Deixei minha mãe seis meses na clínica, indo e levando todo dia pra ver se eu conseguia alguma colocação no mercado trabalho. Até conseguir, porém, o que estava pedindo [clínica] não era o que estavam me oferecendo de remuneração. Eu não teria condições nenhuma de me manter, então eu fui optando a falar não! [...] e fui ficando em casa até que não deu mais [...] (C1).

A sobrecarga é uma das principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador, sendo identificada pela atenuação da disposição e aparecimento de problemas de saúde e apresenta-se como uma desordem proveniente da consequência do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa que recebe os cuidados. É a impossibilidade dos elementos de

uma determinada família em oferecer uma resposta adequada às necessidades e pedidos da pessoa cuidada (GONÇALVES RODRIGUES *et al.*, 2014).

Olha, com minha mãe [...] A minha maior dificuldade foi quando ela deixou de andar. Que aí no caso, meu banheiro não era adaptado. Então [...] Assim, tudo até hoje que tenho que fazer seria esforço físico meu, porque ela no caso não ajuda em nada. Então assim, vou pegar [...] Então, praticamente se ela pesa em torno de 45 a 50 quilos, esse peso tem que multiplicar por dois. Aí eu pego ela pra tirar da cama, pra colocar dentro do banheiro [...] (C1).

A dependência por parte do paciente pressupõe que algum integrante familiar irá assumir as atividades de cuidador. Dessa forma, o cuidador familiar, ou seja, aquele membro da família responsável por prestar os cuidados assume essa responsabilidade, porém este cuidar pode se tornar uma atividade desgastante que propicia fatores de risco à saúde do cuidador. A ausência da participação de outros componentes familiares nos cuidados fornecidos aos pacientes pode causar a sobrecarga.

Atividades de promoção em saúde e prevenção de agravos são relatadas como escassas no dia-a-dia de cuidadores, seja pela falta de tempo ou de outras pessoas para dividir as tarefas de cuidar ou, ainda, pelo fato de muitos cuidadores se configurarem como a única pessoa capaz de oferecer o cuidado adequado para seu familiar (MACHADO *et al.*, 2011).

[...] dificuldades que também encontro porque eu sou sozinha [...] moro numa casa com minha prima, mas minha prima tem um filho pequeno e eu não tenho condições de contratar uma enfermagem, de contratar alguém, algum cuidador pra me ajudar. E se eu tivesse uma pessoa, que eu tivesse condições de contratar alguém pra me ajudar, principalmente também na hora do banho, que encontro dificuldade, por que eu tenho que virar ela de lado e dar banho, e trocar, fazer os curativos com cuidado. E então [...] encontro essa dificuldade e então eu faço tudo isso sozinha (C2).

O cuidado desenvolvido ao paciente em grau elevado de dependência mostrou-se como uma atividade que gera mudança na vida dos cuidadores familiares, o que pode gerar sobrecarga física, emocional e social. A qualidade de vida do cuidador sofre grande impacto em vista da sobrecarga de trabalho.

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em seu trabalho sobre a qualidade de vida de cuidadores de pacientes dependentes constataram que a idade é um fator de sobrecarga, concluindo que indivíduos mais velhos estão mais propensos a desenvolver desgaste físico e mental.

A atividade do cuidado torna-se contínua e repetitiva quando realizada no domicílio, pela necessidade de atenção em tempo integral, causando sobrecarga de trabalho, muitas vezes com impossibilidade de compartilhar o cuidado entre mais pessoas da família cuidadora (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

Por isso, a rede de apoio é muito importante para prevenir a sobrecarga do cuidador. Podemos ainda observar o caráter solidário de determinados familiares, amigos ou até mesmo em alguns casos a participação da comunidade, especialmente, quando os cuidadores possuem poucos recursos financeiros.

A comunidade, todo mundo juntou e deu o ar-condicionado pra ele. Por que ele precisa por causa das bactérias e tudo. Aí ele foi montando as coisinhas dele, montando... foi o que eu podia fazer por ele! (C4).

Observa-se que uma rede de apoio formal e informal se faz necessária para apoiar e/ou suprir as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares que apresentam diferentes obstáculos em desempenhar o cuidado de modo individualizado, evitando assim a sobrecarga e alcançando uma assistência plena para o paciente e seu cuidador.

2.2.3 Necessidade de capacitação adequada

Oliveira *et al.* (2015) alerta sobre importância da capacitação de forma preparatória do cuidador ainda com o paciente no ambiente hospitalar sobre cuidados domiciliares. Entretanto, a desospitalização apresenta desafios principalmente em relação ao cuidador.

Pra mim tinha sido ótimo, foi o que senti falta com o [filho] [...] se tivesse um profissional e dissesse olha dona, vou te explicar como é que é, é assim direitinho [...] aí saia outro dia. Dizia assim, vão ensinar como é que faz direitinho, ohhh ai tinha vindo feliz! (C4).

As principais fragilidades detectadas no processo de desospitalização relacionam-se aos desafios na preparação do usuário para a alta e a inicialização do processo de capacitação dos cuidadores e seus familiares.

O relato de C1 sobre suas dificuldades no processo de desospitalização no modo em que recebeu as orientações, em forma de material impresso, indiretamente, sem a prática ou vivência e sem a participação da equipe do AD, ilustra essas dificuldades.

Então [...] como a minha mãe, quando ela foi internada numa das últimas vezes, eu recebi orientações no hospital né. De como eu iria fazer [...] recebi a orientação tanto numa cartilha que foi dado pelo hospital e também depois a prefeitura. A nutricionista da prefeitura me deu uma cartilha explicando como eu deveria fazer a princípio eu tive um pouco de dificuldade [...] (C1).

Mendes (2005) em estudo realizado com cuidadores verificou que na alta hospitalar os familiares recebiam informações superficiais sobre a doença e sobre o grau de necessidades de cuidados no domicílio, dificultando a realização das atividades pelos cuidadores familiares. A ausência de capacitação pode ocasionar insegurança para os cuidadores assumirem o cuidado no domicílio.

A capacitação adequada do cuidador antes da alta hospitalar pode gerar bem-estar durante a realização das suas atividades além de colaborar para o desenvolvimento de seu entendimento em relação ao equilíbrio entre as novas e as antigas atividades que estarão presentes no seu dia-a-dia.

Durante a entrevista C2 relatou sobre a importância da capacitação durante a introdução de novos equipamentos para auxiliar a prestação dos cuidados domiciliares.

[...] eles me falaram sobre a higienização, sobre a quantidade, os cuidados que eu deveria ter ao manusear a dieta, a manusear a sonda, a limpeza da sonda, a higienização da sonda [...] Eu aprendi tudo isso com eles. No início foi muito complicado, foi muito difícil! Mas, com a passar do tempo eu fui conhecendo, já fui adquirindo conhecimento e hoje posso dizer [...] que eu fico mais [...], tô mais tranquila. Também com esse treinamento que eles me deram foi muito bom pra isso e hoje tô mais tranquila! Eu faço isso com maior cuidado e não tenho tanta dificuldade em dar dieta pra minha mãe, manusear a sonda e ter os cuidados que eu tenho (C2).

Almeida *et al.* (2012), destaca que para conseguir realizar as atividades, os cuidadores familiares desenvolvem algumas habilidades, com o intuito de facilitar as atividades no dia-a-dia, direcionadas muitas vezes para evitar acidentes, riscos de complicações no estado de saúde do seu familiar, promover o bem-estar físico e mental, organização do espaço físico onde os

cuidados são fornecidos, desenvolvimento e utilização de tecnologias de cuidado e cuidados com a alimentação.

Segundo Silva, Sena e Castro (2017) os cuidadores e seus familiares devem receber instruções e orientações durante a internação hospitalar, enquanto o paciente permanece internado, preparando-os para oferecer cuidado ao paciente no domicílio após a alta, quanto ao manuseio do cuidado durante banho, mudança de posição, realização de curativos, alimentação, cuidados com cateteres, aspiração e manipulação da traqueostomia. Os treinamentos devem ser realizados pela equipe de enfermagem, pela equipe da nutrição e pela equipe da fisioterapia do hospital, construindo ou melhorando as habilidades e capacidade dos cuidadores envolvidos na realização das atividades no domicílio.

[...] então [...] pra mim eu acho que tem coisas que realmente a gente precisaria, vai [...] eu precisaria de mais experiência (C3).

Verificar as necessidades dos cuidadores familiares é de extrema importância, levando em consideração que é a primeira etapa para a programação das capacitações e planejamento de futuras implementações.

Com o passar do tempo o cuidador vai adquirindo a capacidade e a destreza que o capacitam para a realização das tarefas e, em algumas vezes, o cuidador torna-se mais habilidoso, em determinados aspectos, que os profissionais da saúde (MENDES, 2005).

[...] Aí ele viu, eu botei uripen, eu ajudei ele fazer os curativos, ele olhou pra mim e disse nossa uma pessoa ficar com o paciente e fazer tudo! É por que é meu marido, o amor da minha vida, é pai dos meus filhos. Imagina, já cuido tanto tempo [...] tem vez que alguém deixa o paciente e fica ali mexendo no celular, nem levantar não levanta. Eu falei, ah não! Nossa! Quando ele pensou que não já tava amarrando aqui, ele falou: a senhora já amarrou desse lado? Vamos pro outro. Sabe não tem isso [...] Então, acho assim, depende da pessoa. E o que mais eu senti falta lá dentro no hospital é falta de amor. Eles trabalham, mas eles não sentem aquele [...] Sabe cuidado que tem que ter? Ai meu Deus! O que falta é isso só! Mas que são bons profissionais são, o medo é eles não cuidarem direito só, então por isso não pode ficar sem acompanhante [...] (C4).

Estudo desenvolvido com cuidadores domiciliares apontou o respeito, amor ao próximo, cidadania, carinho, o amor e a paciência como elementos essenciais para a realização desta

atividade (SENA *et al.*, 2006). Para que os cuidados sejam bem desempenhados no domicílio, o preparo e a escolha adequada do cuidador também são fundamentais, e isso requer boa estrutura familiar. Além disso, os profissionais devem estar empenhados no processo de capacitação dos cuidadores.

Todas essas questões demonstram a necessidade para que os profissionais de saúde ofereçam constantemente capacitação, qualificação, suporte, acompanhamento e orientação aos cuidadores familiares. Além disso, diante de todas as atividades desenvolvidas espera-se que os profissionais de saúde levem em consideração os aspectos emocionais e sociais, relacionados ao contexto de cada cuidador familiar.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou conhecer a percepção dos cuidadores familiares sobre o conhecimento, algumas das dificuldades existentes e a necessidade de capacitação para continuidade dos cuidados domiciliares.

Observou-se que todos os cuidadores que participaram das entrevistas, apresentaram algum tipo de dificuldade durante os cuidados, principalmente no início de sua jornada. Relatos e sentimentos de temor na realização das atividades de cuidado estavam presentes em suas falas.

Em muitos relatos a falta de preparação e conhecimento sobre as práticas de cuidado que devem ser realizadas antes de iniciar os cuidados no domicílio foi um fator gerador de preocupação e angústia. Os cuidadores entrevistados foram instigados a se adaptar à situação de dependência da pessoa cuidada, bem como aprenderam as técnicas de cuidados sem terem capacitação específica sobre as atividades a serem desenvolvidas.

Foi possível constatar a inexistência de um programa de capacitação e acompanhamento para os cuidadores de pacientes no domicílio. Os planos de apoio e intervenção aos cuidadores devem ser incentivados, sendo esses referências para elaborar estratégias importantes para ingressar o cuidador capacitado a realizar cuidados ao paciente de modo cada vez mais eficiente, melhorando a qualidade de vida dos cuidadores e dos pacientes.

Pode-se observar, que a sobrecarga do cuidador familiar e o impacto dessa atividade contínua e repetitiva sobre os cuidadores dentro do domicílio também podem causar danos à saúde de quem cuida. Essa função é uma tarefa exaustiva, que gera esgotamento físico e mental que muitas vezes pode levar ao adoecimento precoce.

Houve o reconhecimento de dificuldades por parte dos cuidadores diante do processo de desospitalização e indicativos para a elaboração de estratégias para o enfrentamento destes

desafios. Os dados obtidos nas entrevistas e o trabalho empírico realizado ressaltam a importância das equipes da AD se organizarem para promover um processo de qualificação do cuidador antes do paciente efetivar o retorno ao domicílio.

Desta forma justifica-se a importância da realização de novas pesquisas nesta área possibilitando o desenvolvimento, a implementação e a avaliação da aplicação e eficiência dos programas de educação na AD, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano e necessidade de cuidadores, bem como das complicações advindas desse processo.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400002>.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto e Contexto – Enfermag.** [online], Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200007>.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enferm.** [online], v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100016>.
- BRASIL. **Lei nº 10.424 de 16 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 91, 25 ago. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013.

BRONDANI, C. M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação familiar**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7312/CECILIAMARIABRONDANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ALMEIDA, L. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, jul./set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300008&script=sci_abstract&tlng=pt.

GUERRA, H. S. **Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho de cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia**, Goiás [manuscrito] / Heloísa Silva Guerra. 2013.

LOPES, J. M. C. (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1640>.

MACHADO, R. A. *et al.* O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n.1, p. 39-49, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3405/2796>.

MARCON, S. S. *et al.* **Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos**. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. O. Viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002. p. 311-334.

MENDES, P. B. M. T. **Quem é o cuidador?** In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (Org.). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. 2. ed. Campinas: Ed. UNICAMP, 2005. p. 19-33.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enfermeira Global**, n. 39, p. 375-389, jul. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281940660_Enunciados_sobre_a_atencao_domiciliar_no_cenario_mundial_Revisao_narrativa.

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Sci. Health. Sci.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/244948186_A_cultura_e_as_formas_de_cuidar_em_familia_na_visao_de_pacientes_e_cuidadores_domiciliares_-_DOI_104025actascihealthsciv26i11617.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar**. Ribeirão Preto, 2007.

GONÇALVEZ RODRIGUES, J. E. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Cienc. Enferm.** [online], v. 20, n. 3, p. 119-129, 2014. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532014000300011&lng=pt&nrm=iso.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas: Alínea, 2003.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/500anos/consulta.php>. Acesso em Dez 2018.

SENA, R. R. *et al.* O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 124-132, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6854>.

SILVA, A. G. *et al.* Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. **Enferm. Rev.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 28-46, mai. 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3271/0>.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm.** [online], v. 38, n. 4, p. e67762, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800011>.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet.** [online], v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>.

STACKFLETH, R. *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2012, v. 25, n. 5, p. 768-774. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500019>.

HUMANOS OU COBAIAS? TRAJETÓRIAS DE CUIDADO E O DESAFIO DO DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Marcia Regiane Borges Antognetti
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

RESUMO

O presente capítulo versa sobre as principais dificuldades e avanços para a garantia do acesso à saúde, sob a ótica das pessoas travestis e transexuais que utilizam o ambulatório no município de Santos-SP. Mapeamos a demanda pelo atendimento e as condições socioeconômicas e culturais desta população, abordando a problemática acerca do preconceito, discriminação e violência sofridos, quando acolhidas e assistidas no serviço de saúde. Realizamos uma revisão sistemática da literatura, nesta pesquisa qualitativa, sob o referencial da hermenêutica crítica e narrativa, por meio da reconstrução das trajetórias de cuidado. Detectamos que a existência do ambulatório específico soa como um ganho social, tendo como principal avanço a assistência prestada pelos profissionais que atuam diretamente no local. As pessoas transexuais veem a transfobia, preconceito, discriminação, violência e o não uso do nome social, como fatores que os impedem de acessar e se vincular ao serviço. Sentem-se cobaias, em razão do desconhecimento técnico dos profissionais ao lidarem com esta temática. Salientam que a maior barreira é o (des)acolhimento e a (des)assistência. Consideramos que garantia do direito à saúde depende das relações entre os profissionais da saúde e as pessoas transexuais, através do reconhecimento desta população e das suas singularidades, bem como o fortalecimento da política pública de saúde LGBT. Temos o desafio de garantir os direitos à saúde desta população, injetando meios que sensibilizem e qualifiquem os profissionais, investindo em um *acolhimento humanizado*, livre de discriminação, preconceito e violência, fazendo a fluir os *projetos de felicidade* de cada pessoa atendida.

Palavras-chave: Transexualidade; Procedimentos de readequação sexual; Identidade de gênero; Acolhimento; Direito à saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Entendendo a diversidade dos corpos e suas identidades

Para a concepção das vivências das pessoas travestis e transexuais, é fundamental balizarmos conceitos que circundam esta temática. Para tal, pontuamos inicialmente a visão biotecnista, que nos leva ao entendimento do sexo biológico, como sendo um “conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem ‘machos’ e ‘fêmeas’” (BRASIL, 2014, p. 10).

Quanto a “Identidade de gênero é a percepção íntima que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico” (BRASIL, 2014, p. 13).

Para mulheres e homens que não se identificam com seu sexo biológico, nem com as atribuições socioculturais que lhes são impostas em razão do gênero de nascimento, é designado o termo mulher transexual e homem transexual respectivamente, podendo em ambos os casos exercerem suas identidades de gênero feminina ou masculina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial. Quanto às travestis, reivindicam a legitimidade da sua identidade, para além dos parâmetros binários (BRASIL, 2016, p. 7-8).

De acordo com Rocha, “o transexual, além da angústia de se sentir preso em um corpo que reconhece não ser seu, encontra-se sujeito ao forte preconceito da sociedade” (ROCHA, 2012, p. 168).

A despeito de alguns autores que nutrem esta visão patologizante sobre as travestilidades e transexualidades, ativistas comprometeram-se em desconstruir esta perspectiva, resultando na retirada da transexualidade do quadro das doenças mentais, por meio da atualização do Código Internacional de Doenças – CID 11, que passa a vigorar a partir de janeiro de 2022, sendo a definição retificada para Incongruência de gênero, na categoria relativa a saúde sexual, reafirmando que as pessoas transexuais não sofrem de nenhum transtorno ou doença (MARTINELLI, 2019).

Butler (1990 *apud* BENTO, 2008, p. 20) menciona que “transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero uma vez que estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações.”

Ainda que pessoas transexuais manifestem a necessidade de realizar modificações corporais, nem todas têm esta necessidade. Para as que anseiam em readequar seus corpos ao que sentem de acordo com as normas de gênero, foi implementado o processo transexualizador,

através da Portaria 2.803/2013, com o objetivo de “atender as pessoas que sofrem com a incompatibilidade de gênero, quando não há reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero (masculino ou feminino)” (BRASIL, 2014).

A proposta visa garantir a integralidade dos cuidados a estes usuários, no que tange a construção de suas subjetividades, quanto ao acompanhamento clínico, hormonioterapia e cirurgia de redesignação sexual, para os casos que desejarem, com o acompanhamento pré e pós-operatório.

1.2 O (estigmatizado) mundo trans

Muitas pessoas transexuais estão expostas a diversas formas de violência e discriminação em todos os locais de convivência, inclusive o familiar. Pressupomos que ao serem atendidas nas instituições de saúde, serão acolhidas de forma humanizada, o que é um paradoxo.

Na maioria dos casos, os serviços de saúde não rompem o ciclo da violência simbólica contra as travestis. Uma vez que os profissionais de saúde não tiveram, em sua formação, ferramentas que lhes possibilitem compreender o universo travesti, é de se esperar que haja dificuldade no acolhimento e situações de constrangimento durante os atendimentos (SOUZA *et al.*, 2015, p. 772).

De acordo com Vecchiatti (2008, p. 184), “o ser humano parece ter uma grande dificuldade em aceitar aquilo que não entende; aquilo que, por ser diferente, não está acostumado a lidar.”

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro, garante às mulheres transexuais, as travestis e aos homens trans o direito à saúde integral, humanizada e de qualidade do Sistema Único de Saúde [...] (BRASIL, 2016, p. 5).

Como forma de assegurar os seus direitos, o Supremo Tribunal Federal (STF) acolheu a tese de que “racismo é uma desumanização inferiorizante de um grupo social relativamente a outro, no contexto de relações de poder entre grupo dominante e grupo dominado” (ANTRA, 2019). Desta maneira, no conceito de racismo, se enquadrou a transfobia no crime de discriminação por raça. Diante do exposto, foi publicada a decisão sobre a criminalização da homotransfobia, através da Lei Federal nº 77116/89, descrito no artigo 20, “Praticar, induzir ou incitar a discriminação, ou preconceito de raça, cor etnia, religião ou procedência nacional.”

Em decorrência de toda dificuldade de acesso à saúde vivenciada pelas pessoas trans, temos como principais perguntas de pesquisa: Como se tem produzido o acesso à saúde desta população? Quais as dificuldades e facilidades encontradas para o acesso à saúde sob a ótica das travestis e transexuais? Esperamos que respondidas estas questões, possamos contribuir para o avanço da assistência dessa população.

2 TRANSEXUALIDADE E SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA INTERNACIONAL

Realizamos uma revisão da literatura científica como um esforço metodológico no intuito de se obter o estado da arte, identificando as temáticas que têm sido exploradas na tradição da própria saúde.

Abarcamos aqui estudos que relatam que a discriminação sofrida por pessoas transexuais pode trazer efeitos deletérios à saúde mental e estresse relacionado a pensamentos suicidas (WILSON *et al.*, 2016).

Poteat, German e Kerrigan (2013) citam barreiras impostas para o acesso à saúde, tais como os maus tratos pelo desconhecimento sobre o tema e limitações pessoais dos profissionais. Tendem a adiar ou a não procurar os serviços adequados às suas necessidades, buscando informações por vias não oficiais e utilizando os hormônios em um processo de automedicação e autocuidado. Em um dos estudos (JAFFEE; SHIRES; STROUMSA, 2016) verificou-se que é de vital importância o treinamento de médicos sobre assuntos referentes a transexualidade, para que possam ofertar cuidados apropriados e sensíveis.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Na perspectiva de uma melhor interpretação das particularidades e experiências de cada sujeito dentro da busca por cuidados de saúde, visamos compreender toda a subjetividade que envolve cada ato, esmiuçando suas trajetórias de cuidado, através da estrutura da pesquisa qualitativa, com uma abordagem metodológica hermenêutica crítica narrativa.

Considerando a aproximação inevitável entre os sujeitos na pesquisa qualitativa, a perspectiva Hermenêutica de Gadamer nos propõe uma postura filosófica que reconhece a historicidade do pesquisador e que orienta a própria construção das perguntas de pesquisa. A *história efetual* seria então um processo a ser explicitado por quais motivações e sob quais preconceitos e valores se dá esta construção num certo momento da experiência do sujeito que deseja melhor compreender um fenômeno. Essa explicitação requer uma apresentação do ponto

de partida do pesquisador e da transformação das suas pressuposições, para buscar nos contextos reais, sua confirmação ou não (CAMPOS, 2006; SURJUS, 2014).

Desta feita, seguimos algumas etapas que consistiram em: a) explicitação da historicidade da própria pesquisadora para melhor compreender o destaque do objeto de pesquisa; b) um estudo exploratório da caracterização da população que tem demandado pelo processo transexualizador no Ambulatório de assistência integral a travestis e transexuais no período de março de 2015 a maio de 2018; c) o convite e os encontros para a realização de entrevistas individuais; d) a análise por meio da identificação de núcleos argumentais; e) a construção de uma narrativa coletiva; e, f) a validação pelos participantes.

3.1 Historicidade: o meu ponto de partida

Enfermeira, trabalhadora da área da saúde, em atividade no ambulatório de um hospital público na cidade de Santos desde 2008.

Fora das paredes institucionais, conheci uma pessoa transexual. Esta pessoa referia que ao se olhar no espelho não reconhecia sua imagem, era como se não pertencesse ao corpo o qual nasceu. Coabitar consigo era uma tristeza profunda. Seus parentes não o entendiam e os serviços de saúde do local onde morava a diagnosticaram como portadora de depressão e ansiedade, a levando ao uso de antidepressivos. Pensamentos suicidas eram constantes. Adequar seu corpo da forma com a qual realmente se sentia era seu maior desejo. Sem trabalho ou apoio parental, iniciou a busca pela sua readequação no Sistema Único de Saúde (SUS). Vários foram os conflitos vivenciados junto às equipes de saúde que se recusavam a chamá-lo pelo nome social e não sabiam o que fazer no momento da consulta. Após muita resistência e reclamações nas ouvidorias, conseguiu o atendimento. Chegou a receber uma resposta da ouvidora que disse: “*Nome social não existe! Isto que você quer usar é nome fantasia.*”, “*Falsidade ideológica é crime!!!*”. E ainda o médico que disse: “ [...] *eu não atendo este tipo de gente!*.”

Pensei: Será que este cenário é reproduzido na vida de tantas outras pessoas transexuais? Era esta a lógica assistencial promovida pelo SUS?

3.1.1 Movimentos Sociais: novas tradições para além da saúde

O termo transexual no Brasil, foi propagado pelo movimento de Travestis e Transexuais, que buscavam pela visibilidade e garantia de direitos. Em 2013 houve a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com o intuito

de “promover a saúde integral desta população, visando eliminar a discriminação e o preconceito institucional” (BRASIL, 2013, p. 18).

No mesmo ano, criou-se a Comissão de Diversidade Sexual da cidade de Santos-SP, extremamente atuante nos órgãos da saúde e educação, desempenhando um importante papel informativo, fortalecendo a população LGBT e empenhando-se em fazer valer os seus direitos.

Chegou ao conhecimento desta Comissão, a demanda que havia na Baixada Santista pelo processo transexualizador, todavia não existia um serviço ou mesmo profissionais habilitados para esta especialidade de atendimento. Na busca pela garantia destes cuidados, a presidente da Comissão, promoveu encontros entre os representantes das secretarias de saúde, fomentando a importância do serviço.

3.1.2 Um ambulatório para chamar de seu: lugar de conquista, de trabalho e um locus para pesquisa

Instituiu-se então, em março de 2015, o Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais no Hospital Guilherme Álvaro na cidade de Santos, estado de São Paulo, com vista a garantir o processo transexualizador, exceto a cirurgia de transgenitalização. A equipe foi composta por uma médica endocrinologista, uma psicóloga e uma assistente social.

Requeri a minha inserção na equipe. Tão logo iniciei meu trabalho, com frequência podia ouvir os funcionários falando pelos corredores: “*Deus ama o pecador, mas não ama o pecado.*”; “*É uma aberração*”; “*Não vou chamar ninguém com este tal de nome social, tenho que chamar pelo nome que está no RG!*”; “*Olha! Parece um homem/mulher de verdade! Se eu não soubesse, nem falaria!*”.

As circunstâncias vivenciadas ali me fizeram questionar: Como se tem produzido o cuidado destas pessoas e o acesso ao ambulatório na instituição? Quais as dificuldades e facilidades encontradas na assistência e acolhimento sob a ótica das pessoas transexuais? Por que tanta resistência para o atendimento destes usuários? Como eu poderia contribuir para mudar esta realidade? Tais perguntas, que são o objeto deste estudo, fizeram emergir o meu desejo pela participação no mestrado profissional, como forma de produzir conhecimentos, abrindo margem para a reflexão sobre as práticas do nosso trabalho, possibilitando a devolutiva dos achados ao próprio serviço.

3.2 Campo do estudo

O local escolhido para o desenvolvimento deste estudo, foi o ambulatório de assistência integral a travestis e transexuais do Hospital Guilherme Álvaro, que abarca a equipe responsável pelo processo transexualizador. Trata-se de um Hospital Estadual de grande porte, referência para toda a Baixada Santista.

3.3 Buscando participantes protagonistas

Sob a perspectiva da hermenêutica de Gadamer, somos alertados de que a história é feita e pode ser contada por múltiplas vozes e quase sempre, a sua oficialidade tende a excluir vozes mais frágeis ou que guardem menor poder frente às disputas que atravessam a construção social humana. Isto posto, a presente pesquisa recorreu a dar voz aos sujeitos que diretamente vivenciaram o processo a ser compreendido, evidenciando um compromisso ético com a transformação da realidade social em que se inserem (CAMPOS, 2006; SURJUS, 2014).

Para tanto, a construção de narrativas a partir das transcrições das entrevistas, usando o arcabouço teórico de Ricoeur, foi nosso pilar (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 2). “As narrativas, construídas pelos pesquisadores, seguindo os núcleos argumentais, tornam o material denso, mantendo-se fiel a história.” (CAMPOS, 2011, p. 1269).

A população participante desta pesquisa foi composta por pessoas transexuais, que estavam dentro dos critérios de inclusão: maiores de 18 anos; integrantes do ambulatório de atenção integral a travestis e transexuais; em processo de transição por mais de 12 meses; e, buscaram pelo serviço espontaneamente.

Este estudo se deu em conformidade com a Resolução 466/2012, sendo a participação dos entrevistados condicionada a prévia leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo teor foi elucidado antes do início das entrevistas. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da UNIFESP e do Hospital Guilherme Álvaro sob o número do CEP – 1538/2017.

Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo e os aspectos que poderiam identificá-los foram retirados. Foram convidados pessoalmente, outros contactados via *WhatsApp* e *Messenger* do *Facebook*, aleatoriamente, obedecendo-se a listagem de pacientes ativos no cadastro e que atendiam aos critérios de seleção.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, trabalhamos com amostra por saturação, não nos preocupando com a quantidade de participantes. Saturação é um termo criado por Glaser e Strauss (1967, *apud* MINAYO, 2017, p. 5) “para se referirem a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado”.

3.3.1 Colheita dos dados

Considerando o objeto e a complexidade da investigação das questões a serem analisadas, a técnica de colheita de dados escolhida foi a realização de entrevistas semiestruturadas individuais, como forma de preservar os participantes da pesquisa no que tange a delicadeza dos fatos narrados.

Tradicionalmente, a esta etapa da pesquisa denominada de entrevista é tratada por coleta de dados. Neste estudo, este procedimento metodológico foi nomeado como *colheita de dados*, entendendo não ser este apenas um momento de produção de dados, mas sim de colheita, sendo um processo de intervenção e não apenas de levantamento de informações já prontas, uma vez que a entrevista

colhe dados porque cultiva a realidade no ato de conhecê-la. Tal cultivo pressupõe a dupla direção metodológica de acompanhar a experiência dos sujeitos na situação de entrevista e cuidar dos efeitos do procedimento de colheita de dados (SADE *et al.*, 2013, p. 2814).

Diante disso, nos atentamos à reconstrução da trajetória de cuidados em saúde das pessoas transexuais, através da realização da colheita dos dados, a partir das entrevistas áudio gravadas, transcritas, organizadas e analisadas, à luz dos principais marcos legais que garantem o acesso à saúde como direito e em diálogo com outros autores que já tenham se dedicado a tal temática, sob o referencial hermenêutico narrativo (CAMPOS, 2005).

O material transcrito foi analisado de maneira a permitir a identificação dos principais núcleos argumentais. O agenciamento lógico das ideias e ênfases percebidas pelo pesquisador foram expressas em uma narrativa, considerando o material como uma “unidade narrativa”, com vistas a reunir as principais vivências, consensos e contradições identificadas (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Iniciou-se a elaboração da interpretação, que para Campos (2005) é um processo de dois movimentos: 1) análise – necessária para a compreensão aprofundada dos fenômenos em curso, e 2) construção – a partir de narrativas que ajudem na formulação de propostas e elaboração de novos sentidos. Para Ayres, este processo corresponde à dupla tarefa

hermenêutica de compreender os discursos e construir novos saberes (AYRES, 2005 apud SURJUS, 2011).

Neste ciclo, a unidade narrativa foi encaminhada a todos os sujeitos da pesquisa para validação dos dados, trazendo suas impressões quanto ao seu reconhecimento ou não naquela história, promovendo efeitos de intervenção, sendo este o momento hermenêutico (CAMPOS, 2011, p. 1269).

Entendemos desta forma a volta hermenêutica, visando a interpretação dessa narrativa, cumprindo o postulado hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar, caracterizando o círculo hermenêutico da compreensão (CAMPOS; FURTADO, 2006).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Estudo exploratório de caracterização da população demandante pelo processo transexualizador

A demanda pelo processo transexualizador até a data da coleta dos dados até maio de 2018, foi de 216 pessoas no total, dentre elas 46,76% se identificaram como homens transexuais e 53,24% como mulheres transexuais sendo que destas, apenas 101 se mantiveram efetivamente no ambulatório.

Tabela 1 – Distribuição do grupo estudado segundo a faixa etária

IDADE	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
15-20	1	3,70	7	16,67	5	21,74	2	22,22	15	14,85
21-26	5	18,52	14	33,33	6	26,09	3	33,33	28	27,72
27-32	10	37,04	8	19,05	4	17,39	2	22,22	24	23,76
33-38	4	14,81	4	9,52	4	17,39	2	22,22	14	13,86
39-44	2	7,41	3	7,14	1	4,35	0	0,00	6	5,94
>45	5	18,52	6	14,29	3	13,04	0	0,00	14	13,86

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento do Serviço Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

A tabela 1 nos indica que houve uma procura maior pelo serviço no ano de 2016, por pessoas transexuais na faixa etária de 21 a 26 anos.

Tabela 2 – Distribuição do grupo estudado de acordo com a raça/cor

RAÇA/COR	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
BRANCA	11	40,74	19	45,24	11	47,83	4	44,44	45	44,55
PRETA	3	11,11	7	16,67	2	8,70	1	11,11	13	12,87
PARDA	11	40,74	13	30,95	10	43,48	3	33,33	37	36,63
AMARELA	1	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,99
INDIGENA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NÃO INFORMADO	1	3,70	3	7,14	0	0,00	1	11,11	5	4,95

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento do Serviço Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

Na tabela 2, quanto a autodeclaração de cor/etnia, verifica-se que das pessoas transexuais atendidas, 49,5% declaram-se pretos/pardos (44,83% da população geral). Declaram-se brancos 44,55% (44,2% da população em geral) (IBGE, 2017).

Tabela 3 – Distribuição do grupo estudado de acordo com o levantamento sobre a utilização prévia de hormônios

UTILIZAVA HORMÔNIOS ANTES DE PROCURAR O AMBULATÓRIO	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
Não	13	48,15	14	33,33	10	10	2	22,22	39	36,61
Sim	12	44,44	25	59,52	43,48	43,48	6	66,67	53	52,48
Não Respondeu	2	7,41	3	7,14	10	10	1	11,11	9	8,91

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento da Assistente Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro

Das pessoas transexuais que buscaram pelo serviço, 52,48%, já utilizavam hormônios sem o acompanhamento de um profissional, no afã de conseguirem as tão desejadas alterações das características fisiológicas secundárias.

Tabela 4 – Distribuição do grupo estudado de mulheres transexuais de acordo com o uso de silicone industrial

MULHER TRANSEXUAL/ TRAVESTI QUE UTILIZOU O SILICONE INDUSTRIAL	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=15	%	N=20	%	N=9	%	N=9	%	N=53	%
Silicone Industrial	6	22,22	5	11,90	2	8,70	0	0,00	13	27,66
Não Respondeu	9	33,33	15	35,71	7	30,43	3	33,33	34	72,34

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento do Serviço Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

Quanto as mulheres transexuais, 27,66% utilizaram silicone industrial líquido antes de buscar pelo ambulatório, sem acompanhamento profissional.

Tabela 5 – Distribuição do grupo estudado de acordo com o meio de acesso à saúde

COMO VOCÊ ACESSA A SAÚDE	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
SUS	19	70,37	36	85,71	18	78,26	7	77,78	80	79,21
Plano	7	25,93	5	11,90	5	21,74	0	0,00	17	16,83
Atendimento particular	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Prefere não responder	1	3,70	1	2,38	0	0,00	2	22,22	4	3,96

Fonte: Dados colhidos da planilha de atendimento da Assistente Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

Dados encontrados na tabela 5 indicam 79,21% da população estudada depende da assistência prestada pelo SUS.

Tabela 6 – Distribuição do grupo estudado quanto a receberem apoio familiar

RECEBE APOIO DOS SEUS FAMILIARES	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
Não	20	74,07	30	71,43	17	73,91	7	77,78	74	73,27
Sim	7	25,93	7	16,67	3	13,04	1	11,11	18	17,82
Não Respondeu	0	0,00	5	11,90	3	13,04	1	11,11	9	8,91

Fonte: Dados colhidos da planilha de atendimento da Assistente Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

Das pessoas transexuais assistidas no ambulatório, 73,27% recebe apoio da família, sendo que 45,54% deles declararam que recebem ajuda financeira e 37,62% referem ter de fato um apoio emocional.

Tabela 7 – Distribuição do grupo estudado quanto ao grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
1º. Grau completo	2	7,41	5	11,90	4	17,39	0	0,00	11	10,89
2º. Grau completo	20	74,07	33	78,57	16	69,57	7	77,78	76	75,25
Ensino Superior Completo	5	18,52	2	4,76	3	13,04	0	0,00	10	9,90
Não respondeu	0	0,00	2	4,76	0	0,00	2	22,22	4	3,96

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento da Assistente Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

Com relação ao grau de escolaridade, 10,89% das pessoas transexuais finalizaram o ensino fundamental (10,84% da população geral de Santos). 75,25% delas completaram o ensino médio (74,32% população geral de Santos) (DATASUS, 2010).

Tabela 8 – Distribuição do grupo estudado quanto ao trabalho

ESTÁ TRABALHANDO	2015		2016		2017		2018		Total	
	N=27	%	N=42	%	N=23	%	N=9	%	N=101	%
Não	21	77,78	26	61,90	15	65,22	5	55,56	67	66,34
Sim	6	22,22	14	33,33	8	34,78	3	33,33	31	30,69
Não Respondeu	0	0,00	2	4,76	0	0,00	1	11,11	3	2,97

Fonte: Dados colhidos da planilha de acolhimento do Serviço Social do ambulatório de Transexualidade do Hospital Guilherme Álvaro.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a taxa de desemprego subiu para 12,7% no Brasil. No que tange a população de travestis e transexuais, “apesar de o trabalho ser considerado um direito social, o emprego formal não faz parte da vida da população trans.” (ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018, p. 307). No ambulatório 66,34% deles tem alguma fonte de renda. Na cidade de Santos, o censo do IBGE (2017) demonstrou que a renda média mensal era de 3.3 salários mínimos per capita. Na população assistida no ambulatório, 53,47% têm um rendimento mensal de até um salário mínimo.

4.2 As pactuações propostas e os encontros com os participantes

Participaram deste estudo cinco pessoas transexuais que são atendidas no ambulatório, sendo: 1 travesti, 23 anos, estudante; 1 mulher transexuais, 55 anos, recepcionista; 1 homem transexuais, 54 anos, servidor público; 1 homem, 37 anos, estudante; 1 homem transexuais, 29 anos, prestador de serviços.

Os encontros ocorreram nos horários e locais convenientes a cada um deles, de forma a não comprometer seus afazeres do cotidiano. A partir da gravação das entrevistas em áudio, foi realizada a transcrição fidedigna de todo o material colhido, a qual foi organizada e analisada, gerando uma produção à luz de três eixos de análise: Eixo 1 – Trajetórias de vida; Eixo 2 – Percepção do acesso ao serviço de saúde; Eixo 3 – O serviço especializado.

4.3 A construção e a validação da narrativa

Neste material onde as vivências, consensos e contradições reveladas foram agregadas, foi construída uma narrativa única, a qual foi validada junto a cada um dos participantes, sendo evidenciadas as repercussões que suscitaram neles próprios ao se depararem com a história para que pudessemos legitimar o material, produzindo efeitos de intervenção.

5 A INTERFACE ENTRE A NARRATIVA E OS ACHADOS NA REVISÃO DA LITERATURA

Podemos notar que há uma coerência dos elementos descritos nos artigos que deram base a revisão de literatura internacional, com as narrativas dos participantes desta pesquisa. Os estudos revisados, discorreram sobre temas como o estresse sofrido em razão da transfobia, a falta de apoio dos serviços de saúde, o distanciamento parental, o desemprego e a baixa renda.

No início da readequação sexual, quando são acometidos por novas formas corporais inerentes aos efeitos do uso dos hormônios, não passam mais despercebidos devido às mudanças das características secundárias aparentes, momento este em que aumenta a intolerância das pessoas.

A maioria dos participantes do estudo aponta o preconceito e discriminação no ato de (des)cuidar e assistência pouco acolhedora como principal fatores de empecilho para que busquem pela assistência, o que acaba sendo a razão de se auto hormonizarem, ou no caso das mulheres transexuais, utilizarem silicone industrial de forma inadequada.

Ainda assim, valorizam os serviços do ambulatório, os quais são subsidiados exclusivamente pelo governo, ofertando medicamentos e assistência a todos, independente da condição social.

Com relação ao uso do nome social, apontaram que raros são os funcionários que respeitam. Constantemente faltam os hormônios na farmácia ambulatorial, inviabilizando a continuidade do tratamento.

Salientam, que a sensação nos setores do hospital, é que os profissionais não sabem do que se trata ou o que fazer em relação a eles. Sentem-se cobaias do serviço, inclusive quando se trata da hormonização e seus riscos à saúde. Sentem os profissionais despreparados, o que reflete em barreira para a continuidade do processo. “É preciso que profissionais sejam qualificados e fiscalizados para trabalharem com essa população [...]” (BRASIL, 2015, p. 23).

Afinal, conforme citado por Pereira e Barros, (2009, p. 2) “Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas”.

6 EXISTEM SERES HUMANOS DIFERENTES DE VOCÊ. SOMOS SERES HUMANOS! ACOLHE O SER HUMANO!

Travestis, homens transexuais e mulheres transexuais, cidadãos(ãs), buscando pelos seus direitos e reconhecimento social, requerem um acolhimento humanizado dentro das instituições, avaliação e tratamentos adequados dentro de suas necessidades e particularidades.

O acolhimento é considerado uma diretriz da política nacional de humanização de relevância ética, que consiste basicamente em entender a singularidade das necessidades de cada um, construindo relações de confiança e vínculo entre equipes e usuário, através de uma escuta qualificada e troca de informações.

Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz mas, a partir disso, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas (BRASIL, 2010, p. 66).

Nosso desafio é pensar como cuidar da saúde, para além da excelência na utilização de técnicas. A saúde precisa produzir alegria em viver. O ato de acolher e ouvir o que as pessoas têm a nos dizer, faz com que possamos construir junto ao outro, nos conectar para humanizar.

Ayres sugere em seu artigo, que devemos saber qual o projeto de felicidade envolvido no ato assistencial, pois somente a partir da construção destes projetos que alcançaremos o cuidar da saúde (AYRES, 2005).

Neste contexto, conceituado por Ayres como projeto de felicidade:

vamos especialmente precisar usar a *sabedoria prática*, ou seja, precisaremos fundir horizontes entre nossos saberes técnicos e os saberes que as pessoas de quem cuidamos acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado (AYRES, 2005, p. 19).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As trajetórias de cuidado das pessoas envolvidas nesta investigação nos levaram a refletir acerca do quanto pode ser tortuoso o caminho para que possam acessar a saúde pública.

Para chegarmos à compreensão da complexidade que envolve o tema, a contribuição da hermenêutica Gadameriana foi preciosa como método de pesquisa, trazendo à tona os preconceitos e as temáticas pertinentes, por meio da revisão sistemática da literatura. As entrevistas deram voz aos protagonistas desta história, viabilizando o debate com o campo.

Inicialmente não nos atentamos o quão profundo são os sentimentos que norteiam as vivências das pessoas trans. Além da bagagem que já trazem carregadas de privação de direitos, preconceitos, violência e discriminação, ainda há o movimento de luta constante para serem reconhecidas como são.

Suas histórias trouxeram a luz as principais dificuldades e avanços encontrados sob os seus pontos de vista, quando da tentativa de acesso aos serviços de saúde, o que pôde ser analisado através dos eixos temáticos.

Buscamos produzir dados, contribuindo positivamente para mudanças nesta realidade social que afeta a tantos(as), favorecendo a interface trabalhadores da saúde e pessoas transexuais que utilizam o SUS, através da sensibilização destes servidores, para que à eles, este movimento faça sentido e assim possamos enfrentar juntos o (des)acolhimento e a (des)assistência.

Nas entrevistas nos foram apontados como os principais avanços, a existência do ambulatório, como um ganho social, pois mesmo que não possuam verba própria para custear as consultas, exames e tratamento, é possível manterem-se no serviço, tornando-o um importante protagonista em termos de garantia da saúde. Conseguiram ali, seus laudos para a retificação do prenome e sexo judicialmente e a aquisição dos hormônios.

No que concerne às dificuldades de acesso, pontuaram a dificuldade de agendamento, a falta de informações, a constante falta de hormônios e a dificuldade para o uso do banheiro no local. Além disso, há trabalhadores que em razão de suas crenças, apresentam dificuldades em

se desvencilhar da visão patologizante que cerca esta população, tratando-os como se fossem um CID. Muitos atuam no serviço, pautados em conceitos arcaicos sobre o tema, não compreendendo a construção dos gêneros, tolhendo a autonomia das pessoas transexuais em readequar seus corpos da forma que melhor se expressam.

Ademais, a pouca experiência dos serviços somada ao despreparo dos profissionais, os faz sentir constrangidos frente as equipes, fazendo com que experienciem a sensação de serem *cobaias* do serviço.

Como demonstrado em alguns estudos, é importante a inserção desta temática nos currículos das profissões correlatas à saúde, para que os profissionais, em sua formação, sejam orientados a esta prática.

Ponderamos neste estudo sobre as dificuldades para o acesso à saúde como direito, e o que ficou explícito foram: o (des)respeito, o (des)conhecimento, a falta de educação dos profissionais, o (des)interesse pelo trabalho e sobretudo, a (des)humanização, o (des)acolhimento, o preconceito e a discriminação que são barreiras predominantes.

Notamos que para garantia do direito à saúde desta população, é necessário que sejam reconhecidos pelos profissionais de saúde, dentro das suas singularidades. O desejo é que haja uma assistência livre de desumanidade e negligência no atendimento em razão das limitações próprias de cada profissional. Que possam ser tratados com dignidade, através da implementação e fortalecimento da política pública de saúde LGBT.

Há profissionais de saúde que não aceitam com naturalidade a questão da travestilidade e da transexualidade e nós não queremos aqui, ferir crenças, costumes ou valores, apenas ressignificar estas relações. O direito à saúde é indiscutível e enquanto profissionais prestadores de serviços no SUS, devemos ser imparciais e éticos.

Esperamos com esta pesquisa, poder contribuir com meios para sensibilizar e qualificar os trabalhadores e, possivelmente, tornar o serviço equânime, afinal nós somos o SUS! O acesso a saúde das pessoas transexuais deve perpassar as barreiras citadas neste estudo, sendo os cotidianos envolvidos pela construção do cuidado em corresponsabilização entre trabalhadores e as pessoas transexuais, os quais poderão responder ao desafio pela garantia dos direitos à saúde, através de um *acolhimento humanizado*, livre de discriminação, preconceito e violência, de maneira a fluir os *projetos de felicidade* de cada pessoa atendida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B.; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo. **Revista Direito GV**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 302-333, set. 2018. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/77103/73909>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ANTRA. **LGBTifobia é crime!!!**. Salvador. 22 de julho de 2019. Facebook: ANTRA. Disponível em: <https://www.facebook.com/antrabrasil/posts/2374633712621964/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, Jul/Set., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>. Acesso em: 13 maio 2017.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção Primeiros Passos; 328). p. 20;182.

BRASIL. Cartilha. **Transexualidade e Travestilidade na saúde**. 2015. p. 9; 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha. **Cuidar bem da saúde de cada um: Faz bem para todos. Faz bem para o Brasil**. 2016. p. 5-8; 11.

BRASIL. **Organizações das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, jun. 2009. p.19.

BRASIL. **Processo Transexualizador no SUS**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. São Paulo: SJDC/SP. Cartilha. **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. 2014. p. 10;13;16.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: 1 ed., 1. reimp. – Ministério da Saúde, 2013. p. 10; 18.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. **STF reconhece a transgêneros possibilidade de alteração de registro civil sem mudança de sexo**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=371085>. Acesso em: 27 maio 2019.

CAMPOS, R. T. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 573-583, Jul./Set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate** [online]. 2014, v. 38, p. 252-264. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Acesso em: 11 dez. 2017.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, v. 22, n. 5, p. 1053-1062. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>. Acesso em: 7 out. 2017. p. 1269.

DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/matriz.htm>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.

JAFFEE, K. D.; SHIRES, D. A.; STROUMSA, D. A. Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. **Med. Care.**, v. 54, n. 11, p. 1010-1016, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27314263>. Acesso em: 25 maio 2018.

MARTINELLI, A. Após 28 anos, OMS deixa de classificar transexualidade como doença mental. **Huffpost Brasil**. 31 jan. 2019. Disponível em: https://www.huffpostbrasil.com/2018/06/18/apos-28-anos-transexualidade-deixa-de-ser-classificada-como-doenca-pela-oms_a_23462157/. Acesso em: 10 set. 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesqu. Qualitativa**. 2017, v. 5, n. 7, p. 3-5. São Paulo. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 5 dez. 2017.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. **Dic. Ed. Prof. Saúde** [online], 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 21 out. 2016.

POTEAT, T.; GERMAN, D.; KERRIGAN, D. Managing uncertainty a grounded theory of stigma in transgender health care. **Soc. Sci. Med.**, v. 84, p. 22-29, maio, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>. Acesso em: 25 ago. 2018.

ROCHA, M. F. O. Transexualidade: cirurgia de adequação ao sexo e problemas jurídicos dela decorrentes. **FIDES**, Natal, v. 3, n. 1, p. 168, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4251595>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SADE, C. *et al.* O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2813-2824, out. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>. Acesso em 24 jun. 2019.

SOUZA, M. H. T. *et al.* Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, abr. 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/35276178/Violence_and_social_distress_among_transgender. Acesso em: 17 mar. 2019.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. T. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000100009.

SURJUS, L. T. L. S. **Deficiência Intelectual e Transtorno Mental: Quando a fronteira vira território.** 2014. 78 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313044>. Acesso em: 26 ago. 2018.

VECCHIATTI, P. R. I. **Manual da homoafetividade:** da possibilidade jurídica do casamento civil, da união estável e da adoção por casais homoafetivos. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2008. p. 184.

WILSON, E. *et al.* The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. **AIDS Behav.** v. 20, n. 10, p. 2203-2211, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27115401>. Acesso em: 28 maio 2018.

DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Naira Rodrigues Gaspar

Fonoaudióloga
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Tô Ligado
Secretaria Municipal de Saúde de Santos
Santos – SP

Andréa Perosa Saigh Jurdi

Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

A partir da Constituição Federal de 1988 as pessoas com deficiência passaram a constar no arcabouço legal do país, como sujeitos de direitos e em igualdade de condições com os demais brasileiros. O presente capítulo tem por objetivo apresentar um recorte da pesquisa de mestrado que procurou analisar os desafios da construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de Santos/SP a partir da narrativa de seus componentes, utilizando a história oral temática. Como resultados foram construídos dois eixos temáticos: concepção de deficiência e diretrizes das políticas públicas de saúde locais. Os resultados apontaram que a saúde ainda não é contemplada como direito pelas políticas desenvolvidas no município; as pessoas com deficiência ainda precisam de práticas e serviços mais acessíveis e que contemplem suas necessidades; apesar das diferentes concepções sobre deficiência e das diversas experiências profissionais, as narrativas mostraram a potência do grupo no fortalecimento de políticas de saúde para esse público; não há possibilidade de transformação da prática em saúde sem um alinhamento conceitual que promova a ruptura com velhos e ultrapassados paradigmas na formulação das políticas públicas e na tomada de decisão dos gestores.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; SUS; Políticas públicas; Educação Permanente.

1 INTRODUÇÃO

Esse capítulo é um recorte da pesquisa intitulada *Desafios em Rede: estudo do percurso histórico do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência no Município de Santos/SP* (GASPAR, 2017)¹⁰, que propôs analisar os desafios da construção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) a partir da narrativa de três componentes do Grupo Condutor Municipal (GCM) de Santos/SP. Além dos resultados da pesquisa será apresentado o produto técnico referente à proposta de Educação Permanente em Saúde para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS

Os estudos no campo das deficiências tem apontado que, apesar dos avanços e direitos conquistados nas últimas décadas, há ainda desafios importantes a serem vencidos pelas pessoas com deficiência, pelas sociedades democráticas e para as políticas públicas (VAZ; ANTUNES; FURTADO, 2019).

Um desses desafios é o conflito que, muitas vezes, se evidenciam entre as profissões de reabilitação e as pessoas com deficiência, a disparidade de poder entre profissionais e clientes na decisão clínica e o viés capacitista na assistência (VAZ; ANTUNES; FURTADO, 2019). Todas essas questões que permeiam o campo das deficiências podem ser compreendidas como resultados de um movimento discursivo da cultura da normalidade, que descreve os impedimentos corporais e que, por vezes, os excluem da vida social. Para Diniz, Barbosa e Santos (2009) é preciso reconhecer a questão da deficiência como tema de justiça, direitos humanos e promoção de igualdade, estabelecendo novas bases para a formulação das políticas públicas destinadas à população com deficiência.

A partir da Constituição Federal de 1988 as pessoas com deficiência passaram a constar no arcabouço legal do país como sujeitos de direitos, isto é, como cidadãos com os mesmos direitos e em igualdade de condições com os demais brasileiros (BRASIL, 1988). Em 2008, quando o Brasil ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) como Emenda Constitucional, o país passa a contar com um aparato legal abrangente e bastante inclusivo para essa população. O Sistema Único de Saúde (SUS), a política de universalização da educação em uma perspectiva inclusiva e os recursos financeiros destinados à implementação de políticas e programas voltados às pessoas com deficiência são exemplos e têm sido divisores de águas na garantia de seus direitos humanos (BRASIL, 2008).

¹⁰ http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/baixada_santista_teses/048_bx_dissertacao_naira_gaspar.pdf

Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou mais um censo demográfico, no qual constatou que a população com deficiência aumentou em todo o país, passando de 14,5%, em 2000, para 23,9%, em 2010.

Em 2011, foi publicado o Plano Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, “Plano Viver sem Limite” (PVSL), por meio do Decreto Federal nº 7.612, de 18 de novembro de 2011, que, dentre outras ações, propõe a estruturação de uma política de saúde para a atenção integral à população com deficiência, criando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Seu eixo de *Acesso à Saúde* estabelece políticas públicas estruturantes no SUS, prevendo a atenção integral a esse público em todos os pontos de atenção, priorizando a territorialização. Além disso, o Plano Nacional cria os Centros Especializados em Reabilitação (CER) como componente da atenção especializada, tendo como base teórica os princípios e conceitos propostos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

As Portarias nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a), e nº 835, de 25 de abril do mesmo ano (BRASIL, 2012b), instituem a RCPD no âmbito do SUS e destinam recursos financeiros para a construção e o custeio dos serviços especializados que a integram: atenção básica; atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência.

Em 2015, foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão (ou Estatuto da Pessoa com Deficiência), por meio da Lei nº 13.146/2015, com a intenção de efetivar princípios e regras da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O capítulo II dessa Lei trata do direito à habilitação e reabilitação, garantindo o processo e a prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, com a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as normas do SUS respeitadas (BRASIL, 2015). O capítulo III trata do direito à saúde, assegurando atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário. O Artigo 25 refere que os espaços dos serviços de saúde devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência em conformidade com a legislação em vigor, removendo barreiras arquitetônicas e de comunicação de forma a atender a necessidade desse público (BRASIL, 2015).

A partir da CIF foram elaboradas as Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (MS) que contribuem para criar parâmetros clínicos e garantir a prescrição segura e o tratamento eficaz em todo o território nacional. Tais diretrizes trazem informações imprescindíveis, como a caracterização da doença, o tratamento indicado, os medicamentos a serem prescritos, as formas de administração e o tempo de uso, os benefícios esperados e o acompanhamento dos usuários, com orientações, estratégias e mecanismos de manejo clínico para a detecção precoce e o atendimento em todos os níveis de atenção das condições de deficiência.

Compreende-se que a atuação em rede de cuidados, a territorialização dos dispositivos e a garantia da integralidade nas ações em saúde apontam para o avanço das políticas públicas destinadas ao segmento populacional em análise. Entretanto, mesmo que os movimentos sociais e os dispositivos de controle social venham atuando fortemente para a garantia dessas condições, a população com deficiência permanece representada socialmente como segmento de “menor valor”, ou seja, como pessoas com menor potencial produtivo e social.

Corroborando com essa afirmação Othero e Dalmaso (2009) referem que as práticas cotidianas dos serviços apontam para uma desassistência a esse público. A organização dos serviços se dá de maneira incompatível com a diversidade de condições da população que os procura, do acesso físico às formas de atendimento e procedimentos adotados, revelando um panorama que a desassistência existente antes da criação do SUS ainda se mantém. Para as autoras, ainda prevalecem como referências no cuidado às pessoas com deficiência, as instituições filantrópicas. O acesso aos serviços continua difícil e os relatos de experiências negativas com os programas e recursos existentes no sistema público ainda são constantes.

Na pesquisa realizada por Othero e Dalmaso (2009) a rede de apoio ao cuidado da pessoa com deficiência é formada, principalmente pela família e uma pequena rede agregada da comunidade, destacando a falta de políticas ou ações mais amplas voltadas para o apoio a esses núcleos. Em relação aos profissionais e aos serviços de saúde, estes atuam em um determinado contexto, com seus valores, finalidades e práticas e, para eles, a condição deflagrada pela deficiência é permeada por estigmas, conflitos e desigualdades (OTHERO; DALMASO, 2009).

É preciso salientar que antes da criação do SUS, em 1988, a assistência às pessoas com deficiência na saúde pública encontrava-se limitada somente à área de prevenção de doenças infectocontagiosas. A reabilitação, compreendida como nível terciário, estava sob responsabilidade de instituições filantrópicas e de associações beneficentes e, as políticas públicas funcionavam segundo o modelo de repasse de recursos para a filantropia (OTHERO; DALMASO, 2009).

Campos; Souza e Mendes (2015) concordam com o exposto acima e relatam que, mesmo com a implantação do SUS o panorama de assistência precária, recursos insuficientes e concentrados em regiões de maior relevância econômica permanecia. O modelo assistencial tinha baixa cobertura e pouca resolutividade no SUS. A ausência de políticas voltadas a esse segmento populacional fez com que a sociedade civil assumisse os cuidados em saúde, educação e assistência social por meio de movimentos sociais, associações de familiares e entidades filantrópicas e/ou religiosas, produzindo uma miríade de abordagens dispersas, subfinanciadas e sem um sistema de regulação adequado.

A lógica adotada pelo poder público, desde séculos passados, foi a de repasse de recursos financeiros, no sentido de delegar a responsabilidade pela proteção, o cuidado e a tutela dessas pessoas, aos grupos da sociedade de maneira geral que assumissem, integralmente, o papel de promotores da tutela em instituições especializadas e apartadas dos demais espaços públicos (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

2 CENÁRIO DO ESTUDO – O GRUPO CONDUTOR MUNICIPAL

Santos, município da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) possui uma população de 421.896 habitantes, sendo que cerca de 30,5% dela apresentam algum tipo de deficiência, com maior número de pessoas com deficiência visual (IBGE, 2010).

O percurso histórico do GCM da RCPD do município apontou questões importantes. A primeira refere-se à fragilidade da constituição do GCM. Os registros revelam que apesar de ter dado início às atividades em outubro de 2013, este foi oficializado apenas em agosto de 2015. O GCM teve seu início em outubro de 2013 com a representação de gestores dos seguintes departamentos da administração municipal: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência, regulação, gabinete do secretário de saúde e financeiro. Incluiu, também, uma representante da universidade pública do município como assessora técnica.

A segunda questão refere-se ao alinhamento conceitual sobre deficiência e escolhas metodológicas e processuais, uma vez que o grupo apresentava práticas e concepções heterogêneas em relação à saúde para a população com deficiência, com trajetórias distintas que, por vezes, diferiam do que estava preconizado como base teórica do RCPD. Segundo Mendes (2014) uma das dificuldades apontadas por profissionais e gestores na implementação da RCPD tem sido, o que a autora nomeia como narrativa da dificuldade, sendo necessário fazer um deslocamento do discurso da dificuldade para o diálogo com a diferença. Os discursos ouvidos apoiam-se no imaginário de que as pessoas com deficiência introduzem complexidades adicionais ao cuidado à saúde, o que causaria obstáculos à implementação da Rede. Naturalizada como verdadeira, essa narrativa persiste em colocar a pessoa com deficiência à margem dos serviços de saúde e das políticas.

A terceira questão importante que merece ser destacada e enfatizada no Plano Municipal da RCPD refere-se à necessidade de uma política de educação permanente como meta prioritária, destacando os aspectos de acessibilidade como estratégia para organização da Rede, possibilitando a atenção integral e equitativa às pessoas com deficiência residentes no município. Ao elaborar, em 2014, o Plano Municipal da RCPD, o GCM estabeleceu as metas e fluxos para

o novo desenho municipal da atenção à pessoa com deficiência no SUS, auxiliou na construção do Plano Regional da RCPD.

O processo de trabalho do GCM, ao mesmo tempo em que foi atendendo as demandas advindas de situações apresentadas pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), procurou construir mecanismos de monitoramento e avaliação, principalmente, no tocante ao desenvolvimento do trabalho das organizações da sociedade civil, incluindo a constituição de uma comissão técnica de avaliação dos planos de trabalho e dos atendimentos ofertados pelas organizações subvencionadas.

Em 2016, o trabalho do GCM se concentrou na inserção do tema da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência junto às equipes da atenção básica, reunindo chefias das unidades e inserção junto às equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Compreendendo que o GCM tem, em sua composição, profissionais com diferentes trajetórias, os quais trazem, em seu percurso profissional, a própria história da atenção em reabilitação às pessoas com deficiência, estudar esse percurso, a partir de seus relatos retira da invisibilidade um segmento populacional até então oculto e pouco relevante nas ações em saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo realizado seguiu os preceitos da metodologia qualitativa proposta por Minayo (1992). De modo geral, as abordagens qualitativas buscam apreender a percepção, compreensão e participação dos sujeitos diante dos problemas investigados, e consideram também a importância dos aspectos relacionais presentes no fenômeno estudado.

Utilizou-se a história oral temática a partir de uma questão central, que procurou conduzir as narrativas para a constituição de referências na história profissional dos entrevistados, buscando, sobretudo, as concepções e as bases do trabalho relacionado à saúde da pessoa com deficiência. *De onde viemos, por que estamos aqui compondo este grupo e onde queremos chegar* foram aspectos abordados nas entrevistas e recorrentes nas narrativas. Cabe destacar que o município de Santos tem uma história importante na luta pela saúde pública com o protagonismo das políticas de saúde mais alinhadas aos princípios do SUS, haja vista a construção das políticas de saúde mental, partindo da intervenção na Casa de Saúde Anchieta e chegando ao que é a política adotada nacionalmente nesse campo. Além das políticas de redução de danos relativas ao uso de drogas, o município conta com programas de prevenção ao vírus da imunodeficiência humana e à síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e uma política de atenção básica, com os pontos de atenção voltados à promoção da saúde e aos cuidados dos cidadãos em seus territórios. As unidades básicas de saúde (UBS) santistas estão

em todos os bairros, totalizando 32 equipamentos, porém, a maioria é desprovida de condições de acessibilidade física ou arquitetônica, obstruindo o acesso e a utilização dos serviços pela população com deficiência.

A história oral temática possui um caráter específico, enfatizando detalhes da história pessoal do narrador que apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central. Ela admite o uso de um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas norteadoras, as chamadas perguntas de corte, e é fonte fundamental para aquisição dos detalhes procurados (MEIHY, 2007).

Um aspecto importante para o direcionamento metodológico do trabalho, sem dúvida, foi a possibilidade de reconhecer, nas memórias das pessoas a construção das bases de uma rede de cuidados em saúde para pessoas com deficiência que tem sua origem muito anterior à política proposta pelo MS. Nesse sentido, a história oral, nos revela tal origem e permite ressignificar os construtos teóricos e práticos aos quais estamos atrelados.

Os participantes do estudo foram componentes do GCM que participaram desde o seu início. Foi feito o convite a todos os representantes de cada departamento, mas apenas três componentes aceitaram participar do estudo e fazer as narrativas. Estas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Para cada participante foi solicitada a identificação, em seus registros fotográficos, de uma imagem que pudesse revelar, de alguma forma, o momento que ele considerasse uma espécie de divisor de águas ou que representasse o gatilho de sua história profissional no campo das pessoas com deficiência¹¹. Um aspecto interessante deste trabalho foi a identificação do universo feminino preponderando sobre os participantes do grupo. Isso indica que os sujeitos entrevistados são, na sua totalidade, mulheres profissionais de saúde, a saber: uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e uma médica. Todas elas têm idade superior a 40 anos e atuam como profissionais de saúde há mais de 20. Para preservar o sigilo das participantes os nomes utilizados são fictícios.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise do material empírico, foi realizada a identificação dos tons vitais das entrevistas, os quais orientaram a construção dos eixos temáticos baseados nos objetivos propostos na pesquisa e guiados por um processo de discussão, por meio de um diálogo com a literatura pertinente. Assim, foram construídos dois eixos temáticos: *concepção de deficiência e diretrizes das políticas públicas de saúde locais*.

¹¹ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo, sob o nº 1.163.761, CAAE nº 46838315.4.0000.5505 em 2015.

4.1 Concepção de Deficiência

De acordo com a literatura (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; OTHERO; AYRES, 2012; VAZ; ANTUNES; FURTADO, 2019), as concepções de deficiência têm estreita relação com aspectos individuais e coletivos, culturais, históricos e econômicos. Portanto, elas interferem diretamente nas práticas sociais adotadas pelos indivíduos e pela sociedade.

Quando extraímos das narrativas a dimensão individual de cada participante, algo que encontramos de maneira comum foram os relatos das transformações pessoais em decorrência de suas trajetórias e das rupturas com antigos paradigmas. A seguir, alguns trechos das entrevistas ilustram isso:

Foi quando saímos do serviço e fomos para a rua; fomos para dentro das escolas falar com as famílias e os professores, onde tínhamos crianças com problemas de comunicação. Foi o início de um trabalho preventivo. Isso foi um marco na minha vida. Foi quando saímos de dentro dos serviços, quando conhecemos os outros serviços; inclusive, foi quando conheci a saúde auditiva, que havia sido inaugurada, e, anos depois, fui trabalhar nessa unidade. Mas foi aí que tudo começou, que houve a grande mudança. Fizemos a integração entre os serviços e comecei a me interessar pela questão auditiva (Pérola).

A maneira como as pessoas viam a reabilitação [...] Não era reabilitar um braço ou uma perna, era reabilitar o indivíduo para a vida, e, ali, o prédio ficou vivo, as pessoas ficaram vivas, e, então, começou a grande luta (Diamante).

Lá, aprendi a visão ampliada da atenção. É um hospital com abordagem multidisciplinar; não há hierarquia entre as profissões, todos têm contribuições a dar na atenção às pessoas com deficiência, e, desde lá, aprendi a ver o sujeito em seu contexto (Esmeralda).

As narrativas individuais apontam para um deslocamento na atenção à pessoa com deficiência, rompendo com modelos estritamente biomédicos de reabilitação e cuidado. Mendes (2014) refere a essa mudança dos profissionais o modo como passamos da narrativa da dificuldade ao diálogo com a diferença.

As narrativas ressaltam que as principais demandas, muitas vezes, não estão nos comprometimentos funcionais, mas sim, em outros processos sociais e relacionais, levando à

necessidade de responder a essa necessidade do ponto de vista da organização dos serviços e práticas (ALMEIDA; TISSI; OLIVER, 2000).

Para Diniz, Barbosa e Santos (2009) tais mudanças permitem o deslocamento da deficiência dos espaços domésticos para a vida pública. A passagem simbólica da casa para a rua abala vários pressupostos biomédicos conhecidos e retira a deficiência da matéria da vida privada, colocando-a como questão de justiça e direitos.

Quando comecei na (Nome da instituição), era somente a questão do deficiente auditivo. O grupo vem para transformar a rede, transformar os serviços. Toda mudança é um desafio, mas está sendo muito gratificante. [...] o grupo gerou uma mudança em relação à visão a todas as deficiências. O deficiente não é mais aquele que fica preso em casa; ele está em todos os lugares, ele pode sair, ir a uma loja, independente de qual sua deficiência, e, ainda, pode e deve ser atendido em todos os serviços. Essa mudança nós conseguimos no grupo; conseguimos inculcar nas pessoas essa visão ampliada. Para mim, o produto do grupo foi esse: como pessoa, como fonoaudióloga e como gestora, isso mudou em mim (Pérola).

Em relação ao GCM, algumas narrativas apontam a potência do grupo nas mudanças de assistência à pessoa com deficiência no município:

Quando eu encontro algum dos meninos do (Nome da instituição), trabalhando, estudando, vivendo, isso é uma felicidade para mim. É disso que precisamos! Ninguém precisa brilhar sozinho, precisa ser feliz. Acho que algo aconteceu, sim. Houve mudança, porém, as pessoas só perceberão isso quando estiverem na prática, pois você só aprende algo quando se coloca no lugar do outro (Diamante).

Quando você sai de dentro das paredes do serviço, começa a ter uma visão mais ampla. Dentro do serviço, é você e seu paciente, não há um contexto maior. Quando sai, você percebe o paciente na escola, na família, no contexto geral da vida dele. A questão do deficiente, quando a gente começa a pensar na rede, ele tem que circular por toda a rede. Não é porque ele é deficiente auditivo que só pode usar o serviço de saúde auditiva; ele tem que ser atendido em todos os lugares (Pérola).

A mudança de concepção aparece como aspecto relevante para a adequação de uma rede de cuidados que atenda integralmente a população com deficiência.

Ao mesmo tempo em que a concepção de deficiência aparece como potência do ponto de vista pessoal das narradoras, uma fragilidade importante do ponto de vista coletivo do GCM se coloca. Tendo em vista que, de acordo com os registros do próprio grupo, sua formação foi bastante heterogênea, e levando-se em conta que, como trazido nas narrativas, havia uma parcela dos participantes sem qualquer vinculação ao tema, trabalhamos com concepções cristalizadas, ainda pautadas em um modelo de atenção “médico-centrado”, partindo sempre do déficit, para analisar as situações de deficiência e planejar a prática.

Eu percebo a formação de um grupo condutor para a constituição de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [como] um grande desafio, porque ele pressupõe uma articulação entre todos os níveis de atenção. Porém, o maior desafio é que cada ator que compõe o grupo tem uma história, e, a partir da sua história, vai interpretar o que é deficiência e o que é a necessidade de saúde da pessoa com deficiência. [...] Um grande desafio é fazer um alinhamento conceitual. Conversávamos desde o início que não é só estudar, ler textos, mas entender quem é a pessoa com deficiência e quais conceitos estão envolvidos nisso (Esmeralda).

Os discursos e práticas produzidos em torno da deficiência, muitas vezes, são externos a ela, funcionando como um amontoado de dados, em que informações procedentes e válidas se misturam a dados distorcidos por estereótipos e preconceitos (OTHERO; AYRES, 2012).

Essa dicotomia no processo de trabalho do grupo ocasionou um movimento de avanços e retrocessos constantes, ou seja, na medida em que uma parte do grupo caminhava para a transformação paradigmática, outra parcela desses participantes insistia na permanência na concepção biomédica, o que incidiu diretamente, no planejamento dos projetos técnicos e das ações de formação teórico-conceitual para os trabalhadores da RCPD.

Segundo Mendes (2014), é preciso lembrar que a dimensão dos direitos da pessoa com deficiência é muito valiosa: é fruto de um processo histórico de luta dos movimentos sociais, das famílias e das pessoas com deficiência. Para a autora, uma coisa é a dimensão do direito, outra é fazê-la ganhar corpo, densidade e vida no cotidiano dos serviços de saúde e das pessoas. Essa é a tarefa mais complexa, que exige a atuação dos coletivos: trabalhadores de saúde, gestores, sociedade civil organizada, usuários e população em geral. Produzir saúde é estar em relação o tempo todo.

4.2 Diretrizes Locais das Políticas Públicas de Saúde

A gestão tem uma visão mais econômica do processo de reabilitação, quando afirma que não pode ter dois serviços de reabilitação trabalhando diferente. Não percebe que precisamos é de um outro modelo de atenção (Pérola).

Entender que não é somente a prestação da assistência, mas precisamos ter outra concepção de deficiência, e isso depende da visão de mundo que cada ator que compõe o grupo tem desse mundo (Esmeralda).

As narrativas acima dizem respeito à dimensão coletiva, no sentido de se relacionar diretamente aos aspectos de formulação e tomada de decisão dos gestores acerca das políticas públicas de atenção à saúde, uma vez que a falta de diretrizes claras para o desenvolvimento e a implementação das políticas de saúde locais fez com que muitos equívocos fossem cometidos, sobretudo, no que tange ao desenho da rede municipal e da incorporação dos princípios da CIF na organização e no planejamento dos serviços.

Em conformidade com a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que firma princípios importantes do SUS como a universalidade, integralidade e equidade garante aos portadores de algum tipo de deficiência o direito assegurado ao cuidado (BRASIL, 2002).

Mesmo com mais de 30 anos de implementação do SUS, ainda falta conhecimento sobre seus direitos e o acesso à rede pública de saúde em relação aos pacientes com deficiência. Essa falta de informação dificulta a construção de indicadores importantes para a avaliação e o acompanhamento das necessidades dessa população. A assistência à saúde voltada a ela deve ser garantida pelo Estado, pelos profissionais de saúde e pela comunidade envolvida, abrangendo uma visão multidisciplinar. Uma equipe multidisciplinar, com visão justa e igualitária (VARGAS *et al.*, 2016).

Embora, atualmente, o SUS conte com um vasto arcabouço legal para orientação de gestores e trabalhadores na implementação das políticas de saúde para a população com deficiência, percebe-se claramente que, talvez por uma conexão direta entre as concepções de deficiência e de atenção à saúde e a política pública em si, ainda não atingimos o nível adequado de engajamento, por parte dos gestores públicos, para assegurarmos o acesso à saúde dessa parcela populacional.

A partir do estudo do percurso histórico do GCM da RCPD de Santos/SP, foi possível constatar que as concepções de deficiência e a falta de diretrizes claras e adequadas para a implementação de políticas públicas de saúde que respondam às demandas da população com deficiência no município se colocam como fragilidades para a constituição da RCPD. Nesse sentido, coloca-se a urgência de construção de processos pedagógicos democráticos e participativos como estratégia transformadora das fragilidades apontadas no estudo. Para isso, desenvolveu-se um produto técnico uma política pública para a educação permanente em saúde parece ser o caminho mais efetivo para atingirmos as transformações teóricas e práticas no SUS.

5 POLÍTICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS

O desenvolvimento deste produto justifica-se pelos obstáculos encontrados para a consolidação da RCPD no município e que estão relacionados às concepções de incapacidade e funcionalidade, às concepções de deficiência e, sobretudo, à fragilidade das práticas de saúde voltadas para essa população. Tendo isso em vista, entende-se que, para a consolidação de uma rede que atenda aos princípios do SUS, deve haver uma política pública local que efetive direitos e, acima de tudo, que aponte diretrizes para a construção de serviços com vistas a garantir o acesso à saúde como direito humano. Assim sendo, propor uma política pública para a educação permanente em saúde parece ser o caminho mais efetivo para atingirmos as transformações teóricas e práticas no SUS.

Esta proposta de Educação Permanente em Saúde teve como objetivo conduzir a negociação para que a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (EPS) seja viabilizada como estratégia de fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de Santos/SP, fortalecendo os princípios do SUS baseados na integralidade, equidade e universalidade.

Para o desenvolvimento deste Produto técnico, esta proposta foi apresentada aos conselhos municipais de saúde e de direitos das pessoas com deficiência, e, após aprovação das instâncias de controle social, ela deveria ser publicada pelos gestores municipais em Diário Oficial, de modo a formalizá-la como política pública prioritária do SUS local. No entanto, até os dias de hoje não foi possível formalizá-la. Mesmo assim, é importante apresentá-la como produto relevante a ser formalizado pela SMS.

Para a operacionalização dessa política, foi elaborada uma agenda de encontros subdivididos por componentes da RCPD e por classificação do público-alvo de impacto direto, realizados em quatro seminários para alinhamento conceitual:

- **Seminário I** com gestores públicos municipais;
- **Seminário II** com a atenção básica;
- **Seminário III** com a atenção especializada; e
- **Seminário IV** com a atenção hospitalar e a urgência e emergência.

Cada seminário terá duração de oito horas, apontando, conceitualmente, aspectos prioritários dentro da dimensão pedagógica da política de EPS para a RCPD. Após cada seminário, serão construídas as agendas com cada segmento do público-alvo. É importante salientar que, em virtude da abrangência da política, as agendas serão formatadas a partir da identificação de demandas de cada segmento, subdivididas por níveis de prioridade de cada grupo.

Como resultado pretende-se que o impacto desta política tenha incidência direta na atenção à saúde das pessoas com deficiência nos pontos de atenção do SUS. Para isso, serão avaliados os seguintes aspectos como resultados:

- Formulação de políticas públicas municipais com o objetivo de promover os direitos fundamentais das pessoas com deficiência;
- Melhorias no acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, procedimentos e insumos, o que inclui acessibilidade arquitetônica, acessibilidade comunicacional, acessibilidade metodológica e acessibilidade atitudinal; e,
- Ampliação e fortalecimento dos pontos de atenção e programas de saúde específicos para a atenção em habilitação e reabilitação, a partir da lógica do modelo biopsicossocial.

5.1 Dimensão Pedagógica

Considerando as diretrizes nacionais (BRASIL, 2011), esta política contempla eixos temáticos, a partir de pressupostos teóricos balizadores trabalhados de maneira multidimensional e com a participação da sociedade civil, sob a coordenação do GCM da RCPD, sendo eles:

- a) Histórico social, econômico e cultural;
- b) Participação social no SUS;
- c) Princípios e concepções;

- d) Pessoas com deficiência e Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- e) Acessibilidade universal como estratégia de equidade no SUS;
- f) Indicadores, planejamento e financiamento da RCPD;
- g) Organização dos fluxos e pontos de atenção do SUS;
- h) Projeto terapêutico singular como estratégia para a integralidade da atenção à saúde; e
- i) Avaliação e monitoramento da política de saúde para a pessoa com deficiência.

Como uma política permanente, o monitoramento é essencial para que, periodicamente, os processos de educação permanente sejam revistos, replanejados e ressignificados pelas equipes e pelos gestores da política.

À medida que os encontros forem acontecendo com cada segmento, serão construídos indicadores de evolução qualitativa, a saber:

- **Problematização de demandas:** abordagem das equipes de saúde e dos gestores sobre cada demanda específica da população com deficiência e, ainda, forma de encaminhamento da resolução de problemas;
- **Acessibilidade atitudinal:** percepção de mudanças comportamentais nas equipes de saúde na atenção às pessoas com deficiência;
- **Tomada de decisão:** prioridade na tomada de decisão, por parte dos gestores locais, no sentido de propor estratégias para o atendimento das demandas advindas das equipes de cada segmento do público-alvo; e,
- **Resolutividade na atenção:** nível de resolução das questões apresentadas pelos usuários com deficiência.

Certamente, a proposta aqui apresentada, em linhas gerais, precisará, à medida que for acatada pela municipalidade, ser submetida ao processo de detalhamento e direcionamento institucional, de acordo com as demandas e prioridades de seu público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lógica da institucionalização e do assistencialismo nas políticas públicas em nosso país ainda persiste na atenção à saúde das pessoas com deficiência, embora, desde 1990, tenha havido uma importante transformação nesse campo, em virtude da publicação da

Lei nº 8.080/1990, que institui o SUS. A constituição de grupos condutores que atuem efetivamente junto aos pontos de atenção do SUS e aos demais equipamentos disponíveis nos territórios produz a construção do cuidado em rede, que transforma substancialmente o trabalho em saúde no que tange à população com algum tipo de deficiência e seus familiares.

Os resultados da pesquisa apontaram que, enquanto direito, a saúde ainda não é contemplada pelas políticas desenvolvidas no município. As pessoas com deficiência ainda precisam de práticas e serviços mais acessíveis e que contemplem suas necessidades. Por outro lado, um avanço aconteceu a partir da composição do GCM. Apesar das diferentes concepções sobre deficiência e das diversas experiências profissionais, as narrativas mostraram a potência do grupo no fortalecimento de políticas de saúde para aquele público.

Como principal resultado desta pesquisa, é possível apreender que não há construção coletiva sem disponibilidade e transformação pessoal e que, ao mesmo tempo, não há possibilidade de transformação da prática em saúde sem um alinhamento conceitual que promova a ruptura com velhos e ultrapassados paradigmas na formulação das políticas públicas e na tomada de decisão dos gestores.

Considerando a relevância e as múltiplas possibilidades de uma política pública, compreende-se a necessidade de elaborar um Produto que possa fomentar práticas de Educação Permanente em Saúde que fortaleçam o cuidado à população com deficiência em todos os pontos de atenção do SUS que será apresentado a seguir.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; TISSI, M. C.; OLIVER, F. C. Deficiências e atenção primária em saúde: do conhecimento à invenção. **Rev. Ter. Ocupac. da USP**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=279173&indexSearch=ID>

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, v. 145, nº 131, 10 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 abr. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 abr. 2012b.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em setembro de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, “Plano Viver sem Limite”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Brasileira de Inclusão**. Brasília: 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 18 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface [Botucatu]**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0207.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. **Deficiência, direitos humanos e justiça**. *Sur, Rev. int. direitos human*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 65-77, dez. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004.

GASPAR, N. R. **Desafios em Rede: estudo do percurso histórico do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de Santos/SP**. 2017, 122 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2017. http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/baixada_santista_teses/048_bx_dissertacao_naira_gaspar.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MEIHY, J. C. S. B. História oral: 10 itens para uma arqueologia conceitual. **Oralidades, Rev. História Oral**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 13-20, jan./jun. 2007. Disponível em: http://diversitas.fflch.usp.br/sites/diversitas.fflch.usp.br/files/2019-09/Oralidades%201_0.pdf.

MENDES, V. L. F. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diálogo (Bio)Político sobre Alguns Desafios da Construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 37-68.

MINAYO, M. S. C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 40, p. 219-233, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000010>.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface** (Botucatu), v. 13, n. 28, p. 177-188, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>.

VARGAS, S. C. *et al.* Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Epidem. Controle Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, supl. 1, 2016.

VAZ, D. V.; ANTUNES, A. A. M.; FURTADO, S. R. C. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** [online], São Carlos, v.27, n.4, p. 917-988, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1651>.

O FAMOSO INVISÍVEL: PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Izabel Cristina Oliveira Barbosa Pimentel
Assistente Social
Pronto Socorro Central da Prefeitura Municipal de Santos
Santos – SP

Luciana Togni de Lima Surjus
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista
Santos – SP

RESUMO

O presente capítulo tem como objeto o acesso à saúde pela população em situação de rua, tomando como pressuposto o crescimento do fenômeno da vida na rua como resultante do modo de organização da sociabilidade capitalista, imbricado e acirrado no e por um modo de produção onde a desigualdade e miséria são produtos inerentes ao avanço do poder econômico, deixando à margem da produção e usufruto da riqueza socialmente produzida, um grande contingente de trabalhadores. Decorre do desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado profissional cujo objetivo foi compreender a percepção dessa população acerca do atendimento na unidade de Urgência e Emergência do Hospital de Pequeno Porte (HPP) Central do Município de Santos, Estado de São Paulo. Propôs-se percurso metodológico hermenêutico crítico e narrativo, onde os participantes foram acionados no contexto de um projeto de extensão universitária de formação em Redução de Danos. Foram realizadas entrevistas individuais, áudio-gravadas e posteriormente transcritas. O processo interpretativo envolveu a análise por meio da identificação dos principais núcleos argumentais e a construção de uma narrativa coletiva, numa aposta interventiva de fortalecimento do protagonismo e participação, haja vista as relações de poder e subalternidade que vão se delineando no cotidiano e as complexas necessidades de saúde trazidas por esta população estigmatizada, que faz da rua seu espaço de socialização e subjetivação. Os resultados apontam para a problematização das vivências desta população, o agenciamento das questões coletivas, e reflexões sobre as trajetórias de cuidado em saúde. As principais estratégias e entraves ao acesso à saúde e lugar social dessas populações nas sociedades capitalistas perpassaram as dimensões do racismo e percepções históricas que nos proporcionam um mergulho em questões fundamentais para entendermos a construção da imagem social do negro no Brasil e das desigualdades que foram se constituindo.

Palavras-chave: modo de produção capitalista, população em situação de rua, narrativa, saúde, racismo

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo apresentará alguns dados relativos à pesquisa realizada no período do mestrado profissional, que produziu reflexões relativas ao atendimento de saúde da população adulta em situação de rua na cidade de Santos-SP em unidades de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo a historicidade de tal fenômeno através do delinear das transformações político-econômicas da sociedade.

Para este capítulo foram elencados dados sobre a caracterização das pessoas em situação de rua, principais legislações e análise dos dados produzidos através de questionário semiestruturado com posterior criação coletiva de uma narrativa.

Entende-se que as conformações sociais do modo de produção capitalista são determinantes da condição de vulnerabilidades dessa população, seja sob as dimensões jurídicas, econômicas, sociais ou de saúde. A desigualdade social, a pobreza e a miséria são dessa forma inerentes a esse modo de produção, forjando uma sociabilidade capitalista que se constituirá sobre tais bases.

No Brasil, a situação de imensa fragilidade de uma parcela significativa da sociedade começa a se delinear na época em que o país ainda era uma colônia. Abriu-se as porteiças das fazendas e as portas das casas dos senhores e uma imensa massa de ex-escravos foram jogados ao léu, abandonados a sua própria sorte pelas ruas desse país, aumentando significativamente o contingente de pessoas em situação de rua. Uma exacerbação de pessoas em situação de rua também pode ser observada após a vinda de imigrantes camponeses, entre o final do século XIX e o início do século XX, da Europa para o Brasil. Tais imigrantes ocuparam os postos de trabalho que seriam destinados aos ex-escravos desse país. Hospedarias e cortiços surgem em algumas cidades do Brasil, concentrando grupos populacionais que vão tecendo a periferia urbana brasileira (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

No espaço público da rua aos olhos dos transeuntes, a leitura do outro que permanece nesse espaço de passagem se dará de acordo com a cultura, valores e inserção nessa sociedade. Desse modo essa população sobrando da rede de produção e consumo, expropriada do mercado formal de trabalho facilmente é associada à vagabundagem e ao fracasso de vida.

Com o advento do Estado Democrático de direito, nascido dos auspícios de sociedades em reconstrução no pós-guerra, e no Brasil, do processo de redemocratização pós ditadura de 1964, se reconhecem os direitos sociais e a cidadania plena como inalienável, e a saúde como direito de todos e dever do Estado por meio da Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Assistência (LOAS), que regulamenta os artigos da Constituição Federal e reconhece a

Assistência Social como Política Pública e de responsabilidade do Estado (BRASIL, 2005). Mais recentemente, a Lei Federal que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) garante-se inúmeros direitos voltados a especificidade dessa população.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, estabelecida pelo Decreto presidencial 7.053 de 23 de dezembro de 2009, define população em situação de rua como: [...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como, as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Tais traços do segmento da população adulta em situação de rua – de aparência (odor, sujeira, roupas maltrapilhas), o desemprego formal, o viver no espaço da rua, dão suporte a um tratamento diferenciado a esses indivíduos por parte da população em geral. Esses dilemas perpassam a área da saúde, tencionam os atendimentos a essa população, e conseqüentemente, imprimem um direcionamento à prática profissional que produz impacto na efetivação de políticas públicas direcionadas à mesma.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua, o que prejudica a implementação de políticas públicas e reforça a invisibilidade social desta população. Estima-se 101.854 pessoas em situação de rua, destas 49.792 no estado de São Paulo (NATALINO, 2016). Em Santos, o último censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas e direcionado Secretaria Municipal de Assistência Social, data de 2013, fez-se uma estimativa de 797 pessoas em situação de rua. Dessas, 591 pessoas em situação de rua encontravam-se nos logradouros da cidade e 206 acolhidas em abrigos da cidade (DIÁRIO OFICIAL SANTOS, 2014).

A Política Nacional de Inclusão de Pessoas em Situação de Rua surge no intuito “de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos” (BRASIL, 2008, p. 2), abarca questões de integração desses sujeitos às suas redes familiares e caminha na direção de direitos e acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, “considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua” (BRASIL, 2008, p. 4).

São apresentadas também as principais características desses indivíduos com base na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua realizada no ano de 2007 em 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual a 300.000 habitantes. A pesquisa identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Número este,

que somado junto a pesquisas de outras cidades, chega a 50.000 pessoas. Os municípios de Belo Horizonte – MG, São Paulo – SP, Recife – PE e Porto Alegre – RS, foram excluídos da pesquisa por terem desenvolvido pesquisas censitárias semelhantes (BRASIL, 2008).

Para compreensão, argumentação e desenvolvimento da temática partimos da leitura e reflexão crítica de autores que já se debruçaram sobre a análise da questão social e do fenômeno população adulta em situação de rua. As indagações quanto a problemática do atendimento em saúde à população em situação de rua surgiram no âmbito do trabalho como assistente social na área da saúde, mais especificamente na unidade de Urgência e Emergência do Hospital de Pequeno Porte (HPP) antigo Pronto Socorro Central de Santos, onde se observou a grande procura dessa população ao serviço, além de sua chegada pelo Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

As demandas apresentadas pela população vão desde acesso a necessidades básicas, até problemas clínicos de saúde já em estágio bastante avançado. As expressões da questão social estão postas em cada atendimento que fazemos e se revelam na vida do usuário que atendemos.

As respostas nem sempre são fáceis e nem tampouco estão postas e dadas, os atendimentos se recrudescem e se complexificam à medida que esse modo de produção capitalista avança tomando “forma” nas diferentes instâncias da vida produzindo e reproduzindo desigualdades, miséria e pauperismo; clamando por um mercado que se autorregula deixando seu rastro e, na maioria das vezes, esse rastro resvala nos locais de trabalho em diversas formas como o desemprego, o fenômeno população em situação de rua, habitações precárias, violência, miserabilidade, dentre outros processos.

Os profissionais são chamados a dar respostas a essas questões, a interferirem nesses processos em seus espaços ocupacionais dentro de um cenário de desmonte e regressão constante dos direitos sociais onde as políticas públicas encontram-se cada dia mais focalizadas, precarizadas e com um tom compensatório, se torna crucial a clareza de atuação profissional na direção da defesa de uma política pública pautada no direito, na integralidade como pactuado em nossa Constituição.

Nesse sentido, não é inútil pontuar os sentimentos, as atitudes observadas nas abordagens da equipe de saúde a essa população. Como parte constituinte da dinâmica social, os profissionais de saúde não estão livres de uma visão pré-formada e preconceituosa em relação a essas pessoas, desse modo, seus atendimentos podem revelar uma postura de negação a humanidade dessas, asco, medo, traduzindo uma generalização embasada na estigmatização frente a questão, população em situação de rua.

Estigmatização sofrida pela determinação, *a priori*, de traços, estereótipos, características físicas ou sociais específicas elencadas pelo senso comum, pautados por uma ordem moral em relação à população em questão. A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas consequências, inclusive o agravamento da situação. Castells (2008) desenvolve seu pensamento em relação a populações marcadas por uma diferença imprimida através de características que dão um suporte para um tratamento diferencial e não para um tratamento igualitário. Por esse ângulo, o autor fala sobre a discriminação negativa que:

[...] marca seu portador com um defeito quase indelével. Ser discriminado negativamente significa ser associado a um destino embasado numa característica que não se escolhe, mas que os outros no-la devolvem como uma espécie de estigma (CASTELLS, 2008, p. 14).

Esta pesquisa procurou se aproximar da compreensão da população adulta de rua da cidade de Santos-SP acerca do direito à saúde, a partir de seu acesso aos serviços de urgência e emergências do Sistema Único de Saúde.

A hipótese é que a população adulta em situação de rua encontra grandes entraves no acesso aos serviços de urgência e emergências do SUS, além de barreiras atitudinais, que podem reforçar o lugar dessa população à margem da sociedade capitalista, interferindo nas estratégias e na busca, ou não busca, de atendimento em saúde.

Nosso objetivo neste capítulo é compartilhar parcialmente os resultados da pesquisa no que concerne à compreensão da percepção da população adulta em situação de rua acerca do atendimento em de Urgência e Emergência do SUS; identificando as principais estratégias e entraves ao acesso à saúde e, por fim, compreender a sua concepção de saúde.

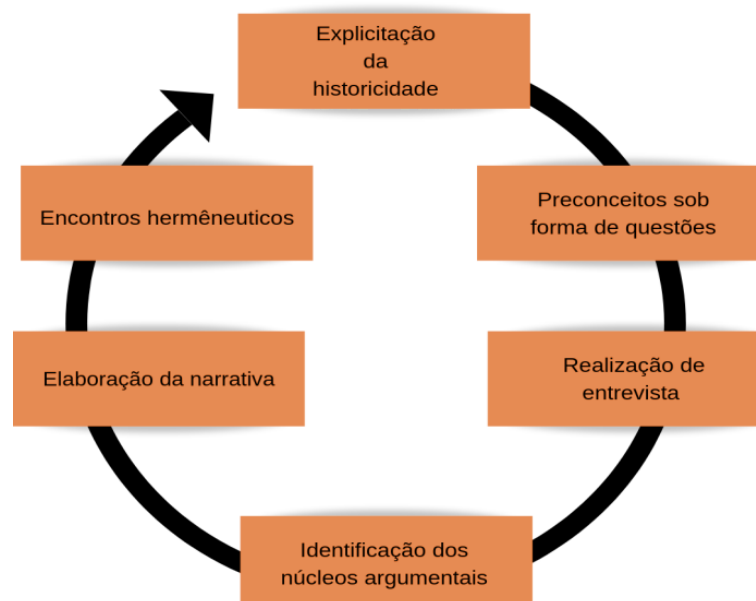
2 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo se constituiu como uma pesquisa qualitativa, de abordagem hermenêutica crítica e narrativa, na medida em que sua construção e caminhos percorridos objetivaram conhecimentos sociais que não são processos quantificáveis – a realidade e as relações humanas. No que tange à construção metodológica foi utilizada a abordagem qualitativa que busca a relação entre mundo do real e sujeito, o conhecimento de sua experiência e de significados atribuídos, sendo esse sujeito parte integrante do processo de conhecimento, que possui e produz significado.

Pauta-se numa metodologia de construção de significados que deixa clara a inexistência da neutralidade axiológica, levando em consideração e explorando o sujeito pesquisador inserido em um processo sócio-histórico, cultural e econômico que lhe imprime marcas, experiências e olhar sobre o mundo que, conseqüentemente, o sensibiliza para determinada questão e determinada população de estudo.

Foi construído um itinerário como proposto pelo referencial Hermenêutico crítico e narrativo (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006), compreendendo que são nossos próprios limites históricos que acabam por promover o destaque do objeto, o que Gadamer (1999) define como história efetual. Para o autor, nossas pressuposições devem ser colocadas em questão, remetendo ao passado, a partir do diálogo com as diferentes vozes que já refletiram sobre tal temática.

Deste modo, explicitadas nossas preconcepções, procederemos um diálogo entre a vivência da pesquisadora e seus achados com a revisão realizada da literatura científica acerca do cuidado em saúde da população adulta em situação de rua, a fim de articular presente e passado, numa fusão de horizontes (GADAMER, 1999), ressignificando as questões iniciais. Como problematizado por este autor, a história, apesar de ser contada por múltiplas vozes, acaba por excluir as vozes mais frágeis, para as quais devemos estar atentos. Sob esta preocupação, assumimos o compromisso de dar voz a quem vivencia diretamente esta realidade, ou seja, a análise valorizará de forma prioritária a experiência das pessoas em situação de rua com relação ao acesso ao cuidado em saúde, promovendo mais uma revisitação às questões inicialmente levantadas, tomando o círculo hermenêutico da compreensão como caminho de pesquisa (GADAMER, 1999).



O método inicialmente escolhido para acesso à população de interesse da pesquisa foi o método *snowball* (ou método bola de neve), tipo de amostragem não probabilística que trabalha com cadeias de referência. Desse modo, não houve precisão prévia do número de participantes. Esse tipo de amostra se torna útil em estudos às populações de difícil acesso. Lança-se mão de contatos iniciais, nomeados de sementes, que indicarão outros contatos que integrem o perfil estabelecido. Ao acessar esses novos possíveis participantes solicitam-se novos contatos e assim continuamente até o momento de saturação, ou por não haver mais indicações ou pelos nomes indicados não trazerem novas informações para a colheita de dados (VINUTO, 2014).

Substituímos “coleta” de dados utilizada por Vinuto (2014) por “colheita” de dados. Optou-se, por um posicionamento metodológico que substitui a nomenclatura “coleta” de dados, a fim de evidenciar a dimensão de produção, e diferenciá-la de um mero levantamento de informações, ao entrar em contato com o campo de estudo. Na medida em que o posicionamento empregado na vida e disposto no estudo desenvolvido (PIMENTEL, 2019) vai ao encontro da perspectiva de que o pesquisador estará sempre implicado com o campo de conhecimento, entende-se que pesquisar não é representar e sim intervir na realidade.

A entrevista “como procedimento de pesquisa intervenção colhe dados porque cultiva a realidade no ato de conhecê-la” (SADE *et al.*, 2013, p. 214). Nesse sentido, a forma de “colheita de dados” se deu através da gravação de áudio para registro das entrevistas semidirigidas. A técnica de saturação que prevê repetição de conteúdo e inexistência de novas categorias foi empregada para definir o número de entrevistados, sendo a colheita interrompida a partir da observação de saturação das informações dadas pelos participantes.

A interpretação das informações foi realizada como proposto por Onocko-Campos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006) em dois movimentos: por meio da identificação dos principais núcleos argumentais que sustentaram a compreensão do fenômeno em discussão e por meio da produção de uma narrativa coletiva, validada junto aos entrevistados, numa aposta interventiva de fortalecimento do protagonismo e participação, haja vista as relações de poder e subalternidade que vão se delineando no cotidiano e as complexas necessidades de saúde trazidas por esta população estigmatizada, que faz da rua seu espaço de socialização e subjetivação.

Por fim construiu-se um diálogo entre os achados na literatura, considerando uma importante fonte para avançar no acesso à saúde as histórias de vida da população participante e percepção de seus processos de saúde-doença.

3 DEFININDO O CAMPO E COMPONDO UMA REDE DE PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como comum nas pesquisas qualitativas, onde o caminho reinventa ao caminhar, tivemos a importante abertura de um programa de extensão universitária que, ao promover formação em Redução de Danos, se efetivou como uma grande plataforma de trocas e relações que favoreceram não só o acesso à população em questão, como também o processo da pesquisa. Este grupo populacional teve grande protagonismo dentro das ações de extensão, alguns participando como cursistas e outros como parte da equipe de formadores neste processo.

Ouso registrar que a leitura de milhares de livros em anos de vida não abarcaria nem a metade de toda carga humanística, reflexões, atravessamentos, (des)construções, conhecimento popular emergidos na vivência com atores completamente distintos. Distintos em sua classe, sua cor, sua religião, sua profissão, em suas vulnerabilidades, em suas dores e suas experiências dentro dessa sociedade. É justamente nesse campo inesperado que literalmente esbarro com alguns dos sujeitos dessa pesquisa e é através de um em especial, que outros mais chegam até mim, aliás, o mais correto seria dizer que eu chego até eles.

Esse encontro começa a se delinear com minha inserção no mestrado profissional da UNIFESP em 2017 onde conheço a orientadora designada pela direção do mestrado profissional, coordenadora e idealizadora do grupo de estudos, pesquisa e extensão “Diverso: Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos”, que trazia no cerne dos encontros o desafio de composição entre estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços públicos para a produção coletiva de conhecimento.

O espaço da Universidade era o único local possível de “fuga” para oxigenação que procurava como assistente social, trabalhadora da saúde, inserida numa unidade de urgência e emergência com sérios problemas estruturais agravados pelo aglutinamento de profissionais que mal se conversam. Emergia a necessidade de entender o espaço em que estava inserida, os atendimentos de colegas de trabalho pautados em questões morais, as frases abomináveis – a exemplo: “Por mim pegaria todos esses moradores de rua colocava no paredão e metralhava” – declaradas por profissionais, que a princípio estavam ali para cuidar das pessoas. Necessitava compreender o cotidiano dos usuários que atendia. Porque era tão difícil pra essa equipe prestar atendimento humanizado voltado às pessoas em situação de rua, vulnerabilidade e com questões de uso de álcool e outras drogas? Nessa busca, o curso de Redução de Danos (RD), mediante a trajetória construída, mostrou-se não somente como um espaço de oxigenação, reflexão, mas essencialmente como um espaço de resistência e potência de transformação.

Olhar o outro não só pelo que lhe falta, mas, olhar primordialmente pelo que tem e visualizar além do estigma, demanda tempo, empatia, despir-se de egos profissionais e pessoais, de saberes. No momento em que atravessamos essa fronteira nos afetamos e nos percebemos. Nesse caminhar, o curso possibilitou aproximação e vínculo para reunir os dados sobre a percepção das pessoas em situação de rua em relação ao atendimento em unidade de urgência e emergência apresentados neste capítulo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Encontros e processos

A inserção no projeto de extensão propiciou o encontro com possíveis participantes da pesquisa. Num primeiro momento, foi perguntado quais das pessoas em situação de rua, participantes do projeto de extensão, já haviam passado por atendimento na unidade de pronto atendimento a ser pesquisada.

Explicitou-se sobre a pesquisa, à forma de colheita dos dados e o desejo de participação. Destes, três pessoas se encaixaram no perfil procurado e, aceitaram participar do estudo.

Uma parte dos participantes são usuários do serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e outra, cursista do projeto de RD, compunham o espaço como formadores ou cursistas justamente pela sua relação com o uso de substâncias. Houve unanimidade nas falas dos participantes com relação ao contentamento em poder falar sobre sua história e experiências de vida.

Um destes entrevistados acabou sendo a pessoa chamada como semente, do método *snowbol*. A partir de suas indicações, outras quatro pessoas foram inseridas como participantes da pesquisa. Logo, não por acaso, observa-se nos achados um tema transversal à percepção do atendimento em saúde por parte dos entrevistados – o uso de álcool e outras drogas.

Participaram homens e mulheres em situação de rua maiores de 18 anos, que já haviam passado por atendimento no HPP Central em algum momento de suas trajetórias. Foram entrevistados individualmente, sete pessoas, sendo uma mulher e seis homens. Destes, seis se autodeclararam pardos ou pretos. Estavam numa faixa etária entre 29 a 53 anos, e o tempo em que viviam em situação de rua variou de 5 a 30 anos. Três entrevistados encontravam-se albergados e os outros quatro estavam pernoitando nas ruas. Os fatores que os levaram às ruas foram: desemprego, desavenças familiares, uso intenso de álcool e outras drogas, separação dos cônjuges. Principais fontes de renda: reciclagem de material, flanelinha, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), trabalhos esporádicos.

As entrevistas foram transcritas, e delas extraídos os núcleos argumentais num primeiro momento de análise, onde se destacariam os principais interesses e aspectos marcantes, a saber: trajetória de cuidado; lugar social; percepção do atendimento em urgência e emergência; compreender a sua concepção de saúde; e, alguém viu um tal de direito!? – serviram de base para a elaboração das narrativas, o que comporta um certo agenciamento lógico das histórias contadas, com as devidas ênfases dadas pela população em questão, numa primeira contribuição direta da pesquisadora para ampliação da capacidade de análise de todo o coletivo envolvido com a temática.

Como que um presente, na semana de escrita da narrativa abaixo recebo o convite para assistir uma peça baseada em um romance de Jorge Amado chamada Capitães da Areia, escrito em 1937, que descreve a trajetória de crianças abandonadas – passeando pelas suas aspirações, seus sonhos – que crescem nas ruas de Salvador-Bahia, vivendo em um trapiche, e roubando para sobreviver. A partir de então, rememoro a primeira experimentação de uma leitura prazerosa e apaixonante aos 18 anos de idade, como numa ressignificação de minha trajetória no encontro com essa população e, mediante a esse episódio faço a substituição dos entrevistados pelos nomes dos personagens do romance.

O TCLE foi lido com cada um dos entrevistados, enfatizando-se o anonimato dos participantes e sigilo da produção de dados, e cumpridas todas as exigências para pesquisa com seres humanos.

4.2 Narrativa – o famoso invisível

A narrativa explicitada abaixo foi construída, a partir das entrevistas semiestruturadas e posterior análise dos núcleos argumentais. A proposição desta encontra-se em ecoar o discurso dos entrevistados, e será apresentada na íntegra, preservando a intensidade do processo e as peculiaridades dos dialetos dos participantes.

Rua, segundo o dicionário online de português, via pública urbana, ladeada de casas, prédios, muros ou jardins. Peraí e onde está nós, é, nós, onde cabemos nessa definição? E se essa rua, se essa rua fosse minha... E se nós pensássemos nessa rua como nossa, não essa rua pública descrita na definição do dicionário, mas uma rua viva, esse espaço público que usamos como privado, onde andamos, sentimos, trabalhamos, nos relacionamos, (sobre) vivemos.

Somos muitos, cada um com sua história e sua individualidade, mas todos nós temos a rua como elo que nos une e nos atravessa. Somos Dora, Pedro Bala, Querido de Deus, Volta Seca, Boa Vida, Pirulito e João Grande, todos somos pretos ou pardos menos o Pirulito que é branquicelo. Temos idade entre 29 anos e 53 anos. Apenas um de nós é do gênero feminino. O único que conseguiu fazer uma faculdade foi o Querido de Deus, ele estava lá pelas bandas do convento onde ele iria se tornar padre, a maioria de nós não tem nem o segundo grau completo, coisas da vida né, nem sempre todos têm a mesma oportunidade.

Nós tudo se esbarrou por esses serviços aí. Pelo Centro Pop, albergue, CAPS AD e também pelo Mercado né, nós sempre estamos por ali. Nós vive por ali porque tá cada dia mais caro viver nessa cidade. Pra morar no Centro, no Mercado que são as áreas mais pobres dentro de Santos, nos paga 400, 450 reais. Num quarto que não tem nem uma pia pra lavar o rosto, não tem janela, pra usar o banheiro coletivo com várias famílias, então é muito caro. Aqui em Santos ganhando apenas um salário-mínimo você num vive, você sobrevive.

É complicado viu, a gente vai se debilitando porque realmente quando a gente tá ali louco isso tudo aí não importa muito. Entende? Nessa vida de morador de rua nós não tem nem direito de se debilitar, se for parar pra pensar. Mesmo com esse sofrimento todo, ainda dá pra ficar pior. O pior vem quando a gente fica tão debilitado que não consegue mais fazer nosso corre, aí só tem um jeito – ir no hospital. Só que parece que nós num tem direito nem de passar mal. É bem como nós ouve por aí – todo castigo pra pobre é pouco.

Nós procura o serviço de Urgência e Emergência, quando as coisas num tão boas, menos a Dora. Ela prefere ir lá no CAPS AD e no SENAT, fala que lá tem mais vínculo com os profissionais. A Dora é fogo, ela disse que não gosta de ir ao Pronto Socorro porque vai lá com problema no pulmão volta com a perna operada. Tá um serviço precário e quando precisa assim de ajuda, corre pra algum outro lugar. É meio difícil porque não sai muito do CAPS porque dão mais apoio a ela. Tem hora que não tem escapatória, a bronquite ataca de um jeito que mesmo contrariada ela tem que ir ao pronto atendimento né, certos problemas de saúde não dá pra resolver no CAPS. Pior do que ter que ir ao

Pronto Socorro é não conseguir chegar sozinho até ele. Aí que lasca tudo porque o SAMU tem que ser chamado. Nós já tá até esperto, sabemos que se for morador de rua o serviço de saúde não vem. Tem que falar que é um senhor que caiu, bateu a cabeça, que você tá do lado, que está precisando de emergência. Se falar que é morador de rua, a primeira coisa que vão pensar — ou tá drogado ou tá alcoolizado, então eles não vem. Se vier será só depois de duas horas. Na prática do dia a dia do SAMU, sujeito alcoolizado e drogado não tem direito a saúde e pra eles todo morador de rua ou é drogado ou é alcoólatra. Por isso, é desse jeito que o Boa Vida faz quando precisa chamar a ambulância. Volta Seca também desenvolveu uma estratégia quando precisa chamar o SAMU. Ele contou que quando é meio grave que nem já aconteceu, vai direto no postinho da Luiza Macuco, só ir lá e pedir pros enfermeiros ou alguém de lá chamar o SAMU, senão eles não vêm. É mais rápido o SAMU vir com eles. Mas tem hora que essa estratégia falha né, porque nem sempre estamos perto do postinho, aí a gente tenta ver se a estratégia do Boa Vida dá certo. Num tem jeito nós precisa muito do serviço de Urgência e Emergência, essa é a primeira porta quando a gente percebe que num tá legal.

A coisa tá feia pra nós – o Pirulito teve sequela do AVC, o Querido de Deus perdeu a visão na rua, depois de esperar sete meses pela consulta com o médico do olho, o tal de oftalmologista, o João Grande é cardiopata, a Dora tem bronquite, os outros, às vezes, adquirem umas doenças aí na rua. Que nem o Pedro Bala esse teve tuberculose e o Boa Vida leptospirose. Parece até que a gente é do bloco balança, mas num cai. Já passamos por cada uma nesses Prontos Socorros.

O Pedro Bala teve até que chama a polícia pra se atendido quando teve tuberculose, ele foi ali naquele Pronto Socorro do lado da Santa Casa, nós sempre esquece o nome. Falou que quando chegou lá, ele lembra que o rapaz deixou ele por último né. E teve que discar 190, a viatura de choque teve que chegar lá pra ele poder ser atendido. Eu cheguei a cuspir no chão, o cara viu que eu tava cuspiendo sangue e eu falei assim — Oh, quando eu cheguei aqui era de manhã e eu estou até agora às 4 h da tarde ainda aqui. O cara chamou todo mundo e não me chamou. Mas porque, porque? O cara pegou uma raiva de mim porque eu cheguei lá debilitado, com pressa de ser atendido, porque eu estava passando mal, e eles mandavam eu esperar e mandavam eu

esperar. Porque tava com aparência de drogado, né, tava barbudo. Porque infelizmente tem profissional que não está preparado pra fazer o trabalho dele sem julgar quem está pedindo o trabalho, julga pela aparência. Pedro Bala só conseguiu atendimento depois que a polícia chegou. Agora sempre que precisa ir até lá, chama o pessoal do serviço do Consultório na Rua, ficou com aquele trauma. Sabe que vai chegar lá na unidade vão dá maior canseira e ainda vai ser humilhado. É melhor evitar né. Esses prontos socorros são uma, uma peregrinação né. Primeiro a fila da triagem, depois a fila do médico, depois a fila do medicamento ou raios-X, ou outra coisa que você tenha que fazer, mas você consegue ser atendido.

Querido de Deus e Pirulito já chegaram lá de manhã e saíram à noite, passaram mais de 12 horas esperando pra serem atendidos e num deram nenhuma bolachinha pra comer. Se você num tá tão mal quando entrou vai ficar, dá tempo de morrer um montão de vezes. Na vez que João Grande teve dois princípios de infarto e foi pra urgência ele viu a enfermeira agredindo uma senhora porque era moradora de rua. Um outro senhor ficou do lado dele dois dias sem comer nada, ele teve que pedir para a coopera arranjar algo pro senhor comer. Pediu a um enfermeiro pra trazer um lençol, porque tava frio, ele num trouxe, teve que mudar o plantão pra trazerem um lençol. Os cara num tão sendo muito humanos. Ele terminou o relato pra nós com muito pesar: O serviço que eu procuro sempre é o pronto atendimento, a gente num tem plano de saúde pra procurar um hospital, a gente tem que se sujeitar aí ao governo, porque se eu tivesse condições eu não usaria aquilo, chega a ser irritante. Eles não respeitam, ali é horrível, mas é a única coisa que nós temos né.

Por isso que Pirulito sempre fala que lá é o inferno, ele foi internado lá duas vezes. Ele contando nós até rir de algumas partes, porque ele é muito engraçado. Imagina! Nós ri da nossa desgraça. Tem que rir pra num chorar né. Ele falou assim ó: Eu fui internado lá (P.S Central) e fui internado no Guilherme Álvaro, eu num sei qual a diferença se um é do Governo outro é do Estado, se um é de Deus e o outro é do diabo. Eu só sei que lá é do diabo e o Guilherme Álvaro é de Deus, entendeu. Eu tive lá, eu quase fugi, mas eu precisava, estava muito baqueado. Até o atendimento das pessoas, o estresse que o profissional chegava pra trabalhar, tu já senti ali sabia. A cama horrível, caí no banheiro, eu não podia andar, não tinha uma pessoa pra me auxiliar. Meu maior erro foi ter

ido pra lá, entendeu, mas até aí tudo bem. Deus me abençoou e eu consegui sair vivo, minha melhor conquista foi sair vivo de lá. Dificultoso é não ter alguma coisa de ruim pra contar dos nossos atendimentos. Eles dão atendimento muito horrível pra morador de rua, é só falar que é morador de rua já muda tudo. É tipo assim, sabe que não vai ter ninguém olhando por ti, sabe que ninguém vai te visitar então do jeito que tá, tá bom. O Querido de Deus já estava cego do olho direito, estava perdendo o olho esquerdo né, com glaucoma hemorrágico num grau adiantado. E depois de esperar sete meses na rua pela consulta com o oftalmologista teve que escutar do médico que o nervo óptico já tinha ido pro saco. A Dora das vezes que não conseguiu escapar de ir à emergência, fala coisas terríveis. Contou que foi muito mal atendida. A situação lá era precária. As mulheres eram totalmente ignorantes pra dá uma injeção, e pra dá uma inalação elas punham a gente na salinha e falavam: peraí que eu já volto. Quando você ia ver elas estavam tomando café. Elas não vinham te atender. O médico também saía ia comer e abandonava o posto dele. O único pessoal que te dava atenção ali eram os faxineiros do PS Central. Depois as pessoas não entendem porque às vezes somos agressivos ou nos refugiamos na bebida ou não queremos ver e falar com ninguém. Cada um tem uma válvula de escape, um lugar escuro pra se esconder dessa humilhação toda. É muito duro ser pisado todo dia e aí nós ainda tem que ser pisado sorrindo. É como o João Grande mesmo diz: é muito ruim ser discriminado, é horrível poxa. Tudo aperta o start pra nós, é muito ruim você ficar depressivo e você já saber que vai beber e vai passar aquele momento, entendeu. Aí você num tá nem ligando se a pessoa tá te discriminando ou não, se você tá sujo, tá limpo. Esquece da saudade, esquece de tudo, só vai pensar no próximo gole e vamos ver o que vai ser amanhã. A gente reza pra Deus todos os dias, pra dá saúde pra nós, assim a gente não vai precisa do favor de ninguém, não vai perder o nosso canto na rua de dormir porque teve que ficar no hospital. Quem não quer ter saúde? Ter saúde é ter qualidade de vida né. Um corpo bem alimentado, a bactéria vem, mas ela não vence. Saúde é bem estar. É brincar com seu filho na pracinha. É acordar bem disposto de manhã, é ser feliz. Ter saúde é ser feliz. Quem não quer ser feliz né mesmo!? Engraçado que o Pirulito num pensa em felicidade quando se fala de saúde. Quando pensa em saúde ele pensa em sofrimento, assim, que às vezes você num pode nem morrer porque não dá, é complicado falar essas coisas no Brasil.

Parece que nem direito de morrer nós tem. Dizem que num papel chamado Constituição está escrito que tem direito a moradia, saúde e educação. Cadê? Se nem no abrigo a gente consegue entrar, muitos não querem mesmo, é opção, mas vários aí querem poxa, querem sair, ter uma oportunidade. O Querido de Deus ficou bravo quando vieram falar sobre direito à saúde com ele: eu entrei quase cego pra fazer um exame, passei pelo oftalmologista depois de quase sete meses e vem falar que eu tenho direito. Eu tenho direito a que? A Dora também foi logo falando umas verdades: aqui a gente não tem direito nenhum. Assim, eu vejo muitos, muitas unidades que você vai recorrer a esse direito e você acaba se lascando com a porta batendo na cara. Eu sei que é um direito meu, mas parece que o funcionário público ele tem mais direito que o próprio cidadão com a saúde dele. Porque se eles gritam com você tudo bem, mas se a gente grita com eles a gente leva um desacato. O que nós que é o direito de ser atendido, tipo assim, de ter um atendimento digno com respeito, porque somos seres humanos como todos os outros. Como o Pedro Bala mesmo diz: Eu tenho direito a ficar doente chegar ao hospital e ser bem atendido, é esse o direito que eu tenho né. Nós sabe que tem profissional que até num tem culpa né, num tem estrutura pra fazer as coisas, às vezes tá com o salário atrasado, ele tenta. De repente você quer fazer, você tem uma boa intenção é o que você gosta de fazer, mas você não tem armas pra fazer aquilo. Você tem que arrumar um jeito de enrolar. Assim, tenho que dá um jeito de deixar ele contente aqui, entendeu. Porque o seguinte, não tem nada pra fazer por ele, então vou dar um sorriso aqui, vou falar pra ele tá tudo bem, dá um remedinho e falar pra ele que tá tudo certo. Nós compreende o lado do trabalhador, lá é o sustento dele, ele tá fazendo o que mandam. Mas quem entende o nosso lado? Quem vê? Quem sente a dor do morador de rua? Então, por mais que você seja ignorante, que não tenha um estudo, dá pra ver mesmo assim, sendo tolo que aquilo ali tá errado. Quer dizer que uns valem mais e outros valem menos? É uma injustiça, quando o morador de rua fica doente sofre o dobro.

Vamos dizer uma coisa pra vocês tudo, isso aí só vai mudar quando a sociedade, o governo, ver nós como humano, porque nós somos humanos. Não é porque nós tá fedido, com uma roupa surrada, com o rosto castigado, barbudo que não merecemos ser tratados com dignidade. Somos tratados pior que bicho, porque hoje em dia o bicho é tratado melhor que muita gente nesse país.

Que nem o Querido de Deus tava na calçada, no papelão, ao léu, disse que passou um poodle, um cachorrinho com uma roupinha perto, cheirosinho, latindo. Aí olhei pra aquele cachorro assim, com o dono puxando ele pela coleira, e refleti: Quem é o animal aqui? Sou eu ou é esse bicho? Né! Quem que é o animal aqui? Sabe. Quantos de nós da rua já num teve esse pensamento? Não por estar na rua, mas pelo tratamento que a maioria das pessoas dá pra nós. A maioria das vezes, elas passam e fingem que não tão vendo nós, mas em outras vezes elas enxergam nós e quando isso acontece elas querem tirar a gente das vistas delas porque a pobreza é feia. Olha, morador de rua, pobre ou necessitado é gente, é ser humano. Somos todos do mesmo planeta chamado Terra e todos nós somos humanos. Porque é isso que Deus quer de nós, é isso que a gente enquanto humano tem que ser. Achar no outro a sua humanidade ou fazer com que o outro perceba a sua humanidade, porque às vezes você tá em situação de rua e parece que perde a sua característica de humano. Você é o mendigo, você é o maloqueiro, você é o psico, você é isso, você é aquilo. Na verdade você não deixa de ser humano, ou seja, o tratamento das outras pessoas faz com que você questione e se sinta um bicho, um não humano né. Sabe não te olham como humano, te olham como... Rotula né, estigmatiza, fala que você é isso, você é aquilo. Na verdade independente de tudo isso, você é HUMANO. Você às vezes, no silêncio tá gritando socorro. No silêncio ninguém te ouve, ninguém te enxerga você é o famoso invisível!!

4.3 Discussão

A validação da narrativa pelos participantes desse processo se deu em três encontros pela complexidade de reunir todos em um só momento, o que era inicialmente proposto como grupo hermenêutico (ONOCKO; FURTADO, 2006), sendo muito bem recebido por eles o formato, conteúdo e os novos nomes.

A discussão sobre a percepção da saúde pelos próprios sujeitos ou relativa, exclusivamente, à saúde dessas pessoas, aparece de modo mais tímido na produção do conhecimento. Em sua maior parte discorrem sobre a concepção de políticas públicas a esse segmento, seus direitos, seu modo e estratégias de vida, sua caracterização. A temática saúde, geralmente, aparece na literatura como parte do escopo de direitos e/ ou política pública, não havendo um maior aprofundamento.

Algumas produções como de Silva *et al.* (2018), Paiva *et al.* (2016), Barata *et al.* (2015) e Halpern (2017) deram ênfase a escassez de reflexões voltadas a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença das pessoas em situação de rua. Abordaram a importância do reconhecimento de questões dificultadoras de novas abordagens junto a esse grupo — preconceitos, despreparo dos profissionais da área da saúde, estigma, desarticulação das redes de serviço, ações assistencialistas e medicalizantes (PIMENTEL, 2019).

O morar nas ruas está associado a inúmeras vulnerabilidades, devido aos aspectos que se apresentam no cotidiano dessas pessoas. Essa população está exposta a múltiplos fatores, sejam sociais, econômicos, políticos ou sociais. São submetidos cotidianamente, a violência do próprio Estado através de práticas de limpeza, tomada de seus pertences, seus filhos, documentos, cobertores, dificultando sua existência e intensificando ainda mais sua vulnerabilidade.

Nesse sentido, Paiva *et al.* (2016) aborda sobre a crucial urgência em descortinar as vivências destes sujeitos, suas reais necessidades, os motivos de sua ida as ruas, saber quem são e compreender a complexidade do seu processo saúde doença; para a construção de um modelo de atenção que se apresente empiricamente universal, equânime e integral. Dentro desta perspectiva, alguns textos que serviram de base para construção deste estudo, enfatizam a importância do delineamento de uma Política de Saúde que vá ao território onde a população em situação de rua está inserida (PIMENTEL, 2019).

É preciso compreender a sociedade para interpretar as formas simbólicas que esta produz. As imagens são produzidas pelo trabalho humano, são produto deste que está inserido em determinado contexto social, em uma sociedade específica, referem-se ao modo de produção e relações de classe onde estes homens estão inseridos.

A premissa a partir das dimensões do racismo e percepções históricas nos proporciona um mergulho em questões fundamentais para entendermos a construção da imagem social do negro no Brasil e das desigualdades que foram se constituindo. Existe uma construção da imagem social do negro, assim como, existe a construção de uma imagem social do pobre e das pessoas em situação de rua.

Existe um consenso na literatura a respeito da categorização da população em situação de rua, sendo a Política Nacional de Inclusão de Pessoas em Situação de Rua o principal documento a nortear esta categorização e a orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este grupo, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos. Esta população é composta majoritariamente por homens, de cor negra, com baixa escolaridade, em idade economicamente ativa. Sua ida às ruas são associadas ao desemprego, divergência

familiar, uso de álcool e/ou outras drogas (esses fatores na maior parte das vezes são indissociáveis), a maioria exerce atividade econômica informal.

É nessa complexa teia onde as categorias se inter cruzam, se embolam e por vezes passam pelo mesmo fio que se desdobram três categorias que somadas aumentam a vulnerabilidade de alguns indivíduos: pobre, negro e de rua. Partindo dessa premissa pode-se começar a entender a complexidade dos ideários que fazem girar a mola motriz da naturalização da quebra de direitos, do sofrimento e do genocídio de corpos negros. E o que o povo da rua tem a ver com todas essas questões? Eles constituem em sua maioria corpos negros, violados, violentados, naturalizados, matáveis que fazem da rua seu território subjetivo, habitado de uma outra forma que não a habitual. Carregam características rechaçadas pela maior parte da população — eles são os pretos, os pobres, eles são os de rua.

No cotidiano de trabalho na Urgência e Emergência, em muitos momentos, estes elementos se materializaram nas falas e cuidados em saúde prestados às pessoas em situação de rua. Considerando o percurso metodológico da pesquisa, a revisão da literatura, o debate com o campo, a discussão acerca do racismo e a evidenciação da voz das pessoas em situação de rua por meio da narrativa, traçou-se alguns delineamentos que se vislumbra poderem contribuir para fazer avançar o campo da interface Saúde e População em Situação de Rua.

A produção de conhecimento voltada a essa população é escassa, girando em torno do debate acerca de sua caracterização, políticas públicas, direitos, modo e estratégias de vida. Tanto a revisão da literatura quanto os resultados obtidos pela colheita de dados no campo da pesquisa constataram em relação a temática da saúde que os equipamentos de urgência e emergência por sua característica de pronto atendimento são a principal porta de entrada para o cuidado em saúde da população em situação de rua. Também revelaram, que para além das reais condições de sobrevivência e vulnerabilidade destes sujeitos, fazendo com que procurem tardiamente os serviços de saúde, alguns aspectos da organização dos serviços podem ser determinantes para desestimular a procura das pessoas em situação de rua aos equipamentos de saúde: ter que esperar por várias horas, não ter alimentação disponível no local, poder perder seu espaço de dormir, estar sujo, com mau cheiro, exigência de documentação, se identificar como pessoa que faz das ruas sua morada.

Soma-se a estes dados o fato da maior parte da população em situação de rua constituir-se de pessoas negras que sofrem cotidianamente os rebatimentos do racismo que se manifesta de diversas formas, desde comportamentos no âmbito das relações individuais, as relações estruturais e institucionalizadas; contribuindo, portanto, para a manutenção de desigualdades sociais, étnico-raciais e incidindo negativamente nos indicadores de saúde desse grupo racial.

Faz-se necessário articular a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua à Rede de Urgência e Emergência do SUS no tocante a explanação dos fatores que propiciam a reprodução do fenômeno população em situação de rua, sua caracterização, princípios e diretrizes norteadores da ação pública para este grupo, visto que umas das barreiras ao acesso desta população vai para além da organização e aparato dos serviços de saúde, passando igualmente pelo âmbito individual dos trabalhadores da Rede de Urgência e Emergência – RUE (BRASIL, 2008) que atendem a esta população.

Dentro da RUE, mesmo em seus protocolos rígidos existem normas e procedimentos que ultrapassam aspectos patologizantes, estes propõem outras perspectivas de análise e intervenções, quebram a dureza do corpo biológico, a exemplo: protocolos como o de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e o Protocolo de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU. Pode-se observar problematizações que ponderam: contexto, negociações, acolhimento, escuta, conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, desorganização da vida cotidiana, dificuldades de comunicação, estabelecimento de consensos, avaliação de ambiente, sujeitos e segurança, definição de um mediador, disponibilização de um bom encontro, ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora; identificação da emoção na cena, acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a procurando estabelecer uma relação de confiança, conciliação, acionar a rede de cuidados da pessoa que está sendo atendida, observação e avaliação de cena em que a pessoa está em situação de sofrimento, desespero e angústia, identificar e legitimar a emoção presente na cena (BRASIL, 2014, s/n).

Todas essas expressões e cuidados estão descritos em condutas do Protocolo de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU, apresentada passo a passo nos critérios de inclusão e na conduta no manejo da crise em saúde mental, autoagressão e risco de suicídio e agitação e situação de violência; subsidiando uma assistência baseada nos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, extrapolando o marco biologicista (BRASIL, 2014).

Já no protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência há uma ponderação constante sobre o acolhimento como parte da produção de saúde, seu significado, aspectos e rebatimentos nos processos de trabalho e gestão dos serviços na RUE, inclusive na classificação de risco. Expressões e frases como avaliar riscos e vulnerabilidade, estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, produção de possibilidades de vínculo e responsabilização, acesso qualificado, interação, diálogo, escuta, respeito, ambiência estão postos. Vislumbra-se o acolhimento como diretriz e dispositivo de interferência nos processos de trabalho funcionando como uma ferramenta tecno assistencial (BRASIL, 2009).

Os protocolos exemplificados mostram a possibilidade de nortear a organização dos serviços e profissionais da RUE para o acolhimento e olhar a demandas singulares, partindo da vivência de grupos vulnerabilizados, onde pode-se incluir as pessoas em situação de rua. Tais ações vão ao encontro de princípios e diretrizes da Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua que prevê esforços dos diferentes setores do Poder Público em articulação com a sociedade civil, no sentido de imprimir ações efetivas de prevenção e resgate social, inclusive para a área da saúde, destacando a equidade e o acesso universal no âmbito do SUS, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais que garantem a integralidade do cuidado em saúde a este segmento.

Fatalmente, durante esse processo, Querido de Deus (um de nossos fortes personagens) após sofrer uma queda na rua, ser levado e, em seguida liberado por duas vezes, ao pronto atendimento de Santos-SP, segundo comentários gerais, sem a realização mais cuidadosa de exames, deu entrada na UTI da Santa Casa de Misericórdia, tendo diagnóstico de traumatismo craniano vindo a falecer no dia 14 de março de 2019.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde à população em situação de rua constitui um desafio para políticas públicas pela sua alta vulnerabilidade e privação extrema dos direitos mais básicos para sua sobrevivência, faz-se urgente a aproximação dessas políticas, inclusive a de saúde, com o cotidiano e necessidades das pessoas em situação de rua, através da aproximação e conhecimento desta população a que se destina os serviços públicos. O grande desafio a ser enfrentado por gestores, trabalhadores e usuários do SUS encontra-se na transposição dos princípios, diretrizes, e aspectos ético-políticos assegurados e problematizados nas leis para o *modus operandi* do trabalho e cuidado em saúde.

Nesse sentido, é possível vislumbrar contribuições da Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua à Rede de Urgência e Emergência do SUS explicitando as diferentes dimensões do fenômeno da vida na rua, demarcando princípios e diretrizes norteadores da ação pública subsidiando a transformação das práticas de cuidado pelos trabalhadores da Rede de Urgência e Emergência – RUE (BRASIL, 2008) que atendem a esta população. Trabalhadores estes que carregam suas crenças, (pré)conceitos, sua cultura, seus valores e aspectos ético-políticos construídos na sociedade vigente. É imprescindível e célere para a efetividade do cuidado em saúde, a desconstrução do fenômeno aparente população em situação de rua. Fenômeno este que salta nossos olhos nos espaços públicos e na complexidade do atendimento e enfrentamento do cotidiano dos serviços pela expropriação

de todos os direitos básicos de sobrevivência, deixando transparecer a ida para as ruas dos sujeitos apenas e somente pela esfera individual, relegando aspectos político-econômicos, étnico-raciais e históricos da constituição e construção da nossa sociedade que incidem diretamente na produção, reprodução e exacerbação de tal fenômeno.

Não existe uma resposta fácil e pré-moldada para o sofrimento complexo desses sujeitos, já dizia uma colega da RD – para problemas complexos, soluções complexas. Contudo, acredito que atendimento humanizado e direito à saúde, elementos estes pautados nas preconizações do SUS e nos documentos voltados às políticas públicas a população em situação de rua passam pela ativação da escuta, ativação do olhar para o outro e fazer com o outro, de olhar para o racismo na vivência brasileira (que atravessa e afeta todos os âmbitos da estrutura social), passa pelo desafio concreto de criar diálogos entre nós. Nesse sentido, este estudo foi orientado desde seu início pelas questões: Para quem quero falar? Que vozes quero ouvir?

As discrepâncias e vulnerabilidades sobre a população em situação de rua restringem direitos, liberdade de escolhas e opções. Incidem no processo de viver e morrer desse grupo, nos rebatimentos da doença, prevenção ou proteção de seus agravos. Estas constatações estão descritas em cada palavra na colheita de dados feita com o povo da rua (posteriormente transformada em uma única narrativa), a denúncia parte deles, dessas vozes geralmente e recorrentemente veladas. Trancafiadas por detrás de roupas esfarrapadas, odores fortes, barba, cabelos a fazer, sujeira que parece, muitas das vezes, recobrir o eu; mas não se preocupe porque eles falam e não se calam; mesmo que pelo enfrentamento, pelo sofrimento, pela resistência num primeiro encontro. De um jeito ou de outro, de outro ou de jeito e nesse caminhar vão ressignificando a vida, amando, chorando, sofrendo, sorrindo aí por essas ruas. Porque isso é sobre viver, isso é sobreviver.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1248-1261, out./dez. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-733029>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, p. 219-232, abr./jun. 2015. (supl.1). Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749895>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências /Coordenação Geral da Força Nacional do SUS. **Protocolo de Suporte de Vida Avançado**. SAMU 192. Brasília, DF. 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado2016.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília: MDS. Novembro 2005.

CASTELLS, R. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

DIÁRIO OFICIAL DE SANTOS, **Número 6084, Ano XXV, de 20 de fevereiro de 2014**. p. 40. CENSO da população de rua ajuda Seas a melhorar serviços. Dados constam no Diário Oficial da Cidade de Santos no endereço eletrônico: <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2014-02-20>

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

HALPERN, S. C. *et al.* Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de *crack* de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 33, n. 6, p. e00037517, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-889683>. Acesso em: 8 nov. 2018

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto para discussão. Brasília, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2018.

PAIVA, I. K. S *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-792968>. Acesso em: 8 nov. 2018.

PIMENTEL, I. C. O. B. **O famoso invisível: percepção da população em situação de rua do atendimento em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde.** 2019. 171p. Dissertação (Mestrado – Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019. Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/baixada_santista_teses/097_bx_dissertacao_izabel_pimentel.pdf.

SADE, C. *et al.* O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 18, p. 2813-2824, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>.

SILVA, P. N.; MARTINS, G. I.; HELLER, L. “A gente tem acesso de favores, né?” A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 34, n. 3, p. e00024017, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-889906>. Acesso em: 8 nov. 2018.

VINUTO, J. A amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: Um Debate em Aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156πd=S1413-8123201000050000200043&lng=pt. Acesso em: 16 ago. 2017.

MULHERES COM FILHO(A) DEFICIENTE RECEPTORA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC

Valdecir Rosa Martins
Assistente Social
Prefeitura Municipal de Santos
Santos – SP

Ana Rojas Acosta
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Este trabalho é fruto de pesquisa de mestrado realizada junto a mulheres mães de criança ou adolescente com deficiência, em idade escolar, que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), onde se buscou saber da concepção de família, do acesso às políticas públicas e da rede de apoio: amigos e vizinhança. O objeto deste estudo procurou identificar a rede de relações das mulheres. Pesquisa de abordagem qualitativa, com interpretação dos dados efetivada pela análise de conteúdo da temática. A premissa motivadora do estudo foi que as mulheres investigadas pautavam suas relações no cuidado com os filhos. Dos achados registra-se mulheres que sofrem na tarefa de cuidar de sua prole, na maioria das vezes, constituídas em famílias monoparentais com chefias femininas, com pouco ou nenhum acesso ao trabalho e renda formal.

Palavras chaves: Deficiência, Família e Mulher.

1 INTRODUÇÃO

Por que existem uns felizes, e outros que sofrem tanto?

Leandro Gomes de Barros

A pesquisa que se constituiu na dissertação de mestrado “Mães e o Benefício de Prestação Continuada (BPC): Experiência em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Santos” traz a luz alguns dos achados que, ora socializamos neste artigo, cujo desafio foi conhecer a realidade de mulheres/mães de crianças ou adolescentes deficientes.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, cuja interpretação dos achados de campo foi efetivada pela análise de conteúdo da temática. Neste recorte trazemos para reflexão fragmentos do conteúdo de nove entrevistas efetivadas com mulheres/mães, abordando aspectos relevantes como: o conceito de família, as políticas públicas utilizadas e o acesso a trabalho e renda pelas mulheres.

O objeto em estudo se constituiu na identificação da rede de relações das mulheres/mães que recebem o BPC do filho deficiente. A premissa inicial é que essas mulheres pautam suas relações na prioridade aos cuidados do filho(a) deficiente, deixando em segundo plano os cuidados consigo mesmas.

Teixeira (2016, p. 39) apresenta as mulheres que acessam o CRAS como interlocutoras de seus “conflitos, sofrimento, sobrecargas e sentimento de impotência, dentre outras formas de impactos das necessidades não satisfeitas por uma sociedade excludente e desigual nas relações familiares”.

Nessa linha, Martins (2018, p. 247) afirma que a pesquisa revelou uma “mulher desempregada, com baixa formação escolar e ausência de formação profissional, predominantemente paulista, parda e branca, na faixa etária entre 31 e 50 anos, com dois ou três filhos, sendo um deficiente”.

Mulheres que habitam um território marcado pelo empobrecimento, vivenciado na busca pela sobrevivência que perpassam no não acesso a trabalho/renda, nas insalubres e precárias condições de moradia que constituem suas habitações. Assim, a vida neste território é privada do acesso a bens e serviços, mesmo na proximidade deste, não os acessam pela inexistência de possibilidades e oportunidades.

Trata-se de território vivo, mas vivido e acessado de formas diferentes; é neste bojo que as interlocutoras do estudo permitiram a nossa aproximação, na perspectiva de revelar essa realidade vivenciada em suas particularidades.

Nesse sentido, Minayo (2016, p. 13) refere que “nas Ciências Sociais existe uma identidade entre sujeito e objeto [...], a visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento”, assim nos revelamos no encontro com as interlocutoras.

Na atual conjuntura de retrocessos de direitos e incapacidade do Estado em financiar políticas públicas a temática das famílias que estão acometidas pela pobreza, referenciadas no CRAS, com filho(a) deficiente e acessando o BPC, se torna relevante e atual, pois esse se constitui no custeio da sobrevivência das famílias e garantia dos mínimos necessários.

Apresentamos na sequência fragmentos teóricos do conceito de deficiência para acesso ao BPC; revelamos essa realidade nas palavras das interlocutoras quanto a concepção de família e suas relações; as políticas públicas acessadas; trabalho/renda da mulher e rede de apoio. Por fim, dialogamos com os achados de campo na tentativa de compreender essas mulheres/mães, cuja sociedade lhe atribui o dever de cuidar de si e da prole, a luz de seus próprios relatos.

2 CONCEITO DE DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO BPC

A concepção de deficiência para fins de acesso a direitos sociais e atualmente ao BPC sofreu transformações que Diniz (2007, p. 09) trata como “conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente”. A autora (p. 15) dialoga com a concepção biomédica que considera a deficiência como “consequência natural da lesão em um corpo” e o contraponto de um grupo de sociólogos que concebe a deficiência como resultado “do ambiente social hostil à diversidade física”. Adiante na mesma obra (p. 19) Diniz *et al.* trata a deficiência como conceito político, pois “todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social”. Portanto, no modelo biomédico oferta-se cuidados em saúde e no modelo social oferta-se políticas públicas de acessibilidade.

Para Santos (2010, p. 176-177) tratando do BPC (ofertado a pessoas com deficiência desde 1996) define deficiência como “impedimentos corporais considerados como [...] incapacitantes para o trabalho e a vida independente”, tendo atribuição de efetivar essa avaliação os médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de acordo com disposto na Lei-Organica de Assistência Social – LOAS e nas normativas específicas do BPC que

[...] em 2007, [...] adotou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS), como parâmetro para avaliar as deficiências a serem protegidas pelo benefício assistencial. A CIF busca agregar a perspectiva sociológica sobre a deficiência, que passou a compreendê-la como desigualdade social e não mais apenas como questão biomédica.

Em 2015 a lei nº13.146 no seu artigo 2º, conceitua deficiência para fins de acesso aos direitos sociais, entre eles o benefício socioassistencial BPC e prescreve que “a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial”, considerando

[...] pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Parágrafo 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III – a limitação no desempenho de atividades; e IV – a restrição de participação (BRASIL, 2015).

Para Diniz *et al.* (2006, p. 82) quando analisa os manuais normativos de acesso ao BPC e as leis que os regulamentam, constata que, para a política social, deficiência passou de “uma tragédia individual para uma questão de justiça social”. Continua a autora (p. 83) afirmando que, nos casos de deficiência, apenas as famílias em extrema pobreza em que há uma pessoa “classificada” com incapacidade para “a vida independente e para o trabalho” podem acessar o BPC. Desta forma, as famílias que acessam o BPC estão em vulnerabilidade e risco, econômico, social e afetivo, e as mulheres/mães na predominância dos casos estão fora do mercado de trabalho formal.

Para continuar discorrendo sobre o BPC, recorreremos a Santos (2011, p. 788) que em revisão teórica, aponta que o conceito de atribuição de cuidado e proteção, se transferiu “do campo da benevolência ou atribuições familiares para o campo da garantia de direitos fundamentais” e, em sua pesquisa, Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? (p. 790), relata que encontrou três achados:

(1) o BPC se configura como mecanismo de segurança de renda e garante o consumo de bens básicos de alimentação, tratamentos de saúde e gastos com moradia dos deficientes e suas famílias; (2) as pessoas deficientes relacionaram a concessão do benefício com o aumento da independência social e financeira delas em relação às suas famílias, contribuindo para a ampliação das noções de autonomia e cidadania; (3) o BPC é um instrumento capaz de proteger os beneficiados e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza, desemprego e emprego informal.

Tratando do BPC acessado por crianças/adolescentes, Sochaczewski *et al.* (2013, p. 152) revela que elas representam 40% dos deficientes que recebem o BPC, destes 54% se encontram fora do sistema escolar e 39% destas famílias usam os serviços ofertados no CRAS. A pesquisa que ora revisitamos, buscou conhecer as famílias representadas nos 39% que acessam o CRAS.

3 DOS ACHADOS DE CAMPO

Para saber como a referência familiar reconhece sua família, as relações intrafamiliares e com a rede de apoio social e institucional, utilizou-se de instrumento de coleta de dados com questões abertas e fechadas na perspectiva de chegar ao olhar da mulher. Desta forma, encontramos uma família em rede, empobrecida, com dificuldades socioeconômicas de sobrevivência; uma mulher sem formação ou escolaridade adequada aos tempos atuais, que está fora ou tem dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal. Isto é, que possui atribuições de cuidar do filho(a) deficiente e lidar com a exclusão que perpassa o acesso limitado.

3.1 A concepção de família e suas relações

Quanto à definição de família, as respostas das entrevistadas 4, 5 e 9 relatam que se trata de famílias empobrecidas, pois, “somos pobres, pequenos e unidos” (E4). Refere-se à família com carinho quando diz que, a “[família é] um pedacinho da gente” (E5) e aponta para uma família com as relações sociais fragilizadas ao afirmar que, “eu consegui construir uma família e que não está bem no momento. Mas, eu vou conseguir continuar porque eu tenho, eu tenho ideais” (E9).

Com relação à composição, encontramos nas respostas das entrevistadas (3 e 4) uma família extensa e em rede, pois consideram amigos e conhecidos como da família. Família como um grupo de convívio, família que alterna entre momentos felizes e tristes, caracterizada por um grupo que se ajuda.

Eu ainda tenho, tenho seis filhos, moram cinco comigo e um dia a gente chora, um dia a gente tá feliz, outra hora tá triste, tá desesperado (E3).

Porque família, se junta como um grupo, pai, mãe, irmã, amigos, até pessoas que você conhece, [como] se fosse família, porque na vida [se] faz parte de um grupo, mas família é tudo e a paz [...] (E4).

O discurso em relação ao filho traduz a luta da família frente às necessidades materiais da vida, manifesta os cuidados por parte de toda família e identifica-se uma relação de afeto e integração do filho com deficiência na rotina da família. Conforme podemos apreciar na fala da entrevistada (4) sobre o filho com deficiência:

A minha família adora ele. Ele é um anjo, mais que especial. [...] A minha família ama meu filho, [ele] é amado por todo mundo. Por todos da família. Os primos, todo mundo aceita [...]. Onde a gente vai, ele não fica separado, ele vai pra tudo quanto é lugar. Ele já andou de jumento, de jegue, de escuna, de avião, tudo que você imaginar. Ele participa das coisas (E4).

O preconceito perpassa à família e emerge como autodefesa, quando a entrevistada (4) afirma que “deficiente são as pessoas, o preconceito das pessoas. Independente se é deficiente ou não [...], o país é deficiente [...] a vida é deficiente [...] Não é só física!” (E4). Questionando as estruturas e as ofertas insuficientes de bens e serviços públicos para as famílias que acessam as políticas públicas, principalmente as políticas sociais.

Capta-se fragmentos do convívio social e local de moradia em uma das respostas das entrevistadas 6 que diz: “lá, lá não prestava pra mim não. Criar meu filho lá e aqui tava fechado, [...] lá morava num quatinho. Um som alto, todo mundo gritando” (E6). Refere-se a região central da Cidade onde morava, em uma das moradias típicas desta região, quartos pequenos em habitações coletivas. Mas, agora ela conseguiu uma moradia diferente, em outra região da cidade, com os recursos do BPC.

A pesquisa revela o papel da mulher/mãe nas famílias empobrecidas, uma mulher chamada a levar os filhos à escola, a participar das reuniões escolares, acompanhar os filhos nas consultas médicas e vacinas; ser a referência aos programas de transferência condicionada de renda e estar nos serviços de assistência participando das oficinas. É esta mulher: mãe, esposa, trabalhadora, provedora do lar, cuidadora dos filhos, referência para os serviços que emerge nas palavras da entrevistada 9.

Às vezes o final é um pouco trágico, mais quem fica segurando mesmo é [a mulher] quem vai continuar, como se diz, é, cuidando da família e dando [conta de] tudo que a família precisa, que é o meu caso. Eu vou conseguir levar isso adiante e cuidar da minha família (E9).

Apoiamo-nos no referencial simbólico que a mulher é responsável pela casa e o homem pela família, pois em nossa sociedade o cuidado é atribuição do feminino. Portanto, não por opção, mas por consequência, as mulheres desta pesquisa, em sua maioria são as responsáveis/provedoras dos seus lares, cuidando dos filhos, visto que há uma ausência considerável da figura masculina na composição da família e no discurso das mulheres.

3.2 As políticas públicas acessadas

Quanto as políticas públicas constatamos que a **política de saúde** sofre duras críticas de uma das entrevistadas (4) e relatos positivos por parte de algumas delas. As citações abaixo revelam as dificuldades das mulheres em acessar o acompanhamento preventivo e apresentam relatos de acesso à alta complexidade.

O ginecologista é coisa que é podre (Risos), não tem nem vaga. Cê não se trata direito, não tem nem vaga e quando tem, tem que aproveitar a oportunidade, porque o AME dentro da saúde de Santos, é uma porcaria, é um lixo (E4).

Eu tô sempre acompanhando com médico lá no Guilherme Álvaro [...]. É, quando tá doente vai, mesmo quando não tá também, tem que aparecer. Fazer exame [...] pra saber se tá tudo bem (E2).

Quanto ao **atendimento dos filhos**, há tratamentos fora da cidade em municípios maiores e manifestação de satisfação pelo serviço ofertado no município de moradia. A entrevistada 2 revela claramente a priorização dos cuidados com os filhos em detrimento dos cuidados consigo mesma; já a entrevistada 4 revela sua satisfação com o serviço ofertado no domicílio.

Semana que vem, eu tenho que ir lá, pra São Bernardo do Campo com menino. A depois quando eu chegar, lá pra três horas, se der tempo, eu vou no meu. Vou tentar ver se dá tempo nem que eu chegar lá por último, por que o médico chega três horas, mas só que tem bastante gente (E2).

Agora o atendimento da pessoa com necessidades especiais, eles tão de parabéns [...], que a médica vai lá, doutora [...], uma vez cada três meses, mas ela vai. E eles vão lá, tira sangue. Isso daí eu num, não posso reclamar (E4).

Buscou-se identificar os **serviços e a frequência** que são utilizados. Novamente há prioridade em falar das ofertas aos filhos e encontramos atendimentos de alta complexidade ofertados por hospitais de grande porte, bem como preocupação com o recebimento de medicamentos e o uso da rede básica de saúde. Vejamos o que dizem as entrevistadas 3 e 5.

Tem mês que vai dois, três vez por mês. O remédio também a gente, [...] pega pelo, no governo né, que dá o remédio. Que quando, ela toma remédio é, como

é que é, a gente tenta [pega] no Alto Custo. Então [...] a gente consegue o remédio, pelo estado né. Lá em São Paulo (E3).

O [menino] passa em [...] depende, agora ele tá passando de dois em dois meses, de três em três meses, lá no, do governo [...]. O hospital, o Guilherme Álvaro que ele passa. Usa a policlínica também né (E5).

Emergem nas palavras das entrevistadas 4 e 9 os vínculos relacionais estabelecidos com os profissionais de saúde que acreditamos influenciar as avaliações positivas, possibilitando a interpretação que essas mulheres não compreendem a saúde como um direito e sim como uma benesse que elas conseguem por possuir laços de amizade com os profissionais.

Tem profissionais da saúde que eu conheço que são maravilhosos, só que eles não faz milagre, milagre é Deus. Tem pessoas da saúde que eu conheço há anos, que eu posso até [...], não posso falar o nome porque é ruim, mas tem pessoas que é [...], tenta segurar, não sei nem explicar, a dificuldade de um de um profissional (E4).

Mais, sempre tem alguém ligado à área da saúde que eu tenho uma amizade, assim, um convívio mais próximo e que tá sempre me dando um apoio [...]. As dificuldades, as barreiras que ele tem são é, [...] a saúde tá oferecendo apoio pra essas crianças (E9).

Quanto à política **pública de educação**, os relatos sobre a escola parecem revelar um espaço de cuidados, pois, não há menções sobre o processo de aprendizagem, mas um saudosismo da escola antiga, uma escola onde o filho pudesse ficar o dia todo. Esses desejos emergem das palavras das entrevistadas 3 e 4.

A escola né, as crianças estudam, e vão todos os dias pra escola. Tem dia que não dá pra ir, se atrapalha toda, não dá pra ir, mas tá lá (E3);

Que nem o professor, [...] é uma, [...] categoria, é, que antigamente era muito valorizada, você aprendia, não nessa época, época atrás do nossos [...], que eles aprendiam batendo na mão, tem que apanhar pra aprender (E4).

A entrevistada 9 efetua uma comparação entre o atendimento ofertado no município por uma terceirizada e no Estado, efetivando críticas às condições de trabalho do município e ressaltando o empenho de profissionais comprometidos com o trabalho.

Meu filho, com síndrome de down, ele foi atendido pela APAEA, depois ele foi atendido, agora pela Lucy Montoro [...], a APAEA é da prefeitura, e a Lucy Montoro é da, do estadual. Então tipo assim, você vê a diferença da prefeitura, que não tem muita coisa a oferecer e já no estadual, é bem melhor. Entendeu? As pessoas são mais capacitadas, as pessoas têm mais, assim, parece que [tem] mais vontade mesmo de trabalhar, porque também tem tudo ali oferecendo pra poder fazer o serviço que é, que tá sendo oferecido (E9).

Ampliando o olhar encontramos uma família que se apoia na Igreja, da qual recebe auxílio material, conforme refere a entrevistada 3; quanto as Organizações Não-Governamentais (ONG), do Terceiro Setor, as entrevistadas 5 e 6 afirmam que são rede de apoio para família.

O pessoal da igreja, que vem lá em casa, vai rezar, reza por ela né. Que já conhece a gente já, de outras lutas, desde o começo quando eu tinha [...], os filhos eram menorzinhos. Eles já me ajudaram muito. E depois que souberam assim da, da situação dela [deficiente], aí eles ainda dão uma força (E3).

É o [filho] já estudou, agora ele tá no Nurex ali né, mas ali tem ajuda também né. O Nurex acho que tem [ajuda] da prefeitura também (E5).

A AME, que ela estudou, sete anos [...], lá com coisa [doença] mental de cabeça. Ela estudou sete anos e a perua levava e trazia (E6).

A sociedade civil organizada contribui com os cuidados ofertados às famílias, principalmente às crianças, desenvolvendo ações complementares à escola, bem como as igrejas, que ofertam auxílio material, assistencial e conforto espiritual, parte importante que pouco aparece no discurso das mulheres.

Indagou-se sobre a avaliação que as entrevistadas fazem dos serviços ofertados e verificaram-se ponderações sobre a política de saúde. As entrevistadas 1, 3 e 4, constataram sobre a predominância de menções negativas tais como a demora no atendimento, a ausência de médicos, a falta de equipamentos, a má conservação dos prédios, o despreparo de profissionais e a qualidade do serviço ofertado, por exemplo.

Se for coisa grave sim, mas se não for, é quase seis meses pra esperar. Aquele hospital tá uma tragédia né, desculpa eu falar, mas tá uma tragédia (E1).

Os médicos aqui [...] num, tem médico aqui em Santos que não tá preparado ainda pro [...] porque eu já passei esse sufoco, dela ficar ruim, doente e ter que ir pra [...], ficar internada uns dias e os médicos não saber o que dá pra ela com medo (E3).

Eu posso falar do Naps. Hoje tá ótimo, uma casa lá no [...] no Orquidário, tá maravilhosa, mas antigamente que era coisa de, tinha até choque [nos fios de] energias na casa caindo aos pedaços. Tendeu? [...]. Tem um atendimento bom, mas tem que melhorar, coisa porque tu passa um mês pra conseguir uma consulta. É o, serviço é lerdo mesmo (E4).

A entrevistada 4 pondera quanto aos processos e fluxo dos recursos e a inexistência de condições adequadas de trabalho, compreendendo a saúde como direito.

Que nem eu falo, e a culpa não é das unidades não, tanto a policlínica, é tem uns ótimos profissionais sim, mas não tá adequado, às vezes não tem nem seringa no negócio, agora tem assim que seja, mas a culpa de quem que é? Das verbas? Vem verba, vem e tá onde? Aonde tá a verba do nosso país? Da nossa saúde [...] tá nas calçadas? Da praia, na orla? Tá no bolso do [...] ? (pausa) A saúde pública de Santos é como? Inventaram UPA pra que? Não tem médico. E a fila continua (E4).

Nesta questão, percebe-se uma mulher preocupada com sua prole, que dedica grande parte do seu tempo aos cuidados com os filhos, recebendo uma oferta precária de serviços, tendo que buscar fora do município serviços de alta complexidade e cujo custeio deveria ser de responsabilidade do município, porém isso não consta do registro de respostas neste estudo. Há relatos de frequência a unidades de saúde mental e a precária oferta de saúde ginecológica, o que nos induz a interpretar que esta mulher não tem cuidados para si e está com adoecimento mental, em razão de que a oferta de atendimento psicológico está ausente nas declarações das mulheres/mães ouvidas nesta pesquisa.

3.3 Trabalho/renda da mulher e a rede de apoio

O desemprego aparece disfarçado de crítica, pois, afirma a entrevistada 2 que muitos não trabalham por estarem acomodados, mas refere-se ao trabalho como *bico* e mercado informal. A entrevistada 4 trata das dificuldades de sobrevivência das famílias empobrecidas, do trabalho informal desenvolvido como forma de conseguir renda, tal como a entrevistada (6) aponta o trabalho do filho adolescente como alternativa à não empregabilidade.

Porque o desemprego tá demais, não tem emprego. Mas também, tem uns que é mal folgado, que tem emprego sim, é porque não quer trabalhar. Tem uns que é. Se acomoda, fica acomodado. Tem assim, tá difícil tá, mas procura pra tu vê se num acha um biquinho. Porque toda vida eu trabalhei, registrada. Toda vida eu trabalhei (E2).

A minha renda, juntando a minha renda, do meu marido, é a gente tamo tentando vê o que a gente faz, porque eu não ganho ruim não, mas não dá. Eu não ganho ruim gente, mas não dá. Se você botar na ponta do lápis, não é falta de administração, é que não dá pra você juntar [passar] o mês (E4).

Meu fio [filho] trabalha, faz bico lá no CAMPS. Mas não é registrado em nada (E6).

As entrevistadas 3, 5 e 9 apontam como impeditivo para acesso ao trabalho a baixa ou inexistência de formação/qualificação e entrevistada (5) relata também a falta de experiência.

É que [...] estudo né. A gente não tem estudo, [...] isso que é minha briga lá em casa com minhas filhas. Tem que estudar, tem que estudar (E3).

Não tem [...] e tem que ter curso né, ter experiência. Eu tenho vontade de trabalhar né (E5).

Acho que é, é qualificação mesmo. Tanto no grau de escolaridade, quanto até um curso que você não conseguiu fazer (E9).

Abordasse também, neste estudo sobre as justificativas que ter filho com deficiência impede o acesso ao mercado de trabalho, como as entrevistadas 2 e 3 relacionam o não acesso

ao trabalho formal por “[...] medo assim deu arrumar emprego registrada e cortar [BPC]” (E2), pois “se eu arrumar emprego, eu perco o Loas [BPC]” (E3), ou seja, já a entrevistada (4) é categórica em afirmar, “eu não posso ser registrada. Porque senão eu perco, BPC” (E4).

Há também as justificativas nos cuidados com os filhos para não acessar o mercado de trabalho, pois como relatam as entrevistadas 7 e 8 “eu não tô vivendo, eu vivendo pra mim. Tô vivendo pra ele [filho]” (E7), uma vez que, o “meu filho necessita de mim” (E8).

Registramos relato de trabalho anterior ao nascimento do filho deficiente, nas palavras da entrevistada (9) que, assim se expressa: “até antes de ter o meu filho que tem síndrome de *down*. Eu trabalhava na época. Aí sai e não voltei mais. Não, consegui mais um emprego fixo” (E9).

O BPC, portanto, constitui a principal renda da família. O perfil da mulher deste estudo é daquela que se encontra fora do mercado formal de trabalho e que por medo de perder o BPC, por não possuir formação ou pelo tempo que dedica aos cuidados com o filho(a) deficiente o tornam impeditivos da busca de outro tipo de renda.

Ampliando para a rede de apoio à mulher, identificamos dificuldades que essas mulheres vivenciam na tarefa de cuidar de um filho deficiente, manifestação registrada no relato da entrevistada 4 que afirma “sabe que é difícil” e das entrevistadas 5 e 6 “é muito difícil”, também expresso na fala da entrevistada 9 que diz, “a gente vive dia após dia, nas dificuldades [...] [e] você acorda, dorme, pensando no que você vai fazer pelos seus”, são relatos que reafirmam a opção destas mulheres pelo cuidados com os filhos, tal qual, o relato da entrevista 6 e 9.

Ah pra mim é muito difícil. Não posso sair pra canto nenhum, não posso ficar doente. Que só quem cuida dela sou eu, tendeu? (E6).

A gente vive dia após dia, nas dificuldades, enfrentando, as barreiras que, que vem desde a saúde e outros serviços públicos, né. É isso [...]. Você acorda, dorme, pensando no que você vai fazer pelos seus (E9).

Por outro lado, a rede de vizinhança pode se constituir em uma rede de apoio composta por vizinhos e pessoas de fora da família. As entrevistadas efetivaram ponderações sobre os vizinhos e sobre os de fora da família que demonstram apoio quanto as necessidades diárias de sobrevivência.

Temos afirmativas como as das entrevistadas 1, 2 e 6 que “vizinhos ajudam, não vou dizer que não. Tem vizinhos que ajudam em alimentação” (E1), pois “quando ela pode me ajudar” (E2). Solidariedade de vizinhança é reafirmada pela entrevistada 6 que relata, “todo fim de semana me dá um pacote de batata, dá um pacote de brócolis, dá um pacote de arroz” (E6).

Aqui emerge junto aos relatos da solidariedade de vizinhança e uma crítica à ausência dos familiares, apontado nas entrevistadas 2, 5, 6 e 9, pois segundo os relatos destacados, pode-se identificar que “mas, antes os outros de fora ajudar, do que os da família” (E2), bem como “às vezes as pessoas estranhas ajudam mais que a família” (E5), ou seja, “os de fora mais ajuda [que] um monte [da família]” (E6). Já a entrevistada 9 chama para si ao afirmar que “a gente considera as vezes, mais as pessoas de fora do que as de dentro [da família]” (E9).

Finalizado os trechos destacados das entrevistas, podemos afirmar que ao longo da análise os relatos das interlocutoras revelam uma família submetida ao sofrimento, demonstrando-se impotente e sobrecarregada, frente às dificuldades da exclusão e das necessidades não satisfeitas por uma sociedade capitalista desigual e excludente.

Encontramos uma mulher sozinha e sobrecarregada que, sofre frente à impotência de cuidar de sua prole; as tarefas ligadas à sobrevivência consomem seu tempo, pois, nesta tarefa pouco contribui o companheiro ou pai de seus filhos e, todavia, na sua maioria são mulheres com pouco ou nenhum acesso a trabalho. Para essas mulheres, lutar por sobrevivência é a mola que impulsiona suas vidas.

4 DIALOGO COM OS ACHADOS DE CAMPO

Diante a necessidade de encerrar o percurso, e das imposições da materialização da vida a que todos estamos submetidos, encontramos uma família em situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza e das necessidades materiais de sobrevivência minimizados pelo BPC. Ainda verificamos as vulnerabilidades relacionais às quais estão expostas as mulheres por pautarem suas relações em função a dos filhos.

Nesse sentido, consideramos que essas mulheres se encontram fragilizadas diante das dificuldades em viver com filho deficiente que recebe o BPC.

Os achados de campo, nestes recortes abordados, revelam uma família extensa e em rede que considera uma amplitude de integrantes, tais como, vizinhos, amigos e até conhecidos são considerados da família. Contudo, encontramos predominância de famílias monoparentais, chefiadas por mulheres.

Quanto à realidade vivenciada por essas mulheres, há relatos do referencial simbólico que a casa e a família são deveres da mulher, cabendo a ela manter a família unida como grupo e cuidar para que todos estejam bem, principalmente os filhos. Entretanto, o feminino vivencia a ausência do masculino nestes deveres familiares, pois elas na maioria vivem sem um companheiro.

A família beneficiária do BPC, se revela excluída dos bens produzidos socialmente, apresenta-se em sofrimento, sobrecarregada e impotente; não nos parece que o BPC e as políticas públicas têm atendido às necessidades destas famílias que vivenciam uma sociedade desigual e excludente.

Por outro lado, ao não possuírem formação escolar e ou profissionalizante tendo dificuldades de empregabilidade e medo de perder o BPC, razão pela qual ficam desempregadas ou com subempregos.

A família é constituída por redes de relações em que os sujeitos se movem por necessidades de sobrevivência e laços de afetividade; submetem-se ao auxílio de familiares, amigos e vizinhança e também se inclui neste bojo as ofertas das políticas sociais, neste recorte excluída a assistência social, das quais as mais lembradas por essas famílias é Saúde, seguida da Educação.

Nesta perspectiva a mulher responsável pela unidade familiar, visto que, o companheiro não aparece no seu discurso, retrata a sua condição como trágica, pois sozinha continua cuidando da família e do filho deficiente, possuindo como única renda o BPC. Essa mulher se revela cuidadora do filho deficiente, pois vive em função deste. Quando demos voz a estas mulheres, relataram sua indignação e sofrimento na trajetória de exclusão, condição típica de uma sociedade capitalista que traduz a exclusão vivenciada.

Frente à árdua tarefa de ser mulher em uma sociedade machista, agravada por ser mãe de criança/adolescente deficiente, o que tornar-se impeditivo de acesso ao mercado de trabalho. Desta forma, acessa o BPC como forma de garantia de renda para a família. Contudo, a proteção da família se torna ausência de proteção para mulher, pois a retira do mercado formal de trabalho, privando-a da proteção da seguridade social, visto que, não tem acesso às proteções sociais advindas do ingresso ao mercado formal de trabalho.

Para essa mulher cuidadora do deficiente, remunerada pelo conjunto da sociedade através do BPC do filho, não há auxílio maternidade se tiver outro filho, não há auxílio doença se dele necessitar no processo de adoecimento, não há acesso à aposentadoria pela interrupção das contribuições. Portanto, a garantia de renda para família se torna uma armadilha para a mulher que não se apercebe da exclusão a que está subordinada, tal qual, das privações a que é submetida por viver em função do filho(a) deficiente.

Ao longo do percurso reconhece-se à família descrita por Mioto, Campos e Carloto (2015, p. 9) que discorre sobre o retorno do familismo nas políticas públicas e tal como o conceito de família como rede de relações (enredada) de Sarti, (2018, p. 28) para chamar à família a oferta de bem-estar, caso das famílias com um deficiente que o amparo do Estado às vezes se restringe ao atendimento de saúde e o fornecimento do BPC.

Por fim, nesta dialética pela vida consideramos verdadeira a afirmativa de Sawaia (2018, p. 46) que, referindo-se às mulheres afirma que “o seu principal sofrimento [...] é gerado pelo sentimento de incompetência para proteger os seus”. Portanto, a mulher/mãe é a mulher forte que sofre, mas não abandona os seus; segue excluída, sem consciência da exclusão dos benefícios advindos do mercado de trabalho, os quais não acessam.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), **Diário Oficial da União** de 7.7.2015, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

DINIZ, D. *et al.* Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. *In:* COSTA, S.; FONTES, M.; SQUINCA, F. **Tópicos em Bioética**. Brasília: Letras Livres, 2006.

DINIZ, D. **O Que é Deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

MARTINS, V. R. Mulheres Mães De Crianças Deficientes: quem são e como vivem?. *In:* II SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: “ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS”, Teresina 20, 21 e 22 de julho de 2018, **Anais [...]** Piauí: Universidade Federal do Piauí: p. 237-248, 2018.

MINAYO, M.C. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In:* MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs). **Familismo Direitos e Cidadania: contribuições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

SANTOS, W. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? *In:* DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, L. (Orgs). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: UnB, 2010.

SANTOS, W. R. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciênc. saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16 supl. 1, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009&lng=pt&tlng=pt

SARTI, C. A. Famílias enredadas. *In:* ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 6. ed. São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC/SP, 2018.

SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 6. ed. São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC/SP, 2018.

SOCHACZEWSKI, J. *et. al.* **Suas, BPC e Pessoas com Deficiência**: Análise a partir de Municípios Fluminenses. **SER Social**, Brasília, v. 15, n. 32, p. 141-165, jan./jun. 2013. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13038.

TEIXEIRA, S. M. Sistemas de Proteção Social Contemporâneos e a Política de Assistência Social: a Reatualização do Familismo. *In*: TEIXEIRA, S. M. (Org.) **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS: PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cristiane Aluiza Gonçalves
Universidade Ibirapuera
São Paulo – SP

Paulete Goldenberg
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Lidia Ruiz-Moreno
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença associada à alta morbimortalidade e representa importante condição crônica que desafia os sistemas de saúde. O DM encontra na Atenção Primária a Saúde (APS) um cenário privilegiado para o cuidado dos usuários, com a orientação para ações voltadas à promoção da saúde. Na interface dessas ações, a educação em saúde é pensada como forma de reunir e dispor recursos para transformar condições de vida. No entanto, a despeito da ampliação dos discursos sobre educação em saúde, suas práticas não alcançaram a expressividade desejada nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o estudo tem como objetivo caracterizar ações de educação em saúde relativas ao DM na APS. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde da região Sul do Município de São Paulo. O levantamento dos dados foi realizado junto aos profissionais de saúde que atuam na assistência à pessoa com DM. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e tratados a partir da análise de conteúdo. Os resultados indicam contradições e ambivalências nas concepções e práticas de educação em saúde dos profissionais, relacionadas à coexistência do modelo tradicional combinado a elementos do modelo dialógico. Com vistas ao exercício das práticas educativas, envolvendo o debate sobre o ensino transmissivo e fragmentado, ancorado no referencial biomédico, o estudo alerta para a relevância da formação específica dos profissionais no âmbito da inovação educativa, com o estímulo à educação permanente e ao trabalho integrado entre as diferentes profissões da saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde

1 INTRODUÇÃO

As práticas de educação na Atenção Primária a Saúde (APS) se apresentam como espaços de construção de saberes, tendo potencial de promover o cuidado integral e gerar mudanças significativas na vida das pessoas. Este capítulo tem o objetivo de compartilhar os resultados parciais da Dissertação de Mestrado “Educação em saúde e Diabetes Mellitus: Práticas na Atenção Primária”, defendida em 2017 no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

O controle metabólico, um dos objetivos do tratamento de pessoas com DM, é um processo complexo, visto as modificações profundas que as doenças crônicas produzem na vida das pessoas (RODRIGUES; TEIXEIRA; CASTELO BRANCO, 2018). O cuidado contínuo e prolongado exigido pelo DM, bem como as repercussões que provoca na vida das pessoas, faz dessa patologia um problema de saúde pública e um grande desafio para os profissionais da saúde. O processo de adoecimento por DM envolve um conjunto de sentimentos e significados permeados pelas experiências vividas, valores, crenças e perspectivas de vida (CYRINO, 2005).

O DM, como importante condição crônica que desafia os sistemas de saúde, encontra na APS, um cenário privilegiado para o cuidado das pessoas por ser concebida como reorganizadora das práticas assistenciais a partir de seus princípios orientadores. O processo de trabalho em saúde que considera os princípios da APS favorece a passagem da dimensão “atendimento procedimento-centrado” à dimensão “cuidado”, tanto na saúde individual quanto na coletiva dos indivíduos (CASTILLO, 2010).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS caracteriza-se por um conjunto de ações que abrange a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Na ótica da integralidade, as necessidades de saúde não se restringem a linguagem das ciências biomédicas, elas requerem considerar o contexto de intersubjetividade do cuidado e o enriquecimento do diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde (AYRES, 2009).

Nesse contexto, a educação em saúde se apresenta como proposta de transformação das práticas educativas centradas na transmissão de conhecimentos com vistas às mudanças de comportamento dos indivíduos. Deste modo, o diálogo e a participação são elementos essenciais para a construção de um conhecimento compartilhado para promover a saúde, concebida para a emancipação, autonomia e reflexão crítica dos indivíduos e coletividades.

No entanto, a despeito da ampliação dos discursos sobre educação em saúde, suas práticas não alcançaram a expressividade desejada nos serviços. Observamos que a constituição das propostas de práticas educativas participativas e emancipatórias têm se caracterizado por contradições e ambivalências entre o que se propõe como mudança e a sua expressão no cotidiano dos serviços.

No cuidado da pessoa com DM, a prática da educação em saúde é fundamental para a construção de aprendizagens para o cuidado à saúde de forma coerente com o bem viver e a qualidade de vida de cada pessoa, em seus contextos, desejos e anseios (CRUZ *et al.*, 2018).

Os avanços teóricos da educação em saúde mostram a importância de reflexões pedagógicas para redirecionar as ações realizadas (ZEA BUSTAMANTE, 2019). Neste contexto, educar passa a ser um processo mais amplo, e aprender, um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá por meio da aproximação crítica dessa realidade (PEREIRA, 2003).

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, é possível pensar educação em saúde, como forma de reunir e dispor recursos para intervir e transformar condições, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009). A educação em saúde como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular (BRASIL, 2011).

A educação em saúde, com vistas à construção de respostas sociais significativas, torna possível criar oportunidade de reflexão crítica e interação dialógica entre os sujeitos sociais (MEYER *et al.*, 2006).

Com a difusão da abordagem da Educação Popular, a partir da crítica à educação bancária com enfoque centrado na transmissão de conhecimento e na técnica em detrimento dos saberes dos educandos, Paulo Freire idealizou a educação dialógica com a perspectiva crítica da transformação da realidade social, por meio do diálogo e da autonomia dos sujeitos (FREIRE, 2013).

A Educação Popular se mostra como cenário de confluências e articulações para que a educação no campo da saúde gere reflexões que lhe permitam avançar em sua consolidação como perspectiva de transformação (ZEA BUSTAMANTE, 2019).

Nesse contexto, a educação dialógica permite a teorização de soluções a problemas, sendo um caminho para a reorientação das práticas em saúde rumo à superação do biologicismo, autoritarismo e fragmentação (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Na perspectiva da Educação Popular, o objetivo das práticas de educação em saúde é incorporar nos serviços, iniciativas capazes de empoderar os indivíduos, ajudando-os no

desenvolvimento de autonomia e responsabilidade, capacitando-os para escolhas que favoreçam mudanças em suas condições de saúde (CRUZ *et al.*, 2018).

As práticas de educação em saúde pautadas na educação dialógica possibilitam a consideração das condições e representações da população sobre os diversos aspectos do viver, bem como, a construção da integralidade na prática (ALVES, 2005). Neste aspecto, de perspectiva de cuidado integral à saúde, reconhece-se a necessidade de um elenco variado de profissionais que atuem em colaboração, buscando alcançar um mesmo objetivo, com benefício mútuo de usuários e profissionais (AGRELI *et al.*, 2016).

Deste modo, o objetivo deste capítulo é compartilhar os resultados parciais de uma pesquisa realizada no sentido de caracterizar as ações de educação em saúde relativas ao DM na APS, em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo.

2 CAMINHOS DA PESQUISA

Este estudo, exploratório com abordagem qualitativa, foi realizado na UBS Vila Constância, integrada na rede de APS do Município de São Paulo, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar, Distrito Cidade Ademar, a qual é administrada, sob contrato de gestão, pela Organização Social Santa Catarina. Esta Unidade adota um modelo tradicional de atenção à saúde onde o atendimento à população é realizado a partir da demanda espontânea, encaminhamentos realizados por outros serviços e atividades programadas na Unidade ou no território.

Para a coleta de dados elegemos a entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro voltado para as concepções e práticas dos profissionais sobre educação em saúde, destacando os aspectos que facilitam ou dificultam as práticas educativas. Aplicamos, também, um Formulário de Identificação envolvendo dados sócio demográficos sobre a formação profissional e atuação na APS.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram a condição de profissionais de saúde que realizam atendimentos e atividades de educação em saúde para pessoas com DM na Unidade. As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade de saúde e gravadas com o consentimento dos participantes¹².

¹² Pareceres número: 1.385.959 e 1.372.928 (Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo).

A partir dos dados coletados, foram feitas análises descritivas das informações para a caracterização da população estudada. No tocante às perguntas abertas, realizamos releituras do material com vistas a organização dos relatos, sendo os dados analisados a partir da análise de conteúdo, que segundo Bardin é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (2011, p. 47).

As respostas dos participantes da pesquisa foram categorizadas em suas variantes discursivas, por consideração dos eixos investigados, envolvendo concepções e práticas de educação em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez profissionais: dois auxiliares de enfermagem, um assistente social, dois enfermeiros, dois médicos clínicos, um dentista, um psicólogo e um auxiliar de saúde bucal. Todos os profissionais entrevistados eram do sexo feminino, com idade mais frequente entre 30 e 39 anos de idade. A maioria dos profissionais (60%) era proveniente de São Paulo Capital. Destes, 70% tinham pós-graduação *latu sensu* e 20% ensino médio/técnico.

A metade (50%) dos profissionais tinha se formado há mais de 15 anos e a maioria (90%) estudara em instituições privadas de ensino. Apenas dois profissionais (20%) referiram formação específica de educação em saúde, em disciplinas de cursos de pós-graduação *latu sensu*. Quando questionados sobre o tempo de atuação na APS, a maioria (80%) afirmou trabalhar há mais de cinco anos na área.

Os participantes da pesquisa foram denominados pela letra “P” e o número sequencial refere-se à ordem de realização das entrevistas. A análise das falas dos profissionais apresenta aspectos que sinalizam para ambivalência das concepções e práticas de educação em saúde, reportando diferentes abordagens como veremos a seguir.

O primeiro aspecto que se evidenciou em relação às concepções de educação em saúde dos profissionais, refere-se a compreensão da **educação em saúde como inerente – de forma indistinta – ao conjunto das ações de saúde**. Nestes termos, a educação em saúde é citada como atividade realizada nas consultas médias, consultas de enfermagem, atendimentos individuais do serviço social e psicologia, no decorrer dos procedimentos odontológicos e de enfermagem e nos grupos psicoterapêuticos e educativos, como se detalham a seguir:

*[...] a primeira coisa é **explicar para o paciente** o que é o diabetes; **explicar que não é uma doença comum**, [...] que não é só o açúcar aumentado [...]. Ela tem uma ação no corpo todo, [...] ela dificulta a vida. **Nesse caso, o exercício e a alimentação são tópicos importantíssimos** (P1).*

Antes de iniciar o tratamento odontológico, nós conversamos sobre o controle da glicemia, a necessidade do acompanhamento médico, os cuidados com a saúde, etc (P9).

*Na sala de medicação eu verifico o dextro [glicemia capilar], faço medicação, **oriento os cuidados que precisa ter a pessoa diabética** (P7).*

[...] nos grupos terapêuticos existem pacientes diabéticos, então a gente acaba abordando essa questão [...] Além dos grupos psicoterapêuticos e dos grupos educativos, [...] como os das escolas, onde é abordada essa questão [a prevenção do diabetes] com os pais, a gente tem [...] o grupo de diabetes (P3).

De acordo com as expressões apresentadas, é possível afirmar que o conjunto dos profissionais de saúde entrevistados realizam ações educativas, individuais e grupais, para os usuários com DM nos diversos cenários e atividades desenvolvidas na UBS. A educação em saúde, como atividade inerente às práticas da equipe, é entendida como o ato de realizar a mediação entre conhecimentos técnico-científicos e os dos usuários, com o papel de tornar acessíveis as informações sobre saúde e doença. Este conceito, que perpassa o conjunto das colocações dos entrevistados, deriva da ênfase na ação de comunicar/transmitir informações como tarefa da ação educativa, segundo a visão hegemônica nos serviços de saúde (DANTAS, 2010).

A educação em saúde, também, é entendida pela equipe como **atividade imprescindível na assistência para pessoas com DM**, como mencionado a seguir:

[...] a educação [...] eu vejo como sendo o mais importante no cuidado na saúde [...]. A educação é quem vai orientar, não só informar a pessoa em relação à doença, em relação aos cuidados, [...] mas vai tirá-la um pouco do senso comum, fazê-la perceber, ampliar um pouco a percepção de si mesma, do cuidado, do que é saúde, do que é doença, orientando para boas práticas (P3).

É importante ressaltar que no processo de caracterização das ações educativas na APS, na perspectiva dos profissionais entrevistados, estes compreendem a educação em saúde como atividade inerente de suas práticas profissionais, a qual é essencial para o cuidado a saúde dos usuários com DM, bem como, para a prevenção das complicações relacionadas a doença.

Nas práticas de educação em saúde realizadas pelos profissionais entrevistados, os temas considerados prioritários denotam um caráter normativo, focalizando a prevenção de doenças e a regulação de comportamentos, relacionando-se aos cuidados necessários à saúde e as mudanças no estilo de vida para o controle da doença. Os principais temas abordados são a alimentação, exercícios físicos e administração da insulina.

A gente fala para ingerir mais frutas, verduras, coisas com pouca massa, pouco açúcar, [...] tomar bastante líquido [...]. Falo para fazer caminhada, exercício físico, falo para fazer bastante exercício (P7).

[...] faço orientação sobre alimentação, a dosagem da medicação, se for um paciente que toma insulina, se ele faz da forma correta (P4).

Segundo a perspectiva da promoção da saúde, enquanto proposta articulada à transformação das condições de vida e saúde, a permanência deste modelo de inter-relação e desses conteúdos, distanciam as práticas educativas da noção de sucesso prático que deveria norteá-las (DANTAS, 2010).

De acordo com a pedagogia proposta pela educação popular em saúde, os conteúdos das práticas educativas devem ser consistentes com uma visão ampliada do processo saúde-doença, em que o enfoque biomédico passa a se articular com a abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, incluindo as dimensões individual e coletiva do adoecimento, e onde a participação dos usuários nos tratamentos é construída segundo uma perspectiva crítica, que reconhece a interlocução com outros saberes e com outras racionalidades (VASCONCELOS, 2001).

Essa visão hegemônica se apoia em práticas educativas com **abordagem transmissiva do conhecimento:**

[...] é [...] mais ou menos, você ir lá pegar o paciente pela mão [...]. No começo meio que “obrigar” ele a te ouvir para ele ver o quanto aquilo é interessante, é importante para a vida dele, [...] para passar a se preocupar com o próprio corpo, com a própria saúde [...]. O primordial seria ele conhecer

o que ele tem, o que é o diabetes, o que pode causar, se ele vai ficar cego, se os machucados não vão cicatrizar (P6).

Na fala de P6, a educação em saúde se orienta no repasse de informações que se destinam a instruir os usuários, desconsiderando os saberes populares, na tentativa de estabelecer a mudança de comportamento individual, embora também, evidencia o compromisso e a intencionalidade do profissional em melhorar o estado de saúde dos usuários.

Desta forma, a educação em saúde é pautada na comunicação unidirecional e na transmissão do conhecimento de natureza conteudista, que coincide com a fragmentação do cuidado, limitando o efeito transformador nas condições de vida e refletindo, muito provavelmente, a formação dos profissionais da saúde ainda calcada na pedagogia tradicional.

O modelo de mediação observado nas colocações dos entrevistados, na descrição da prática da educação em saúde no serviço, caracteriza-se pela transmissão de conhecimentos, tanto nas orientações individuais, como nas atividades educativas coletivas relativas aos temas específicos da saúde. Dessa forma, as práticas educativas

privilegiam racionalidade técnica e a perspectiva normativa na validação dos argumentos com que se busca convencer os usuários” [...] O êxito técnico se sobressai como expectativa de que as atividades educativas instruem decisões dos usuários inspiradas fundamentalmente pela lógica e pela razão e a perspectiva de fusão de horizontes não se coloca como possibilidade (DANTAS, p. 180, 2010).

De acordo com Besen *et al.* (2007), em estudo realizado sobre a ESF como objeto das práticas de educação em saúde, a maioria dos discursos dos profissionais de saúde é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

Em contrapartida, percebemos também nas falas dos profissionais, uma abertura para uma ampliação do conceito de saúde, através da **abordagem integral das necessidades do usuário e da integralidade da assistência**, visando proporcionar estratégias dirigidas às mudanças do estilo de vida e melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM.

A doença acaba aparecendo em todos os aspectos [...]. Por mais que eles levem um único [aspecto], a gente acaba olhando para todos os aspectos e aí eles podem acabar mudando um pouco esse cuidado integral, não cuidar só do emocional, cuidar de tudo junto (P3).

Na fala de P3, a visão de integralidade inclui a abordagem dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, assim como, a valorização das experiências e necessidades dos indivíduos.

De acordo com Ayres (2009, p. 14) a integralidade refere-se a:

a) capacidade de resposta às necessidades, não restrita a condições morfológicas ou funcionais do organismo [...] ; b) integração e não-segmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde [...] ; c) articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde [...] e d) a necessidade de qualidade das interações no cotidiano da atenção à saúde, com condições que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado.

Apesar do reconhecimento da importância da educação para o cuidado aos usuários com DM, as práticas de saúde se mostram ainda fragmentadas:

*[...] quando ele passa na consulta envolve o médico, quando faz grupo é com a enfermeira juntamente com os auxiliares, o pessoal da farmácia querendo ou não é na parte dos medicamentos, acho que tudo é uma equipe, **cada um faz um pedacinho de coisa [...]. Cada um faz a sua parte (P7).***

Eu vejo que aquela coisa de ver o indivíduo como um todo, é muito bonito no papel, mas na prática é difícil a implantação (P9).

Centrar a atenção no usuário implica considerá-lo singularmente, embora participe de coletivos, o que significa, articular a dimensão individual e coletiva da atenção à saúde. Assim, a integralidade critica a fragmentação das ações e sugere práticas que amplie o olhar limitado ao funcionamento biológico (AGRELI *et al.*, 2016).

O cuidado integral é reforçado na fala de um profissional sobre a importância do **aspecto emocional no processo educativo**.

*[...] a gente vê que só a questão educativa não é suficiente para sustentar, ela é primordial, mas não é o que vai sustentar. Tem aí outras questões, inclusive como a da **autoestima [...]. Melhorando o estado emocional, o padrão mental, conseqüentemente, eles já vão ficando mais tranquilos para fazerem boas escolhas (P3).***

Nas falas de outros participantes aparecem ainda, componentes relativos ao contexto de intersubjetividade, através da valorização da afetividade e da **construção de vínculo com o usuário**, e de sua importância para o cuidado e para a efetividade das ações educativas e sucesso do tratamento.

*[...] você precisa ter **um pouco de feeling** [...]. Você percebe pela maneira, pelo rosto, pela maneira de falar, se [o paciente] está entendendo, [...] na verdade é uma coisa meio de **intuição, de perceber, de ter uma relação boa com o paciente, para ele não se sentir pressionado, não se sentir [...] coagido pelo médico (P2).***

*Eles estão abertos a aprender. O paciente, de uma forma geral, quando tem uma **empatia pelo profissional, se sente cuidado, [...] receptivo (P9).***

A percepção das necessidades do usuário, a empatia e a construção do vínculo são vistas como componentes essenciais para as ações educativas, traduzindo-se na disponibilidade para a escuta e na mudança das relações de poder entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

O vínculo é estabelecido por meio do movimento contínuo de relações afetivas, com o esforço dos profissionais para intensificar as relações vinculantes às pessoas e suas famílias. Espera-se uma postura proativa do profissional, pautando suas práticas na qualidade e no oferecimento de respostas adequadas e efetivas às necessidades da pessoa e da família.

Os profissionais, também, evidenciam a **importância da comunicação** nas práticas de educação em saúde.

A abordagem tem que ser o mais objetiva e clara possível, de acordo com a linguagem deles, para que eles tenham um bom entendimento [...] utilizamos os termos técnicos, mas a gente tem que avaliar cada paciente de acordo com o grau de instrução e entendimento (P5).

*[...] **falta essa comunicação também entre o médico, de uma forma mais clara**, e o paciente [...] o médico pede que a pessoa tome a medicação, [...] mas não explica o porquê e eles questionam o porquê (P4).*

As falas de P5 e P4, evidenciam uma visão mais complexa, por se referirem a linguagem, a comunicação e ao vínculo, como requisitos da interação do profissional com o paciente nas práticas educativas, aspectos que nem sempre são considerados durante o atendimento.

Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular em saúde valoriza as trocas interpessoais tanto nos contatos formais (consultas formais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais.

Entendendo a educação em saúde enquanto cuidado, o vínculo e a confiança contribuem para a realização de práticas educativas norteadas por projetos de felicidade construídos de forma compartilhada, permitindo a incorporação da dimensão do sucesso prático e o diálogo com as perspectivas normativas na mediação entre conhecimentos técnicos e populares (AYRES, 2007).

No aprimoramento do conceito ampliado de saúde e de educação em saúde, os grupos educativos se destacam por proporcionarem condições para as interações com os usuários.

Os grupos, [...] são interativos [...]. Então não é só a gente chegar e a informação é essa, e pronto! Não! Tem uma troca [...]. E a gente abre espaço para que eles se manifestem, para que eles possam também falar sem nenhuma imposição, [...]então é uma troca interativa, então é dos dois lados (P3).

Nestas condições, **as práticas de educação em saúde partem da realidade dos usuários**, caracterizando um modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e os trazidos pela população.

*A gente procura **partir muito da realidade deles [...]**, perguntando como eles costumam fazer determinadas coisas, seja em relação à medicação, em relação à alimentação, em relação ao estilo de vida (P3).*

*Geralmente quando eu pego idosos e [pessoas] que têm uma **dificuldade de entendimento**, eu [...] **uso muito analogias do diabetes como uma fábrica, indústria (P2).***

O reconhecimento da existência de saberes dos usuários, constituem as bases da construção de um conhecimento compartilhado, que se inscreve no âmbito da educação participativa. A educação popular em saúde tem na troca de saberes uma das bases de sua proposta de pedagogia. “Este conceito se baseia no reconhecimento da existência de saberes

distintos no interior do processo educativo, representados pelo senso comum e pelo conhecimento técnico-científico, os quais, no entanto, não são hierarquizados” (DANTAS, 2010, p. 171).

Nesta perspectiva, **o diálogo e a interação** a partir das demandas dos usuários, aparecem enquanto temas recorrentes nas falas dos profissionais:

[...] depois que eu tive paciência, conversei com ele, expliquei, entendi qual era a demanda dele, ele melhorou muito, controlou muito o diabetes (P2).

Nesse sentido, o diálogo se torna elemento da assistência resolutiva e comprometida com a realidade da população assistida, além de importante fundamento para a construção da autonomia. Freire (2013, p. 115) afirma que “o diálogo se inicia quando o educador se pergunta em torno do que vai dialogar”. Sendo o “conteúdo programático da educação não um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada” (FREIRE, 2013, p. 116).

Sob o ponto de vista da ação comunicativa, esta discussão remete à ideia de interesse emancipatório, a qual se dirige à superação da universalização de interesses na regulação da relação entre o saber e poder técnico e o saber e querer práticos da sociedade, através do diálogo entre indivíduos autônomos (HABERMAS, 1982).

O grau de envolvimento e participação dos usuários no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação. O plano das interações é decisivo na relação profissionais-usuários. A participação do paciente no cuidado é uma oportunidade de exercício da cidadania em busca da autonomia, assim como, uma condição importante para o autocuidado. O envolvimento do paciente no cuidado inclui a compreensão acerca da sua situação e a participação na tomada de decisão (AGRELI *et al.*, 2016).

Identificamos em algumas falas, princípios de uma prática educativa participativa. Prática esta, com ênfase nas atividades em grupo e na **valorização de indícios de construção da autonomia** do usuário no processo saúde-doença, na expectativa do profissional de que o indivíduo assumira sua responsabilidade frente ao cuidado com a saúde.

[...] uma paciente deu um exemplo muito interessante, [...] ela em uma reunião de família [...] se alimentou de uma forma totalmente diferente [...], chamando a atenção de todas as pessoas que estavam ali [...]. Então esse foi um grande

impacto, não foi somente nela, [...] as pessoas começaram a vê-la de um jeito diferente (P3).

O estímulo à autonomia da população em relação à própria saúde, mencionada pelos profissionais, esteve vinculado à aquisição de habilidades e à adoção de comportamentos saudáveis, orientados pelo enfoque comportamental e individual da promoção da saúde. Ao se dirigir ao aumento da capacidade do usuário de se responsabilizar por sua saúde, pressupõe-se um conceito de autonomia que mais se aproxima de responsabilidade individual do que do exercício de direitos adquiridos e a capacidade de lutar por alcançá-los (DANTAS, 2010).

Em uma das falas, a profissional relata uma experiência onde os usuários participaram de forma crítica das escolhas relacionadas ao tratamento médico. Nesse sentido, esta forma de compreender o estímulo à autonomia remete ao **empoderamento dos usuários**, como visto na fala abaixo:

[...] a gente viu no grupo educativo de diabetes, por exemplo, que eles tiveram condições de [contra] argumentar com o médico em relação à prescrição da medicação (P3).

O empoderamento possibilita aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os tornam capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais doenças. Além do mais, “o empoderamento social pode instrumentalizar-nos, para delinear estratégias visando à superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e o usuário” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2033).

Na co-construção da autonomia entre profissionais e usuários com DM, é necessário considerar que as escolhas são singulares, e o papel do profissional é orientar e apoiar essas escolhas, sendo necessário investir no desenvolvimento da autonomia da equipe e dos profissionais de saúde por meio da cogestão, para atingir como desdobramento, a autonomia para as pessoas com diabetes, num efeito semelhante a “círculos concêntricos em um lago” (BAADE; BUENO, 2016, p. 949), com mais intensidade em seu centro até atingir todo o campo a sua volta.

Apesar da ampliação do conceito de saúde e educação em saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), observando a prática, verifica-se que atualmente coexistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que demanda reflexões para o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Duas dimensões se destacam e persistem atualmente. A primeira envolve a aprendizagem sobre a doença, formas de prevenção, os efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. A outra tendência, da promoção da saúde, inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente. Nessa perspectiva, a educação em saúde se sobrepõe ao conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa concepção de educação em saúde está baseada em um conceito ampliado de saúde (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Assim, o modelo de educação em saúde que predomina nas concepções dos profissionais participantes do estudo, tem o “papel de persuadir a população usuária por meio da transmissão de informações específicas, em que o diálogo não se realiza enquanto troca intersubjetiva na mediação entre os saberes” (DANTAS, 2010, p. 172). Segundo uma perspectiva freireana, o conceito de educação em saúde, que se observou nas falas de alguns dos profissionais, está distante de uma perspectiva emancipadora, da problematização e da construção compartilhada do conhecimento.

Mesmo sendo inegável a necessidade de se incorporar o horizonte normativo sobre o qual se assentam as ações de saúde no interior das práticas educativas, a possibilidade de se construir novos modelos de educação em saúde passa pelo exercício dessa escuta sobre o que desejam os usuários. A perspectiva de deslocamento desse olhar é referida por Ayres (2001) quando afirma que a propósito da construção do cuidado, quando dialogamos sobre saúde não temos nos perguntado sobre o que sonham as pessoas para a vida, para o bem viver e para a saúde, o que reflete uma concepção de sujeito enquanto um destinatário de pautas de comportamentos, a população-alvo.

A coexistência de lógicas diferenciadas em concorrência no interior do modelo de atenção provavelmente contribui em grande medida para a dificuldade em alcançar o salto de qualidade esperado por parte do serviço de saúde (DANTAS, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade e singularidade do processo de adoecimento e vivência com uma doença crônica, se constitui um desafio para a pessoa adoecida e para os profissionais da saúde que lidam com a situação.

A análise das falas dos profissionais, a luz do referencial adotado nesta pesquisa, evidenciou a existência de concepções e práticas educativas relacionadas, predominantemente, ao modelo tradicional, de caráter transmissivo, ancorado no referencial biomédico.

Entretanto, tal postura não exclui conceitos como troca de saberes; valorização do vínculo entre profissional-usuário como base para o cuidado a saúde; papel do suporte emocional; consideração sobre a influência das vulnerabilidades sociais e individuais nas condições de saúde; reconhecimento da importância da integração da equipe e das propostas de ações intersetoriais. Tais disposições, ainda que pontuais, são elementos que aproximam a visão de educação em saúde, dos participantes da pesquisa, aos referenciais de uma prática baseada nos princípios da promoção da saúde e da educação popular.

O estudo evidenciou a necessidade de refletir sobre a tendência de um agir fragmentado e desarticulado na saúde embasado em posturas autoritárias, verticalizadas, com a imposição de saberes científicos descontextualizados e indiferentes aos anseios e desejos dos usuários. A resolução desse impasse pode ganhar êxito com a articulação do princípio da integralidade como eixo norteador das práticas de educação em saúde, assim como, sua coerência com novas abordagens que se colocam no contexto educativo propriamente dito.

O exercício das práticas educativas, envolvendo o debate sobre as práticas transmissivas e fragmentadas, pressupõe levar em conta a carência de preparação específica dos profissionais nos espaços de formação, ao lado da consideração da organização de condições de trabalho congruentes com a concretização das novas disposições. Os dados do estudo apontam a necessidade de aprimoramento dos profissionais para a promoção de práticas de educação em saúde participativas e emancipadoras. Assim como no estudo de Flisch *et al.* (2014), acreditamos que a Educação Permanente em Saúde surge como importante estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais e renovação do exercício das práticas de educação em saúde na APS.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 57, p. 389-401, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0128>.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface** (Botucatu) [online], v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.** [online], v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, n. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.

BAADE, R. T. W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 59, p. 941-951, out./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0130>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BESSEN, C. B. *et al.* A estratégia saúde da família como objeto da educação em saúde. **Saúde Soc.** [online], São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2. 488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

ZEA BUSTAMANTE, L. E. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 37, n. 2, p. 61-66, 2019. Disponível em: <https://doi:10.17533/udea.rfnsp.v37n2a07>

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008. Sup. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>.

CASTILLO, R. L. D. **A produção de cuidado para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária de saúde**. 2010. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-04082010-150730/publico/RafaelLuisCastilloDuranza.pdf>.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação popular como orientadora de grupos de Promoção à Saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. **Rev. APS**, v. 21, n. 3, p. 387-398, jul-set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16423>.

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde**. 2005. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. doi:10.11606/T.5.2005.tde-02022006-155115. Acesso em: 13 maio 2020.

DANTAS, M. B. P. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. 234 f. Tese (Saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10508>.

FLISCH, T. M. P. *et al.* How do primary care professionals perceive and develop Popular Health Education? **Interface** (Botucatu), v. 18, p. 1255-1268, 2014. Supl 2. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA452158676&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=14143283&p=AONE&sw=w>

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2013.

HABERMAS, J. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MEYER, D. E. E. *et al.* Você aprende. Agente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. **Educação em saúde**. *In*: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>.

RODRIGUES, R. C.; TEIXEIRA, L. O.; CASTELO BRANCO, E. M. S. Dialogando sobre as vivências com Diabetes Mellitus: subsídio para o cuidado educativo de enfermagem. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 22, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180070>.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 4-5, 1999. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface** (Botucatu), v.5, n.8, fev. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>.

PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM UM AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO

Saete Santos da Hora Crippa
Hospital Universitário da USP
São Paulo – SP

Gilberto Tadeu Reis da Silva
Universidade Federal da Bahia
Salvador – BA

Angélica Massako Yamaguchi
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
São Paulo – SP

Paulo Cobellis Gomes
Conselho Regional de Enfermagem
São Paulo – SP

Lídia Ruiz Moreno
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Irani Gomes dos Santos Souza
Faculdade Santa Marcelina
São Paulo – SP

RESUMO

No campo da saúde, o trabalho em equipe pode ser definido como a integração das disciplinas e das profissões que, durante o desenvolvimento de uma tarefa, almejam o mesmo objetivo, para a execução das práticas de saúde. No atendimento ambulatorial a pacientes oncológicos, os profissionais que compõem a equipe podem perceber necessidades que envolvem as esferas biológica, emocional e sociocultural, o que justifica a necessidade de inter-relação entre as diferentes especialidades. O objetivo deste recorte é apresentar um dos eixos temáticos da dissertação “Práticas profissionais em um ambulatório oncológico” intitulado Desenvolvimento das Práticas. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, tendo como abordagem metodológica o estudo de caso. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas e posterior análise de conteúdo. Foram evidenciados, no eixo intitulado Desenvolvimento das Práticas, momentos de atuação profissional isolada na perspectiva multidisciplinar, bem como de integração entre os membros da equipe, e a valorização da prática colaborativa. Acredita-se que os resultados apresentados possam contribuir para o debate sobre as práticas profissionais na área da saúde.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente; Prática profissional; Relações interprofissionais; Equipe interdisciplinar de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo traz um recorte de uma dissertação, que teve como objetivo identificar as concepções dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um Ambulatório Oncológico de Quimioterapia e Radioterapia sobre a prática profissional. Algumas temáticas foram desenvolvidas neste estudo, a fim de facilitar o entendimento dos leitores, entre elas: o conceito de saúde e um breve histórico da saúde no Brasil; aspectos relacionados ao universo da oncologia e suas várias demandas; e a origem do trabalho em equipe por meio de estudos e sua evolução com base nas distintas perspectivas de trabalho. A finalidade deste recorte é apresentar um de seus eixos temáticos, intitulado 'Desenvolvimento das práticas', que demonstra a atuação da equipe na perspectiva multiprofissional, bem como momentos de integração entre os profissionais e a valorização da prática colaborativa. Originou-se da dissertação "Práticas profissionais em um ambulatório oncológico", cuja defesa pública ocorreu no ano de 2014, um produto: a cartilha Práticas Interprofissionais no Trabalho em Equipe, elaborada com o intuito de divulgar a importância das práticas interprofissionais no trabalho em equipe, nos contextos hospitalar e ambulatorial ou em clínicas.

2 CONCEITO DE SAÚDE E BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

O termo saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças. Ao abordar o bem-estar subjetivamente, tem-se a noção do sentir-se bem, de não apresentar queixas ou sofrimento somático/psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou prejuízo no desempenho pessoal ou social. Sob esta perspectiva, bem-estar significa sentir-se bem e não apenas não se sentir mal (SCLIAR, 2007; SÁ JUNIOR, 2004).

O tema promoção à saúde foi abordado em uma conferência internacional realizada no Canadá, com a aprovação da Carta de Ottawa, a qual continha orientações para promoção da saúde. Defendia-se que, para alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social, a população deveria ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou adaptar-se ao ambiente. Nesse sentido, a saúde deveria ser vista como um recurso para a vida cotidiana e não como o objetivo de viver (OMS, 2014).

Quando se discute a importância do conceito de saúde, faz-se necessário conhecer a evolução do setor de saúde por meio de um breve histórico. No Brasil, a saúde foi influenciada pelo contexto político, social e econômico ao longo do tempo e somente considerada importante

nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias impunham significativa repercussão econômica ou social (POLIGNANO, 2014).

A origem da saúde pública brasileira e a criação da previdência social datam de 1920, por meio da Lei Elói Chaves, que buscou incorporar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições, mediante contribuição com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) (AGUIAR, 2011; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Nas décadas de 1970 e 1980, a Reforma Sanitária brasileira abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Mais tarde, em 1998, chegou-se a uma proposta para criação de um sistema de saúde universal, sendo a saúde igualmente definida como direito universal (PINHEIRO, 2008; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

A Constituição Nacional tem como uma de suas diretrizes a integralidade da atenção, que considera o ser humano como um todo, único e indivisível. Para tanto, requer um olhar que contemple questões que envolvem as esferas afetiva, biológica, espiritual e sociocultural das pessoas cuidadas e surge como princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde (AGUIAR, 2011; CARVALHO, 2006; BRASIL, 1988).

Para que a atenção integral possa fazer parte dos serviços de saúde, é importante reconhecer a necessidade de articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado à população que utiliza os serviços do SUS e também de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva (AGUIAR, 2011).

2.1 Oncologia

A integralidade em saúde permite considerar promoção, proteção e recuperação como importantes áreas de atuação deste setor. Entretanto, em determinados agravos como as doenças oncológicas, a busca por recuperação alcança um lugar de destaque pela necessidade de combate aos agentes agressores por meio de tratamentos individualizados que promovam a recuperação (WIERMANN, 2014; AGUIAR, 2011).

Na oncologia, o tema central é a ocorrência do câncer – um conjunto de mais de 100 doenças que apresentam como aspecto comum o crescimento desordenado de células que se dividem rapidamente e tendem a ser agressivas e incontroláveis (GARÓFOLO, 2012).

As causas de câncer são variadas: as externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos próprios de uma sociedade. Já as internas ao organismo são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e ligadas à capacidade do organismo se defender das agressões externas. De modo geral, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores

ambientais, e o surgimento depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores (INCA, 2014a).

O câncer é considerado a segunda causa de morte por doença no Brasil e as alterações causadas pela presença do tumor e tratamentos, bem como as alterações psicossociais, podem afetar o estado geral, com comprometimento das condições de saúde (INCA, 2014b; HAAGEDOORN *et al.*, 2000).

Quando se discute doença oncológica, é importante que os profissionais da equipe considerem, além das alterações físicas, as percepções subjetivas desses pacientes, como aspectos emocionais, preferências, esperanças e expectativas. A comunicação entre pacientes, seus familiares e membros da equipe de saúde é um dos aspectos mais relevantes durante o tratamento, por necessitarem de apoio para exercer seus direitos de escolhas e em virtude da possibilidade de muitas decisões poderem ser compartilhadas no decorrer desse acompanhamento (GILLIS, 2006).

2.2 Trabalho em equipe e perspectivas de trabalho

No campo da saúde, o trabalho em equipe pode ser definido como a integração das disciplinas e das profissões que, ao executarem uma tarefa ou trabalho, almejam o mesmo objetivo, definido por consenso ou negociação. Tal objetivo é visto como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde, tendo como base a nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2012; PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

No cotidiano dos serviços de saúde, o trabalho em equipe é comum e pode caracterizar-se por diferentes práticas profissionais. A implementação desta forma de trabalho nas instituições visou atender a várias necessidades, tais como o planejamento de serviços e a realização de um menor número de intervenções desnecessárias, por ausência de comunicação entre os profissionais. Todavia, posteriormente, conheceram-se também diversas dificuldades relacionadas a este novo modelo, como a intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde e a compartimentalização do saber na formação acadêmica dos profissionais, o que gerou uma visão fragmentada do ser humano (BIGATÃO *et al.*, 2009; PINHO, 2006).

No trabalho em equipe, é essencial considerar que a formação dos profissionais de saúde, frequentemente, remete a visões distorcidas em relação às reais necessidades do cotidiano assistencial, tendo por premissa a visão fragmentada dos processos de construção das identidades profissionais que privilegiam as corporações. Isso resulta na quase inexistência de reciprocidade, interação ou complementaridade entre setores e, sobretudo, entre os próprios profissionais, além da ocorrência de situações específicas como a dominância de um

discurso particular resultando na exclusão de outro e falta de confiança interprofissional decorrente das relações de poder entre as profissões (PINHO, 2006; SILVA *et al.*, 2008).

Para melhor esclarecer este aspecto, faz-se necessário diferenciar alguns sufixos empregados para assinalar diferentes perspectivas nas áreas acadêmica e profissional, os quais são amplamente empregados em associação com os prefixos multi, inter e trans. O sufixo disciplinar, por exemplo, refere-se à vertente dos saberes, no nível mais teórico do conhecimento, e o profissional relaciona-se com a área profissional ou práticas concretas de trabalho na atuação das equipes e serviços (ELLERY, 2014; POMBO, 2005).

O sufixo profissional sempre será utilizado para ressaltar a atuação dos profissionais nas equipes. Para compreensão do significado dos prefixos multi, inter e trans, as formas de integração foram divididas em alguns níveis (ELLERY, 2014; FURTADO, 2007):

- Nível multiprofissional: caracterizado pela justaposição dos profissionais que estão lado a lado, sendo limitadas as trocas ou a interação entre eles;
- Nível interprofissional: há comunicação efetiva entre os profissionais, com o estabelecimento de interação e trocas de saberes, o que possibilita efetiva colaboração e melhoria nos resultados da saúde;
- Nível transprofissional: é o mais alto nível de interação entre os profissionais de uma equipe. Caracteriza-se pela produção de um único discurso, capaz de refletir a multidimensionalidade da realidade por meio de zonas de compartilhamento entre as especialidades e foco comum no objeto de estudo ou na intervenção. Nesse nível, as especialidades fundem-se, não mais havendo diferenças entre as atuações dos profissionais.

No processo de trabalho na modalidade ambulatorial, a integração profissional tende a ser multiprofissional, com atividades profissionais percebidas como um conjunto de atribuições, pressupondo que o seu cumprimento garantirá a qualidade da atenção à saúde (SEVERO; SEMINOTTI, 2010; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

No entanto, embora haja essa intencionalidade, a multiprofissionalidade não conseguiu suprir as reais necessidades que abrangem o cotidiano assistencial e, por esse motivo, os profissionais de saúde necessitam adentrar em uma nova prática que busque transcender as fronteiras profissionais e integrar distintas atividades. Trata-se de efetivar a interprofissionalidade (SOUBHI *et al.*, 2009).

Interprofissionalidade é um termo emergente utilizado na área da saúde e pode ser definido como a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde. Contrapõe-se, portanto, às relações tradicionais hierarquizadas caracterizadas por paternalismo, autoritarismo

e unilateralidade, enfatizando a cooperação como estratégia de trabalho entre os profissionais (BATISTA, 2012; PINHO, 2006).

Batista (2012) e Saupe *et al.* (2005) destacam a importância de novas interações na atuação em equipe interprofissional, por meio de trabalho conjunto com troca de experiências, saberes, postura de respeito à diversidade e busca por soluções compartilhadas, a fim de obter cooperação para implementar práticas transformadoras e parcerias na construção de projetos, além de favorecer o exercício permanente do diálogo.

Ainda, a realização de um trabalho mais integrador e articulado na perspectiva interprofissional pressupõe novas formas de relacionamento no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho. Envolve também a compreensão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho e a harmonização dos relacionamentos interpessoais, por meio de uma comunicação efetiva nas relações que estabelecem entre si e com os usuários do serviço, e em relação à qualidade do resultado do trabalho (MAYER *et al.*, 2014; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Segundo Ely e Toassi (2018), apesar do contexto favorável e do destaque para iniciativas de educação interprofissional, é possível perceber que grande parte dos currículos dos cursos de graduação no Brasil ainda é estruturada de forma uniprofissional, com prevalência de uma formação composta por saberes e fazeres específicos de cada categoria profissional. Há, também, poucas iniciativas conjuntas entre departamentos e reprodução de um modelo de cuidado fragmentado, fato que desfavorece a interação entre estudantes de diferentes profissões e que apresenta como consequência profissionais que atuam de forma isolada e com dificuldade para trabalhar em equipe.

Feuerwerker (2002) afirma haver consenso entre os críticos da educação sobre os profissionais de saúde terem como hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e centrada em procedimentos. Nesse sentido, fundamentam suas condutas em um modelo pedagógico pautado em conteúdo, organizado de maneira compartimentada e isolada, o que fragmenta os indivíduos em especialidades da clínica. Consequentemente, o ensino tradicional na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou os modos problematizadores de ensinar, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FEUERWERKER, 2002).

As considerações de Furtado (2007), Feuerwerker (2002) e Ceccim e Feuerwerker (2004) estão em consonância com a LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de dezembro de 1996), por expressarem a necessidade de mudanças na graduação com vistas a uma perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde. Corroboram, ainda, as diretrizes curriculares nacionais de graduação em saúde, que propõem

inovações na formação profissional, ressaltando, entre outros pontos, a importância de contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Com o propósito de contemplar essa nova concepção de formação profissional, o ensino universitário deve ser ampliado para além da profissionalização específica, com a assunção da problematização na proposta de ensino, do processo de integração e da interdisciplinaridade como fio condutor da proposta de formação. A integração requer troca de experiências e saberes e uma postura de respeito à diversidade, com o propósito de favorecer a cooperação para práticas transformadoras, as parcerias na construção de projetos e o exercício permanente do diálogo (SAUPE *et al.*, 2005).

Atualmente, existe a proposta de mudança na forma de trabalho das equipes de saúde, com espaço para as práticas interprofissionais que enfatizam as necessidades do usuário e não mais a fragmentação das ações técnicas específicas de cada profissão. Esta prática destaca a importância de propor estruturas de aprendizado “com, para e sobre” diferentes profissões, em confronto com a simples divisão do ambiente de aprendizagem, para aprimorar a colaboração e qualidade do cuidado (MÂNGIA, 2009).

O êxito no trabalho em equipe depende de relação recíproca entre trabalho e interação, visto que a comunicação entre profissionais se insere no exercício cotidiano de trabalho e permite a articulação entre as inúmeras ações executadas pelos membros da equipe no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2007).

Diante das diversas reflexões a respeito das práticas profissionais, apreende-se que a simples presença de vários profissionais em uma equipe não seria suficiente para alcançar as diversas demandas da área da saúde. Por esse motivo, conhecer a concepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe, identificar se desenvolvem práticas de trabalho integrado e se percebem momentos de práticas que articulem os diversos profissionais da equipe são pontos importantes a serem considerados em uma equipe.

Assim, quando se reflete sobre a experiência profissional e analisa-se a literatura sobre as práticas profissionais, é possível perceber a necessidade de se promover uma efetiva integração da equipe e de realizar um trabalho cada vez mais qualificado, a fim de contemplar as inúmeras demandas dos usuários dos ambulatórios oncológicos de quimioterapia e radioterapia. Por esses motivos, busca-se, neste capítulo, uma melhor compreensão sobre as ações e o desenvolvimento das práticas profissionais pelas equipes multiprofissionais que atuam nesses ambulatórios.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo apresentado é um recorte da dissertação intitulada Práticas Profissionais em um Ambulatório Oncológico, desenvolvida para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O estudo teve como cenário o ambulatório oncológico de quimioterapia e radioterapia de um hospital de ensino, de nível quaternário de complexidade, na cidade de São Paulo, que atende a população regional e de outros estados. Filantrópico, mantém 87% de seu atendimento dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os atendimentos ambulatoriais nas diversas especialidades são realizados pelo Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Ambulatório Oncológico de Hematologia, Quimioterapia e Radioterapia e pelo Serviço de Oncologia Pediátrica.

Os participantes do estudo foram profissionais que compõem o quadro técnico do ambulatório oncológico de quimioterapia e radioterapia, com atuação diretamente ligada à área assistencial. Cada categoria foi representada por um profissional, tendo como critério para escolha dos participantes o sorteio aleatório para as categorias com mais de um profissional. Participaram do estudo seis profissionais, nas seguintes categorias: uma oncologista, uma radioterapeuta, uma enfermeira (quimioterapia), uma enfermeira (radioterapia), uma psicóloga e uma assistente social. A nutricionista não fez parte do estudo, por ser a pesquisadora principal.

Os participantes deste estudo são predominantemente do sexo feminino, com idades entre 32 a 54 anos.

No que se refere ao tempo de formação dos participantes, verificou-se que três profissionais estavam formadas entre 5 e 10 anos; uma há 13 anos e outras duas há mais de 20 anos. Em relação ao tempo de atuação na área de formação, uma profissional atuava há menos de 5 anos, duas entre 5 e 10 anos, outras duas entre 11 e 20 anos e uma há mais de 20 anos. Quanto à especialização, 100% dos entrevistados apresentavam título de especialistas (especialização lato sensu).

A presente pesquisa é um estudo de caso, descritivo e de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas de igual teor para todos os participantes. As seguintes questões nortearam as entrevistas:

- Como é para você o trabalho em equipe?
- Relate como você desenvolve as práticas de trabalho integrado no ambulatório de especialidades.

- Para você, acontecem momentos de práticas integrando os vários profissionais que atuam no ambulatório?

As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas segundo a metodologia de análise de conteúdo, que diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Optou-se pela análise temática, que consiste em apreender os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e/ou frequência de aparição tenham algum significado para o objeto analítico visado.

A análise dos dados respeitou a realização das seguintes etapas: pré-análise e determinação das unidades de registro e unidade de contexto, as quais, unidas, definem as categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado (MINAYO, 2010).

Fez-se a categorização segundo o critério semântico, por permitir selecionar categorias, agrupando-as conforme o significado dos temas, sendo posteriormente confrontadas com achados de outras investigações sobre o assunto. Todas as categorias encontradas na pesquisa emergiram das falas dos participantes, os quais foram identificados por ordem sequencial para preservar o sigilo, e suas falas marcadas, também por ordem sequencial, de acordo com a unidade de registro, por exemplo: entrevistado 1 – unidade de registro 5 (E1-UR5).

O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e, posteriormente, do referido hospital. Também recebeu aceite dos participantes, expresso por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹³

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos obtidos por meio das entrevistas convergiram para quatro eixos temáticos, porém este capítulo abordará apenas o eixo Desenvolvimento das Práticas, no qual foram encontradas 15 unidades de contexto, que resultaram em 36 unidades de registro. Dessas unidades de registro, emergiram três categorias de análise: 1) Atuação na perspectiva multiprofissional; 2) Integração profissional; e, 3) Valorização da prática colaborativa.

A seguir serão apresentadas e discutidas individualmente cada uma dessas categorias.

¹³ Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (número do parecer: 231.993) e do referido hospital (número do parecer: 291.130).

4.1 Atuação na perspectiva multiprofissional

Por meio dos relatos abaixo, nota-se uma limitada relação de troca entre os profissionais, caracterizando a perspectiva multidisciplinar:

[...] cada um trabalhando por si, mas que, num contexto geral, a gente acaba ajudando o paciente sim (E2 – UR5).

[...] nós seguimos protocolos de condutas encaminhados por todos os nossos colegas que atendemos aqui (E4- UR9).

Na organização do trabalho em saúde, observa-se predominância da perspectiva multiprofissional, evidenciada por limitada integração entre os membros da equipe, com ênfase na valorização do trabalho técnico e nas funções especializadas. Entende-se que essas funções devem ser consideradas importantes, entretanto é essencial que todos os membros mantenham uma comunicação efetiva que permita o compartilhamento de conhecimentos e facilite a tomada de decisões e ações futuras (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; PINHO, 2006).

Essa tendência dos profissionais de saúde trabalharem de forma isolada e independente das demais áreas expressa a vasta e intensa formação, também isolada e circunscrita às suas próprias áreas de atuação. Nessa formação voltada a especificidades, as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais (PEDUZZI, 2013).

Destaca-se que o trabalho multiprofissional, por si só, não é capaz de responder às complexas necessidades de saúde de uma população específica. A fragmentação, comum nessa perspectiva, pode ser reforçada pelo processo de formação do profissional, com o ensino centrado em conteúdos e organizado de forma compartimentada e isolada, muitas vezes não propiciando momentos compartilhados com outras áreas. Com frequência, tal situação limita a articulação com outros profissionais no espaço de trabalho.

4.2 Integração profissional

Evidencia-se nessas falas, de forma predominante, a importância da integração entre os profissionais, por permitir o conhecimento a respeito de outras especialidades. Nota-se também uma visão abrangente das necessidades do paciente:

[...] um caso que eu atendi no ambulatório eu acabo discutindo com o médico na enfermaria (E1- UR4).

[...] nessa reunião iam todos os profissionais e ali era discutido caso por caso e cada um colocando o seu ponto de vista, o que cada um fez de diagnóstico, que detectou no paciente e faziam uma integração (E5- UR11).

[...] então realmente é como se cada um (profissional da equipe) fizesse parte de uma engrenagem e todos juntos conseguem realmente pôr aquele carro para se locomover (E6-UR33).

A integração profissional produz relações com base no diálogo interativo. Trata-se de uma prática comunicativa e efetiva, caracterizada pela busca de consensos entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho e na articulação de saberes e fazeres. Destaca-se que algumas conexões são evidenciadas pelo agir daqueles responsáveis pelo cuidado à saúde (PEDUZZI, 2001).

Sob tal perspectiva, o exercício de um trabalho mais integrador e articulado é potencializado pela perspectiva interprofissional, que possibilita uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde pela interação entre os profissionais, valorização do conhecimento dos integrantes da equipe e soma dos diversos saberes. Nesse caso, o intuito é fornecer respostas efetivas e eficazes a problemas complexos presentes no trabalho em saúde (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; PAULA, 2009).

A atuação integrada conduz a uma aprendizagem compartilhada, com maior articulação entre os profissionais. Isso possibilita que as profissões se envolvam, consigam aprender juntas, busquem soluções conjuntas, ampliem o leque de informações, entendam que a ação de todos favorece o aprendizado e a resolução de problemas e tornem-se mais capazes de compreender os cuidados de saúde e propor soluções.

4.3 Valorização da prática colaborativa

Nessa prática, os profissionais têm objetivos comuns e existe uma comunicação efetiva entre eles, que cooperam entre si, em prol de um serviço qualificado:

[...] é um trabalho que vai sendo desenvolvido com o tempo, a confiança que as pessoas têm em mim e eu nelas enquanto profissionais (E6-UR34).

[...] essa interação com a equipe a gente tem que ter tolerância, respeitar o outro, esperar um melhor momento pra conversar, pra discutir um caso (E6-UR35).

A prática colaborativa é um processo de comunicação articulada e de tomada de decisão, com o objetivo de satisfazer as necessidades de atenção da população-alvo. Ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, tendo como propósito principal promover melhoria nos resultados de saúde, por meio da contribuição de todos os profissionais, sem diferenciação em relação às áreas de trabalho (CARAM; REZENDE; BRITO, 2017; OMS, 2010; PINHO, 2006).

Peduzzi, Leonello e Ciampone (2016) assinalam alguns pontos importantes a serem considerados na prática colaborativa: valorizar as habilidades, competências e os recursos de todos os profissionais da equipe, no planejamento e tomada de decisões, e seus membros devem empenhar-se para manter relações de cooperação, por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos. Necessário também que os profissionais se reconheçam como parte importante da organização e responsáveis pelo sucesso da equipe.

Na prática colaborativa, a comunicação deve ser um ponto crucial para o relacionamento da equipe, pois os profissionais têm maior chance de se conhecerem. Além disso, o diálogo frequente conduz à discussão de temas comuns no cotidiano dos serviços, permite o crescimento profissional de cada membro e favorece melhores relações interpessoais. Nessa prática, as relações horizontais e as experiências vivenciadas por cada profissional são valorizadas e as diversidades de pontos de vista respeitadas, o que permite construir um vínculo de confiança e compartilhar as responsabilidades. Assim, o leque de opções para a solução de problemas é maior e as ações que favorecem o cuidado ao paciente podem ser mais efetivas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs-se a identificar o conhecimento de profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um ambulatório oncológico de quimioterapia e radioterapia sobre a prática profissional e o trabalho em equipe. Este conhecimento, identificado por meio das reflexões teóricas e análises construídas com base em estudo de caso, revelou tanto a forma como as práticas profissionais são desenvolvidas sob a ótica desses profissionais quanto a presença de momentos que expressam a integração entre os membros da equipe.

Em relação ao eixo direcionador Desenvolvimento das Práticas, foi possível identificar, entre os participantes, a realização de práticas isoladas na perspectiva multiprofissional em algumas situações, porém, em outros relatos, foram observados momentos de integração, com valorização da comunicação entre todos na perspectiva interprofissional.

A *Atuação na perspectiva multiprofissional* presente nos relatos revela que o trabalho individualizado e as funções especializadas são, com frequência, valorizados em detrimento da atuação integrada. Essas funções inerentes a cada profissão devem ser valorizadas, porém é importante manter, em paralelo, uma comunicação efetiva entre as diversas especialidades.

Nesse sentido, a atuação sob essa perspectiva pode ser valorizada ainda no processo de formação profissional, que muitas vezes não propicia momentos compartilhados com outras áreas, limitando frequentemente a posterior articulação também no contexto de trabalho.

Já na categoria *Integração Profissional* foram evidenciados momentos de prática que integram os profissionais da equipe e valorizam a aprendizagem compartilhada. Essas situações também favorecem o envolvimento, o aprendizado, a busca por soluções conjuntas e a resolução de problemas, além de aumentarem a capacidade de compreensão sobre os cuidados de saúde.

Neste estudo percebem-se momentos em que diferentes práticas profissionais ocorrem via trabalho em equipe. Assim, em algumas situações, há predominância da atuação multiprofissional e, em outras, da interprofissional, sendo importante considerar os vários fatores citados que podem influenciar a presença de determinada atuação.

Por fim, com o intuito de ampliar a compreensão sobre o objeto de trabalho em saúde e suas múltiplas dimensões e, dessa forma, fornecer respostas efetivas a tantas demandas dessa área, este estudo destaca a necessidade de ampliar o conhecimento da perspectiva interprofissional, por meio de processos colaborativos. Enfatiza também a importância de reconhecer tanto o potencial da interação enquanto contribuição aos profissionais da equipe quanto a pertinência de diferentes contribuições profissionais no cuidado. Destaca ainda ser premente ampliar o conhecimento dos profissionais das equipes de saúde a respeito do tema. Investimentos institucionais que favoreçam a implementação dessa perspectiva no cotidiano das equipes são igualmente necessários.

Acredita-se que os resultados apresentados contribuam para o debate sobre as práticas profissionais na área da saúde, de modo que as instituições, os profissionais de saúde e as equipes norteiem suas condutas e promovam condições para a realização de um trabalho em equipe cada vez mais integrado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **O sistema único de saúde e as leis orgânicas da saúde**. In: AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. p. 43-68.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad. FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, jan. 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf

BIGATÃO, M. R. *et al.* A atuação da equipe multiprofissional do ambulatório de neurocirurgia oncológica do hospital das clínicas da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Boletim Eletrônico SBPO**, v. 4, n. 3, jan./mar. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

CARAM, C. S.; REZENDE, L. C.; BRITO, M. J. M. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Min. Enferm.**, n. 21, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1208>.

CARVALHO, G. Os governos trincam, e trancam o conceito da integralidade. **Radis Comunic. Saúde**, n. 49, set. 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 48, p. 213-215, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1549-1562, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306p.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu), v. 11, n. 22, p. 239-245, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>.

GARÓFOLO, A. **Epidemiologia, carcinogênese e tratamento**. In: GARÓFOLO, A. Nutrição clínica, funcional e preventiva aplicada à oncologia: teoria e prática profissional. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

GILLIS, T. A. **Reabilitação do paciente com câncer**. In: POLLOCH, R. E. *et al.* Manual de oncologia clínica da UICC. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. p. 819-834.

HAAGEDOORN, E. M. L. *et at.* **Assistência psicossocial**. In: POLLOCH, R. E. *et al.* Oncologia básica para profissionais de saúde. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2000, cap. 30, p. 361-366.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer**. 2014a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 14 set. 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. 2014b. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 14 set. 2014.

MÂNGIA, E. F. Aprender junto para trabalhar junto: o desafio da formação para o trabalho interprofissional. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. i-ii, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=657205&indexSearch=ID>.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 862-869, nov./dez. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010.

MAYER, M. *et al.* **A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multiprofissional de saúde**. 2014. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/7/72/GT1_-_A_importancia_da_comunicacao-varios.pdf. Acesso em: 27 jul. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta da organização mundial de saúde**, 1946. [citado 2009 out 18]. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>. Acesso em: 3 set. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_170_marco_para_acao.pdf. Acesso em: 27 out. 2013.

PAULA, R. A. **Relação multiprofissional do trabalho em equipe na atenção básica e saúde**. 2009. 30 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, São Sebastião do Paraíso, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Relacao_multiprofissional_do_Trabalho_em_Equipe_na_Atencao_Basica_de_Saude/457.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf

PEDUZZI, M. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades de prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 f. Tese (Livre-docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-02072009-105425/publico/MarinaPeduzzi.pdf>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>. Acesso em: 6 out. 2012

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V.M.; CIAMPONE, M.H.T. **Trabalho em equipe e prática colaborativa**. In: KURCGANT, P. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000. p. 45-50.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde: integralidade como princípio do direito à saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Rev. Ciências e Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em Revista**, v. 1, n. 1, p. 3-15, mar. 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3082>

POLIGNANO, V. M. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

SÁ JUNIOR, L. S. M. **Desconstruindo a definição de saúde.** Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), p. 15-16, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>. Acesso em: 13 set. 2014.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 18, p. 521-536, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], v. 15, p. 1685-1698, 2010. Supl.1 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700080>.

SILVA, G. T. R. *et al.* **Um estudo de caso: a vivência multiprofissional e a integralidade como ações educativas na formação do profissional em saúde.** In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Orgs). Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008, p. 101-114.

SOUBHI, H. *et al.* Interprofessional learning in the trenches: fostering Collective Capability. **J. Interprof. Care**, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820802565619>.

WIERMANN, E. **Bem no alvo para combater o câncer.** Correio Brasiliense (Saúde). D.F. Brasil, 02 de setembro de 2014.

REDUÇÃO DE DANOS (RD): CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E CONTRADIÇÕES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD

Rafael Ferreira de Souza

Psicólogo e Administrador
CAPS-AD – Prefeitura Municipal de Santos
Santos – SP

Fernando Sfair Kinker

Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Clínica e Instituições
Santos – SP

RESUMO

Inicialmente voltada para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em usuários de drogas injetáveis (UDI), a Redução de Danos (RD) amplia suas ações buscando minimizar as consequências prejudiciais do uso de substâncias psicoativas e se torna diretriz do cuidado em saúde mental. Considerando a importância desse tema para a prática do cuidado, o presente capítulo apresenta parte dos resultados da pesquisa-intervenção realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD) de Santos-SP, que teve como objetivo investigar como os profissionais da equipe multiprofissional compreendem a RD e quais ações desenvolvem nessa perspectiva. Para a pesquisa, foram realizadas duas oficinas com onze profissionais de cinco profissões/funções diferentes, atuantes há mais de um ano no CAPS-AD pesquisado, e produzida a narrativa de experiência do pesquisador como Acompanhante Terapêutico (AT) no serviço. Os dados produzidos foram analisados por meio da análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados apresentados neste capítulo abrangem as concepções de RD como paradigma contra-hegemônico na abordagem ao consumo de substâncias psicoativas e como prática de cuidado em saúde realizada por meio de ações voltadas para a autonomia e autocuidado dos usuários. Ainda, diante das diversas forças envolvidas na questão do consumo de substâncias psicoativas que atravessam e influenciam o projeto clínico-institucional, inclui também as ações pautadas no paradigma da abstinência, como os encaminhamentos às Comunidades Terapêuticas. Conclui que se faz necessário o aprofundamento da reflexão da perspectiva de RD adotada pela equipe do CAPS-AD, de modo a problematizar as contradições e enriquecer as práticas de cuidado.

Palavras-chave: Redução de Danos; Abuso de Drogas; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Serviço de Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa apresentar um recorte da dissertação intitulada “Redução de Danos (RD): suas implicações e contradições no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Santos” defendida em 2018), de modo a apresentar parte dos resultados produzidos no que se refere às concepções e práticas de redução de danos da equipe multiprofissional do CAPS-AD pesquisado, assim como as ações baseadas no paradigma da abstinência, categorizadas como contradições à RD.

Os resultados apresentados pretendem contribuir com a discussão sobre o consumo de substâncias psicoativas a partir de um novo paradigma, o da redução de danos (RD). Considerando que a partir do fenômeno do crack essa temática vem ganhando espaço na mídia e no debate público sob um discurso hegemônico que aborda o consumo de crack como uma “epidemia”, produzindo respostas urgentes e autoritárias como as internações involuntárias de usuários das chamadas cracolândias, impedindo um debate democrático sobre a questão, reproduz-se, na atualidade, a violência disfarçada de cuidado das ações higienistas do século XIX (GOMES; CAPPONI, 2011).

É sob o paradigma da abstinência, baseado no conceito de dependência química como dependência às substâncias, desconsiderando outros fatores envolvidos como a subjetividade, o meio social, cultural, econômico e político em que o sujeito está inserido, que emerge o ideal de internação como modelo de tratamento e o ideal de abstinência como objetivo terapêutico (DELGADO, 2016).

Como alternativa a esse modelo, a RD propõe outro paradigma para abordar a questão das drogas, questionando tanto a lógica da segregação como tratamento, quanto o ideal de abstinência como válido para todas as pessoas. Iniciada na base da oferta e troca de insumos para usuários de drogas injetáveis (UDI), a RD se consolidou com a oferta de um cuidado inclusivo, possibilitado pelo vínculo construído entre profissionais de saúde e usuários de substâncias psicoativas. Reconhecendo a autonomia e responsabilidade dos sujeitos, a RD possibilitou a ampliação do acesso ao sistema de saúde, passando a incluir as pessoas que não almejam a abstinência, e a inserção em diferentes dispositivos da comunidade por meio da flexibilização das exigências e da criação de novas estratégias de cuidado (SIMÕES *et al.*, 2016).

A RD abarca um conjunto de práticas e saberes que não se reduz a medidas pragmáticas, assim como não possui uma definição única. Com a sua incorporação na política pública de saúde, observam-se contribuições de diferentes campos do saber e diferentes práticas que ampliam a discussão a respeito do consumo de drogas e do próprio conceito de redução de danos, podendo-se considerar que coexistem múltiplas RD (SIMÕES *et al.*, 2016).

Constituída como uma prática interdisciplinar, a RD ainda sofre resistência por parte dos profissionais da saúde, muito em razão da hegemonia do paradigma da abstinência e do modelo proibicionista propagado pelos Estados Unidos que enfatiza a proibição e os riscos advindos das drogas, em uma abordagem que tem se mostrado ineficaz diante do aumento mundial do consumo de drogas (SOUZA, 2013).

No Brasil, as primeiras ações de redução de danos ocorreram em Santos como política pública municipal no ano de 1989, por meio da troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. No mesmo ano, também foi iniciada na cidade a primeira experiência de fechamento de um manicômio e de criação de uma rede comunitária de saúde mental (KINOSHITA, 1997).

Em um momento atual muito diferente, de desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, ainda se mantém um único serviço voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas criado àquela época com a denominação de Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (NAT), e atualmente, transformado em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), na modalidade II (com funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h às 18h). Com os retrocessos ocorridos nas políticas públicas federais, com a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e com a incorporação do modelo da abstinência e o aumento do investimento nas Comunidades Terapêuticas, ganha importância e urgência a discussão de políticas de cuidado mais inclusivas no campo das drogas, como a proposta pela redução de danos e pela atenção psicossocial.

Diante desse cenário de disputa de modelos de cuidado, a equipe do CAPS-AD de Santos dobra sua aposta na redução de danos como lógica de cuidado inclusivo, participativo e transformador. Nesse sentido, a pesquisa-intervenção que embasa a produção deste artigo teve como objetivo compreender a perspectiva da Redução de Danos (RD) nas ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Santos-SP.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O desafio de produzir conhecimento inovador e transformador das práticas provocado pelo Mestrado na modalidade Profissional, desenvolvido no eixo Educação Permanente em Saúde, lançou o autor-pesquisador no desconhecido processo de pesquisar a equipe multiprofissional do CAPS-AD em que atua, e conseqüentemente, também sua própria prática. Desse modo, não se pretendeu alcançar um objetivo previamente estabelecido, mas como na cartografia, inverter o sentido de método (*metá-hódos*), para *hódos-metá*, caminhar que no caminho traça suas

metas. Nesse sentido, saber e fazer não se distinguem, constituindo uma pesquisa-intervenção, em que o conhecimento é entendido como transformação da realidade. Não se trata, portanto, de uma representação de um objeto, mas de um conhecer que transforma a realidade, criando uma realidade de si e do mundo (PASSOS; BARROS, 2009).

A pesquisa foi se constituindo no seu próprio processo, que acontece no plano da experiência, agenciador de sujeito e objeto, teoria e prática, e que acompanha seus efeitos no objeto, no pesquisador e no próprio processo de pesquisa. Esse saber requer o fazer: “Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o ‘caminho’ metodológico” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 18).

Para isso, foram utilizados dois procedimentos: as oficinas e a narrativa do pesquisador. Foram realizadas duas oficinas com os profissionais com mais de um ano de atuação no CAPS-AD que aceitaram participar da pesquisa, em um total de onze participantes: duas assistentes sociais, duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais (uma exercendo a função de chefia do serviço), uma enfermeira e quatro acompanhantes terapêuticos. Não se disponibilizaram a participar das oficinas, portanto não estiveram representadas, as categorias profissionais: médico psiquiatra, técnico de enfermagem e farmacêutico. Apesar da ausência desses profissionais ter limitado a abrangência do estudo, tendo em vista a centralidade do cuidado médico e medicamentoso para muitos usuários, por outro lado, ela deu visibilidade e centralidade ao trabalho em equipe das demais categorias profissionais.

De modo a proporcionar um momento construtivo para a equipe e de produção de dados para a pesquisa em conjunto com os participantes optou-se pelas oficinas por essas se constituírem em espaços de negociação e produção de sentidos, que permitiram a visibilidade de argumentos e posições, e deslocamentos, construções e contrastes de versões (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

A primeira oficina teve como objetivo introduzir o tema da RD para discussão por meio da apresentação de um vídeo. No segundo encontro, cada participante foi provocado a escrever e apresentar uma cena de seu cotidiano de trabalho relacionada com a RD. Essas propostas facilitaram a discussão com base nas práticas de cuidado desenvolvidas no CAPS-AD.

Não se pretendeu uma suposta neutralidade do pesquisador, e sim, dar visibilidade de forma crítica às relações que constituem a realidade em que o pesquisador está inserido. Para isso, o pesquisador produziu o texto como narrativa do processo de pesquisa e de sua experiência de mais de três anos como Acompanhante Terapêutico no CAPS-AD, o que possibilitou colocar a si próprio e a pesquisa em análise.

Os dados produzidos foram analisados por meio da análise de conteúdo do tipo temática (BARDIN, 2011), sem levar ao congelamento dos dados ou a perda da análise da transformação ocorrida no processo investigado (BARROS; KASTRUP, 2009). Dessa análise foram construídas categorias contemplando os diversos aspectos relacionados pelos participantes à RD no CAPS-AD e as problematizações apresentadas pela narrativa do pesquisador.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O recorte dos resultados da pesquisa-intervenção apresentados neste capítulo contemplam as concepções de redução de danos da equipe multiprofissional do CAPS-AD, as práticas e cuidados produzidos, além dos atravessamentos e ações na perspectiva da abstinência e, ainda, o contexto proibicionista em que estão inseridas.

3.1 As concepções de redução de danos

É consenso entre os profissionais participantes da pesquisa de que a RD é a lógica que embasa o cuidado aos usuários do CAPS-AD. A RD é também concebida como paradigma contra-hegemônico na abordagem ao fenômeno das drogas que fundamenta o olhar dos profissionais e embasa a discussão do consumo de drogas com a rede de serviços do município e com os diversos segmentos da sociedade, na função que o CAPS-AD também tem de intervir no modo como a rede e a sociedade abordam a questão.

A RD como lógica de cuidado em saúde foi apontada principalmente por meio de ações voltadas para a autonomia e autocuidado dos usuários. Considerando para análise a classificação de Santos, Soares e Campos (2010) quanto às diferentes concepções de RD, essa concepção dos profissionais do CAPS-AD considera outras formas de relação com as drogas que não somente a dependência, e ainda, a impossibilidade de interrupção ou o desejo de algumas pessoas de se manterem no uso. Isso amplia o público alvo, não mais se restringindo àqueles que buscam a abstinência total. No entanto, os autores também apontam como possíveis consequências dessa concepção, o excesso de responsabilização individual e a marca identitária de “usuários de drogas” nos indivíduos.

Entretanto, duas profissionais, participantes da pesquisa, referiram ter transformado suas visões negativas sobre a RD somente após começarem a trabalhar no CAPS-AD:

Eu encarava a redução de danos como uma filosofia de vida de quem queria usar droga. Sendo muito honesta, assim sabe? E hoje não. Um ano e pouco aqui, eu consigo ver uma prática, as práticas de redução de danos, ou pelo menos a maioria delas, assim como um cuidado com a saúde mesmo (participante 10, OFICINA 1).

Eu também tinha uma idéia de redução de danos como uma, uma desculpa pra quem [...] não dá conta, né? Mas, é [...] com a convivência, com a prática, é [...] eu acho que é um espaço, é um momento onde se pode pensar até no que significa dano, né? O que vem a ser dano e o que significa reduzir, né? (participante 4, OFICINA 1).

Essas falas deixam claro que a prática do cuidado em equipe e em diálogo com os usuários agregam elementos que possibilitam colocar concepções e práticas em questão, favorecendo mudanças.

Assim, a RD se apresenta como alternativa de cuidado que não busca intervir única e exclusivamente na relação do sujeito com as drogas, mas em diversos aspectos relacionados com essa problemática, como: pobreza, desemprego, relações familiares e comunitárias fragilizadas, ausência de atividades culturais e de lazer, dentre outras. Questões presentes na clínica do CAPS-AD que desafiam concepções reducionistas e sensibilizam para a RD.

Ao tirar o foco de um ideal de abstinência de drogas e voltar às atenções a existência do sujeito como um todo amplia-se tanto o acesso ao cuidado no CAPS-AD como suas possibilidades, em processos construídos conjuntamente entre equipe e usuários com metas e objetivos mais realistas. Desse modo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), articulador do cuidado, se constitui como um projeto de vida que valoriza o saber do usuário, suas potências, relações e possibilidades de transformação. Além de levar em consideração os recursos e possibilidades da equipe do CAPS-AD, da RAPS do município e dos territórios.

3.2 As práticas de RD

Como principais práticas de redução de danos no CAPS-AD, os profissionais citaram: o acolhimento, a escuta, o vínculo e o que chamaram de reflexão. Também citaram a convivência no serviço e as diversas atividades realizadas como: os grupos, oficinas e festas, as assembleias e os demais espaços de participação social.

Acolhimento e escuta se constituem na disponibilidade e abertura para receber o sujeito e proporcionar um espaço em que ele possa falar livremente sobre si, seu sofrimento, sua vida, e ser escutado sem julgamento. Inicia-se assim a construção de um vínculo com o profissional e a equipe que possibilite reconhecer o lugar e a função das drogas em sua vida, de modo a se pensar, ou refletir, como nomeado pelos profissionais, um cuidado, que se constitui em um cuidar-se ativamente, retirando o sujeito da posição de objeto das drogas, para a de sujeito de seu cuidado. Trata-se de refletir com o usuário sobre seu sofrimento, suas necessidades e as possibilidades existentes, como exposto na seguinte fala sobre o cuidado como redução de danos:

[...] eu acho que é um espaço, é um momento onde se pode pensar até no que significa dano, né? O que vem a ser dano e o que significa reduzir, né? Diminuir dano. Normalmente a gente começa os grupos de redução de danos pensando nessas duas palavras. O que que significa cada uma, e aí a partir dessa reflexão, cada um entendendo o que tá bom e o que não tá na sua própria vida pra poder avaliar o que pretende fazer dali pra frente (participante 4, OFICINA 1).

No entanto, os profissionais ressaltaram também que, frequentemente, no CAPS-AD, o acolhimento tem outro sentido, referindo-se aos casos em que o usuário chega ao serviço sob efeito de substâncias psicoativas. Destacado também como RD, o acolhimento e cuidado nessas situações pode envolver toda a equipe e seus recursos e até o encaminhamento para os serviços da rede de urgência e emergência, mediante a necessidade e gravidade do caso.

Por sua vez, a convivência no serviço, os grupos, as oficinas e as festas são espaços de promoção de novas experiências e vivências de abertura para novas formas de se relacionar com os outros e consigo mesmo. Diferenças produzidas, que aliadas ao aprendizado das reflexões, podem constituir novos modos de estar no mundo. Um exemplo são as festas realizadas no CAPS-AD:

[...] eu acredito que aqui, ela [a pessoa] tá criando outro tipo de vínculo, ela tá estabelecendo outras maneiras de funcionar que ela não estava mais anteriormente [...]. O que eu falei que eu gosto de falar sobre as festas, eu acho que além de você estar proporcionando isso, momento em que a pessoa não tá nesse uso de drogas, você está proporcionando experiências que essa pessoa pode já muitos anos não tá mais passando, então né, uma festa junina. Há quanto tempo a pessoa não faz parte de uma festa junina, e você vai tá

resgatando essas experiências. Resgatando até inserindo né, porque acho que tem gente que nem essas experiências têm (participante 6, OFICINA 1).

As festas mais potentes são construídas horizontalmente entre profissionais, usuários e familiares que formam comissões com divisão de responsabilidades, envolvendo o agenciamento de outros atores, como alguns parceiros da rede de saúde mental e da assistência social, realizadas em espaços do território que não os próprios serviços. Constituindo-se assim, em espaços coletivos que desestabilizam papéis e relações de poder e saber instituídas.

A participação e o protagonismo dos usuários do CAPS-AD, fundamentos da RD, também são promovidos no compartilhamento da gestão do serviço por meio das Assembleias e do Conselho Gestor Local. Nesses espaços as regras institucionais são discutidas e coproduzidas, assim como são renegociadas no cotidiano do serviço, diante da singularidade de cada situação.

Esse modelo de gestão participativa em que participam gestores, profissionais e usuários, implica os sujeitos de outro modo consigo mesmos, aliando gestão e clínica na perspectiva da redução de danos, em uma lógica coerente de produção contínua das metas da instituição e do próprio cuidado (SOUZA, 2013).

A aposta política na RD também mobiliza uma militância que levou profissionais e usuários a participarem dos espaços deliberativos da Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, como a Conferência Municipal sobre Drogas, o Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas (COMAD) e demais espaços de debate sobre a temática, sempre em defesa da vida, da cidadania e do cuidado em liberdade. Cidadania que é promovida na busca do protagonismo dos usuários nas discussões dessa temática, que diz respeito principalmente as suas vidas, proporcionando outro lugar social, que lhes possibilite serem reconhecidos como válidos para as trocas sociais.

De modo geral, as práticas de RD apresentadas pelos profissionais participantes da pesquisa se baseiam na relação entre equipe multiprofissional e usuários do serviço, tanto na gestão do CAPS-AD quanto no cuidado, sempre individual e coletivo, em um movimento de permanente negociação e transformação dos sujeitos dessa relação.

3.3 Reduzindo danos no CAPS-AD

O cuidado de um usuário no CAPS-AD foi destacado pelos participantes das oficinas como exemplo de práticas de cuidado em RD. O envolvimento desse usuário com a horta e jardim da unidade, atividade de seu interesse, foi apontado como meio de vínculo e cuidado estabelecido com ele, que tinha liberdade para gerir o espaço. Enquanto o usuário preparava a terra, plantava,

regava, colhia e zelava pelo espaço, a equipe contribuía com material e sementes, acompanhavam o processo, aprendiam, valorizavam seu saber e relação de troca com o serviço.

Desse processo de cuidado, que se desdobrou em diversas ações, a equipe avaliou avanços em diferentes áreas da existência do usuário que foram identificadas como redução de danos, entre elas: o cuidado com a aparência, com a dentição, o retorno ao contato e cuidado com os filhos, o início em um trabalho e os planos para alugar um local para morar, assim como, o início do uso de medicação para seu sofrimento psíquico. O seu investimento em outras dimensões da vida, anteriormente restrita ao uso de crack, foi avaliado como ampliação de sua potência de agir no mundo.

Desse modo, a relação com as drogas não foi o foco do cuidado nem da avaliação. A droga não era o mal a ser eliminado. Um cuidado que incorpora o uso de drogas como uma possibilidade de vida supõe o encontro entre o saber científico dos profissionais e o saber prático dos usuários, relacionando os critérios de valorização da saúde com a construção do projeto de vida individual. Assim, a educação em saúde se desloca da estratégia de prescrição de comportamentos saudáveis para uma ética orientadora de escolhas político-pedagógicas mais significativas, em um diálogo que promova proteção e não a homogeneização dos modos de vida (MEYER *et al.*, 2006).

O cuidado em RD concebe a saúde em seu sentido ampliado como vida ou a capacidade de o sujeito romper e instituir novas normas para si (CANGUILHEM, 1995). Em que a terapêutica tem como objetivo estimular a autonomia e a capacidade do indivíduo recriar suas próprias normas, que podem também incluir o uso de substâncias psicoativas.

O caso acima, assim como o relato apresentado da participante que destacou as festas realizadas no CAPS-AD, dentre outros apontados pelos profissionais como práticas de RD, entre eles, a visita na festa de Natal a convite de um usuário que pela primeira vez se dispôs a comemorar com a família sem o uso de bebida alcoólica, ou o acolhimento e escuta a um usuário em momento de greve dos servidores municipais, destacam como práticas potentes aquelas que fogem da lógica enrijecida de organização do serviço no modelo de grade de atividades semanais, que também funcionariam para a organização do cuidado dos usuários em formato de um PTS/agenda de atividades no serviço. Desse modo, é a equipe e o serviço que se adequam ao usuário, e não o usuário que se adequa as ofertas do serviço. Promove-se, assim, um cuidado singular, em que o sujeito, e também a equipe, podem expressar suas potências.

Para além dos procedimentos pactuados com os usuários, como os atendimentos individuais e grupais, o projeto terapêutico é o próprio fazer e tecer a vida junto aos usuários em seus cotidianos concretos de vida e suas relações, modificando as cenas de violência e

invalidação e transformando a todos os envolvidos: usuários, familiares, profissionais e sociedade (KINKER, 2016).

3.4 Atravessamentos do paradigma da abstinência

Apesar da RD fundamentar as práticas de cuidado da equipe multiprofissional, outros modelos de cuidado atravessam o projeto clínico-institucional do CAPS-AD através de ações que não foram citadas pelos profissionais participantes das oficinas, mas apontadas pela narrativa de experiência do pesquisador. São elas: os encaminhamentos para acolhimento em Comunidades Terapêuticas (CT), os grupos de mútua ajuda Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), além da medicamentação do problema das drogas.

Essas práticas, baseadas no paradigma da abstinência, propõem um tratamento pré-estabelecido para todos, com o objetivo único da abstinência total, diferenciando-se assim do cuidado singularizado e compartilhado proposto pela Redução de Danos e pela Atenção Psicossocial.

Essa omissão por parte dos participantes parece apontar para o fato de que por serem práticas realizadas por parceiros, no caso das CT e do AA/NA, a equipe não se identifica com esse modelo de cuidado.

Por outro lado, alguns profissionais entendem que alguns usuários se identificam com essas propostas e se beneficiam com essa oferta no CAPS-AD, o que pode remeter a outra concepção de RD, uma RD que integra diferentes modelos de cuidado, ainda que a abstinência seja uma meta clínica possível dentro do paradigma da RD.

No entanto, a oferta das reuniões de AA e NA dentro do CAPS-AD legitima seu discurso rígido, que prega a abstinência como único objetivo desejável, não contemplando a diversidade dos sujeitos que necessitam de cuidado. Isso acaba por dificultar o trabalho em outra direção mais abrangente e acolhedora como a da RD, assim como a criação de novos enunciados mais singulares e emancipatórios.

Ainda, a centralidade do acompanhamento psiquiátrico para alguns usuários também pode estar ancorada no discurso que reduz o sujeito a vítima da substância quando oferece a medicação como inibidora do desejo considerado perverso. Nesse sentido, o recurso medicamentoso exerce uma nova forma de poder na contemporaneidade, adicionado as relações de dominação do poder soberano, as relações disciplinares, que punem os comportamentos desviantes, e a ideia de que o indivíduo pode oferecer riscos a si mesmo ao viver certos modos de vida que não seguem o modelo de qualidade de vida prescrita pela medicina (MERHY, 2017).

Por fim, abaixo é apresentada a contradição de modelos de cuidado presente no convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde e Comunidades Terapêuticas de outros municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista.

3.4.1 As Comunidades Terapêuticas (CT)

Os encaminhamentos para as vagas disponíveis em Comunidades Terapêuticas conveniadas são de responsabilidade da equipe do CAPS-AD, mediante avaliação multiprofissional. Essas CT promovem acolhimento voluntário por um período de seis meses, o que contraria o modelo de cuidado em liberdade de base territorial da Atenção Psicossocial. Ainda que façam parte da RAPS, as CT não compartilham dos mesmos critérios técnicos e éticos da Atenção Psicossocial como a noção de território, o conceito ampliado de saúde e os critérios de acolhimento pautados na lógica da RD (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

O modelo de isolamento das CT também está alinhado ao paradigma da abstinência no seu caráter de alta exigência que obriga a abstinência desde a admissão, e o imediato desligamento nos casos em que, burlando as regras rígidas, o acolhido faça uso de drogas ou descumpra outra regra da instituição.

Muitos usuários e familiares procuram o CAPS-AD com a demanda de acolhimento em CT na expectativa que essa instituição promova “transformação/cura” do sujeito. No entanto, o que se observa é que sem uma proposta que inclua a transformação do meio social e das condições de vida, a maioria dessas pessoas retorna ao mesmo padrão de uso de drogas anterior ao acolhimento na CT. Souza e Carvalho (2012) consideram que esse processo se utiliza da noção de “recaída” não como fracasso da instituição, que tem como objetivo a abstinência, mas como fraqueza do indivíduo e sua “doença”. Assim, a abstinência não se sustenta em uma suposta efetividade, mas no poder simbólico de um ideal de sociedade livre das drogas, em que a internação se apresenta como promessa desse ideal.

Desse modo, as CT alimentam o imaginário de que a “internação de longo prazo” pode transformar as pessoas. E com a hegemonia desse discurso na mídia e na opinião pública, ganham investimento, em detrimento dos serviços de base territorial da RAPS que proporcionam aos sujeitos manterem os vínculos afetivos e comunitários em seus territórios de vida, assim como a compartilhem a responsabilidade pelo cuidado.

Ainda, algumas solicitações/encaminhamentos à CT têm como objetivo suprir demandas de moradia, alimentação e/ou proteção, desviando os investimentos públicos das políticas de garantias de direitos sociais para as CT, instituições segregadoras de caráter privado.

Em um momento histórico em que a desregulamentação da vida social acelera as mudanças em todos os âmbitos – valores culturais, morais, as instituições, as formas de se obter ganho material, o que poderia parecer uma possibilidade de aumento no grau de liberdade é, no entanto, vivido como insegurança (BAUMAN, 2003). Nesse contexto, as instituições totais se tornam um contraponto à instabilidade nos processos sociais, transformando-se agora, diferentemente das instituições disciplinares, em espaços inertes, verdadeiro depósito de pessoas que oferece o abandono como resposta àqueles que perderam a segurança. Adaptadas à sociedade de controle, a segregação e o abandono como tratamento reforçam a função de controle social dessas instituições (KINKER, 2012).

As CT vêm atualmente ocupando esse lugar de afirmação do controle por meio da segregação em uma aliança entre organizações religiosas e ciência. Assim, a questão das drogas tem servido para campanhas moralistas e higienistas em uma espécie de tratamento moral pós-moderno. E o combate às drogas tem representado um artifício de manutenção das relações de dominação social (KINKER, 2012).

Para a RD e a Atenção Psicossocial são os territórios e cenas sociais, e ainda, o modo como a sociedade tem encarado a questão das drogas, e não as substâncias em si, que produzem relações prejudiciais com as drogas. Assim, o que precisa ser transformado não é unicamente o sujeito-dependente, mas as relações e as cenas sociais que produzem exclusão e conexões prejudiciais com as drogas.

Desse modo, a RD não busca somente reduzir danos, mas ampliar conexões existenciais e vínculos sociais capazes de produzir novos desejos de viver, apostando em mais desejo e não em sua interdição (MERHY, 2017).

3.5 Reduzindo danos em um estado produtor de danos

No entanto, a maior contradição para um cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas na lógica da redução de danos é a divergência entre as políticas de saúde e de segurança do Estado, que de um lado propõe o cuidado e tratamento e do outro, o controle, a criminalização e o encarceramento.

Diariamente, os profissionais do CAPS-AD presenciam, mediam e ouvem relatos de situações de violação de direitos em razão do estigma, da marginalização e da criminalização de algumas substâncias psicoativas decorrentes da política proibicionista de drogas. Dentre elas, abordagens truculentas por parte da guarda municipal presenciadas pela equipe em frente ou mesmo dentro do CAPS-AD, necessitando de algum tipo de intervenção, relatos de

agressões, expulsões de vias públicas, retirada de pertences, principalmente entre usuários em situação de rua, entre outras.

Apesar da proposta política da saúde de cuidado a essa população, também são recorrentes os relatos de violação do direito ao acesso à saúde, assim como aos demais direitos sociais. Situação também apontada pela equipe diante da baixa prioridade e da longa espera dada aos casos de emergência com usuários em intoxicação aguda em que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado.

Presente em toda a sociedade, a lógica proibicionista também atravessa a prática dos profissionais de saúde nos casos em que ocorre julgamento moral, culpabilização, responsabilização individual, discriminação, punição, entre outros atravessamentos que disputam espaço com posturas mais acolhedoras e transformadoras.

A política de criminalização de certas drogas não só não as eliminou do mundo como ainda produziu mais danos e violações dos direitos humanos (PERDUCA, 2005). Dentre seus efeitos está o provável aumento exponencial das taxas de encarceramento do país que tem nos crimes de drogas a causa da maioria de suas prisões, principalmente de pessoas negras (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, é essencial o debate para a mudança de mentalidade da sociedade e, conseqüentemente, a desconstrução da legislação proibicionista, de modo a garantir a lógica da redução de danos como paradigma na abordagem do tema das substâncias psicoativas tanto no cuidado em saúde quanto na garantia dos demais direitos sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções e práticas de RD produzidas pela equipe do CAPS-AD retrataram a potência e também a disputa em torno da redução de danos. Disputa presente nos diversos setores que abordam a questão do consumo de substâncias psicoativas: na justiça/segurança pública, entre o proibicionismo e o antiproibicionismo; no campo da assistência em saúde, entre o modelo asilar e o psicossocial; nas políticas públicas, entre a política proibicionista de segurança e a política de saúde; e no debate científico sobre a RD. Disputas que atravessam toda a sociedade e os próprios profissionais de saúde. Diante desses embates e suas contradições, a equipe do CAPS-AD tenta se alinhar com a perspectiva contra-hegemônica da RD para a oferta de um cuidado mais resolutivo.

Portanto, mais do que uma lógica plenamente implementada, ainda permanece o desafio de transformar as práticas e os discursos sobre as drogas, tanto no CAPS-AD, quanto em toda a sociedade. Para isso, se faz necessário o aprofundamento da discussão sobre a perspectiva

de RD adotada pela equipe do CAPS-AD, assim como em cada contexto em que ela se insere, considerando aspectos como classe social, gênero e raça no planejamento das ações a serem desenvolvidas.

A lógica da redução de danos presente na concepção e nas práticas da equipe multiprofissional do CAPS-AD reflete a aliança da RD com a atenção psicossocial em uma clínica-ética-política voltada para a singularidade dos sujeitos e para a transformação dos territórios e das relações de poder. Assim, o objetivo da RD deixa de ser unicamente a prevenção ou o tratamento da dependência para se voltar à produção de subjetividades e de novos modos de vida.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, R. B.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009. p. 52-75.

BAUMAN, Z. **Comunidade**: A busca por segurança no mundo atual. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 141 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/infopen_dez14.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DELGADO, S. C. Os impasses e desafios da clínica em um Caps AD. *In*: SOUZA, A. C. *et al.* (Orgs.). **Entre pedras e fissuras**: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 280-293.

GOMES, B. R.; CAPPONI, M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. *In*: Conselho Regional de Psicologia da 6ª região (Org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 9-14.

KINKER, F. S. O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 178-185, mai./ago. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/49067/53139>. Acesso em: 1 abr. 2018.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202>. Acesso em: 1 mar. 2018.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MERHY, E. E. Drogados e loucos, o que fazer com isso? Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências. **Educação Permanente em Saúde em Movimento**, 2017. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversa-sobre-201creducao-de-danos201de-producao-de-mais-existencias/view>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MEYER, D. E. E. *et al.* Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina; 2009. p. 17-31.

PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição! In: GILBERTA, A. (Org.). **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 51-64.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016. Acesso em: 7 out. 2015.

SIMÕES, T. R. B. A. *et al.* Internação de usuários de drogas e Redução de Danos: articulações clínicas. In: SOUZA, A. C. *et al.* (Orgs.). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2016 p. 341-358.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 108 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2013.

SOUZA, T. D.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Rev. Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 37-58, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319/25628>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicol. Soc.**, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

TEIXEIRA, M. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1455.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CAIXA DE MEMÓRIA: NARRATIVAS DA DANÇA EM CONVIVÊNCIA. PRÁTICAS INVENTIVAS EM CUIDADO NA SAÚDE MENTAL

Lara Carolina Ribeiro Vilanova
Terapeuta Ocupacional
Arte Educadora em Dança
Santos – SP

Juliana Padovan Aleixo
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras
Assis – SP

Flavia Liberman Caldas
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

RESUMO

Esse capítulo relata os encontros e a experiência da pesquisadora dançarina-Terapeuta Ocupacional em um CAPS Adulto III, no município de São Bernardo do Campo- SP. Como campo de problematização, parte da reflexão sobre a importância da dança em convivência como espaço de encontro para novas produções de saúde, espaço do criativo e do inusitado. Busca-se refletir e dar visibilidade às experiências coletivas do encontro realizadas em um equipamento de saúde mental. A pesquisa foi realizada valendo-se do método cartográfico como forma de acompanhar e habitar o território do processo da pesquisa. Assim, os registros no diário de anotação, fotografias, músicas foram elementos importantes para o trajeto do estudo. A proposta, materializada na ferramenta-caixa de memórias, reúne dois materiais: a caixa e as narrativas. Com a ferramenta/caixa propõe-se compor o processo de uma experiência, uma intervenção que pode abrir ou finalizar um encontro. A ferramenta-caixa, enquanto produto técnico do mestrado profissional em Ciências da Saúde Universidade Federal de São Paulo – campus Santos, tem como objetivo criar e mediar espaços de experiência entre os corpos, e, a partir do seu processo, registrar as experiências em narrativas, a fim de promover a reflexão e o diálogo entre os participantes sobre a experiência vivida, tendo-a como prática de saúde.

Palavras-chave: Dança. Convivência. Saúde mental. Educação em saúde. Terapia Ocupacional

1 INTRODUÇÃO

O mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) tem como desenvolvimento de pesquisa um produto técnico profissional, buscando refletir as práticas que possibilitem ações educativas e criativas que possam dialogar com o conhecimento e a produção de educação permanente em saúde.

A caixa de memória, produto técnico do mestrado profissional, sobre a qual nos debruçaremos aqui, é composta por narrativas da dança em convivência e foi produzida a partir da dissertação *A Dança em convivência transitar, estar e conviver* (VILANOVA, 2019), elaborada para possibilitar e refletir sobre as ações em cuidado em saúde mental, integrando a pesquisa realizada no campus Baixada Santista da UNIFESP, em Ciências da Saúde, no período de 2017 a 2019. A pesquisa, mobilizada pela questão “Que experiências, através de práticas expressivas, podem proporcionar novas formas de cuidado em saúde mental, cuidados de si e práticas inventivas?”, volta-se para as experiências criativas e a visão da dança como espaço de encontro e criação a partir da linguagem corporal, refletindo sobre as ações em saúde nas quais possam surgir o inusitado, o criativo, contribuindo para produção de pesquisa na interface arte e saúde.

No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a intensidade do cuidado, por meio das propostas de grupos e espaços coletivos, mobiliza e permeia o cotidiano dos serviços, frequentemente atravessado pelo inusitado, o inesperado. Nesse sentido, o Caps constitui-se como um convite para o encontro, para as possibilidades na arte, na dança e no corpo. No entanto, a dança, forma de expressão com o corpo, é muitas vezes perpassada pelo receio; assim, os grupos tornam-se fechados, protocolados, com um horário a ser cumprido durante certo período e num lugar determinado.

Como dispositivo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS oferta espaços de cuidado onde os usuários podem despertar as vivências do criativo e dispor de ferramentas para produção da subjetividade e do cuidado de si.

No CAPS, o cotidiano pode se constituir por esta rede de encontros e trajetórias entrecruzadas que configuram uma ambiência. A ambiência é o caldo, o entorno que dá sustentação e consistência às experiências vividas pelos sujeitos e suas significações, e pode ser transformada a partir de suas necessidades. É a ambiência que diferencia o cotidiano do CAPS, no qual a participação pode ser experimentada (MECCA; CASTRO, 2008). Trata-se de olhar para o cotidiano institucional, perpassado por histórias de vida, trabalhadores e usuários que juntos constroem rede de relações, produzindo sensibilidades que contribuem para o cuidado da vida em sua potência.

Como principal dispositivo da assistência extra-hospitalar, o Ministério da Saúde criou o CAPS, que se propõe a atender pessoas com sofrimento mental, em instituições de saúde abertas, inseridas na comunidade dos usuários. Cabe ao CAPS, dentre as funções a ele atribuídas, realizar atendimento médico e psicológico, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e ações externas baseadas nos princípios da Reabilitação Psicossocial. Entende-se que este modelo visa a “restituição do exercício pleno da cidadania por meio de ações em três cenários: casa, trabalho e rede social” (SARACENO, 1996, p. 14), de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), “permitindo que estes indivíduos mantenham o convívio com as suas famílias e amigos e participem da vida em sociedade tanto quanto possível” (MAGALHÃES; CAMARGO, 2012, p. 232).

Representando um avanço significativo para a integralidade da assistência em saúde, no ano de 2001 foi sancionada a Lei Federal nº 10.216 com o propósito de potencializar os direitos e a proteção do indivíduo com transtorno mental, tendo como finalidade permanente a reinserção social deste indivíduo em seu meio, devendo este ser tratado com “humanidade e respeito” (BRASIL, 1990, p. 2).

Desde 2015, como Terapeuta Ocupacional e referência técnica, componho a Equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III Adulto (CAPS III), na cidade de São Bernardo do Campo, SP. Nesse percurso, atrelado às experiências corporais que aconteciam semanalmente no CAPS III, foi realizado um projeto de dança com a proposta de compor uma oficina corporal de dança com usuários do serviço. A proposta inicia com as vivências relacionadas ao corpo e ao movimento, em um grupo aberto, no espaço de convivência – experimentações mediadas pela dança em meio ao movimento e à correria do CAPS.

Nesse caminho, como assinala Reis, Liberman e Carvalho (2018, p. 270), configura-se “um misto em que clínica e dança se afirmam enquanto processos de subjetivação. Fronteira. Lugares paradoxais em que corpo e vida se engendram, cocriam-se, confundem-se”. Como os bons encontros que rompem automatismos e ritmos habituais, que, nesse contexto, para a autora, instauram outros repertórios de movimento e de formas existenciais, como mundos que se abrem em silêncio. Trata-se de experiências de dança que possam trazer formas de se expressar e estar no coletivo para pessoas que estão em sofrimento intenso, com repertórios, no cotidiano, muitas vezes rompidos. Experiência de encontros que possam abrir possibilidades de novas formas de estar e compor com o coletivo, são saídas e aberturas de novos mundos, novas subjetividades.

Nas palavras de Ferracini e Reis (2016, p. 136), “a dança se aproxima da prática clínica na medida em que pode ser dispositivo de construção de corpos singulares, corpos que não falem de si mas se reinventem em formas impensáveis”, de modo que, para os autores, são

formas de vida criativas e articuladas em seu tempo/espço social, novas subjetividades, relações em constante transformação que emergem quando se instalam outros repertórios de movimento e de formas existenciais, mesmo quando estas ainda não podem ser nomeadas ou compartilhadas.

No invisível do corpo que nos habita e nos transforma, o modo como nos relacionamos, como afirma Ferigato, Silva e Lourenço (2016, p. 852), “é definido, entre outras coisas, pelas marcas que produzimos, no encontro com outras marcas, essas potências e esses limites são convidados a expressar-se no ato de conviver”. Os acontecimentos se dão no próprio corpo e nas relações, novos contextos, permeados por afetos e modos de se relacionar. Essas marcas são processadas pela experiência no cotidiano do CAPS, em que passagens, afetos e construção de vínculos são atravessados pelo cotidiano institucional. O encontro como acontecimento, redes de afetos e redes de sustentação. Para o autor, são aberturas para relacionar-se como experimentação do mundo e de si.

A experiência no cotidiano do CAPS, as vivências no cuidado em saúde mental e iniciar esse trajeto com a dança em convivência, trouxeram a necessidade de sustentação do vivido, de olhar para o que acontecia nesses encontros, embarcar nesse caminho de descobertas, e pensar e escrever sobre a experiência.

2 CAIXA DE MEMÓRIA: NARRATIVAS DA DANÇA EM CONVIVÊNCIA – PRÁTICAS INVENTIVAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A caixa de memórias surgiu a partir de diferentes momentos da pesquisa, em rodas de conversa e apresentações da experiência da pesquisa para trabalhadores, usuários, e estudantes, em encontros, simpósios, aulas e congressos. A ferramenta/caixa foi utilizada com as narrativas e os trechos do diário de anotação de acontecimentos das oficinas de dança realizadas semanalmente, no período de 2016 a 2017, no espaço de convivência de um CAPS Adulto III localizado em São Bernardo do Campo/SP.

A Caixa Rodas foi surgindo com aberturas, olhando os momentos no processo de escrever, colocando para fora os acontecimentos nas rodas da chegada, da improvisação, do estar com o outro e da fala. A caixa vai revelando o trajeto da pesquisa, no qual, para Rolnik (2007), o cartógrafo embarca na constituição de territórios existenciais, deixando seu corpo vibrar todas as frequências possíveis e inventando posições a partir das quais estas vibrações encontrem sons, canais de passagem, carona para a existencialização.

Com a ferramenta/caixa propõe-se compor o processo de uma experiência, uma intervenção que pode abrir ou finalizar um encontro. A caixa pode ter diferentes modos e

situações de uso. A experiência da “caixa rodas”, descrita abaixo, também pode ser utilizada como inspiração para abrir uma conversa, para reflexão a partir de um encontro ou para finalizar um encontro com o grupo com o qual está sendo realizada a experiência. Ela guarda as memórias da experiência, o que ficou, o que passou.

Como objetivo, o produto originado da dissertação de mestrado pretende possibilitar, através da ferramenta-caixa e narrativas, um espaço de construção para que experiências possam ser registradas, promovendo a reflexão e o diálogo sobre práticas em saúde.

A escolha dos materiais que compõem a caixa, bem como seu formato foi inspirada no método cartográfico. Segundo Kastrup (2007, p. 2),

[...] o uso do método se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas a serem seguidas, já que está pautado pela busca de captar as forças e os signos circulantes, ou seja, pontas do processo.

As caixas e as narrativas são, portanto, mais uma ponta do processo de pesquisa. A cartografia como método possibilitou acompanhar o processo e habitar o território de pesquisa, olhar para as narrativas, construir novos sentidos sobre o que passou, e refletir sobre as práticas de cuidado através das ações que aconteciam com a dança na sala de convivência.

Figura 1 – Caixa de memória.



Fonte: Arquivo Pessoal

A caixa de memórias foi elaborada para profissionais de saúde e/ou de outras áreas da rede de atenção psicossocial, bem como para estudantes da área da saúde, dentre outras, visando à reflexão sobre as práticas inventivas de cuidado utilizando os espaços abertos e a convivência com as práticas de corpo e dança.

A caixa pode ter diferentes formatos e sua construção se dá a partir dos temas *passagem, trânsito, conviver, aberturas*, proporcionando uma experiência sensorial e comunicativa. Os temas são disparadores para a construção da caixa e das narrativas realizadas a partir de encontros e intervenções. A caixa comporá as memórias do que ficou e do que marcou a experiência dos encontros/oficina.

Como proposta, ela pode ser utilizada como inspiração para profissionais e estudantes construírem suas próprias caixas com a matéria-prima fruto da experiência realizada. Ou pode ser utilizada tal como é, com trechos, narrativas que irão inspirar a discussão, em diferentes situações, a partir de um processo, uma experiência, uma intervenção. Assim, a caixa pode ser utilizada de diferentes modos na realização de uma oficina/intervenção.

Figura 2 – Caixa de memória.



Fonte: arquivo pessoal.

2.1 Composição da Caixa Roda

A “Caixa Roda” contém os acontecimentos, a escrita do processo da pesquisa ativada pela memória intensiva através dos materiais: diário de anotação, fotografias e músicas.

A caixa, o produto do processo de pesquisa anteriormente referido, visa compor com as narrativas os acontecimentos, os movimentos da dança na sala de convivência do CAPS, os movimentos do CAPS em sua intensidade. As narrativas, por sua vez, compõem os diferentes modos de estar na dança, nas experiências e nas ações da convivência.

2.2 Modos de fazer ver e acontecer

Na sua produção, a caixa reúne diferentes modos de criar e experimentar:

- Papéis que reúnam pequenas passagens que acontecem durante oficina, grupo e intervenção, a partir de palavras que o grupo quer expressar;
- A caixa pode ser confeccionada junto ou após as narrativas e as palavras. Pode ter formatos que saiam do padrão e ressoem aberturas à comunicação dos movimentos, dando-lhes visibilidade com a intervenção/proposta.
- A caixa pode ser elemento disparador para narrativas, através das memórias de um trabalho de grupo ou oficina, já realizado, para ativar as lembranças.

2.3 Narrativas

As narrativas utilizadas podem ser elaboradas a partir dos encontros, utilizando-se falas e escritos, após a vivência ou iniciar e ser disparadoras para conversas. A caixa descrita aqui pode compor o início de vivências corporais/artes/dança/encontros, e pode ser lida por quem vai utilizar o material e está participando.

Modos de fazer/ver e dizer:

- Em roda, após a vivência com a dança, os participantes são convidados a abrir a caixa, escolher um papel e ler as narrativas. Após a leitura, são convidados a dividir com os demais participantes, iniciando uma conversa sobre a experiência;
- A partir de uma vivência, escrever as sensações. Estes papéis comporão a caixa de memórias de um grupo/oficina corporal/dança.

- A caixa com os papéis/narrativas pode ter palavras, escritos, sensações, falas que sempre estarão na caixa no final da vivência; escolher o dia em que se vai dividir essas falas e impressões a partir da leitura.

2.4 Narrativas da dança

A proposta do grupo de Expressão Corporal era convidar os usuários que passavam pela sala, pelos corredores, pelos quartos, desde aqueles que estavam em cuidado mais intensivo e que dormiam por um período no CAPS, até os que aguardavam na recepção para serem atendidos, familiares e usuários que passavam o dia lá, bem como aqueles que, no Projeto Terapêutico Singular (PTS), tinham como proposta participar do grupo. Além dos usuários, o convite se estendia também aos funcionários do CAPS.

As narrativas que compõem o produto do mestrado foram elaboradas durante a pesquisa, já os registros no diário de anotação foram feitos durante os encontros com o grupo, bem como o registro das memórias intensivas do processo. Buscava-se com isso a formulação dos acontecimentos, expressos em falas, em depoimentos.

Na “caixa rodas”, em diferentes momentos, a música vai trazendo a chegada da dança, a improvisação, o convite ao encontro, a permanecer ou não naquela experimentação, produzindo no espaço novas configurações, novos trajetos, na medida em que entradas e saídas, permanências, passagens e trânsito de pessoas vão se dando. As narrativas expressam os momentos que aconteciam durante a dança na Convivência, compondo as diversas caixas assim intituladas: Caixa roda da chegada, caixa roda Improvisar, Caixa roda circular e roda da fala.

As narrativas também apresentam a memória dos momentos de construção da pesquisa, as escolhas feitas e como foi acontecendo a dança no espaço de convivência no CAPS.

Aqui serão apresentadas as narrativas que integram a caixa roda: a chegada, o improvisar, o circular e o falar.

Naquele espaço, o espaço de convivência do CAPS, usuários entravam e saíam pela grande porta de entrada. Era um espaço aberto, de uso coletivo, em que a porta e a janela eram de vidro, um espaço “entre”, de passagem, de composição entre familiares, técnicos profissionais, técnicos da limpeza, usuários de outros serviços, como CAPS ad e consultório na rua, bem como a comunidade local e usuários em crise. A dança chegava nesse espaço e ia compondo um acontecimento: o encontro.

2.5 Caixa da Chegada: chegar, preparar e estar

Na roda, todos sentados, aconteciam olhares, movimentos, silêncios e conversas. Alguns participantes entravam e logo saíam, outros permaneciam até o final. Assim, nesse momento de chegada, muitos encontros se davam, e buscava-se com a dança trazer um momento de descoberta das possibilidades de expressão na relação com o corpo, com o movimento. A chegada nesse espaço acontecia através da mobilização e do olhar para o corpo. Chegar nesse ambiente com o corpo, permitindo o encontro com o outro, com a roda e com as possibilidades de expressar-se com a dança.

A roda e a música traziam para o ambiente as pessoas, a sala se enchia e aos poucos as pessoas sentavam nas cadeiras, alguns apressados iam dizendo: *“já vai começar?”* ou *“eu não gosto de dançar [...]”*, *“o que vamos fazer?”*. A chegada, muitas vezes, precisava de um tempo, já que muitos dos participantes chegavam pouco a pouco, trazendo cadeiras, refazendo a roda. Assim, através da música, iniciava-se a chegada do corpo naquele espaço: espreguiçar-se, ir acordando e movimentando. *“Como está o corpo hoje? Que parte está dolorida? O que quero fazer com meu corpo hoje?”*

Em uma bolsa grande, carregava o pequeno aparelho de som portátil com entrada para pen drive e que também toca CD. No pen drive, algumas músicas selecionadas, e junto uma bolsinha com muitos CDs, alguns com músicas pré-selecionadas. Colocar algumas músicas que não estavam no pen drive era um desafio, pois muitas vezes o aparelho não fazia a leitura do CD.

Nessa bolsa, tinha também o creme, as bolinhas de cravo massageadoras, o “centro” – um tecido em feltro com desenho de mãos juntas que era utilizado para a dança circular – e também o caderno de anotação. Toda terça-feira entrava com a bolsa na sala e os participantes já iam se aproximando e ajudando a tirar o que havia dentro. I. falava: *“eu te ajudo, deixa que eu ligo o som, precisa de cadeiras?”*. Com seu olhar para o espaço e as pessoas, ele organizava, chamando quem estava pelo corredor. Algumas pessoas permaneciam sentadas enquanto as outras chegavam: *“A dança vai começar?”*, perguntavam.

2.6 Caixa Roda Improvisar: experimentar e criar

A roda improvisar era um caldo de composição de movimentos dos corpos, lugar de surpresas e de muitas ações, onde o convite para o inusitado, o inesperado era realizado por conexões, a cada encontro, com o novo e com os diferentes participantes que chegavam no espaço. Na roda, cada um trazia seu movimento, que se articulava com as músicas de diferentes

ritmos compondo o espaço, possibilitando, desse modo, viver momentos de soltura, de criação, vazios e intensidades do corpo, campos de força que emergiam na dança que ali se engendrava.

De início, acontecia um jogo corporal de improvisação: uma pessoa fazia o movimento, experimentações com o ritmo, com o corpo, e outras seguiam com esse movimento ou compunham com outro. Em seguida, a proposta era convidar outra pessoa para entrar na roda. Muitas composições aconteciam: encontros dos corpos em movimento. Alguns queriam dançar sozinhos, outros conduziam ritmos e novos movimentos que aconteciam na roda, com alguns estranhamentos e saídas, construindo espaço de novas relações com o corpo e a dança naquele espaço. Para entender a proposta, muitos olhavam uns para os outros ou esperavam, ou saíam porque não era de interesse. As saídas e entradas mobilizavam outras configurações para o espaço nessa dança – era dança, era brincadeira, o que era?, alguns participantes perguntavam.

2.7 Roda Circular

A roda com a experimentação da Dança Circular, da Ciranda, das danças populares, era um momento de novas entradas. Havia quem esperasse sempre por esse momento: corria, ouvia a música e entrava na roda. Nesse momento, experimentava-se o passo, mas também o pisar no pé, o segurar na mão, o auxiliar o outro participante a chegar no ritmo. O movimento circular trazia desafios para olhar e aprender, e junto com o grupo seguir o passo. Com o tempo, percebemos juntos que era necessário organizar o início para dançar a coreografia dessa dança circular que acontecia em pares. Com o trecho “Bate palma para dentro e vira bate para fora”, organizávamos o passo, repetíamos duas ou três vezes sem a música, cantando. Alguns começavam e logo se irritavam, pois não conseguiam memorizar o passo, outros permaneciam ali, ajudando um ao outro. Quando o som não funcionava, os participantes seguiam cantando, e, com o passar dos dias, já tinham memorizado a letra da canção.

Outros participantes também faziam os seus pedidos, já que as danças se repetiam, mas também novas iam sendo agregadas à roda circular. Nesse momento de troca de olhares, de dar as mãos, também aconteciam estranhamentos: um usuário apertava forte a mão do outro, que se irritava e acabava fazendo com que alguém saísse da roda – novas configurações para organizar. Juntos, no ritmo da dança, aconteciam os descompassos e atropelos, ao quererem correr no ritmo da música, ou ao fecharem muito a roda ou ao abrirem tanto os braços que causavam dores e desistências: — “*vou sentar*”. Havia ainda as interrupções com o grito ou a chegada de algum outro participante que, de repente, decidia sair ou entrar. Eram inúmeras as composições e (re)composições de movimentos na roda circular.

2.8 Roda da Fala

No final da roda, com a roda da fala, fazia-se o convite para sentar em silêncio, em meio aos movimentos do CAPS. As cadeiras que estavam afastadas eram retomadas, cada um pegava a sua e ia sentando, fazendo um círculo. Uma música lenta ia chegando, bem como os atravessamentos da correria do CAPS, barulhos, falas, ruídos, gritos; e eles ali, em roda, sentados. O convite era aquietar depois de todo o movimento que o corpo tinha experimentado. A música como convite para esse espaço, fechar os olhos, respirar mais profundamente, olhar como estava o corpo naquele momento.

O momento de fala era invadido por muitos ruídos e pela correria, alguns participantes já se levantavam para ir embora, e rotinas como a hora do lanche faziam com que muitos se levantassem correndo. Mas muitos gostavam de permanecer para conversar e dividir com o grupo. A roda da fala acolhia as sensações e o que cada um desejasse compartilhar com o grupo; os participantes, assim como os observadores, poderiam dizer da experiência do encontro. Esse era o espaço também para os avisos, e para não saber o que dizer, ou mesmo para apenas permanecer ali.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a caixa de memória possa inspirar estudantes, pesquisadores e trabalhadores da área da saúde que acessarem este produto técnico. Com ela, busca-se provocar aberturas para experiências com o corpo e a dança, pôr em movimento o conhecimento, e afetar-se de formas diversas, contribuindo para a criação de ações e espaços de cuidado no CAPS, tal como a convivência, promotoras de encontros, de relações.

Sendo um produto técnico vinculado à dissertação do mestrado profissional em saúde, almeja-se que ela possa estimular a reflexão sobre as práticas inventivas no cuidado em saúde mental, servindo como inspiração para outras práticas na interface arte e saúde.

Figura 3 – Narrativas.

Fonte: Arquivo Pessoal

REFERÊNCIAS

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 19 de set de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 15 nov. 2017.

FERIGATO, S. H.; SILVA, C. R.; LOURENÇO, G. F. A convivência e o com-viver como dispositivos para Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 849-857, out./dez. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832141>.

FERRACINI, R.; REIS, B. M. Dança e Saúde Mental: ações de potência. **ARJ – Art Research Journal / Revista de Pesquisa em Artes**, v. 3, n. 1, p. 129-141, jan./jun 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/artresearchjournal/article/view/7849>.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psic. Soc.** [online], Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100003>.

MAGALHÃES, N.; CAMARGO, J. A. **Não é Coisa da sua Cabeça**. São Paulo: Gutenberg, 2012.

MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. Experiência estética e o cotidiano institucional novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. **Interface** (Botucatu) [online], v. 12, n. 25, p. 377-386, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200012>.

REIS, B. M.; LIBERMAN, F.; CARVALHO, S. R. Das inquietações ao Movimento: um centro de atenção psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. **Interface** (Botucatu) [online], v. 22, n. 64, p. 275-284, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160448.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2018.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Ed. UFRGS, 2007.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

VILANOVA, L. C. R. **A dança em convivência**: “Transitar, estar e conviver”. 2019. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/099_bx_dissertacao_lara_vilanova.pdf

CONCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO REGULAR DO MUNICÍPIO DE ARARAS-SP

Valesca de Lima da Silva
Terapeuta Ocupacional
Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro
Rio Claro- SP

Carla Cilene Baptista da Silva
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

Este capítulo é um recorte de uma pesquisa de mestrado que teve como proposta compreender a atuação de terapeutas ocupacionais em escolas da rede municipal de ensino da cidade de Araras, estado de São Paulo. Para isso, utilizou-se o método qualitativo com a realização de entrevista semiestruturada com dez coordenadoras pedagógicas. Os dados foram obtidos a partir da transcrição na íntegra das entrevistas e, sua análise foi realizada a partir do referencial da análise de conteúdo temático. Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados da categoria *Terapia Ocupacional na Escola*, composta por quatro subcategorias: *Solicitações*; *Intervenções*; *Possibilidades* e *Parcerias*. A partir dos resultados obtidos, verifica-se as concepções das coordenadoras pedagógicas sobre a Terapia Ocupacional e aponta para a necessidade de reflexão acerca das formas de atuação desse profissional, de modo a transcender a prática centrada apenas nas dificuldades dos alunos, voltando-se às práticas que contribuam para a legitimidade da educação inclusiva,

Palavras-chave: Inclusão Escolar; Terapia Ocupacional; Educação; Ensino em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é uma parte da dissertação de mestrado intitulada “As concepções das práticas da Terapia Ocupacional na educação regular do município de Araras”, realizada no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de São Paulo. A pesquisa completa pode ser encontrada em Silva (2018).

Tradicionalmente, a atuação da terapia ocupacional no campo da Educação esteve voltada aos processos de reabilitação e se constituiu como uma extensão da atividade clínica, ao desenvolver uma prática voltada para o aluno com deficiência, em que tinha por objetivo principal minimizar sequelas e dificuldades, para proporcionar desempenho funcional, desenvolvimento de habilidades e competências (ROCHA, 2007; DE CARLO; BARTOLOTTI, 2001).

Desse modo, a interface entre a terapia ocupacional e o campo da educação foi se estabelecendo no âmbito da educação especial, em instituições educacionais especializadas, isto é, em espaços voltados exclusivamente às pessoas com deficiência (DE CARLO; BARTOLOTTI, 2001; MUNGUBA, 2007; ROCHA, 2007).

O movimento pela educação inclusiva abre portas para propostas de atuação da terapia ocupacional em escolas regulares, como mostram algumas revisões bibliográficas sobre as produções acerca das pesquisas e práticas que vêm ocorrendo nessa área (COPPEDE *et al.*, 2014; CALHEIROS; LOURENÇO; CRUZ, 2016; SILVA; LOURENÇO, 2016).

Coppede *et al.* (2014) caracterizaram as produções científicas em periódicos nacionais, no período de 2000 a 2011 e identificaram o aumento de produções que abordam direta ou indiretamente a terapia ocupacional na inclusão escolar. As autoras inferem que o crescimento das contribuições científicas da terapia ocupacional na inclusão escolar ao longo dos anos, tem mostrado o interesse da comunidade científica por essa área. Além de se considerar o crescimento do número de crianças com necessidades educacionais especiais matriculados na rede pública de ensino.

Entre os principais temas encontrados a partir do estudo de Coppede *et al.* (2014), o mais frequente relaciona-se às temáticas da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de pessoas com necessidades educacionais especiais, sendo que os mais abordados estavam voltados às pessoas com deficiência intelectual, deficiência física, paralisia cerebral, mielomeningocele e dificuldade de aprendizagem.

Nesse contexto, aparece também a atuação da terapia ocupacional no campo da educação por meio da aplicação da tecnologia assistiva. Por fim, as autoras identificaram a falta de estudos que explorem conteúdos a respeito da formação e qualificação profissional para atuar em contextos de inclusão escolar (COPPEDE *et al.*, 2014).

Calheiros, Lourenço e Cruz (2016), por meio de revisão bibliográfica das produções científicas de terapia ocupacional na área da educação, publicadas entre os anos de 2003 e 2013, compreenderam que a atuação do terapeuta ocupacional pode ocorrer a partir de duas principais categorias: 1. A Terapia Ocupacional no campo da educação inclusiva; e, 2. A Terapia Ocupacional no campo da educação a partir de uma perspectiva social.

A primeira categoria, com 29 produções científicas, foi discutida a partir de subcategorias, a saber: Fatores que contribuem e dificultam a educação inclusiva; Tecnologia Assistiva e educação inclusiva; Atuação da Terapia Ocupacional na educação inclusiva; Compreensão do processo de educação inclusiva; e, O cotidiano escolar (CALHEIROS; LOURENÇO; CRUZ, 2016).

A segunda categoria, resultou de cinco produções científicas, que a partir de uma perspectiva social traz a contribuição da Terapia Ocupacional para a minimização de problemas que atravessam o processo de escolarização, como direitos e cidadania de jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade econômica (CALHEIROS; LOURENÇO; CRUZ, 2016).

Bem como as revisões de Coppede *et al.* (2014) e Calheiros, Lourenço e Cruz (2016), Silva e Lourenço (2016) trazem um estudo, elaborado a partir da demanda do Grupo de Trabalho “Terapia Ocupacional e Educação” no Simpósio Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional, em que também apresentaram o aumento de produções recentes.

Silva e Lourenço (2016) propuseram como categorias de análise das produções recentes na área, as seguintes temáticas: produções de pesquisas da terapia ocupacional no campo da educação; a terapia ocupacional sob a perspectiva da educação inclusiva e a terapia ocupacional e o debate acerca da escola enquanto mediadora de diversidades de crianças, adolescentes, jovens e adultos.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a atuação do terapeuta ocupacional na educação, tem se demonstrado um campo em consolidação, cuja prática vem sendo construída e apresentada em diversos estudos e com diferentes frentes de atuação e experiências. Contudo, ainda são muitos os desafios para o reconhecimento e a efetivação de uma prática que contribua para ações educativas inclusivas.

Sendo assim, este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir parte dos resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas com 10 coordenadoras pedagógicas, com enfoque sobre as concepções da atuação da terapia ocupacional na rede municipal de ensino de Araras-SP.

A Secretaria Municipal da Educação de Araras-SP (SMEd) possui o setor de Educação Especial responsável por organizar as propostas de serviços de apoio que atendem os alunos com necessidades educacionais especiais. Entre esses serviços de apoio está a equipe técnica multidisciplinar composta por profissionais de psicopedagogia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Entretanto, apesar de ser denominada equipe, cada categoria profissional compõe seu setor específico e que atua numa perspectiva multidisciplinar.

O Serviço de Terapia Ocupacional existe desde 2012, e no período da pesquisa era composto por três profissionais, com atuação em três contextos: atendimentos clínicos a crianças com deficiência; apoio nas unidades escolares e atendimento grupal para jovens e adultos com deficiência. As terapeutas ocupacionais do serviço atuavam nos três contextos e cada profissional era responsável por um conjunto de unidades escolares.

No contexto da escola regular, o Serviço de Terapia Ocupacional organizou-se para estar na escola por dois caminhos: 1. via encaminhamento interno entre os próprios técnicos da equipe multidisciplinar; e, 2. via solicitação da escola por meio da ficha de encaminhamento.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de uma pesquisa de mestrado¹ com abordagem qualitativa, de cunho exploratório e descritivo. Por questões éticas, a identidade das participantes foi preservada e as 10 coordenadoras pedagógicas participantes foram identificadas nos apontamentos do estudo com a letra “C” de coordenadoras seguidas de um numeral do 1 ao 10.

Todas as entrevistas foram gravadas em formato digital e foram transcritas na íntegra para análise de conteúdo, na modalidade temática, que de acordo com Minayo “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” (2009, p. 316).

¹ Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, com parecer número 04545.003.05/2017 e CAAE 67637817.0.0000.5505.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui serão apresentados os resultados das entrevistas com as coordenadoras pedagógicas referentes à categoria denominada *Terapia Ocupacional na Escola*, que foi dividida em quatro subcategorias: *Solicitações*; *Intervenções*; *Possibilidades*; e, *Parcerias*.

SOLICITAÇÕES

Os relatos a seguir ilustram que a principal demanda de solicitação do terapeuta ocupacional na escola está focada na dificuldade do aluno, com relação aos aspectos da coordenação motora fina e coordenação motora global, como por exemplo, a pinça e a marcha, que refletem no desempenho de atividades do cotidiano escolar tais como segurar um lápis e deslocar-se pelo ambiente escolar.

Já solicitei em alguns casos, que a criança apresenta problema de coordenação motora fina, a preensão para avaliações para ver se realmente é o que imagina ou se tem algum encaminhamento a ser feito (Trecho da entrevista C9).

A associação da terapia ocupacional com a habilidade de coordenação motora pode ser em decorrência da ficha de triagem que apresenta uma abordagem centrada na dificuldade do aluno ao sugerir que o professor, na primeira questão, assinale a queixa, tendo entre as opções desempenho motor global e fino.

Entende-se também que a correlação entre a dificuldade em componentes motores e a terapia ocupacional deve-se a relação da profissão que, quando voltada à perspectiva da reabilitação, fundamenta sua prática na minimização de sequelas e dificuldades a fim de promover o desempenho funcional (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

A atuação da Terapia Ocupacional ligada às dificuldades de coordenação motora fina e de escrita/caligrafia é verificada, principalmente, em estudos internacionais e o objetivo tem sido oferecer aos alunos serviços que melhorem suas habilidades necessárias para competências educacionais, aumentando o potencial de aprendizagem (PEREIRA, 2018).

Nas produções nacionais, a intervenção da Terapia Ocupacional no âmbito da dificuldade de escrita, aparecem relacionadas às dificuldades de crianças com deficiência físicas/neurológicas, em que as ações foram voltadas para a confecção de recursos pedagógicos adaptados para que os alunos tivessem condições de se apropriar do alfabeto sem necessariamente o uso da escrita (PELOSI, 2005; PAULA; BALEOTTI, 2011).

As coordenadoras pedagógicas, também mencionaram solicitar o trabalho do terapeuta ocupacional para avaliar a necessidade de estratégias para o deslocamento do aluno dentro do espaço físico da escola e de materiais adaptados para os alunos com necessidades educacionais especiais:

Já. Mais de uma vez. Pra adaptação de sala, de carteira, como que a gente faria com a questão do Pedro que é PC (Trecho da entrevista C10).

Com relação às dificuldades enfrentadas pela criança com necessidades educacionais especiais, a falta de mobiliário e materiais adequados, foi apontada por orientadores educacionais no estudo realizado por Ide, Yamamoto e Silva (2011). Nele, foi identificado que a Terapia Ocupacional pode contribuir para avaliação das barreiras arquitetônicas dos ambientes da escola, a fim de propor soluções para que se tornem mais acessíveis e para a disponibilização de recursos e equipamentos adaptados às necessidades das crianças com deficiência.

Os resultados do presente estudo, também apresentaram como demanda para o terapeuta ocupacional na escola, a investigação a respeito do desenvolvimento neuropsicomotor atípico das crianças, a fim de verificar a necessidade ou não de diálogo com a família para viabilizar o encaminhamento para especialidade médica.

Roriz, Amarin e Rossetti-Ferreira (2004) destacam que os profissionais de saúde são identificados como interlocutores junto às famílias em função dos quadros, das limitações e/ou dificuldades da criança, o que os tem feito ocupar uma importante posição na abordagem e no encaminhamento dessas crianças. No entanto, para as autoras, o rótulo (diagnóstico) parece representar uma contradição, pois por um lado, possibilita identificar causas, limites, possibilidades e intervenções necessárias, porém, também pode contribuir para a exclusão, já que o foco fica centrado na deficiência (RORIZ; AMORIN; FERREIRA-ROSSETTI, p. 186, 2004).

INTERVENÇÕES

A subcategoria “*Intervenções*” traz os relatos das coordenadoras pedagógicas sobre as formas de intervenção realizadas pelo terapeuta ocupacional na prática cotidiana no período de realização da pesquisa e que parecem contribuir para suas concepções sobre a profissão.

A TO observou o aluno e ela fez o relatório sobre as atividades que deveriam ser desenvolvidas com ele, porque a professora estava apavorada, não sabia o que fazer. [...] e a TO ajudou muito nessa parte. Tranquilizou a professora, porque o que a professora estava fazendo estava certo também, indicou

materiais, indicou ações pra essa professora trabalhar e isso foi pro ano todo (Trecho da entrevista C6).

No trecho acima, a participante relata que a terapeuta ocupacional atuou ao fornecer suporte ao professor e lhe oferecer instrumentos que possibilitassem o desenvolvimento de atividades adequadas ao desempenho do aluno. O terapeuta ocupacional tem em sua capacidade técnica, recursos para a avaliação do aluno e de suas atividades escolares, a fim de identificar e propor aspectos facilitadores que possibilitem o desempenho funcional do aluno na realização da atividade escolar.

Outro relato trouxe a intervenção do terapeuta ocupacional diante de uma situação em que havia a necessidade de informações para lidar com uma condição de limitação do aluno, e com o interesse de promover sua participação nas atividades escolares:

Foi orientado pra usar o carrinho na locomoção né, pra que ele fosse mesmo colocado no chão, pra participar junto com as outras crianças [...] ele tem né, o pé torto congênito [...] fez cirurgia no pezinho pra correção, mas ainda faz uso do gesso né, pra tá auxiliando na correção. E eu tenho solicitado sim né, no início pra até saber como que a gente lidaria com essa situação na escola, porque ele estaria com o gesso nas duas perninhas né? [...] E como faríamos isso pra atendê-lo em todas as atividades que lhe é proposto né (Trecho da entrevista C6).

Para Paula e Baleotti (2011), é necessário agregar ações e iniciativas entre profissionais das áreas da saúde e da educação para viabilização de estratégias flexíveis e participativas que estabeleçam possibilidades concretas para a inclusão escolar dos alunos com deficiência.

Outra forma de intervenção, relatada nas entrevistas, foi a atuação do terapeuta ocupacional em conjunto com a escola para orientar as famílias em relação aos seus filhos:

Então eu encaminhei esse aluno pra terapeuta ocupacional [...] E ela veio, pediu que ele andasse, observou ele em momentos que ele não estava vendo. Aí nós solicitamos a mãe, conversou e quando ela [terapeuta ocupacional] explicou que ele precisaria passar por um ortopedista para ver o uso de uma botinha ou de fisioterapia né. Então a mãe fez, mas ele não está vindo na escola com nenhum outro, no lugar do sapato, nada, nenhum outro acessório nada. Segundo a mãe, o médico disse que não seria preciso (Trecho da entrevista C7).

De acordo com Costabile e Brunello (2005), a família é grande colaboradora para o desenvolvimento da criança, caminhando em conjunto com a escola. É fundamental um diálogo entre a escola e os familiares, e nas ocasiões nas quais a família encontra-se pouco envolvida ou ausente no processo de inclusão, a escola poderia auxiliá-la na conscientização da necessidade educacional especial da criança, pois algumas famílias não conseguem aceitar a deficiência.

Mesmo com as colocações das coordenadoras pedagógicas durante as entrevistas, em relação aos motivos e demandas para a solicitação do terapeuta ocupacional nas unidades escolares, notam-se incertezas e desconhecimento sobre o papel da Terapia Ocupacional nesse campo, como verifica-se no trecho abaixo:

Nossa a TO? Nossa, é complicado hein. Assim, que eu percebo, o que eu gosto na TO é que ela orienta os professores e a mim também. Mas ela serve pra [...] [...] Difícil, porque assim, é condições [...] é mais parte motora, mais parte motora (Trecho da entrevista C8).

Então, quando encaminhar pra TO exatamente, não sei. Mas quando eu percebo assim, em relação a parte motora ou sensorial da criança, que tô vendo que tem alguma coisa diferente, aí eu peço pra ela dar um suporte, avaliar [...] (Trecho da entrevista C4).

Cardoso (2009) explicita em sua pesquisa com terapeutas ocupacionais sobre suas práticas na educação inclusiva, que um dos aspectos apontados por esses profissionais como obstáculo ou desafio de sua prática é o desconhecimento da profissão de Terapia Ocupacional e da atuação desses profissionais no processo de inclusão escolar, tanto pela população em geral, quanto pelos profissionais da escola.

POSSIBILIDADES

Esta subcategoria reuniu os relatos das coordenadoras pedagógicas quanto suas concepções sobre possibilidades das práticas dos terapeutas ocupacionais no contexto escolar. Entre os relatos, uma das possibilidades de atuação remete às questões das adaptações das atividades de vida diária e da ergonomia:

Então, a gente tem a TO, que eu acredito que teria que estar aqui comigo, me ajudando nas adaptações, no cotidiano, do material, da questão do, da vida

diária desse aluno dentro da escola, mas que infelizmente não consegue tá aqui [...] a TO podia me ajudar, como por exemplo: Almoço. Eu tenho criança que tem dificuldade no prato e eu não tenho como a TO ter esse tempo pra tá aqui observando e me ajudando com isso. [...] Até com os alunos regulares mesmo. De ergonomia, de postura, ajudar na questão da educação física, de orientação do globo espacial [...] muita coisa (Trecho da entrevista C10).

São ações da terapia ocupacional na escola apoiar e subsidiar a inserção dos alunos com deficiência por meio de tecnologias específicas que facilitam o deslocamento e o acesso aos diferentes espaços, a adequação do material didático, adaptação das atividades escolares de acordo com as suas necessidades específicas e a participação nas diferentes atividades educacionais como higiene, alimentação, lúdicas, esportivas, entre outras.

Também foi apontado como possibilidade da prática do terapeuta ocupacional, o oferecimento de formações e informações aos professores a respeito de sua atuação, no sentido do sanar tal desconhecimento:

Então se tivesse, às vezes, até uma explicação pras professoras também, de qual é o trabalho da T.O., então talvez ela seria até mais solicitada e daria, traria até mais resultados (Trecho da entrevista C3).

A atuação do terapeuta ocupacional em escolas regulares ainda é uma prática de pouca incidência no Brasil, os professores desconhecem o papel do terapeuta ocupacional junto a escola regular, e veem a necessidade de divulgação do trabalho desses profissionais para o estabelecimento de parcerias (IDE; YAMAMOTO; SILVA, 2011).

A atuação por meio do oferecimento de formações também foi indicada como uma possibilidade de contribuição do terapeuta ocupacional com seus conhecimentos específicos para dar suporte ao professor e demais envolvidos na escola.

Ah, acredito que sim. Até pra, pra formação mesmo de, dos profissionais envolvidos, de monitor, de professores, de pais, isso é muito bacana. Esse ano nós tivemos, a TO fez uma palestra sobre desenvolvimento infantil que foi muito bacana para os pais. Então, eu acho que essa parte de formação também, pra que tá aqui dentro da escola (Trecho da entrevista C5).

O terapeuta ocupacional tem capacidade técnica de oferecer ao professor formações de modo a instrumentalizá-lo para a sua prática pedagógica, oferecendo subsídios relacionados à

atividades próprias da infância, para proporcionar o desenvolvimento global dos alunos, devido ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil, desempenho funcional, práticas inclusivas, entre outras áreas do conhecimento que contribuam para as práticas na escola. Profissionais da educação consideram importante a atuação do terapeuta ocupacional e outros profissionais especializados que possam contribuir com professores e funcionários da escola para a inclusão de crianças com necessidades especiais (YDE; YAMAMOTO; SILVA, 2011).

Lourenço e Cid (2010) verificaram estudos da terapia ocupacional na educação infantil e constataram que o terapeuta ocupacional tem como principal intervenção nesse contexto, a promoção do desenvolvimento infantil, não somente pela atuação direta com a criança, mas também por meio do preparo dos educadores.

Diante dessa perspectiva, faz-se importante a Terapia Ocupacional contribuir com a discussão sobre a educação inclusiva numa perspectiva que amplie suas possibilidades de intervenções, e pensar sua atuação na escola regular de modo a respeitar a diversidade, considerando o processo no qual não só o aluno com deficiência deve se adaptar, mas também a sociedade e a escola deve se preparar para receber todos.

PARCERIA

O terapeuta ocupacional ao intervir no contexto educacional pode constituir-se como um membro da rede de apoio para auxiliar a comunidade escolar na realização de um trabalho conjunto. Dessa maneira, a subcategoria *Parceria* tem como intuito contribuir para a reflexão de uma prática colaborativa entre os terapeutas ocupacionais e os profissionais da escola.

A contribuição da Terapia Ocupacional na escola é possibilitada uma vez que se tem o conhecimento mais próximo do cotidiano escolar para entender sua dinâmica institucional, o que é fundamental para qualquer nova proposição e ação (VAN SCHAICK; BRUNELLO, 2012).

Nesse sentido, autores como Calheiros e Dounis (2015) e Trevisan *et al.* (2012) pontuam que para o terapeuta ocupacional exercer o domínio de sua atividade profissional em uma perspectiva inclusiva no campo educacional, é necessário que o mesmo entenda a forma de funcionamento da estrutura escolar com as suas especificidades, como: currículo, plano de aula, horário de professores, reunião de pais e mestres, que são diferentes da rotina de uma instituição clínica.

Esse distanciamento do cotidiano escolar reflete na relação que não se estabelece entre o professor e o profissional, e essa falta de convivência impossibilita a construção de um conhecimento compartilhado, conforme relato abaixo:

Alguns professores sim, alguns eu sei que acatam, entendem que foram orientados e tentam trabalhar, mudam a postura, outros já não. Temos casos aqui, que por mais que você fale, eles dizem “ahhh veio aqui um dia, falou assim e foi embora, não voltou mais.” Não entende que tem que seguir aquela rotina para ter um resultado a longo prazo e que é um trabalho da escola mesmo que a TO vem pra orientar, para facilitar os caminhos, mas que a gente tem que trabalhar diariamente (Trecho da entrevista C8).

Outro aspecto que emergiu como uma dificuldade para o estabelecimento de um trabalho em conjunto, especificamente com o professor, foi o *feedback* realizado por meio de relatório, que também foi apontado como um instrumento insuficiente para orientação do professor:

[...] é mais do feedback né, do retorno. Porque muitas vezes assim, vem o relatório, eu leio o relatório, eu levo pra professora ler, muitas vezes ela fica com uma cópia desse relatório pra ela, nós damos essa devolutiva, mas o que assim, eu sinto na fala de alguns profissionais que trabalham comigo, de algumas professoras, é que as vezes elas sentem a falta de serem assim, diretamente orientadas né, porque profissional vocês chegam até a coordenação e a gente repassa, mas elas sentem falta de ser direto essa conversa né, de vocês chegarem nelas e falar: “Olha, esse aluno, vamos fazer assim, assim, assim”, “Eu não percebi nada” [...] É importante esse contato né. [...] e aí pra eu repassar, mas as vezes aí, quando eu vou repassar, surgem outras dúvidas que quando eu recebi o relatório, não me surgiram. Então [...] às vezes o profissional ir direto com o professor, talvez num horário de HTPI, sentar com a professora: “Olha, eu vi sua aluna, eu observei, eu fiz um relatório, dá uma lida, vamos ver juntos, o que que você acha?” (Trecho da entrevista C8).

Segundo Van Schaik e Brunello (2012), professores e educadores ressaltam a necessidade de poder contar com o apoio sistemático e rotineiro de equipe de saúde a assistencial. Essa forma de funcionamento poderia facilitar o aprofundamento das reflexões e práticas que fundamentariam o desenvolvimento do trabalho da equipe pedagógica, ampliando as motivações do enfrentamento das situações cotidianas e ajudando a compreender os sujeitos (alunos, indivíduos, estudantes) em sua totalidade.

As dificuldades decorrentes da insuficiência de articulação entre profissionais de diferentes áreas, devido à falta de atividades conjuntas, se configuram como um importante

obstáculo para a efetivação de ações e projetos com práticas inclusivas (SILVA; LOURENÇO, 2016).

O terapeuta ocupacional pode colaborar para que o professor possa entender a individualidade de cada aluno, a maneira como ele aprende para que ele consiga reconhecer e legitimar a singularidade e potencialidade de cada (VAN SCHAİK; BRUNELLO, 2012). De acordo com as autoras, o investir na relação professor-criança, este primeiro poderá ter desejo pelo conhecimento sobre seu aluno em suas especificidades e, o levará a buscar por possibilidades de trabalhos a serem desenvolvidos.

Com relação ao suporte dos profissionais da saúde na educação, pode-se mencionar a metodologia da Consultoria Colaborativa. Definida como um processo no qual o consultor trabalha numa relação igualitária e não hierárquica com o consultante, podendo ser composta por diversos profissionais, dentre eles, o terapeuta ocupacional. Tendo em vista contribuir para o processo de inclusão escolar, a consultoria colaborativa promove assessoramento por meio de ações que envolvem crianças, família e equipe escolar (BALEOTTI; ZAFANI, 2017).

Nesse sentido, o terapeuta ocupacional propõe dispositivos para o redimensionamento da prática por meio da aplicação de ações relacionadas à orientação dos professores, quanto às particularidades de cada aluno e projetos que objetivam a sensibilização da comunidade escolar para a enfrentamento de preconceitos que se constituem como barreiras atitudinais (BALEOTTI; ZAFANI, 2017).

Chama atenção que as possibilidades de parceria entre a terapia ocupacional e a equipe escolar, apontadas pelas coordenadoras, estiveram predominantemente voltadas para as características individuais, para a adaptação do indivíduo ao processo educacional e ao ambiente escolar, não há menção à propostas de práticas colaborativas que tenham como foco a construção de um contexto inclusivo para todos e envolvendo todos os atores da comunidade escolar e familiares, e com a visão ampliada de uma sociedade em que se deve respeitar as diversidades, garantindo as singularidades de todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação inclusiva garante a educação como direito de todos, independentemente de suas características pessoais, culturais e sociais e o ensino regular como espaço comum de desenvolvimento, aprendizagem e convivência.

Na prática, ainda existem diversos desafios e dificuldades com relação a diversidade que compõe o ambiente escolar, já que a escola ainda tem um funcionamento com forte tendência a

valorizar a homogeneidade entre seus alunos ao requisitar comportamentos e rendimentos pedagógicos idealizados.

O estudo mostrou que os motivos que levam a solicitação do terapeuta ocupacional no ambiente escolar na rede municipal de Araras-SP estavam relacionados à necessidade de avaliações dos aspectos de coordenação motora global e fina, para o desempenho das atividades escolares; à necessidade de adaptações e adequações de espaço físico e material pedagógico para o aluno com deficiência; à necessidade de avaliações de suspeitas de desenvolvimento neuropsicomotor atípicos; e, à promoção de formações para instruir e instrumentar o professor para a prática dentro da sala de aula.

Esta abordagem parte tanto da concepção sobre atuação do terapeuta ocupacional no contexto educacional, quanto da forma pela qual se estruturou o trabalho desenvolvido pelas terapeutas ocupacionais da rede municipal de ensino de Araras-SP, cujas concepções parecem ainda centradas no modelo médico que preconiza uma intervenção com caráter clínico.

Dessa forma, este estudo se tornou relevante para contribuir com a necessidade de se identificar as práticas do terapeuta ocupacional, professores e outros atores que compõem o processo escolar desenvolvidas no ensino regular, de modo a possibilitar ações que contribuam para a legitimidade de educação inclusiva e que rompam com modelos tradicionais de atuação da saúde na educação.

A partir de um modelo de atuação voltado para o cotidiano da escola, que se aproxima de seus protagonistas numa relação de saberes compartilhados, promovendo a valorização da diversidade do aluno e o respeito por suas características, o terapeuta ocupacional na figura do suporte técnico, tem responsabilidade de reinventar sua prática no acompanhamento dos profissionais da educação, principalmente os professores, com o objetivo de oferecer apoio para a promoção de atitudes inclusivas em todos os âmbitos das escolas e para todos os alunos.

REFERÊNCIAS

BALEOTTI, L. R.; ZAFANI, M. D. Terapia Ocupacional e tecnologia assistiva: reflexões sobre experiência em consultoria colaborativa. **Cad. Bras. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 409-416, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0867>.

CALHEIROS, D. S.; DOUNIS, A. B. A formação do terapeuta ocupacional na perspectiva da educação inclusiva. **Rev. EDUCA**, Porto Velho (RO), v. 2, n. 4, p. 110-129, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.unir.br/index.php/EDUCA/article/view/1627/1487>.

CALHEIROS, D. S.; LOURENÇO, G. F., CRUZ, D. M. C. A atuação da Terapia Ocupacional no contexto escolar: educação inclusiva & perspectiva social. *In*. NETO, J. L. C; SILVA, O. O. N. (Org). **Diversidade e Movimento: diálogos possíveis necessários**. Curitiba: CRV, 2006.

CARDOSO, P. T. **Inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais: práticas e perspectivas de terapeutas ocupacionais**. 2009. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3039?show=full>.

COPPEDE, A. C. *et al.* Produção científica da Terapia Ocupacional na inclusão escolar: interface com a Educação Especial e contribuições para o campo. **Rev. Bras. Educ. Especial**, v. 14, n. 49, p. 471-484, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X8281>.

COSTABILE, C.; BRUNELLO, M. I. B. Repercussões da inclusão. **Rev. Ter. Ocup., USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 124-130, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i3p124-130>.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

IDE, M. G., YAMAMOTO, B. T., SILVA, C. C. B. Identificando possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional na inclusão escolar. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 323-332, 2011. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/502/349>.

LOURENÇO, G. F.; CID, M.F.B. Possibilidades de ação do terapeuta ocupacional ne educação infantil: congruência com a proposta da educação inclusiva. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.18, n.2, p. 169-179, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277181475_POSSIBILIDADES_DE_ACAO_DO_TERAPUTA_OCUPACIONAL_NA_EDUCACAO_INFANTIL_CONGRUENCIA_COM_A_PROPOSTA_DA_EDUCACAO_INCLUSIVA.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade** (org). 28^o edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

MUNGUBA, M. C. Inclusão escolar. *In*: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 519-525, 2007.

PAULA, A. F. M.; BALEOTTI, L. R. Inclusão escolar do aluno com deficiência física: contribuições da Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 53-99, 2011. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/421>.

PELOSI, M. B. O papel da Terapia Ocupacional na tecnologia assistiva. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 13, n. 1, p. 39-45, 2005. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/176/133>.

PEREIRA, B. P. **Terapia Ocupacional e Educação**: as proposições de terapeutas ocupacionais na e para a Escola. 2018. 242p. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10359?show=full>.

ROCHA, E. F. A Terapia Ocupacional e as ações na educação. **Rev. Ter. Ocup. USP**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 122-127, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i3p122-127>.

RORIZ, T. M. S.; AMORIN, K. S.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Inclusão social/ escolar de pessoas com necessidades especiais: múltiplas perspectivas e controversas práticas. **Psicol. USP** [online], Campinas, v. 16, n. 3, p.167-194, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642005000200009>.

SILVA, C. C. B.; LOURENÇO, G. F. Grupo de Trabalho: Terapia Ocupacional e Educação. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, XV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional. IV Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, v. 24, p. 226-228, 2016. Supl. Especial.

SILVA, V. L. **As concepções das práticas da Terapia Ocupacional na educação regular do município de Araras**. 2018. 105 f. Tese (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/108_bx_dissertacao_valesca_silva.pdf

TREVISAN, J. G.; DELLA BARBA, P. C. S. Reflexões acerca da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 30, n. 1, p. 89-94, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.010>.

VAN SCHAİK, E. E.; BRUNELLO, M. I. B. Propostas de inclusão escolar com deficiência no município de Holambra, SP: um estudo exploratório. **Rev. Ter. Ocup. USP**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 274-282, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i3p274-282>.

SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE: UMA TRIÁDE NECESSÁRIA

Anderson Adão Rodrigues

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC
São Paulo – SP

Beatriz Jansen Ferreira

Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Renata Raposo Cunha

Hospital São Paulo
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

Sandra Regina Carneiro de Campos

Hospital Ministro Costa Cavalcanti
Foz do Iguaçu – PR

RESUMO

A intersecção da saúde, educação e sociedade é um fenômeno qualificador da vida das pessoas. Trata-se de três pesquisas que evidenciam essa tríade; a primeira pesquisou a rede de apoio à criança e ao adolescente com hemofilia e a integração da saúde, aqui representada pelo Serviço de Hemofilia do Hospital São Paulo e as escolas frequentadas por estas crianças. A pesquisa foi qualitativa com o uso de entrevistas semiestruturadas com os pais e representantes das escolas. Atestou-se então a extrema importância das redes sociais e também a falta de integração entre o Serviço de Hemofilia e Outras Coagulopatias Hereditárias do HSP e as escolas por ele atendidas e a inexistência de ações intersetoriais entre Secretaria de Educação e Saúde. A segunda pesquisa intitulada “O Processo ensino/aprendizagem à Luz da Multiculturalidade, Bilinguismo e Interdisciplinaridade: análise de uma experiência”, buscou evidenciar o processo de implantação de um curso de medicina num contexto multi cultural já que o curso abriga brasileiros e hispânicos. Foi uma pesquisa quali quantitativa com uso de uma escala likert e entrevistas semiestruturadas. Verificou-se a dificuldade de planejamento da IES no sentido de incluir e acolher tais características. Por fim, na terceira pesquisa buscou-se avaliar o desenvolvimento das competências assistenciais na formação do técnico em enfermagem em cenários de prática. Foi um estudo quali quantitativo onde construiu-se e validou-se uma escala likert para este tipo de avaliação. Vale destacar que a qualificação de técnicos de enfermagem impacta sobremaneira o cuidado em saúde, pois se constituem o maior contingente de profissionais da categoria. Os resultados da pesquisa foram importantes contribuições para a pesquisa no ensino em saúde, apresentando de forma positiva as ações existentes na integração das escolas com as famílias das crianças/adolescentes com hemofilia, a multiculturalidade e o bilinguismo enquanto princípios da formação médica defendida pelos atores envolvidos que a consideram qualificadora para o exercício médico e os docentes do curso Técnico em Enfermagem defendem a importância da qualificação técnica e pedagógica para atender as necessidades de formação dos futuros profissionais, sendo necessária a articulação da teoria e prática com base nas reais necessidades em saúde frente aos usuários e a sociedade.

Palavras-chave: Hemofilia; Medicina; Cenários de Prática.

1 SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE: UMA TRÍADE NECESSÁRIA

A saúde, educação e sociedade conversam em propostas, ações e decisões importantes de uma civilização, cidade ou país. Apresenta-se como uma tríade necessária para que as propostas em saúde sejam completamente interpretadas pela sua população e compreendida como importante na sociedade.

As pesquisas aqui apresentadas são relevantes para que possamos entender as várias faces que a saúde e educação devem se conversar dentro da comunidade. Descreve ainda, a possibilidade de valorizar as diferentes formas de educação, fomentando uma educação de qualidade em todos os níveis de ensino e ações dentro da sociedade.

1.2 Rede de apoio à criança e ao adolescente com hemofilia: a integração saúde/escola

Apesar de originária no campo das ciências sociais e humanas, em especial sociologia e antropologia, o trabalho em rede social tem sido cada vez mais presente no âmbito da saúde, “a partir da compreensão de que a saúde individual ou coletiva resulta de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais” (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009, p. 02).

Neste sentido, o trabalho de educação em saúde com redes de apoio traz a característica da horizontalidade e tem como objetivo transpassar as instituições fechadas em seu próprio âmbito, abrindo assim, um leque de reflexões acerca de um indivíduo completo, relacional, que se transforma, modifica e é modificado pelo contexto em que está inserido e que se apresenta interligado (JUNQUEIRA, 2016).

O trabalho em rede requer além de comunicação e articulação, conjugação e integração para que programas e serviços possam ofertar oportunidades e relações no território, retirando cada ação de seu isolamento e assegurando uma intervenção agregadora e incluyente (CARVALHO, 2010).

Assim, as redes de apoio podem ser apontadas para o indivíduo, tanto infantil como adulto em situação de vulnerabilidade, como fortes componentes para a resiliência (HOPPE; RAMOS, 2012).

Nesta pesquisa foi possível trazer à luz, a importância da interlocução entre saúde e educação com o desenvolvimento do trabalho em redes, tendo como perspectiva o Hospital São Paulo (HSP) como um local de tratamento para o diagnóstico de Hemofilia e as escolas em questão, como integrantes de uma rede de apoio para a promoção da saúde do usuário e de sua família de forma mais ampla.

A Hemofilia é um distúrbio de coagulação do sangue, de baixa prevalência, ligado ao cromossomo X, geralmente hereditário e que acomete quase que exclusivamente indivíduos do sexo masculino. Caracteriza-se pela deficiência de fator VIII no sangue (Hemofilia A) ou pela deficiência de fator IX (Hemofilia B). Ambas são classificadas em três níveis de acordo com a quantidade de fator circulante: *grave*, menor que 1% – caracteriza-se por hemorragias espontâneas ou causadas por pequenos traumatismos da vida diária, mais frequentemente em articulações, músculos e órgãos internos; *moderado*, de 1% a 5% – apresenta-se por meio de sangramentos espontâneos e após pequenos traumas; e, *leve*, de 5% a 30% – não apresenta sangramentos espontâneos (BRASIL, 2015; CAIO *et al.*, 2001).

O tratamento é realizado por meio da infusão do fator de coagulação deficiente, que pode ser derivado de plasma humano ou recombinante, tendo a fisioterapia como uma importante parte do tratamento, (BRASIL, 2015; VRABIC *et al.*, 2012) e também por meio da profilaxia, que consiste na aplicação regular em domicílio ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do fator de coagulação para que este se mantenha elevado e venha a prevenir episódios de sangramento (BRASIL, 2015).

Desta forma, a família do indivíduo com hemofilia pode apresentar questões que afetam diretamente o tratamento, tais como: dificuldades financeiras e territoriais para o deslocamento até o Centro de Tratamento de Hemofilia (CTH), conflitos conjugais nos cuidados da criança, abalo emocional causado pelo diagnóstico, entre outros (BUENO, 2012).

A inserção na vida escolar, também, pode se configurar como um desafio para os pais, a partir do momento em que a escola se revela como um mundo de possibilidades para o desenvolvimento da criança sem o monitoramento habitual de seus familiares. As famílias podem manifestar insegurança em relação à escola, que normalmente não possui informação e experiência anterior com alunos portadores deste diagnóstico, frente a situações vistas como arriscadas, tais como a prática de atividades físicas, o que pode fazer com que a escola atue com diferenciação ou superproteção (OLIVEIRA, 2011).

1.3 Percorso metodológico

O Serviço de Hemofilia e Outras Coagulopatias do HSP, no momento da pesquisa (2017) possuía em seu cadastro 57 crianças e adolescentes com idades entre 06 e 14 anos, hemofílicos A ou B Graves e Moderados, residentes no município de São Paulo e Grande São Paulo e inseridos, cada um, em diferentes escolas do Ensino Fundamental I ou II.

A identificação das escolas se deu por meio de um cadastro que o Serviço possui com as informações fornecidas pelos pais quando a criança/adolescente ingressa em uma nova unidade escolar.

Das 57 escolas com alunos hemofílicos em acompanhamento no HSP, 9 escolas foram convidadas e aceitaram colaborar com a pesquisa, totalizando 16% do universo da pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram convidados 9 coordenadores pedagógicos ou gestores, tendo o aceite dos 9 profissionais. Foram convidados 9 professores, sendo 1 de cada escola participante, totalizando o aceite de 7 pessoas, uma vez que 2 declinaram do convite.

O convite também foi estendido a 9 familiares ou responsáveis de cada criança/adolescente inseridos nas escolas participantes, com o aceite de todos.

Desta forma, o total de participantes entre profissionais e familiares foi de 25 pessoas.

Para a presente pesquisa, foi utilizada a entrevista individual semiestruturada, tendo como procedimento de análise de dados a análise de conteúdo na modalidade temática (MINAYO, 2015; BARDIN, 2016). Com o intuito de manter o anonimato, os participantes foram denominados por letras e números, sendo: C (coordenador), P (professor) e F (familiar), seguidos dos números correspondentes aos Grupos (1 a 9) pertencentes.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e agosto de 2017, nas dependências do Serviço de Hemofilia e Outras Coagulopatias do HSP e também nas escolas participantes.

1.4 Resultados e discussão

Após a análise de conteúdo foram construídos três eixos.

No primeiro eixo, **“Os desafios da escola enquanto rede de apoio para a criança/adolescente com hemofilia”**, a falta de informação dos profissionais da educação sobre hemofilia ou a descontinuidade da informação institucional sobre o tema foi retratada pelos profissionais, e se fez presente também nos relatos dos familiares, como uma questão importante, assim como o desconhecimento sobre a doença pela sua baixa prevalência por ambos os grupos entrevistados.

Outra questão apontada por profissionais e familiares foi a falta de integração/interação entre os profissionais da escola no acompanhamento ao hemofílico.

Os profissionais apresentaram relatos recorrentes, correspondentes a ideia de apoio – uma das funções da rede social – no sentido de informação e ajuda, no entanto, estes relatos não apresentam a ideia de rede de apoio como uma forma de cooperação, troca e articulação.

Olha, quando eu penso em rede de apoio eu penso assim, é... em ter uma ajuda, um acompanhamento, um apoio pra alguma coisa, né, que nem nós temos a sala de apoio, né, que é a sala de inclusão com os professores, então ele é um apoio ao professor, né, então vamos supor, se eu tenho uma criança, vamos falar no caso de necessidades, se eu tenho um aluno com uma determinada necessidade eu tenho um apoio com essas professoras pra trabalhar com essa criança, então eu acredito que deva ser isso, né, um apoio (C5).

No segundo eixo, **“Ações intersetoriais e outras estratégias fortalecedoras para a escola enquanto rede de apoio à criança e ao adolescente com hemofilia”**, foi possível identificar nos relatos dos profissionais a inexistência de estratégias e ações intersetoriais para hemofilia. Observou-se também relatos referentes à exigência da inclusão e do cuidado às crianças/adolescentes por parte das instâncias superiores, no entanto, sem o fornecimento de ferramentas auxiliaadoras para os profissionais das escolas.

Quanto à interação com o HSP, os professores e os coordenadores relataram terem tido pouco ou nenhum contato com a equipe deste serviço pertinente a hemofilia.

Então, parece que só no primeiro ano que teve esse diálogo, né, acho que por ele estar inserido na escola, no fundamental I, que teve essa preocupação, mas depois eu não soube de mais nenhum até o momento, né (P2).

Então, eu não reconheço (essa integração), é [...] se a escola tem, eu não reconheço isso (P8).

A maioria dos profissionais da educação referiu ter tido contato com o material educativo entregue pelas famílias, na maioria das vezes. As respostas com a confirmação de participação em palestras foram escassas, porém, mostraram-se positivas. Alguns relatos revelaram-se norteadores, pois evidenciaram que apesar da ampla divulgação do material, este pode se apresentar confuso e incompleto devido a termos técnicos.

Professores e coordenadores apontaram a importância da ampliação de ações extramuro por parte da escola.

[...] a inclusão, ela não é uma integração, que quando a pessoa chega você integra, ela é assim, a escola está preparada para receber, então a gente precisa se informar, não só pela hemofilia, mas por outras deficiências que

porventura nós possamos receber na escola, então a escola precisa de informação e de buscar parceria mesmo, palestra, informações aos pais, tudo isso eu acho válido (C1).

Outra observação verificada foi a dos familiares enquanto fonte principal de informação sobre hemofilia para a escola.

A escola, assim, as informações que eles queriam, era atrás de mim mesmo. Acho que eles nunca chegaram a ter contato com o serviço ou com alguma outra coisa. Na verdade eu não sei se eles entendiam bem ou se era tranquilo (F7).

Como último eixo analisado, **“A centralidade do conhecimento sobre a doença, na perspectiva do acolhimento e inclusão da criança/adolescente com hemofilia”**, verificou-se nos relatos que a falta de informação/formação dos profissionais da educação, estratégias de inclusão, trabalho em rede e intersetorialidade podem acarretar em dificuldades de acolhimento pela escola.

O que eu queria mais [...] é que melhorasse [...] é uma escola apropriada pra ele, pra criança que é hemofílica, porque têm muitas escolas que aceitam, umas não aceitam, umas aceitam as crianças do jeito que é, outras não aceitam. Lá onde o meu filho estuda mesmo, tá tendo isso aí. As crianças descem, têm umas crianças que ficam com ele pra ele não descer a escada porque é perigoso, tem uma criança que fica com ele brincando, tem vez que ele fica só (F5).

Dois outros aspectos a serem destacados foram o medo de intercorrências por parte dos familiares e profissionais, e por consequência a superproteção. A partir deste cenário, algumas escolas criaram estratégias de sobrevivência, contudo, outras não conseguiram ultrapassá-las.

1.5 Considerações sobre a pesquisa

A partir do referencial estudado, foi possível compreender a importância das redes sociais de apoio para o indivíduo em geral, em especial para a pessoa com hemofilia.

A rede social de apoio da qual esta pesquisa trata, revela-se a partir de relações pessoais e de troca, e o trabalho com esta rede pressupõe parceria, intenção e planejamento.

A percepção de pertencimento nesta teia composta por diversos serviços e indivíduos, que se apoiam mutuamente, é fundamental para um trabalho em rede e foi possível verificar que não ocorreu por parte da maioria das escolas pesquisadas, tornando-se assim, um dificultador para o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de atuação para os profissionais da instituição escolar, no que diz respeito ao acolhimento sob a perspectiva da inclusão o que pode agravar-se ainda mais ao se tratar de um indivíduo com uma doença pouco recorrente.

Esta questão se revelou no cenário pesquisado pela “invisibilidade” da doença, se comparada com outras patologias que se apresentam em maior número. Com a insuficiência desse olhar mais apurado, aliada conseqüentemente a falta de informação e a falta de preparo para os aspectos que permeiam a vida da pessoa com hemofilia, questões como o medo vêm a tona na relação escola/família/hemofílico, podendo levar ao isolamento da criança/adolescente.

Foi possível observar também por meio desta pesquisa, que existe uma integração das escolas com as famílias das crianças/adolescentes com hemofilia, no que diz respeito à busca por informações e esclarecimentos acerca da permissão de atividades propostas colocando-a como principal mediadora entre hospital e a escola. No entanto, verificou-se um distanciamento entre o Serviço de Hemofilia e Outras Coagulopatias do HSP e as escolas participantes da pesquisa, o que pode promover questões antes abordadas – o medo, o isolamento e a superproteção.

Se por um lado falta o reconhecimento da escola enquanto rede de apoio, estratégias de inclusão e acolhimento para a criança/adolescente com hemofilia, por outro lado, falta também uma metodologia de trabalho em rede para o serviço de saúde em questão, com uma estratégia bem definida e sistemática com as escolas.

A Figura 1 apresenta uma síntese da compreensão obtida por intermédio desta pesquisa.

Apresentam-se assim, o *acolhimento* e o *cuidado* como importantes fatores para a *inclusão*, que deve ter seu processo efetivado por meio da *articulação em rede*. Tal articulação apresenta-se como uma das ferramentas essenciais para a *intersetorialidade*, que deve ser intencionalmente planejada com o objetivo da *integralidade* no cuidado ao indivíduo, conforme preconizado como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1 – Rede de Apoio à Criança e ao Adolescente com Hemofilia: a Integração Saúde/Escola, São Paulo, 2018



Fonte: Elaborada pelo autor.

Este trabalho evidenciou duas importantes temáticas: a integralidade do cuidado e a intersetorialidade. O desenvolvimento de um cuidado integral prevê necessariamente uma formação interprofissional e a compreensão ampliada das dimensões humanas.

A intersetorialidade, que tem o seu aspecto central no conceito de rede abordado nesta pesquisa, necessita de forma inequívoca da construção de políticas públicas no âmbito da saúde, educação, assistência social e outras políticas que se apresentem de fato intersetoriais, com gestões eficientes, planejadas e com a forte presença de controle social.

A necessidade de evidenciada pelo resultado da pesquisa nos apresenta a necessidade fundamental de mantermos uma ligação entre o trabalho em rede com a inclusão do indivíduo, através um uma integração e planejamento em educação em saúde. Na mesma perspectiva a multidisciplinariedade relacionada ao curso de medicina deve alinhar-se a inclusão social, primando por manter uma educação de qualidade com uma entrega de qualidade para a sociedade.

2 O PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM À LUZ DA MULTICULTURALIDADE, BILINGUISMO E INTERDISCIPLINARIDADE: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA

Devido à crescente demanda e complexidade do mundo do trabalho é preciso compromisso com a formação dos perfis profissionais que contribuam cada vez mais com as transformações nos cenários da Educação e Saúde, onde os futuros profissionais devem desenvolver as competências necessárias para esta nova sociedade.

Atualmente o cenário mundial, no âmbito socioeconômico e político, potencializado pela globalização requer um processo de ensino/aprendizagem aberto a múltiplos aspectos que consideram a cultura, a língua, a autonomia dos discentes e a mediação dos docentes. Assim, a pró-atividade e a criatividade passam a ter lugar fundamental nos processos de formação.

Salienta-se a importância da formação dentro de culturas imbricadas no processo de ensino-aprendizagem, onde os papéis sociais dos envolvidos tendem a valorizar a relação professor estudante. E o caminho desta relação vai sendo pautado conforme a convivência de todos para uma formação voltada para a construção e reconstrução de identidades dentro de diversas culturas, no contexto em que se encontram.

Os aspectos culturais representam acima de tudo, um diferencial importante dentro das particularidades da modernidade.

Na formação onde cultura e educação, estão alinhadas para um objetivo comum, é importante ressaltar que:

[...] a missão da educação continua sendo formar pessoas capazes de construir sua vida e o mundo com ética e dignidade. É dessa compreensão que surgem os quatro pilares da educação promulgados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO: aprender a conhecer, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver (CARRARA; CARVALHO; LIMA, 2010, p. 9).

[...] a cultura não é apenas mediação privilegiada para a educação. Cultura e educação se vinculam irrevogavelmente. Acessar, fruir, processar e criar são uma mesma espiral cultural e educacional. Essa tessitura conjunta constrói conhecimentos e saberes, vivências e valores, objetividade e subjetividade (CARRARA; CARVALHO; LIMA, 2010, p. 9).

A Universidade Federal de Integração Latino Americana (UNILA), com suas características inerentes, enquadra-se neste perfil, pois orienta-se pelo princípio da cooperação solidária configurando um projeto nacional e internacional de grande relevância, onde busca integração e participação dos envolvidos a uma proposta pedagógica inovadora.

Assim, neste contexto sócio-cultural, os perfis epidemiológicos de uma região fronteiriça desenham uma perspectiva de aprendizagem e assistência à saúde muito ampliada e diversificada. Isso requer um processo de ensino/aprendizagem, onde a multi e interprofissionalidade, tenha um papel fundamental na compreensão de várias culturas.

Para o processo de ensino/aprendizagem em uma instituição que está inserida em um contexto onde a diversidade cultural é clara e evidente, se faz necessário valorizar as interações sociais e a participação ativa dos sujeitos.

A UNILA tem como característica o bilinguismo. Grosjean (1994, p. 1) define que “bilíngues são pessoas que utilizam duas ou mais línguas ou dialetos no seu dia a dia”. Para este autor, o importante é que, para além da grande diversidade existente entre essas pessoas, todas compartilham algo em comum: “levam suas vidas com duas ou mais línguas”.

Observamos o crescente número de Universidades com novas estruturas nas suas organizações curriculares buscando uma formação internacional, o que facilita a migração de estudantes e docentes entre diferentes países. Nesses modelos, o estudante finaliza sua formação universitária com habilidades em diversas áreas, com um conhecimento mais sólido para enfrentar a realidade mundial.

Portanto, uma educação que tenha uma experiência transnacional e bilíngue, é claramente um processo com maior qualificação. É importante o incentivo ao ensino, desta forma, possibilitando uma ampliação da convivência social.

Freire afirma que,

O homem enche de cultura os espaços geográficos e históricos. Cultura é tudo o que é criado pelo homem. Tanto uma poesia como uma frase de saudação. A cultura consiste em recriar e não em repetir. O homem pode fazê-lo porque tem uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo. Freire (1997, p. 30-31).

Desta visão teórica, vemos a diversidade em que os caminhos nos levam a imbricar no meio da cultura e da identidade, formando o cerne deste novo mundo.

O processo de formação médica encerra uma grande centralidade para o exercício da saúde. Conceber e implantar um Curso de Medicina numa região de fronteira indiscutivelmente agrega mais desafios e dificuldades.

A questão da multiculturalidade e do bilinguismo neste cenário são de enorme importância, pois, interferem de maneira aguda no processo de ensino e aprendizagem.

2.1 Percorso metodológico

Trata-se de uma abordagem quali-quantitativa de caráter exploratório-descritivo com uso de entrevistas semi-estruturadas e instrumento atitudinal do tipo Likert.

De acordo com Minayo e Sanches (1993) e Minayo (2015), Godoy (1995) e Landim *et al.* (2006), as abordagens qualitativa e quantitativa não se opõem, se completam para explicar a multicausalidade dos problemas e buscam as respostas que a sociedade exige.

Esses métodos se completam, a partir da premissa de que podemos considerar que os fatos conhecidos a partir da subjetividade humana (abordagem qualitativa) podem não dispensar uma representação matemática, assim como sofisticados recursos matemáticos (abordagem quantitativa) podem ser totalmente improdutivos se, fatos relevantes da problemática advindos da imersão dos significados, permanecem desconhecidos (MINAYO; SANCHES, 1993; MINAYO, 2015).

Durante a pesquisa foi utilizado o instrumento do tipo Likert. Trata-se de uma escala de percepção, onde seu objetivo é analisar a concordância da pessoa com assertivas positivas ou negativas sobre o objeto em estudo (FERREIRA, 2004; FERREIRA, 2014; FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

Em consonância com os objetivos da pesquisa e do referencial teórico adotado, foram estabelecidos os aspectos relevantes para a construção das seguintes dimensões:

Dimensão 1 – O curso de Medicina da UNILA, a DCN e o PPC. Esta dimensão busca o conhecimento do corpo docente e dos discentes sobre as DCN e PPC, na constituição do Curso de Medicina da UNILA, procurando evidenciar os desafios que a caracteriza.

Dimensão 2 – Ensino Médico e a Multiculturalidade. Esta dimensão busca verificar as dificuldades e os desafios de um ensino médico permeado pelos aspectos que constituem a Multiculturalidade.

Dimensão 3 – Ensino Médico e o Bilinguismo. Esta dimensão busca verificar as dificuldades e os desafios de um ensino médico permeado pelos aspectos que constituem o Bilinguismo.

Dimensão 4 – Implantação de um Curso Médico em uma zona de Fronteira. Esta dimensão busca verificar as contribuições do Curso Médico, no contexto social da tríplice fronteira e, também, verificar a viabilidade desta formação dentro do cenário da América do Sul e Latina, contribuindo para a qualificação do cuidado nos cenários de formação, e para uma formação com autonomia.

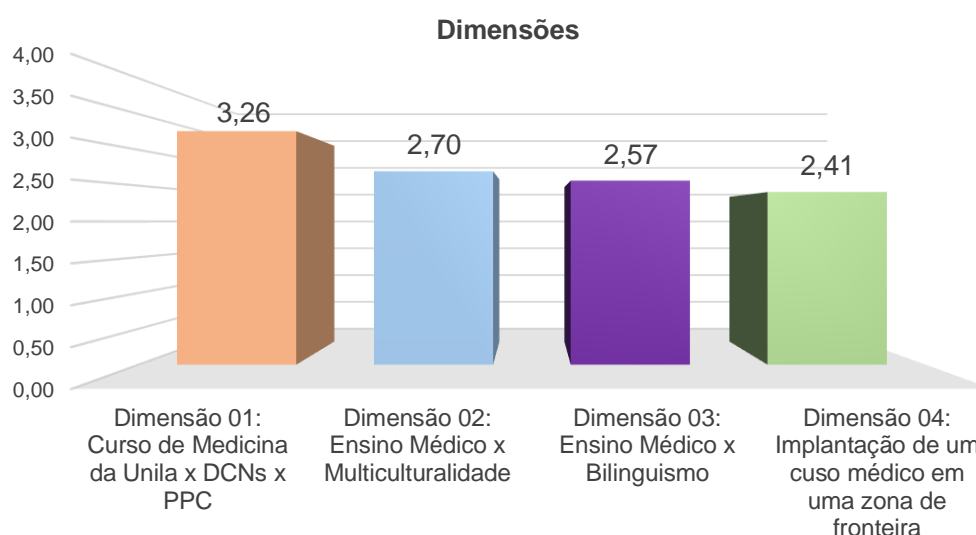
Para cada dimensão foram elaboradas de cinco a seis asserções buscando identificar a percepção dos respondentes sobre o objeto pesquisado, as quais foram randomizadas.

Para a sustentação dos fundamentos teórico-metodológicos, foi delimitado cada pontuação conforme conteúdo específico das dimensões e suas respectivas asserções, onde adotamos a escala 1/2/3/4 e 4/3/2/1 (BRUNO, 1999; FERREIRA, 2004; FERREIRA, 2014).

Tomando por base que as pontuações das assertivas que compuseram as respectivas dimensões, que variaram de 1 a 4 pontos, os resultados das médias foram agrupados, conforme orientam Moraes *et al.* (2012), Ferreira (2004), Ferreira (2014) e Ferreira, Batista, Batista (2013):

- De 1,00 a 1,99: Percepção ruim com a necessidade de medidas urgentes de correção;
- De 2,00 a 2,99: Percepção intermediária com a necessidade de medidas de médio prazo para a correção,
- De 3,00 a 4,00: Percepção boa demandando medidas de acompanhamento.

Figura 2 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão da dissertação “O processo Ensino/Aprendizagem à luz da multiculturalidade e bilinguismo: análise de uma experiência”, Foz do Iguaçu, 2016



Fonte: Elaborada pelo autor.

Conforme podemos observar a Dimensão 1 encontra-se em uma zona de conforto, evidenciando um resultado muito positivo. Já as Dimensões 2, 3 e 4 encontram-se em uma zona de atenção com aspectos a serem melhorados, exigindo a tomada de medidas a curto e médio prazo.

Após a aplicação da Escala Likert foi desenvolvida uma aproximação com o corpo docente por meio da análise de entrevista semiestruturada. Desta forma, quatro categorias emergiram:

- Diretrizes Curriculares Nacionais- DCN e PPC
- Multiculturalidade na Formação Médica
- Bilinguismo na Formação Médica
- O processo de Formação Médica em um contexto de Tríplice Fronteira

2.2 Considerações sobre a pesquisa

A pesquisa por meio dos instrumentos de coleta evidenciou avanços, desafios e perspectivas que compuseram o processo de implantação do Curso de Medicina da UNILA. Assim constatou-se que:

- Os pressupostos e princípios contidos no PPC do Curso são reconhecidos pelos respondentes que os vêem alinhados as DCN, e a interação dos mesmos deve nortear a perfil do egresso;
- A multiculturalidade enquanto princípio da formação médica é defendida pelos atores envolvidos que a consideram qualificadora para o exercício médico; contudo os aspectos de infraestrutura para que a mesma possa ser vivenciada não são providos pela Instituição;
- O bilinguismo como condição necessária para o desenvolvimento de um trabalho multicultural não encontra na referida Instituição condições plenas de exercício, com dificuldade de domínio do espanhol por parte do corpo docente e funcionários, oferta insuficiente de bibliografia bilíngue, entre outros; e,
- O processo de implantação é reconhecido como inadequado quanto à profundidade de discussão sobre o aspecto curricular e insuficiência de cenários de prática nos países que compõem a trílice fronteira.

Somam-se a estas percepções os desafios: baixa carga horária na atenção primária, escasso acervo bibliográfico bilíngue, formação de barreiras, isolamento, piores resultados acadêmicos, falta de parcerias e legislação vigente do Revalida.

O aprender, o educar dentro de uma vivência bilingue e multicultural aprimora o conhecimento, as habilidades e as atitudes. O sentido da tolerância, do reconhecimento da diferença e da convivência respeitosa, ética e cidadã devem ser uma fonte inesgotável para a formação de médicos autônomos e ciosos de seu importante papel na conquista e manutenção de um padrão de saúde de fato cidadão para todos!

Conforme apresentado na pesquisa, os alinhamentos de vários aspectos tornam reconhecido a relevância do curso de medicina para o contexto educacional e social. Em uma mesma relevância, a pesquisa a seguir nos apresenta questões ligadas a formação do Técnico em Enfermagem como fundamentais para manter a qualidade de atendimento aos pacientes representados por uma necessidade social com segurança as necessidades apresentadas.

3 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSISTENCIAIS NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM EM CENÁRIOS DE PRÁTICA

O século XXI tem início com contrastes e expectativas do século XX, apresentando-se como um desafio enorme frente aos inúmeros problemas sociais relacionados à paz e liberdade mundial. Dentre esses anseios, a educação atinge a sua valorização máxima, sendo depositada nela a confiança de ser um caminho sólido para o desenvolvimento humano, contribuindo de forma eficaz para o equilíbrio social, político e econômico (UNESCO, 1996).

Conforme descrito por Delors em 2003, a educação é um conjunto de competências e habilidades pautadas em pilares, descritas como aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

Perrenoud, (1999, p. 4) descreve competência como:

Uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Para enfrentar uma situação da melhor maneira possível, deve-se, via de regra, pôr em ação e em sinergia vários recursos cognitivos complementares, entre os quais estão os conhecimentos.

Esta pesquisa tratou da formação de Técnicos de Enfermagem no SENAC-Unidade Tiradentes à luz da avaliação em cenários de prática. Considerando a equipe de enfermagem, o profissional de nível técnico destaca-se por ser o maior contingente profissional na assistência à saúde com número expressivo de 550.609 inscritos no estado de São Paulo e 2.216.184 no país.

Para que o Técnico em Enfermagem consiga êxito em sua carreira, vários aspectos são igualmente importantes. A sua competência técnica pautada no exercício seguro do cuidado integral em saúde é, evidentemente, condição necessária para o exercício de sua profissão, porém, não suficiente. A formação pedagógica que lhe capacita o desenvolvimento de atividades em educação em saúde é tão relevante quanto o aspecto técnico e, juntos, são suficientes para o exercício pleno de seu ofício. Para isso, sua formação ampliada e qualificada no campo pedagógico torna-se imprescindível para os desafios desse século (GÓES *et al.*, 2015).

Ao descrevermos a formação e o preparo pedagógico do docente formador deste técnico, devemos apontar a necessidade de que este proporcione e estimule situações e propostas de aprendizagem crítico reflexiva. Além disso, vale destacar a importante adequação do docente ao desenvolvimento de cada estudante, preparando-o para o desafio da atuação em saúde dentro do nosso contexto social e da realidade brasileira, com o objetivo de buscar uma transformação social e não apenas situações relacionadas ao processo saúde-doença (GÓES *et al.*, 2015).

Assim, os conteúdos curriculares devem ser construídos para além do biológico, avançando para os aspectos socioeconômicos, ambientais, religiosos, ou seja, considerando todas as dimensões humanas.

Estes por sua vez, devem ser problematizados, refletido tanto no coletivo como individualmente por docentes e discentes na formação profissional (FERREIRA, 1999).

Para que o momento teórico/prático aconteça, o processo de ensino/aprendizagem deve ser focado no discente, considerando-o um elemento capaz de sugerir e conduzir seu próprio aprendizado, bem como favorecer a experimentação, o pensamento reflexivo, o levantamento e a solução de hipóteses, com estratégias interativas e participativas. Nesse sentido, a avaliação de ensino/aprendizagem se constitui uma potente ferramenta quando usada nas dimensões diagnóstica, formativa e somativa.

Por outro lado, os cenários de prática expõem o discente a demonstrações claras dos limites da humanidade, do cuidado com a doença e a morte, o que leva os mesmos a viverem suas próprias limitações entre as fragilidades do racional e emocional, expondo sentimentos que podem gerar dúvidas, decepções, ansiedade, medo, tristeza, raiva e estresse (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015).

3.1 Percurso metodológico

Tratou-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa de caráter exploratório descritivo, com o uso de entrevista semiestruturada e escala atitudinal do tipo Likert. A entrevista semiestruturada foi realizada com 14 docentes e escala Likert aplicada a 80 discentes.

Para acompanhar o docente nesse processo, foi construída uma escala Likert, onde foram estabelecidos os aspectos relevantes para a construção das seguintes dimensões:

Dimensão 1 – Competências docentes para o exercício da avaliação no processo de ensino/aprendizagem em cenários de prática. Esta dimensão buscou o conhecimento e solidez das competências do docente para realização das avaliações durante as atividades em cenários de prática.

Dimensão 2 – Critérios institucionais de avaliação do curso Técnico em Enfermagem em cenários de prática. Esta dimensão buscou verificar o recebimento por parte do docente sobre os critérios educacionais institucionais utilizados na avaliação do curso Técnico em Enfermagem em cenários de prática.

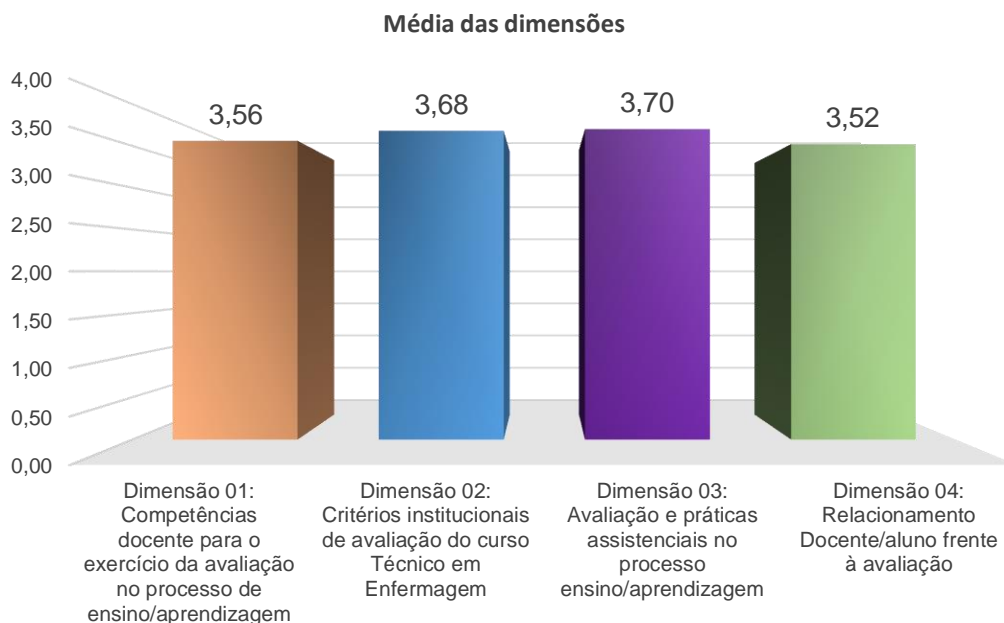
Dimensão 3 – Avaliação do processo de ensino-aprendizagem em cenários de prática. Esta dimensão buscou verificar as dificuldades e desafios na avaliação frente ao processo ensino-aprendizagem durante o estágio em cenários de prática.

Dimensão 4 – Relacionamento docente/aluno frente à avaliação em cenários de prática. Esta dimensão buscou verificar as características no relacionamento docente e alunos após a avaliação de estágio em cenários de prática.

Para cada dimensão, foram elaboradas cinco asserções buscando identificar a percepção dos respondentes sobre o objeto pesquisado. As asserções foram validadas em seu conteúdo considerando as equivalências semântica e cultural, pontuadas em duas escalas: 1/2/3/4 e 4/3/2/1 e a seguir randomizadas. Foi feito um pré-teste e a seguir aplicada. Após a aplicação, a escala foi validada estatisticamente quanto a sua dispersão e confiabilidade, tendo em relação ao primeiro aspecto 10% (a literatura recomenda até 40%) e em relação a confiabilidade, foi obtido 0,85%, o que denota solidez estatística.

A Figura 3 apresenta as médias por dimensão.

Figura 3 – Perfil das Médias e dimensões da Dissertação “Avaliação do desenvolvimento das competências assistenciais na formação do técnico em enfermagem em cenários de prática”, São Paulo, 2018



Fonte: Elaborada pelo autor.

Podemos observar que todas as dimensões ficaram numa zona de conforto, ou seja, com uma boa percepção dos discentes, o que evidencia a assertividade do modelo pedagógico desenvolvido neste curso.

Tivemos como sub extrato das entrevistas as seguintes categorias:

Categoria 1: Contribuições do estágio para o processo de integração teórica e prática;

Categoria 2: Critérios institucionais para o ensino e aprendizagem;

Categoria 3: Avaliação como instrumento norteador do processo ensino e aprendizagem; e,

Categoria 4: Contribuições das competências comunicacionais/relacionais na formação do técnico em enfermagem.

3.2 Considerações sobre a pesquisa

A pesquisa evidenciou de forma clara e objetiva a assertividade do trabalho pedagógico desenvolvido no curso Técnico em Enfermagem pelo SENAC – Unidade Tiradentes.

Observamos a presença de sintonia entre docentes e discentes na concepção envolvendo o processo de avaliação prático no processo ensino-aprendizagem.

Os docentes defenderam a importância da qualificação técnica e pedagógica para atender as necessidades de formação dos futuros profissionais, sendo necessária a articulação da teoria e prática com base nas reais necessidades em saúde frente aos usuários e a sociedade.

Além disso, é importante considerar que o processo de aprendizagem entre docentes e discentes envolve uma abordagem cuja prática valorize a integralidade, o cuidado humanizado e uma postura crítica e reflexiva apreciando a ética profissional. Para tal, ficou evidente a compreensão sobre o caráter pedagógico da docência e sua relevância na articulação teórico-prático do conhecimento.

A pesquisa revelou as percepções colhidas por meio da escala atitudinal do tipo Likert com os discentes que apontaram para uma assertividade no desenho da avaliação em campo de estágio realizada pelos docentes, e entre elas cumpre destacar:

- O reconhecimento prévio das dificuldades apresentadas pelos discentes por meio de uma postura acessível e comprometida;
- A compreensão do corpo docente sobre a avaliação como um importante instrumento norteador do processo de ensino/aprendizagem e seu desenvolvimento em três perspectivas: diagnóstica, formativa e somativa;

- A presença de experiência profissional do corpo docente aliada a uma apropriação dos elementos pedagógicos e didáticos na formação em saúde;
- Reconhecimento por parte dos discentes que os critérios de avaliação apresentados e pactuados pelos docentes antes, durante e após o momento prático de estágio foram importantes para o balizamento do processo formativo;
- Reconhecimento por parte dos discentes como partícipes do processo avaliativo, na medida em que o mesmo se coloca como prática cotidiana do curso em questão;
- Presença de uma relação pedagógica dialógica entre docentes e discentes, se constituindo como elemento facilitador do processo formativo;
- Presença de estímulo à crítica e à reflexão no desenvolvimento pedagógico e prático da formação;
- Presença de inovação pedagógica;
- Presença de um processo problematizador de ensino/aprendizagem;
- Presença de parâmetros éticos no processo formativo;
- Relação dialógica e acolhedora presente entre docente, discente, instituição concedente de estágio e paciente;
- Manutenção da boa relação entre docente e discente frente aos resultados ruins.

Vale ressaltar a importância desta formação em nível técnico, pois este grupo profissional representa o maior contingente dentro da profissão de Enfermagem. Sua empregabilidade é muito estável e ampla, e nesse sentido, o SENAC vem há 70 anos contribuindo de forma permanentemente qualificada para este cenário.

Por último defendemos que o Técnico em Enfermagem é o profissional responsável em levar a promoção da saúde à população. Por sua vez, em nível terciário de atenção à saúde ou na alta complexidade, esse profissional assume a assistência de pacientes críticos ou em estado grave.

Os aspectos positivos encontrados neste trabalho reiteram essa percepção e as limitações evidenciadas são passíveis de serem superadas

Assim, qualificar a formação técnica em enfermagem é contribuir de forma efetiva para a qualificação da saúde no país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas contribuíram para uma reflexão no comportamento formado pela integração de ações em educação em saúde. As análises mostraram uma perspectiva de organizações, desde as possibilidades de integração de ações para a valorização da necessidade fundamental de mantermos uma ligação entre o trabalho em rede com a inclusão do indivíduo, através um uma formulação e planejamento em educação em saúde na rede de apoio à criança e ao adolescente com hemofilia até as melhores práticas educacionais na formação e relevância do curso de medicina para o contexto educacional e social. Em mesmo grau de importância, observa-se a reflexão do perfil profissional do egresso do técnico em enfermagem, otimizando e prezando pela formação em educação em saúde.

A questão social permeia todas as discussões, valorizando as questões metodologias e as boas práticas educacionais. Essas práticas, pautadas nas discussões com a população atendida ou na formação, imergindo na prática educacional nos locais de atuação profissional, experimentando as melhores práticas entre educação em saúde com a valorização do meio social.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de hemofilia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 80 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_hemofilia_2ed.pdf. Acesso em: 28 set. 2018.

BRUNO, L. F. C. **Levantamento da qualidade de vida no trabalho**. Universidade do Amazonas, 1999.

BUENO, F. D. **Laços de Sangue: saberes e experiências sobre a hemofilia a partir de histórias de vida**. 2012. 261 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_98_lacos_de_sangue_saberes_e_experiencias_sobre_a_hemofilia_a_partir_d_historias_de_vidas.pdf. Acesso em: 7 nov. 2018.

CAIO, V. M. *et al.* Genética comunitária e hemofilia em uma população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 595-605, maio/jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4642.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

CARVALHO, M. C. B. Introdução. *In:* GUARÁ, I. M. F. R. (Org.). **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010. p. 8-9. Disponível em: <http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

CARRARA, A. R.; CARVALHO, M. C. B.; LIMA, T. Cultura e educação na sociedade contemporânea. **Cadernos Cenpec | Nova série, [S.l.]**, v. 5, n. 7, jan. 2010. Disponível em: <http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/59/74>. Acesso em: 18 jun. 2020.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2. ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2003.

FERREIRA, B. J. **A Avaliação como Estratégia propulsora para uma Formação Contemporânea dos Profissionais de Enfermagem de Nível Médio**. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1999. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252148>.

FERREIRA, B. J. **As políticas indutoras e a formação em saúde**. *In:* BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (Org.) **Docência em saúde: tema e experiências**. 2. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014. p. 183-200

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**. 2004. 477p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/252705>.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. O Processo Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional – MP-Norte: Análise de experiência. **Enseñanza dela Ciencias**, v. extra, 2013. p. 1246

FREIRE, M. *et al.* **Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão, instrumentos metodológicos II**. São Paulo: Artcolor, 1997.

GODOY, A. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. Adm. Empres.**, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000200008

GÓES, F. S. N. *et al.* Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. **REBEn – Rev. Bras. Enfermag.**, v. 68, n. 1, p. 20-25, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0020.pdf>.

GROSJEAN, F. **Individual Biligualism**. *In*: The Encyclopedia of Language and Linguistics. Oxford: Pergamon Press, 1994.

HOPPE, M. W.; RAMOS, K. M. Rede de apoio intersetorial entre educação e saúde nos anos iniciais do ensino fundamental. **Rev. Educ., Cult. Sociéd.**, Sinop, v. 2, n. 2, p. 47-62, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1000>. Acesso em: 20 abr. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Apresentação**. *In*: JUNQUEIRA, L. A. P.; CORÁ, M. A. J., Org. Redes sociais e intersetorialidade. São Paulo: Tiki Books, 2016. p. 7-12. Disponível em: <http://dowbor.org/blog/wp-content/uploads/2013/03/Redes-sociais-e-intersetorialidade-com-capa.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.

LANDIM, F. L. P. *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo. **Rev. Bras. Prom. Saúde**. UNIFOR, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/961>. Acesso em: 18 jun. 2020.

MARRAN, A. L.; LIMA, P. G.; BAGNATO, M. H. S. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde** [online], v. 13, n. 1, p. 89-108, abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462015000100089&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002.

MORAES, S.G. *et al.* Development and validation of strategy to assess teaching methods. *In*: **Progress in Education**. v. 28. Nova Science Publishers, Inc., 2012.

OLIVEIRA, L. S. Um diálogo entre a educação e a saúde. *In*: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE EXTENSION UNIVERSITARIA, 2011, Santa Fe. **Mesa de Trabalho: Extensão, Docência e Investigação**. Santa Fe: NI, 2011. p. 1–20. Disponível em: <https://www.unl.edu.ar/iberoextension/>. Acesso em: 8 out. 2017.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SOUZA, M. H. N.; SOUZA, I. E. O.; TOCANTINS, F. R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Rev. Latino Americ. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 354-360, maio 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4010/4724>. Acesso em: 12 ago. 2017.

UNESCO – **Organizações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**. 1996. Disponível em: <https://www.unesco.org.br>.

VRABIC, A. C. A. *et al.* Dificuldades para enfrentar sozinho as demandas do tratamento: vivências do adolescente hemofílico. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 204-210, jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000200008&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 21 abr. 2018.

ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DOMICILIAR: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DE EXPERIÊNCIAS

Leila de Souza Ganem
Secretaria Municipal de Educação
Santos – SP

Carla Cilene Baptista da Silva
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

O desenvolvimento deste tema emergiu da realização de uma dissertação de mestrado que visou contribuir com as ações realizadas em um programa de Atendimento Pedagógico Domiciliar de um município do litoral do Estado de São Paulo. Este capítulo é parte desta pesquisa cujo objetivo geral foi descrever e analisar as possibilidades e desafios de práticas pedagógicas realizadas por professores que atuam com crianças e adolescentes do programa, que atende estudantes impossibilitados de frequentar as escolas, seja em função de doença ou por particularidades advindas de suas deficiências. Nesse capítulo será apresentado o levantamento bibliográfico realizado sobre o tema Atendimento Pedagógico Domiciliar e algumas reflexões sobre essas práticas. Para tanto, procurou-se identificar descritores que correspondessem ao caráter intersetorial entre Saúde e Educação e aos objetivos da pesquisa. O procedimento de busca por referenciais bibliográficos e estudos a respeito foi realizado ao longo do segundo semestre de 2017, nos bancos de dados: LILACS, MEDLINE/PUBMED, Portal CAPES e SCIELO. Os resultados encontrados foram: quatro artigos internacionais e um nacional. No âmbito nacional, foi realizada uma busca em páginas de pesquisa aberta, nas quais foram encontrados seis resumos de trabalhos apresentados em eventos científicos e algumas normativas de estados e municípios. O baixo número de publicações indica que esta é uma temática que, apesar de estar na legislação nacional, vem sendo pouco estudada, o que pode indicar também baixo investimento, por parte dos órgãos públicos, em efetivar tais ações.

Palavras-chave: Educação Especial. Ensino em Saúde. Inclusão. Atendimento Pedagógico Domiciliar. Educação Inclusiva.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é parte de uma pesquisa de mestrado cujo objetivo geral foi analisar as práticas pedagógicas inclusivas relatadas por professoras que atuam com crianças e adolescentes com deficiência, em um programa de Atendimento Pedagógico Domiciliar. Com esse enfoque, aqui serão apresentados os procedimentos e os resultados do levantamento bibliográfico de estudos correlatos ao tema e algumas reflexões sobre essas práticas. A pesquisa completa, bem como seu produto final, podem ser encontrados em Ganem (2018). Outros resultados da pesquisa também foram publicados em um artigo publicado por Ganem e Silva (2019).

No Brasil, conforme descrito por Ceccim (2010) e Fonseca (2008, 2015), a criança doente ou hospitalizada, independente do período de permanência no hospital ou em casa, e da natureza de sua enfermidade, tem direito a escolarização, garantido pela Constituição Brasileira de 1988 e pelas leis que são especificamente dedicadas às crianças em situação de hospitalização ou adoecimento.

Reforçando a Constituição (BRASIL, 1988), em 1994, o Ministério de Educação e Cultura (MEC) formula a Política Nacional de Educação Especial, propondo que a Educação em Hospital se faça por meio da organização de Classes Hospitalares, assegurando oferta educacional não só às crianças com transtornos do desenvolvimento, mas também, às crianças e adolescentes em situação de risco ao desenvolvimento, como no caso de internação hospitalar, visto que provoca restrições às relações de convivência, às oportunidades sociointerativas escolares e afastamento dos ambientes de vida social (BRASIL, 2008).

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), tornou obrigatório o atendimento aos estudantes que estejam fora do espaço escolar, incluindo a Classe Hospitalar e o Atendimento Domiciliar, como observar a seguir:

O atendimento educacional especializado pode ocorrer fora do espaço escolar, sendo, nesses casos, certificada a frequência do aluno mediante relatório do professor que atende:

a) Classe Hospitalar: serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

b) Ambiente Domiciliar: serviço destinado a viabilizar, mediante atendimento especializado, a educação escolar de alunos que estejam impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique permanência prolongada em domicílio (BRASIL, 2001, p. 24).

Em 2002, a então Secretaria de Educação Especial (SEESP) do MEC lançou o documento intitulado “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações” (BRASIL, 2002), em que há o reconhecimento e garantia deste atendimento aos estudantes da escola regular, designando:

[...] cumpre às Classes Hospitalares e ao Atendimento Pedagógico Domiciliar elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que se encontram impossibilitados de frequentar escola, temporária ou permanentemente e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (MEC/SEESP, 2002, p. 13).

Santos, Pereira e Barretos (2013) pontuam que o vínculo do atendimento educacional hospitalar e do atendimento pedagógico domiciliar deve relacionar-se aos sistemas de educação das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais. O documento oficial sobre esta temática propõe que o professor atuante em Classe Hospitalar ou no Atendimento Pedagógico Domiciliar, deverá estar capacitado para trabalhar com a diversidade humana e diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos estudantes impedidos de frequentar a escola, definindo e implantando estratégias de flexibilização e adaptação curriculares (BRASIL, 2002).

Neste aspecto, Fonseca (2008) indica que quanto mais propício for o ambiente hospitalar ou domiciliar e igualmente mais próximo da vida cotidiana, mais rápido e menos sofrido será o pronto-restabelecimento do indivíduo. Fontes (2005) propõe uma (re)conceituação da condição infantil, definindo o papel do professor neste contexto como uma ponte entre a vida cotidiana da criança e o mundo hospitalar/domiciliar, que assume proporções relevantes na busca da compreensão do processo de elaboração da doença e de uma possível morte.

No tecer das suas ideias, Fonseca (2008) pondera que leis e documentos recomendam o funcionamento das Classes Hospitalares e do Atendimento Pedagógico Domiciliar, mas, apesar de passados mais de 50 anos desde a primeira experiência internacional relatada em Classe Hospitalar e das normativas que preveem este tipo de atividade no Brasil, fica evidente a fragilidade do assunto e a aparente incipiência na produção de estudos correlatos ao tema estudado.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Para o levantamento bibliográfico, utilizou-se o vocabulário controlado da Universidade de São Paulo (USP) e os Descritores em Ciência da Saúde (DECS). O Vocabulário Controlado da USP é uma lista de assuntos utilizada para a indexação de recursos de informação no Banco de Dados Bibliográficos da USP – DEDALUS que abrange as áreas do conhecimento existentes na USP, relativas às atividades de ensino, pesquisa e extensão. Atualmente, possui aproximadamente 45 mil termos, sendo constituído de termos autorizados para a indexação e termos não autorizados, que operam como remissivas de sinonímia (USP, 2017).

Os DECS foram desenvolvidos a partir do *Medical Subject Heading* (MESH) e para busca de material utilizou-se termos como: *home pedagogical support service, inclusive education, hospital classroom, hospital teaching, remedial teaching, teaching material, intersetorial collaboration, school service at hospital classsroom environment, home teaching, disability, formation teacher, addressing programs* entre outros, e cruzamentos entre eles esperando que as combinações abrangessem artigos relacionados ao Atendimento Pedagógico Domiciliar.

Os termos Educação e Saúde (*Education and Health*) são descritores representativos e importantes e trazem contribuições significativas, porém somente quando usados isoladamente. Diante da relevância, os mesmos foram considerados neste momento da pesquisa. A partir de leituras exploratórias, foram selecionados os descritores: criança hospitalizada (*hospitalized child*) e educação especial (*special education*).

Tal estratégia foi aplicada nas bases de dados da área da saúde *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED), na base multidisciplinar do Portal de Periódicos Capes (<http://www.periodicos.capes.gov.br>), e *Scientific Eletronic Library on-line* (SCIELO). Essas bases de dados foram selecionadas com a intenção de mapear o maior número de publicações dentro do tema pesquisado. Os resultados disponibilizados relacionam-se a atendimentos domiciliares clínicos e cuidados diferenciados.

Usando os termos educação especial (*special education*); domicílio (*domicilie*); residência (*residence*) obteve-se o resultado para 133 apontamentos, porém somente quatro mencionavam o afastamento escolar, sem abordagem sobre acompanhamento pedagógico. Termos como instrução em casa (*homebound instrution*), programas residenciais (*adressing programes*), deficiência (*disability*) não constam no vocabulário controlado, mas apareceram nesta pequena seleção de artigos. Assim, tais termos compuseram os descritores como uma nova opção de busca.

Nesta nova etapa, mais 157 estudos foram sugeridos, porém as variações eram acentuadas e com tendência para a formação dos profissionais que atuam no serviço de *home care*, com abordagens diante de pacientes com deficiência renal, hepática, cardíaca, respiratória, nutricional, com transtornos psiquiátricos, em tratamento oncológico entre outros.

Quatro estudos internacionais e um nacional apresentavam relação com a temática desta pesquisa por mencionarem o acompanhamento escolar de crianças e adolescentes debilitados, em tratamento, que deveriam permanecer em suas residências.

Como foi encontrada apenas uma publicação brasileira específica sobre Atendimento Pedagógico Domiciliar, fez-se uma busca livre no ambiente virtual utilizando os mesmos descritores, palavras-chave e cruzamentos da busca das bases de dados anteriormente mencionadas. Foram encontrados seis resumos expandidos de Congressos e eventos acadêmicos. Também foram encontradas resoluções estaduais, manuais e portarias municipais sobre o atendimento escolar no domicílio desenvolvido em algumas cidades brasileiras.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos encontrados apresentavam alguma relação com a proposta desta pesquisa por mencionarem o acompanhamento escolar de crianças e adolescentes debilitados e em tratamento, que deveriam permanecer na residência e ter acompanhamento escolar, que totalizaram quatro artigos internacionais. Também foram selecionados dois documentos que sinalizavam normativas deste acompanhamento escolar em alguns estados dos Estados Unidos da América (EUA). No âmbito nacional foram encontrados seis resumos de trabalhos apresentados em eventos acadêmicos e algumas normativas estaduais e municipais.

Boonem e Petry (2011) discorrem no seu artigo sobre a percepção dos alunos e familiares com a oportunidade de continuidade acadêmica para crianças e adolescentes de sete a 19 anos, matriculados em escolas públicas e que receberam o atendimento escolar domiciliar no período de 2008 e 2009, em Leuven, na Bélgica. Reforçam a importância do ambiente escolar para o desenvolvimento cognitivo e psicológico validando a oportunidade que, na maioria dos casos, possibilitou harmonioso retorno para a escola de origem, minimizando os prejuízos acadêmicos.

Com apontamentos relacionados a esta investigação, o artigo de Carney e Porter (2009) relata a importância da percepção dos prejuízos ao desenvolvimento cognitivo, da linguagem, do comportamento, sensorial e motor causado por lesões adquiridas no sistema nervoso central e do apoio educacional especial que estas crianças necessitam, além da intervenção multidisciplinar de saúde. Reforçam a legislação de 1975, a *Individual with Disabilities Education Act* (IDEA) e mencionam algumas revisões feitas nesta legislação.

Abordam também, o documento norteador das escolas públicas, nomeado *Individualized Educational Program* (IEP), no qual são detalhadas necessidades, comportamentos, intervenções, evoluções do desenvolvimento para os alunos que constituem público alvo da Educação Especial. Mencionam o comprometimento dos profissionais das escolas com o preenchimento e atualização deste documento, além de relatarem outras normatizações para a efetivação do atendimento escolar na residência, quando necessário, valorizando as oportunidades de continuidade acadêmica e o preparo para o retorno ao ambiente escolar.

Seymour (2004), professora de Classe Hospitalar e Atendimento Domiciliar apresenta vivência pessoal no *Pilgrim Hospital School*, em Boston (EUA). Como professora que trabalha no serviço, descreve condições de educação fora do ambiente escolar para crianças e adolescentes com impedimentos de frequência na escola. Valoriza as possibilidades e a remoção de barreiras que este acompanhamento proporciona, além de apresentar uma bem-sucedida experiência com dois alunos que tiveram muitos progressos no desenvolvimento por usufruírem deste atendimento.

Neste delineamento, Shaw, Michael e Sarrasin (2014) apresentam estudo realizado em Montreal, Canadá, publicado na *Heath Psychology Report*, considerando que a instrução escolar em casa remove barreiras e diminui os riscos de perda acadêmica às crianças e jovens com problemas de saúde impeditivos de frequência escolar. Ressaltam a importância do acompanhamento de profissionais das áreas da educação e saúde, além de orientação e/ou suporte policial quando necessário. Pontuam sobre o envolvimento familiar nesta ação e uso de tecnologia específica como fatores colaborativos na diminuição da vulnerabilidade da população em idade escolar com doenças crônicas que recebem acompanhamento escolar em domicílio, além de descreverem possibilidades, a elegibilidade e impedimentos para a concretização deste tipo de atendimento.

De modo complementar aos artigos encontrados, foram incluídos dois guias de normatizações, explicações e de orientações sobre a garantia do Atendimento Escolar Domiciliar a alunos com impedimento de frequência escolar por doenças, dos estados da Carolina do Sul (2013) com o *Medical Homebound Instruction*, e de Michigan (2017) com documento elaborado pelo Departamento de Educação de Michigan, nos EUA. Os documentos apresentam os direcionamentos desde a solicitação, legitimidade do serviço, objetivos, participação familiar, dos alunos, do professor, o desenvolvimento administrativo e pedagógico do atendimento.

Diante da limitada oferta de publicações acadêmicas específicas para o estudo, foi realizada também uma busca livre no ambiente virtual e em âmbito nacional, utilizando os mesmos descritores, palavras-chave e cruzamentos da busca das bases de dados anteriormente mencionada. Nesta etapa, a busca foi direcionada para o tema Atendimento Pedagógico

Domiciliar. Foram encontrados alguns textos, resumos expandidos de Congressos e eventos acadêmicos, resoluções estaduais, manuais e portarias que relatam o atendimento escolar no domicílio desenvolvido em alguns municípios brasileiros, descrevendo ações, sua sistematização e normatização.

Dentre os textos e resumos apresentados em eventos acadêmicos, encontra-se uma experiência de alfabetização e letramento no Atendimento Pedagógico Domiciliar. Fontana e Barbosa (2008), narram uma proposta que valoriza a importância da leitura como elemento motivador e agregador de saberes. Barbosa (2009) relata políticas do Atendimento Pedagógico Domiciliar da Rede Municipal de Ensino de Curitiba, PR. Pondera sobre a especificidade desta proposta inclusiva, considerando a relevância do tempo e das formas de aprender ao apresentar a eficácia dos atendimentos observados, em 2008, no município.

Godoy (2009) menciona a experiência de Atendimento Pedagógico Domiciliar ocorrido em Londrina, PR, com uma aluna do 1º Ano do Ensino Médio, em tratamento oncológico, que necessitou de acompanhamento diferenciado do oferecido pelo Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. Este atendimento envolveu momentos de acompanhamento na escola, no hospital e no domicílio, conforme as condições de saúde da estudante.

Procurando ampliar a especificidade no assunto, Avanzini e Silva (2011, 2014) discorrem sobre práticas pedagógicas e educacionais dos Atendimentos Domiciliares e Hospitalares, nos municípios de Araucária, PR e Curitiba, PR, priorizando o processo de ensino e aprendizagem. Abordam a legislação nacional, instruções municipais no Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar e Domiciliar (SAREH), a visão dos professores e a responsabilidade da Coordenadoria de Atendimento às Necessidades Especiais (CANE) da Secretaria de Educação do Paraná, sobre os atendimentos no âmbito hospitalar e domiciliar.

A experiência sobre educação hospitalar e domiciliar de Juiz de Fora, MG, relatada por Nazareth (2012), contou com a análise do Atendimento Escolar Hospitalar e Domiciliar através de entrevistas com profissionais do Setor da Educação da Supervisão de Atenção à Educação na Diversidade (SAEDI), Articulação Intersetorial, Núcleo Especializado de Atendimento à Criança Escolar e Conselho Tutelar. Este estudo propôs a análise comparativa das experiências de Classe Hospitalar do Rio de Janeiro, RJ, Brasília, DF Federal, Porto Alegre, RS e Belo Horizonte, MG.

Oliveira (2013) descreve o histórico das Classes Hospitalares no Brasil, expondo a legislação pertinente e fazendo apontamentos sobre Atendimento Domiciliar no país, através da análise quantitativa do serviço oferecido, em 2013, observando publicações no ambiente virtual.

Moreira (2015) apresenta o relato de caso de estudante transplantado que iniciou este atendimento em 2011 e, pela eficácia observada, possibilitou novas experiências a partir de 2013, em Feira de Santana, na Bahia.

Foram encontradas também algumas normativas, como a Resolução 25^o de 2016, da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, SP (SÃO PAULO, 2016), que dispõe sobre o Atendimento Pedagógico Domiciliar e a Instrução nº 01/2013 da Secretaria Municipal de Educação de Araucária, PR (ARAUCÁRIA, 2013), que estabelece o funcionamento do serviço do Atendimento Pedagógico Domiciliar no município.

Na leitura de documentos, textos e artigos sobre Classe Hospitalares propostos por Fonseca (1999, 2008, 2011, 2015) observa-se que a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), centraliza algumas ações sobre Classes Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar no Brasil. O serviço de orientação, aproximação profissional desenvolvido pela UERJ referente à Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar acolhe e divulga informações na página www.escolahospitalar.uerj.br, onde é possível obter informações mais detalhadas dos locais e pesquisas em andamento.

Do ambiente virtual da UERJ, é viável acessar o *Half Yearly Newsletter*, demonstrativo da Universidade que promove divulgação da legislação pertinente ao Atendimento Educacional Hospitalar, com relatos da criação de novas Classes Hospitalares e divulgação de eventos nacionais e internacionais relacionados à temática. Nesta linha de ação, direciona contato com a Rede Latino Americana pelo Direito de Educação da Criança Doente (www.redlaceh.com), com sede no Chile, que articula as informações sobre este atendimento nos países americanos e caribenhos, tentando estreitar informações com profissionais interessados.

Realizaram-se também buscas aos textos disponibilizados no *site* da REDLACEH e na *Fundacion Carolina Labra Riquelme* do Chile. Dentre estudos, textos, normatizações e resumos disponibilizados no *site*, cita-se a implantação da Ley 9.336, na Argentina e Ley 26.206/2006, em Córdoba, que é comentada por Corazon (2008) e Guzmán (2009), assim como criação da *Institucion Escuela Hospitalaria y Domiciliaria "Semillas del Corazon"* em Córdoba, na Argentina. Apresentam as normatizações da atenção especializada prestada a crianças e jovens doentes, mencionando os avanços e aprendizagens realizados em experiências vivenciadas por profissionais da escola, no período de 2005 a 2007. Relatam que a escola conta com equipe de professores e de profissionais da saúde para prestar atenção integral aos estudantes.

Em outro texto, Guzmán e Martin (2009) realçam o espaço de trabalho da Escola Domiciliar como um espaço de encontro do saber, reforçando a capacidade criativa e inovadora do professor domiciliar. Conforme preceptores ideológicos da REDLACEH, apresentam a escola pública com gestão privada *Semillas del Corazon* narrando situações de intervenção.

Violant (2010), da Universidade de Barcelona, apresenta resumo para o *Primer Congreso Latino Americano y Del Caribe* onde discorre sobre o perfil profissional dos professores que atuam na Classe Hospitalar e propõe avaliar componentes transversais e específicos para o desenvolvimento profissional e investigador dos Pedagogos que exercem sua ação no âmbito hospitalar visando aprimorar a ação educativa.

Cubero (2011), nesta mesma linha, expressa a atenção interdisciplinar para as crianças e jovens adoecidos com impedimento de frequência escolar na Venezuela. Vale, Milani e Neves (2015) apresentam publicação narrando a experiência de dois alunos de Salvador, Bahia, que receberam acompanhamento escolar no domicílio.

Leon e Miranda (2016) pontuam a reforma política educacional chilena, implementada a partir de 1999, ressaltando a influência de pensadores e pesquisadores com a preocupação do desenvolvimento de todos, proporcionando aprendizagens e garantindo igualdade de oportunidades. Discorrem sobre os diferentes âmbitos de intervenção e articulação com a equipe interdisciplinar e sobre a flexibilização da ação educativa.

Com caráter multidisciplinar, Godoy *et al.* (2016) narram a experiência da Unidade de Reabilitação Pediátrica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Chile, que atende crianças em idade escolar com doenças crônicas, salientando a atenção educativa multidisciplinar e a legislação local.

Marchant e Navarro (2016) descrevem os aspectos centrais do modelo curricular implementado no Chile, desde 2005, pela equipe docente do Programa de Atenção Educativa Domiciliar (PAED) da Fundação *Carolina Labra Riquelme* no atendimento educacional a crianças e jovens em idade escolar que estejam impossibilitados de frequentar a escola por motivo de saúde, visando à continuidade dos estudos e a reinserção social e escolar. Abordam questões sobre a legislação normativa e de ordem técnico pedagógica.

Complementando, como descreve Fonseca (2015), quanto à um levantamento realizado em 2014 sobre o Atendimento Escolar no Ambiente Domiciliar no Brasil, mostra que tal atendimento é realizado em 34 Instituições, em 16 estados brasileiros, onde são atendidas crianças e jovens doentes que não estão hospitalizados, mas que, devido às condições de saúde, não frequentam as aulas na escola regular de ensino. Essa modalidade de ensino é oferecida, conforme detalhamento do autor nos seguintes estados: Acre, Pará, Ceará, Maranhão, Bahia, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

Mediante os estudos apresentados, percebe-se a notória fragilidade da produção acadêmica sobre o assunto, principalmente no que se refere às produções nacionais, apesar de preconizado e discutido no âmbito das legislações. Tais resultados apontam para a necessidade

de ampliação de espaços de estudos, reflexões, oportunidades e incentivos para o exercício da prática pedagógica domiciliar às crianças com algum impedimento de frequentar a escola; considerando assim novos tempos, espaços e formas de ensinar e aprender.

4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Não foi pretensão desse trabalho a realização de uma revisão sistemática sobre o assunto. É relevante apontar que aqui está sendo apresentado apenas um recorte da pesquisa de mestrado realizada. Entretanto, acredita-se que um estudo mais aprofundado sobre as produções sobre o Atendimento Pedagógico Domiciliar sejam pertinentes, incluindo outros descritores e bases bibliográficas de outras áreas. Cabe também mencionar as dificuldades encontradas em definir os descritores utilizados.

Diante do apresentado, pode-se inferir que a educação em âmbito domiciliar para crianças e adolescentes com algum acometimento de saúde teve avanços em termos das normativas e da legislação, porém, a universalização deste direito ainda representa um desafio a ser pensado, discutido, implementado e aprimorado a cada dia, bem como as pesquisas relativas a tais práticas educativas.

Para ampliar a visão do ato educativo, é preciso considerar que a educação não é elemento exclusivo do espaço escolar. Pretende-se que os resultados deste estudo possam subsidiar medidas que contribuam para a melhoria e efetivação do Atendimento Pedagógico Domiciliar em outros municípios, no contexto estadual e federal.

Por fim, é relevante mencionar que o Atendimento Pedagógico Domiciliar, como modalidade educacional, respaldado na legislação, precisa (re)significar o tempo, os espaços e as formas de aprendizagem, através da intervenção colaborativa e mediada por professores, familiares e outros profissionais.

REFERÊNCIAS

ARAUCÁRIA, Secretaria Municipal de Educação. **Instrução nº 01/2013**. Funcionamento do Atendimento Pedagógico Domiciliar e Hospitalar para Rede Municipal de Ensino de Araucária. Araucária, 2013.

AVANZINI, C. M. V.; SILVA, T. G. Atendimento Pedagógico Hospitalar e Domiciliar no Município de Araucária e no Estado do Paraná. *In: X ANPED SUL*, p. 1-13, out. 2014.

Trabalhos Completos.... Florianópolis. Disponível em:

http://xanpedsul.faed.udesc.br/arq_pdf/1688-0.pdf.

AVANZINI, C. M. V.; SILVA, T. G. A educação hospitalar e domiciliar: a identidade pedagógica dos professores que atuam no SAREH/SEED/PARANÁ. *In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EDUCERE*, p. 15911-15922, 2011. **Anais...** Paraná: PUC, 2011.

BARBOSA, F. N. R. Política de Atendimento Pedagógico Domiciliar na rede municipal de ensino de Curitiba: uma proposta inclusiva considerando tempo e formas de aprender.

In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PEDAGOGIA, p. 5402-5413, 2009. **Trabalhos Completos**.... Paraná: PUC, 2009. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3270_1796.pdf

BOONEM, H.; PETRY, K. How do children with a chronic or long-term illness perceive their school re-entry after a period of homebound instruction? **Child Care Health Dev.** v. 38, n. 4, p. 490-496, Jul., 2012. Disponível em: <http://www.doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01279.x>. Epub 2011 Jul 4.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/Internet/cf/Constituicao.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Resolução CNE/CBE nº 17 de 03/07/2001. **Diário Oficial da União**, Seção 1 de 17/08/2001, p. 46. Brasília: Imprensa Oficial, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC/SEESP, 2002. Acesso em: 12 ago. 2016.

CARNEY, J.; PORTER, P. School reentry for children with acquired central nervous systems injuries. **Dev. Disabil. Res. Rev.**, v. 15, n. 2, p. 152-158, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19489086>.

CECCIM, R. B. Classes Educacionais Hospitalares e a Escuta Pedagógica no ambiente hospitalar. Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar. **Cad. Temáticos. SEED-PR**, p. 33-37. Curitiba, 2010. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos_tematicos/tematico_sareh.pdf. Acesso em: 3 mar. 2018.

CORAZON. La Pedagogía Hospitalaria y el desempeño profesional del docente hospitalario. Modulo de estudio. **Curso de Capacitación. Asociación Civil “Semillas del Corazón”**. Córdoba, 2008.

CUBERO. E. A. **Retos Y Desafíos De La Atención Interdisciplinaria De Los Niños, Niñas Y Adolescentes Con Salud Disminuida A La Luz De Los Principios De La Bioética** Castillo Maestría de Estudios Sociales de la Ciencia. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, IVIC. Caracas – Venezuela, 2011. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

FONSECA, E. S. **Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Ed. Memnon, 2008.

FONSECA, E.S. A situação brasileira do atendimento pedagógico educacional hospitalar. **Educ. Pesqui.** [online]. São Paulo, v. 25. n. 1, p. 117-129, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97021999000100009>. Acesso em: 4 maio 2017.

FONSECA, E. S. Classe Hospitalar e Atendimento Escolar Domiciliar: direito de crianças e adolescentes doentes. **Rev. Educ. Políticas Debate**, v. 4, n. 1, jan/jul., 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/31308>.

FONSECA, E. S. **O Brasil e suas escolas hospitalares e domiciliares**. In. SCHILKE, A. L.; NUNES, L. B.; AROSA, A. C. (Orgs). Atendimento Escolar Hospitalar: saberes e fazeres. Rio de Janeiro: Ed. Intertexto, 2011.

FONTANA, M. I.; BARBOSA, F. N. R. **Política de Atendimento Pedagógico Domiciliar à criança e ao adolescente: alfabetização, letramento e direitos humanos**. Curitiba. 2008. Disponível em: http://alb.org.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem03/COLE_2061.pdf. Acesso em: 4 nov. 2017.

FONTES, R. S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Rev. Bras. Educ.**, n. 29, p. 119-138. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf>. 2005. Acesso em: 5 jun. 2017.

GANEM, L. **As ações do atendimento pedagógico domiciliar na cidade de santos: possibilidades e desafios**. 2018. 183p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/079_bx_dissertacao_eila_ganen.pdf.

GANEM, L.; SILVA, C. C. B. Ações do Atendimento Pedagógico Domiciliar: Possibilidades e Desafios. **Rev. Bras. Educ. Especial**. v. 25, n. 4, Bauru. 587-602. Out./ Dez., 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382019000400587&tlng=pt

GODOY, S. A. Atendimento Pedagógico Domiciliar: relato de uma experiência ocorrida em escola da rede estadual de ensino em Londrina. *In*: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PEDAGOGIA, p. 2867-2876, 2009. **Trabalhos Completos**.... Paraná: PUC, 2009. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/2265_1349.pdf.

GODOY, R. *et al.* **Atención Educativa Multidisciplinar en Escuela Hospitalaria en Hospital Universitario en Santiago De Chile**. Hospital Universitario del Chile. Fundacion Carolina Labra Riquelme. 2016. Disponível em: www.fclr.cl. Acesso em: 24 jun. 2017.

GUZMÁN, R. **Aprender, crescer, encontrar sentido para a doença**. Institución: Escuela Hospitalaria y Domiciliaria “Semillas del Corazón” Córdoba, Argentina, 2009. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

GUZMÁN, R., MARTIN, G. **La Educación Hospitalaria y Domiciliaria. Relatos de una acción posible.** Institución: Escuela Hospitalaria y Domiciliaria “Semillas del Corazón” Córdoba, Argentina, 2009. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

HALF-YEARLY NEWSLETTER N.31/2015. **Atendimento Escolar Hospitalar Hospital Educational Provision/Atencion Escolar Hospitalaria** Informativo Semestral, ano 16, nº 31. <http://www.redlaceh.org/pdf/bii-brasil-12-2016>. Acesso em: 17 set. 2017.

LEON, P. C.; MIRANDA, J. S. **El aporte de la Escuela Hospitalaria en diferentes ámbitos de intervención.** Fundacion Carolina Labra Riquelme. 2016. Disponível em: www.fclr.cl. Acesso em: 24 jun. 2017.

LEY 9336. **Escuelas o Aulas Hospitalarias y Servicios Educativos Domiciliarios.** Art. 2. Objetivos. Legislatura de la Provincia de Córdoba. Córdoba. Argentina. 2006. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MARCHANT, C.; NAVARRO, D. **Prácticas Pedagógicas Sistematizadas. Programa de Atención Educativa Domiciliaria.** Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme. 2016. Disponível em: www.fclr.cl. Acesso em: 24 jun. 2017.

MICHIGAN DEPARTMENT OF EDUCATION (MDE) P.O. Box 30008 Lansing, MI 48909. **Providing Homebound and Hospitalized Educational Services for Michigan Public School Pupils. EUA.** 2017. Disponível em www.michigan.gov/mde. Acesso em: 30 set. 2017.

MOREIRA, S. F. C. Pedagogia Domiciliar e aproximações nos campo das políticas públicas de inclusão escolar: Estudo de caso com estudante transplantado. *In: 37º reunião Nacional da ANPED.* Florianópolis: UFSC, 2015.

NAZARETH, C. A. L. **Educação hospitalar/domiciliar no município de Juiz de Fora.** Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2012.

OLIVEIRA, T. C. **História da Classe/Escola Hospitalar: no Brasil e no Mundo.** Secretaria Municipal de Educação de Duque de Caxias. Rio de Janeiro, 2013. Acesso em: 14 out. 2017.

SÃO PAULO. **Resolução nº 25 de 2016**, da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Dispõe sobre atendimento escolar domiciliar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique permanência prolongada em ambiente domiciliar. SÃO PAULO, 2016. Disponível em: <http://www.educacao.sp.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SANTOS, M. O.; PEREIRA, T. S.; BARRETOS, M. O. Trabalho Pedagógico Educacional em classe Hospitalar: um estudo de caso. **Cairu em revista**, ano 2, n. 2, p. 158-173, 2013. Disponível em: https://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2013_1/11_TRAB_PED_EDUC_CLA_HOSP_158_173.pdf.

SHAW, S. R.; MICHAEL, A. J.; SARRASIN, C. M. Homebound instruction for students with chronic illness: reducing risk outside of the box 1. **Health Psychology Report**. v. 2, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://doi:10.5114/hpr.2014.42786>.

SEYMOUR, C. Access to education for children and Young people with medical needs: a practitioner's view. **Child Care Health Dev.**, v. 30, n. 3, p. 249-254, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104584>.

SOUTH Carolina, Department Of Education Medical Homebound Instruction. **A Guide For Parents And School Districts Office Of Exceptional Children 2013** Mick Zais State Superintendent Of Education. EUA, 2013. Acesso em: 30 set. 2017.

USP. **Vocabulário Controlado**. 2017. Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/produtos/vocabulario-controlado-usp>. São Paulo. Acesso em: 16 set. 2017.

VALE, M. P. M.; MILANI, I. C. F. F.; NEVES, I. **Aulas Domiciliares Y Hospitalarias: una Reflexión sobre los Desafíos de Práctica**. Universidade do Estado da Bahia e Universidade Católica de Salvador. Brasil, 2015. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

VIOLANT, V. **Perfil Profesional Investigador**. Universidad De Barcelona. Primer Congreso Latino americano Y Del Caribe. La Pedagogía Hoy. Ámbitos, Políticas Y Formación Profesional. Ponencia Eje Formación Docente. México. 2010. Disponível em: <http://redlaceh.org>. Acesso em: 23 jun. 2017.

COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO VALE DO RIBEIRA: NARRATIVAS SOBRE VIVÊNCIAS EM SAÚDE

Leide Sousa Silva

Ministério Público do Estado de São Paulo
São Paulo – SP

Dante Marcello Claramonte Gallian

Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

RESUMO

As comunidades remanescentes de quilombos são constitucionalmente reconhecidas e definidas por critérios de autoatribuição, baseados em suas trajetórias históricas, relações territoriais e ligação ancestral com a população negra que foi escravizada no Brasil. Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa de mestrado profissional “Vivências e desafios de saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira: narrativas de histórias de vida”. A pesquisa de abordagem qualitativa buscou por meio da história oral de vida compreender as percepções sobre a saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira. Foram realizadas cinco entrevistas de história oral em três comunidades quilombolas. As narrativas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, textualizadas e transcriadas. As análises foram obtidas sob o referencial teórico da fenomenologia hermenêutica. Para a categorização dos dados, foi utilizada a técnica da imersão/cristalização, que possibilitou quatro temas para discussão, sendo eles: processos identitários, territorialização, percepções de saúde e atendimento de saúde. Com os resultados, foi possível observar os avanços conquistados pelas comunidades após o reconhecimento constitucional, com o apoio de órgãos governamentais e não governamentais e a importância das associações locais. Foram apontadas também as dificuldades no atendimento de saúde e suas implicações no contexto comunitário, realizado de maneira pontual, sem articulação com os saberes locais, demonstrando distanciamento entre poder público e comunidades.

Palavras-chave: Comunidades quilombolas; história oral de vida; saúde quilombola; Vale do Ribeira

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa de mestrado profissional: ensino em ciências da saúde, intitulada “Vivências e desafios de saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira: narrativas de histórias de vida”. O estudo propôs compreender as percepções de saúde das comunidades quilombolas do Vale do Ribeira, região localizada no sul do estado de São Paulo, utilizando a História Oral de Vida para a produção do conhecimento.

O Mestrado Profissional possibilita a articulação entre teoria e prática, produzindo pesquisas orientadas para a aplicação no cotidiano de trabalho. O interesse em pesquisar a saúde nas comunidades quilombolas partiu das demandas recebidas no Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) do Ministério Público do Estado de São Paulo, no Vale do Ribeira, durante o período de execução do Programa Federal: Brasil Quilombola.

O NAT tem como premissa de trabalho a assessoria técnica aos Promotores de Justiça quanto à implementação/acompanhamento de políticas públicas. A partir das solicitações recebidas pelo NAT-Vale do Ribeira, algumas comunidades quilombolas foram visitadas para o levantamento de demandas e avaliação dos serviços existentes, observando o possível alcance do Programa Brasil Quilombola. Com as visitas, foi possível notar a expansão no atendimento de saúde realizado dentro do território quilombola e as recorrentes reclamações a respeito dos serviços oferecidos.

Para aproximar a atuação do Ministério Público e o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde com a realidade das comunidades quilombolas, o produto final da pesquisa – Caderno de Narrativas – foi concebido enquanto fonte oral para estudos, pesquisas e espaços educativos visando a humanização da saúde, sendo divulgado para os profissionais que atuam nas comunidades.

A pesquisa teve início com o levantamento das produções teóricas contemplando as realidades quilombolas, seus processos de formação, ocupação e constituição, buscando referências de saúde quilombola, saúde coletiva e educação em saúde.

A metodologia utilizada possibilitou o protagonismo dos colaboradores para a elaboração dos seus relatos de vivências, acessando particularidades e evidenciando suas percepções de vida.

Com poucos dados e pesquisas disponíveis a respeito, os serviços nos territórios quilombolas ainda são ofertados de maneira precária, muitas vezes funcionam sem equipamentos adequados ou com falta de funcionários.

A política de saúde vem dando espaço para a inserção da pauta da população negra, com campanhas de enfrentamento ao racismo institucional e a aprovação da Política Nacional de Saúde da População Negra, mas ainda são necessários avanços que produzam respostas efetivas para as demandas das comunidades quilombolas.

2 HISTÓRIA E FORMAÇÃO: COMUNIDADES QUILOMBOLAS

As conquistas quilombolas somente se concretizaram devido a décadas de esforços e organização dos movimentos sociais negros que construíram sua luta não só pela igualdade, como também pelo reconhecimento da sua diferenciação na sociedade (RODRIGUES, 2010).

Como aponta Reis e Gomes (1996), a participação do Brasil na escravidão da população africana foi intensa, o que gerou considerável presença da população negra no país, marcada desde a sua chegada pela sua condição de desigualdade.

A escravidão de Africanos nas Américas consumiu cerca de 15 milhões ou mais de homens e mulheres arrancados de suas terras. O tráfico de escravos através do Atlântico foi um dos grandes empreendimentos comerciais e culturais que marcaram a formação do mundo moderno e a criação de um sistema econômico mundial. A participação do Brasil nessa trágica aventura foi enorme. Para o Brasil, estima-se que vieram perto de 40% dos escravos africanos (REIS; GOMES, 1996, p. 9).

A palavra “quilombo” é originária do continente africano e, ao ser trazida ao Brasil, foi ganhando novos sentidos ligados ao contexto local. O significado predominantemente utilizado foi o definido pelo Conselho Ultramarino Português, de 1740, restringindo-o enquanto local de pessoas negras fugidas, rebeladas contra a Coroa, vivendo em pequenas quantidades, isoladas e sem produção agrícola (LEITE, 2010).

Com o reconhecimento da importância histórica, o conceito de quilombo foi ampliado, passando a ser reconhecido como espaço de produção e organização social da população negra, simbolizando resistência, união e combate à exploração (CALHEIROS; STADTLER, 2010).

No Vale do Ribeira, as primeiras comunidades formadas por pessoas negras se constituíram após o período de exploração de minério, que teve seu declínio com a descoberta de metal em Minas Gerais, no século XVII, levando fazendeiros e exploradores a abandonarem a região. A situação culminou no êxodo local, permanecendo pequenos agricultores extrativistas e alguns grupos de pessoas negras que foram escravizadas e imbricaram na mata (TODESCO, 2007).

Os estudos a respeito dos quilombos no Vale do Ribeira apontam que eles não se desenvolveram de maneira segregada, desconectados dos processos de produção local e, sim, se relacionando e fortalecendo o comércio na região (SANTOS; TATTO, 2008).

O desenvolvimento econômico do Vale do Ribeira foi construído com pouco apoio governamental, dado por alguns períodos de expansão comercial e sucessivos declínios, como na produção de arroz, chá e banana, também vivenciados pelas comunidades quilombolas (TODESCO, 2007).

Nos anos de 1960, o turismo social foi evidenciado como uma alternativa a ser explorada; alguns espaços naturais, como cavernas, foram modificados sem consideração aos efeitos ambientais, atendendo às necessidades turísticas.

Nos anos de 1980, a participação do Estado envolveu a implantação de políticas ambientalistas. Sem articulação com as vivências das comunidades locais, foram criadas unidades de conservação ambiental e demarcadas áreas de parques estatais. O objetivo era proteger o meio ambiente, mas não foram considerados os territórios quilombolas e seus modos de vida (CARVALHO, 2006).

Neste mesmo período, devido ao processo de redemocratização do país, os movimentos sociais se fortaleceram e algumas associações quilombolas começaram a ser constituídas, conquistando um passo importante para as comunidades e o fortalecimento da representatividade na luta por seus direitos.

2.2 Comunidades quilombolas e atendimento de saúde

A trajetória entre a saúde e a população negra é marcada por momentos históricos importantes, como a fundação da Frente Negra (1931), do Movimento Social Negro (1970), da Marcha Zumbi dos Palmares (1995) e a criação do Grupo de Trabalho (GT) Valorização da População Negra, abrindo caminhos importantes para as pautas da saúde da população negra no Brasil (BARBOSA, 2011).

O movimento negro, após a Constituição Federal de 1988, deu início a uma fase que proporcionou ir além das denúncias das suas condições desiguais de vida, e pôde exigir a construção de políticas públicas que contemplem suas pautas (RODRIGUES, 2010).

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), lançado em 2004, envolvendo 11 ministérios, foi a primeira grande tentativa para a estruturação de ações articuladas, visando a melhoria das condições de vida das comunidades quilombolas, promovendo acesso aos serviços, incluindo os de saúde.

Com o PBQ, foi possível aumentar o alcance na implantação das Equipes da Saúde da Família e da Saúde Bucal e das obras de saneamento e rede de água. Por outro lado, sua efetivação não culminou em mudanças práticas que considerassem de fato a realidade local. As ações versaram mais em controle de doenças do que em investimentos na qualificação da oferta de serviços (RODRIGUES, 2010).

Na primeira década dos anos 2000, foram lançadas Portarias (nº 90/2008 GM/MS, nº 1.434/2004 e nº 822/2006) que garantiram a diferenciação no repasse financeiro, instituindo o acréscimo de 50% para as equipes de Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal aos municípios que tiveram em seu território a presença de comunidades quilombolas. Freitas *et al.* (2011, p. 940) destaca que: “[...] pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS”.

A diferenciação de repasse foi um importante passo para promover localmente a equidade quilombola, contudo, as especificidades das comunidades nem sempre são levadas em consideração dentro dos seus municípios. Através da literatura atual, foi possível notar que a gestão municipal ainda é marcada pelo distanciamento entre a política pública e a população atendida, principalmente da zona rural (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) previa com a descentralização o fortalecimento democrático e a adequação da oferta de serviços, conforme as necessidades locais. No entanto, sua dinâmica de funcionamento ainda se coloca como um desafio, pois, apesar da participação dos três âmbitos de governo, a gestão da Saúde compete, especialmente, aos municípios, onde os espaços de gestão e controle social ainda são constantemente viesados por interesses políticos (COSTA; LIONÇO, 2006).

As comunidades quilombolas conquistaram espaços representativos importantes de abrangência nacional, mas ainda existem barreiras para a execução das políticas públicas nos municípios, dificultando a inserção das pautas quilombolas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada a partir da abordagem qualitativa (MINAYO, 1999), com a utilização da história oral de vida. História oral, entendida dentro de um conjunto de procedimentos, planejados por meio da construção de um projeto com direcionamento e objetivos articulados (MEIHY; HOLANDA, 2007).

A pesquisa de campo (MINAYO, 2012) teve início com o levantamento inicial das comunidades quilombolas da região do Vale do Ribeira. Foi feito contato com as lideranças comunitárias para a participação dos que tivessem interesse em contribuir com a pesquisa. Ao total, foram cinco participantes, pertencentes/atuentes em três comunidades diferentes. São eles:

B.C.	74 anos	Agricultor	Morro Seco
E.V.	37 anos	Aux. enfermagem	Morro Seco
J.A.	64 anos	Agricultor	Morro Seco
O.R.	45 anos	Advogado	Ivaporunduva
I.C.	60 anos	Agricultora	Mandira

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente. Foi realizada a textualização, com a correção textual e a transcrição, que consiste na finalização do texto, considerando a subjetividade de cada colaborador, captada na entrevista. Foi importante a aprovação e autorização para o uso das narrativas, onde ficou pactuado o compromisso ético de devolução social do material construído.

Utilizou-se a abordagem da imersão/cristalização de Borkan (1999), que está atrelada ao envolvimento profundo com as histórias produzidas, dando enfoque às leituras e releituras dos textos para a possibilidade de imersão em cada história contada, até a obtenção de *insights* para a cristalização de algumas temáticas, proporcionando a construção de categorias para as análises (MOTA; REGINATO; GALLIAN, 2013).

Como produto final da pesquisa, foi construído um caderno de narrativas, com as histórias de vida dos colaboradores, sem análises teóricas. Com o objetivo de preservar a memória compartilhada e servir de base e fonte para estudos e reinterpretações, o caderno será disponibilizado para consulta pública, através do site do Ministério Público de São Paulo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da pesquisa, foi possível compreender que as percepções de saúde estão ligadas às concepções culturais e sociais vivenciadas nas comunidades, portanto, para pensar a saúde, é necessário conhecer a realidade do território estudado.

Notamos que as demandas apresentadas vão além da ausência da oferta de serviços, apontando para a necessária relação humanizadora entre a população e os agentes da política pública. Como resultados, foram cristalizados os temas apresentados e discutidos a seguir.

4.1 Processos identitários

As identidades podem ser compreendidas como algo sempre em processo (ZUBARAN; WORTMANN; KIRCHOF, 2016), não sendo retratadas nesta pesquisa como algo acabado, mas enquanto lugares subjetivos nos quais os colaboradores se reconhecem, temporariamente.

A ancestralidade é apresentada como um elemento significativo na construção das identidades, retratada na fala de O.R. como algo construído a partir das vivências da população negra desde a chegada no Brasil.

No primeiro momento em que o negro foi trazido da África, ele foi transformado em mercadoria, na condição de escravo; desde esse momento, é iniciado um desmonte da identidade: ser retirado do seu país, do seu lugar de origem, de pertencimento, e trazido à força para um lugar desconhecido, onde tem que se adequar [...] Para entender quem eu sou, leva tempo, é preciso compreender o significado de identidade quilombola e de se assumir negro em um país racista (O.R.).

O.R. aponta que a sua identidade está relacionada à trajetória dos seus antepassados e à compreensão do racismo estrutural brasileiro, levantando reflexões importantes acerca da necessária discussão sobre a questão racial no Brasil (LIMA, 2002).

De acordo com E.V., a ancestralidade aparece na manifestação cultural local, nas festas e formas de partilharem os valores comunitários; tradições que cotidianamente são rememoradas na execução das tarefas diárias (SANTOS, 2013): “O diferencial daqui é a cultura, eles preservam a cultura muito antiga, as danças que são preservadas, as histórias de antigamente” (E.V.).

A terra também é um importante fator identitário que impulsiona as relações e a ligação com a história do quilombo. B.C. e J.A. afirmam que nasceram na mesma terra em que vivem atualmente, terra que toda a família nasceu e que seus pais e avós lutaram para que fosse preservada:

O que eu penso, por exemplo, é que, de certa maneira, nós estamos aqui hoje graças aos nossos avós, porque o nosso avô sofreu tanto para deixar essa terra para nós, sofreu tanta ameaça dos grileiros que queriam tomar essa terra dele, e ele aguentou (B.C.).

O grupo narrou elementos que são históricos e que são preservados por serem rememorados pelos mais velhos. Azevedo (2003) aborda o caráter múltiplo da identidade, afirmando que ela não deve ser considerada de maneira simplificada, mas, sim, como algo que dá sentido e aproxima as relações comunitárias, podendo ser integradora.

Portanto, a ideia de identidade que aqui defendo pressupõe interdependência entre condições objetivas de vida e experiências subjetivas, o compartilhamento de convenções e valores, de modo de pensar, de sentir e de agir mais ou menos formalizados, que distinguem e produzem a integração da comunidade (AZEVEDO, 2003, p. 43).

Assim, as referências culturais contemporâneas, presentes, principalmente, na vida dos mais jovens, devem ser consideradas nos processos identitários, entendendo que um mesmo indivíduo possui diferentes identificações, construídas dentro e fora das comunidades, formando sua identidade, evitando o que Ribeiro coloca:

Muitos trabalhos e muitos grupos que falam de identidades anulam subjetividades, ao homogeneizar ideias, padronizar procedimentos e transformar processos múltiplos em lineares, apagando as contradições (RIBEIRO, 2007, p. 303).

Por meio das histórias de vida, foi possível notar a existência de desafios geracionais, principalmente, devido às dificuldades de permanência na terra. Com a ausência de trabalho, estudo e renda, os mais jovens acabam sendo incentivados a deixar suas terras, distanciando-os da convivência no território: “*Tem dois rapazes que não moram aqui e eles querem aprender o fandango; são de famílias daqui da comunidade, mas devido à falta de serviço, eles se mudaram e estão para voltar*” (J.A.).

As tratativas para manter a coletividade nas comunidades quilombolas são contínuas e contam com o apoio das associações de moradores e de incentivos de organizações sociais através de projetos culturais e de geração de renda, como reforçado por J.A.:

Aqui estamos vivendo e vendo se a gente constrói essa identidade de trabalhar em grupo como a gente já trabalha. Acho que é do conhecimento de muita gente que as coisas estão difíceis. Muito difícil! [...] as coisas não vêm de mão beijada para ninguém, mas se a gente não fosse associado, sem a associação a gente não teria conseguido as coisas que temos agora. Fazemos projetos e temos que fazer com que nossos filhos saibam que somente assim a gente vai conseguir as coisas, vão ter que lutar, mas eu acho que no futuro vai ter um horizonte mais fácil (J.A.).

A educação quilombola é indicada na pesquisa como um importante aliado dentro das comunidades, para aproximar as realidades vivenciadas nos territórios e contribuir no fortalecimento identitário, pautado na trajetória quilombola, disseminando a cultura e compartilhando conhecimentos:

Da nossa história, temos inclusive alguns livros que estão na biblioteca, isso é ensinado, inclusive a nossa professora divulga. Eu me comprometi com ela para a gente passar algumas lições mostrando a cultura que a gente faz aqui, balaio, cesto, esteira para ensinar na escola (J.A.).

Como resultado da pesquisa, foi possível observar que, para além do que o dispositivo legal define, as possibilidades identitárias das comunidades quilombolas são múltiplas e dinâmicas, incorporando identificações de dentro e de fora dos territórios quilombolas.

As dificuldades de permanência dos mais jovens frente à falta de trabalho, renda e estudos nos territórios foram apontadas como ameaças à integração comunitária, tendo as parcerias com projetos/ programas sociais como apoios.

Importante a participação do Estado e o esclarecimento da sociedade para que tais situações possam ser melhoradas, os direitos quilombolas alcançados e suas liberdades preservadas.

4.2 Territorialização

A preocupação com o direito ao uso e permanência na terra emerge em todas as narrativas dos colaboradores, uma vez que as ameaças legais em torno da perda desse direito são constantes.

A terra aparece retratada nas histórias de vida, como saúde, alimento, tradição, trabalho, casa, história e identidade.

Terra aqui entendida num sentido amplo, englobando a terra necessária para reprodução material da vida, mas também a terra na qual o simbólico paira, na qual a memória encontra lugar privilegiado, morada de mitos e lendas, fonte de beleza, inspiração e do sentido sagrado da coletividade, tão essencial à vida quanto a terra de trabalho (SILVA, 2008, p. 23).

A questão do acesso à terra é central no debate aos remanescentes de quilombos. Por ser um bem de difícil acesso e com alto valor de mercado, a efetivação do direito à propriedade quilombola vem ocorrendo de maneira lenta e conflituosa, como confirma De Figueiredo (2015, p. 69):

Em primeiro lugar, porque a própria afirmação deste sujeito de direitos se dá no âmbito constitucional, na garantia de um direito fundiário. Segundo, porque é a questão fundiária aquela que mais fortemente mobiliza as iniciativas contrárias a política quilombola, justamente por conta dos interesses em torno da propriedade da terra. Finalmente, a garantia da permanência em seus territórios na forma de titulação coletiva é condição *sine qua non* para a própria existência da comunidade, agora protegida da conversão em mercadoria e, portanto, base material para a afirmação dos demais direitos e políticas.

O.R. destaca que o título da terra representa também a aquisição de um valor simbólico e imaterial, que consiste na concretização do dispositivo constitucional, pactuado entre Estado e comunidades quilombolas para a reparação social (SILVA, 2011).

Um dos nossos maiores desafios hoje é a regularização das terras pertencentes aos quilombos [...] nossas terras são de usos coletivos, são para as futuras gerações, não vão ser apropriadas de maneira individual e não vão ser vendidas. A terra hoje é tratada como uma coisa que pode ser vendida, comércio, e nos quilombos essa terra fica, não vai voltar para o mercado, ela não vai voltar a ser negociada, ela vai ficar ad aeternum para as comunidades, um espaço de reprodução física e cultural (O.R.).

Apesar da garantia legal e da busca pela sua efetividade, o relacionamento com o judiciário e a segurança pública no que diz respeito ao território quilombola ainda é marcado pelo preconceito:

Não basta provar a posse, entre a posse quilombola e a posse de outra pessoa é a da outra pessoa a melhor, a que tem mais valor. [...] Ainda imaginam que os negros não podem ter propriedade. [...] Nas questões das restrições ainda há muita dificuldade no âmbito ambiental, a existência do racismo ambiental por parte da polícia. Precisam melhorar a capacitação para abordar as pessoas, criminalizam as comunidades com multas (O.R.).

As restrições ambientais trouxeram alterações nas formas de sobrevivência dentro das comunidades, contribuindo para o êxodo de algumas famílias que mantinham a agricultura como única fonte de renda. Algumas comunidades atualmente são formadas, principalmente, por pessoas mais velhas que sobrevivem com a aposentadoria rural, uma vez que os mais jovens migram para os centros urbanos em busca de oportunidades de emprego e estudos (SILVA, 2011).

Para a manutenção do trabalho rural, o Estado, desde 1997, “[...] vem concedendo licenças para o desmatamento, com finalidade de abertura de roças [...]” (CARVALHO, 2006, p. 16), mas, conforme apontado pelos colaboradores, são encontradas muitas dificuldades para sua aquisição, seja na demora para a autorização, como nos critérios das áreas destinadas para o plantio:

Nós temos áreas melhores, onde a gente pretende fazer o plantio do arroz, mas a demora da Cetesb é muita. A informação que tenho é que, às vezes, ela demora um ano e meio. Vamos ter que ir plantando nas áreas que a Cetesb não precisa autorizar, áreas mais fracas (J.A.).

Sem o título definitivo da terra, as comunidades continuam dividindo seus territórios com posseiros, aguardando a retirada dessas famílias para que a área total, definida como quilombola, possa ser utilizada. Entre os diferentes argumentos sobre a importância da terra quilombola, há a expectativa de que, com o título, as comunidades possam ser fortalecidas, oportunizando a permanência e aumentando as possibilidades de trabalho e renda:

Com a retirada dos terceiros (posseiros), aumenta mais a terra para a gente trabalhar e muita gente vai voltar para a comunidade. Eles querem também aprender o fandango e estamos motivando para aprenderem, porque a gente um dia vai e essa moçada que está vindo, eles que vão continuar esse serviço, essa nossa cultura eles é que vão continuar (J.A.).

4.3 Percepções de saúde

Para Canguilhem (2009), a saúde é muito mais do que a falta de doença, pois está relacionada às concepções de indivíduo e sociedade em determinado tempo, variando de pessoa para pessoa, indo além do conceito estritamente fisiológico. Compreender as trajetórias quilombolas, suas lutas em torno da permanência na terra e os desdobramentos da preservação identitária, possibilita se aproximar das diferentes percepções dos colaboradores sobre a saúde.

E.V., ao falar em saúde, ressalta os aspectos positivos de morar no meio rural, tendo a terra e o meio ambiente em que vive como um fator importante:

Para mim e para os meus filhos, aqui foi o melhor lugar que eu pude escolher, porque aqui no Vale do Ribeira tem a melhor educação e a melhor forma de saúde, de vida saudável [...] Gripe muito raro, uma doença muito difícil, eles

correm descalços, eles brincam na lama, eles tomam banho na represa. Claro que tem um limite, uma higiene, mas eles vivem muito bem. Para mim, morar no sítio é uma beleza [...] A vida do sítio tem a ver com saúde.

Para os colaboradores, saúde aparece enquanto possibilidade de ter contato com a natureza, ter qualidade no alimento consumido, desfrutar de ar e água pura. O.R. denomina o “bem viver quilombola” como uma forma de vida saudável, baseada no diálogo e na coletividade, manifestando a importância da manutenção do bem-estar dos indivíduos nas comunidades.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades.

Em defesa da qualidade da saúde nos quilombos e da preservação ambiental, os movimentos sociais quilombolas vêm lutando constantemente contra a exploração de minérios na região, como alerta O.R.:

Hoje temos mais um projeto de morte que são as minerações, não sabemos no que podem ter afetado as comunidades quilombolas, uma vez que a gente pesca, a gente usa o rio e não sabemos quanto de chumbo estamos consumindo, não sabemos o quanto isso está no corpo da gente. Isso também é saúde pública, os grandes projetos de mineração atrapalham a gente (O.R.).

A saúde possui diferentes representações para as pessoas; foi possível notar que os aspectos de saúde retratados perpassam tanto o âmbito coletivo quanto o individual, as identidades e as experiências territoriais. Assim, para pensar a saúde quilombola, é necessário compreender a conjuntura social, econômica, política e cultural das comunidades (FREITAS *et al.*, 2011).

J.A., ao falar sobre saúde, aponta as vivências presentes na sua memória desde a infância:

Hoje, eu até fico me perguntando: quando eu tinha entre 10/12 anos, quando eu me reconheci como gente, as doenças não existiam naquela época ou era a gente que dava outro nome? Eu acho que muitas coisas vieram depois daquela época (J.A.).

Ao falarem de saúde, os colaboradores rememoraram suas infâncias, uma vez que foi nesse período que vivenciaram mais intensamente as relações comunitárias de cuidados com a saúde, através das experiências caseiras, medicinais. I.C. destaca que, na sua infância, os partos

eram realizados em casa e que a maioria das pessoas procuravam os mais velhos para fazer chás para tratar diferentes sintomas. Havia vinculação e confiança para o cuidado com o outro:

Hoje já mudou muito, a saúde da pessoa, na época em que eu era criança, era diferente, ninguém ia em médico. A gente era curado só com remédio medicinal do mato mesmo, tínhamos aquelas ervas que, com certeza, faziam bem para aquela doença e você colhia na hora e fazia os chás. Era chá para dor de barriga, para febre, uma coisa e outra. Assim que fomos criados (Dona I.C.).

Os colaboradores reforçam que, com o passar do tempo, suas culturas não foram sendo utilizadas, diante da presença do saber médico e da complexidade das enfermidades. As mudanças foram acompanhadas de maneira positiva, mas algumas práticas não se perderam totalmente.

Hoje o pessoal corre mais para a farmácia, para o médico, inclusive com toda razão, porque hoje o ser humano tem tanta coisa que com esse remédio daqui não resolve, tem que correr para o médico. Mas eu mesmo, por exemplo, não uso remédio de farmácia, eu uso remédio daqui (B.C.).

Com o auxílio das associações locais, as comunidades vêm se organizando para o fortalecimento da prática do uso medicinal no território quilombola, rememorando a cultura ancestral.

Com apoio de organizações e entidades do terceiro setor, algumas experiências positivas têm abordado aspectos memorialísticos, significativos para a valorização identitária dos moradores, como B.C. relata: “A gente teve um encontro com uma senhora que veio aqui dar aula sobre remédios de plantas; ela veio e agora volta em novembro. Estive no curso com ela e gostei muito, muito mesmo” (B.C.).

Importante destacar que, para as comunidades, a oportunidade de aprender formas autônomas de cuidado e autocuidado, estabelecendo relações de ensino e aprendizagem, também são ações de saúde. Para Pereira, Silva e Santos (2015, p. 39):

Além do significado cultural dessas práticas, percebe-se que as comunidades quilombolas utilizam a sabedoria popular e conhecimentos repassados por seus ancestrais como alternativa ou complemento para garantir a saúde de sua população.

A manutenção das práticas alternativas de saúde é uma preocupação que diz respeito à preservação e à valorização da sabedoria quilombola:

Nossas comunidades têm muitos saberes, como utilizam suas plantas, como fazem o chá. Mas isso está se perdendo, como proteger isso para permanência da comunidade? [...] Um desafio que a gente tem: proteger, propagar e não deixar ser apropriado pelos outros (O.R.).

Algumas práticas ainda são mantidas coletivamente e compartilhadas com as comunidades da região, como a preservação das sementes que são trocadas em feiras e encontros locais.

Nós temos as sementes até hoje nas comunidades, elas são uma forma de saúde, nós tivemos que mantê-las até hoje, mudaram muitas coisas, mas muitas coisas fortaleceram a comunidade para se manter enquanto comunidade (O.R.).

Através das reflexões apresentadas, foi possível notar que, para os colaboradores, a concepção de saúde é vista de maneira ampliada, perpassando desde a primordial garantia da permanência nos seus territórios até a proteção de seus rios, mata e da sua coletividade, sendo importante o desenvolvimento de ações humanizadas, priorizando a sabedoria local.

4.4 Atendimento de saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira

As comunidades quilombolas encontram dificuldades no atendimento de saúde, contando com alta rotatividade de profissionais, falta de qualificação e de estrutura (VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Para O.R., a situação do atendimento de saúde é ruim em todo o seu município, agravando a situação nas comunidades mais afastadas, como as quilombolas.

Não tem pessoal e estrutura suficientes para atender a população no município, imagina a população carente quilombola, quem mora na zona rural, que é mais difícil o acesso, que carece de orientações de saúde (O.R.).

E.V. aponta que o serviço de saúde vem melhorando ao longo dos anos, considerando que a comunidade permaneceu um longo período sem atendimento.

Antigamente, vinham os médicos e faziam o atendimento na casa de uma pessoa que era quilombola e a gente era tratado ali. Na minha infância era bom, na minha juventude não foi tão bom. Com o decorrer do tempo, esses atendimentos acabaram, então a gente ficou um bom tempo sem médico aqui (E.V.).

O posto de saúde existente em uma das comunidades foi construído por meio de mobilização coletiva, com apoio da associação local. O espaço hoje é utilizado não só pelos moradores do quilombo, como pela população dos bairros rurais no entorno.

O nosso postinho de saúde foi a comunidade quilombola que fez, nós fizemos uma vaquinha, nós compramos o material. Dos 100% gasto, a prefeitura doou 30%, porque era ano de campanha eleitoral, o restante foi o pessoal que comprou [...] O espaço funciona, mas o lugar que a gente faz o atendimento tem que ser melhorado. Nós estamos sem energia há 5 anos, mas os nossos atendimentos continuam sendo feitos mensalmente (E.V.).

O reconhecimento em torno das desigualdades vivenciadas pela população negra no Brasil resultou na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, entretanto, seu alcance não culminou em ações de equidade efetivas. Arruti (2009) aponta que, no Brasil, somente a expansão dos serviços de saúde não resolvem as problemáticas encontradas nos territórios, sendo necessário o aprofundamento da questão em cada realidade vivenciada.

Nas narrativas, foi possível notar que todos os colaboradores possuem experiências com o SUS e que as demandas levantadas partem das vivências no uso dos serviços. I.C. aponta a falta de apoio no controle de doenças com grande incidência na sua comunidade, como diabetes e hipertensão: *“Aí você vai lá e eles falam: “você vai ter que controlar sua pressão, tomar o remédio, medir e marcar”, mas como, se você não tem quem mede? Quem acompanha? É complicado! Como vou controlar?”* (I.C.).

Para E.V. as demandas principais são estruturais, voltadas para a limitação do trabalho do profissional.

Eu vejo que a gente tem uma equipe muito boa [...] Não conheço uma pessoa que fale mal. Só que a precariedade está na dificuldade de dar um encaminhamento, na locomoção, na distância, nos horários para a realização de um exame.

J.A. aponta a dificuldade devido ao distanciamento entre a equipe de saúde e a população atendida, aspecto esse reforçado nas falas dos demais colaboradores: *“Aqui no sítio, essa vinda do médico de mês em mês é demorada; deveria ter mais frequência de médico aqui. Eles chegam aqui 11/meio-dia. As pessoas estão aqui desde cedo. E às vezes leva um mês e meio.”* (J.A.).

E.V. acrescenta o potencial da comunidade e a sabedoria existente em seus moradores: *“Grande maioria aqui não tem estudo, mas são muito inteligentes, eles têm muito conhecimento”*.

Arruti (2009, p. 105) aponta o modelo de saúde indígena que poderia ser utilizado para pensar o atendimento quilombola a partir de dois conceitos principais:

[...] práticas de autoatenção: processos de produção biossocial, expressos nos usos e costumes de base cultural dos recursos ambientais, corporais e sociais, quanto às concepções de saúde e doenças e estratégias práticas terapêuticas; e de atenção diferenciada: não implica na incorporação das práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, mas da articulação entre ambos. Não se trata de soma ou sobreposição, mas de diálogo entre estes dois campos de saberes e práticas. [...] as práticas de autoatenção e as práticas médicas convencionais se dão inevitavelmente no cotidiano do atendimento médico, independente das concepções dos profissionais da área médica. Quando isso é revelado o conflito se estabelece pela tentativa de se impor o modelo médico sobre o tradicional, quando não é revelado os procedimentos médicos convencionais simplesmente não são seguidos ou respeitados, do que resulta sua ineficácia.

A reflexão sugerida por Arruti (2009) possibilita visualizar formas de aproximação às comunidades, através de espaços educativos de empoderamento comunitário. A proposta não é que a equipe de saúde passe a utilizar as práticas tradicionais em seus atendimentos, mas, sim, conseguir ampliar os debates a partir desse reconhecimento, não negar o que já está em uso, aproximando a saúde “formal” das formas de vida no cotidiano comunitário.

O médico da saúde está aí e ele não vem aqui nem fazer uma reunião, quem me dera se eles viessem aqui de dois em dois meses fazer uma reunião aqui com a gente. Não vem, só vem se a gente reclamar, falar alguma coisa que eles não gostam, aí eles vêm falar com a gente, mas do contrário, não. Não vem (I.C.).

Importante destacar que os estudos acerca da temática da saúde quilombola ainda são recentes, conforme Freitas *et al.* (2011, p. 941) alerta:

O assunto “saúde de quilombolas” é extremamente novo e ainda há muito por debater e avançar neste caminho. A literatura demonstra que ainda existe uma grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, e que é necessário o envolvimento social e profissional para alteração desta realidade.

Atuais na literatura, as discussões sobre a saúde quilombola é uma pauta presente na trajetória de luta dos movimentos sociais negros. As disparidades entre as conquistas nacionais e execuções locais devem ser acompanhadas de perto pela sociedade e pelo poder público.

Com a pesquisa, foi possível notar que as comunidades estão abertas ao diálogo, construindo espaços educativos de saúde por meio da sua coletividade e com a ajuda de Organizações Não Governamentais – ONGs e entidades que se disponibilizam a oferecer apoio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que as percepções de saúde estão ligadas às vivências no campo e ao bem-estar buscado pela coletividade. A disputa pelo título da terra e as características culturais somam especificidades que impactam as realidades das comunidades, interferindo na manutenção da permanência das famílias no território e alterando as formas do bem viver coletivo.

A relação com o poder público foi retratada de maneira pontual, no atendimento à doença, sem o incentivo de práticas educativas para o empoderamento comunitário, contando com projetos de ONGs para ações de fortalecimento das comunidades.

Considerando que o produto¹⁵ final da pesquisa é uma ferramenta que oportuniza a aproximação entre o conhecimento acadêmico e o aprimoramento da prática profissional. O Caderno de Narrativas das vivências quilombolas foi pensado para este estudo, tendo em vista a importância da preservação material das memórias compartilhadas, servindo como fonte para outros trabalhos, como também para mediar espaços educativos em saúde, aproximando as vivências quilombolas e orientando novas práticas.

Os territórios quilombolas são espaços estratégicos para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, compreendendo a organização social existente e as práticas promovidas por meio de parcerias com as associações locais. Com as narrativas, foi possível notar que as comunidades precisam e estão em busca de apoio para o fortalecimento da relação com o poder público e a sociedade.

¹⁵ Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produtos_tese/produto_leide_silva.pdf.

REFERÊNCIAS

- ARRUTI, J. M. P. A. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. *In*: Marilene de Paula e Rosana Heringer. (Orgs.). **Caminhos Convergentes: Estado e Sociedade na Superação das Desigualdades Raciais no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Henrich Boll/Action Aid, 2009. p. 75-110
- AZEVEDO, C. Identidades compartilhadas: a identidade nacional em questão. *In*: ABREU, M.; SOIHET, R. (Orgs.). **Ensino de história: conceitos, temáticas e metodologia**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003. p. 38-54
- BARBOSA, M. I. Saúde da população negra. **Desafios do desenvolvimento**, Brasília, v. 8, n. 70, p. 47-52, 2011.
- BORKAN J. Immersion/Crystallization. *In*: MILLER, W.; CRABTREE, B. **Doing Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
- CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Rev. Katálysis**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100016>.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CARVALHO, M. C. P. **Bairros negros do Vale do Ribeira: do “escravo” ao “quilombo”**. 2006, 199 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280095>.
- COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde Soc.** [online]. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, mai-ago 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200006>.
- DE FIGUEIREDO, A. V. Subalternidade e políticas da diferença no Brasil: o caso das comunidades remanescentes de quilombos. **Hendu**, v. 6, n. 2, p. 65-78, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/hendu.v6i2.3877>.
- FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, set-out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>.

LEITE, I. B. Humanidades insurgentes: conflitos e criminalização dos quilombos. **Cadernos de debates Nova Cartografia Social: Territórios quilombolas e conflitos** / Alfredo Wagner Berno de Almeida (Orgs)... [et al.]. – Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010. Disponível em:

http://www.pontaojongo.uff.br/sites/default/files/upload/livro_territorios_quilombolas_conflitos.pdf.

LIMA, M. E. O. **Normas sociais e racismo**: efeitos do individualismo meritocrático e do igualitarismo na infra-humanização dos negros. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Organizacional) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2002.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

MINAYO, M. C. S. Metodologia qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf. Acesso em 22 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOTA, C. S.; REGINATO, V.; GALLIAN, D. M. C. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1681-1684, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011413>.

OLIVEIRA, S. K. M. *et al.* Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2879–2890, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista ABPN**, v. 7, n. 16, p. 28-51, jun. 2015. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/94>. Acesso em: 20 mar. 2018.

REIS, J. J.; GOMES, F. S. **Liberdade por um fio**: história dos quilombos no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RIBEIRO, S. L. S. **Tramas e Traumas**: identidades em marcha, 2007. 392 f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, V. Programa Brasil Quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos. **Cad. Gestão Pública e Cidadania**. [S.l.], v. 15, n. 57, p. 263-278, jul. 2010. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/3258>. Acesso em: 20 set. 2017.

SANTOS, K. M. P.; TATTO, N. (Orgs.). **Agenda socioambiental de comunidades quilombolas do Vale do Ribeira**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2008.

SANTOS, G. A. **Memória, identidade e linguagem**: a comunidade quilombola do Quenta Sol (Tremendal-BA). 2013. 137 f. Tese (Mestrado em Letras: Cultura, Educação e Linguagens) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Itapetinga, 2013.

SILVA, S. R. **Negros na mata atlântica, territórios quilombolas e a conservação da natureza**. 2008. 355 f. Tese (Doutorado em Geografia Física) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: doi:10.11606/T.8.2008.tde-27112008-170206.

SILVA, E. A. **A educação diferenciada para o fortalecimento da identidade quilombola**: estudo das comunidades remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira. 2011. 107f. Tese (Mestrado em Educação: História, Política, Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/10305>.

TODESCO, C. **Estado e terceiro setor na organização do espaço para o turismo no Vale do Ribeira**, 2007. 207 f. Tese (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-30012008-120234/pt-br.php>

VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (Orgs.). **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP/GTAE – SESSP, 2009.

ZUBARAN, M. A.; WORTMANN, M. L.; KIRCHOF, E. R. Stuart Hall e as questões do étnico-raciais no Brasil: cultura, representações e identidades. **Projeto História**, São Paulo, n. 56, p. 9-38, out. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/25714>.

GRUPO TERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM POTENTE RECURSO PARA MUDANÇAS NO COTIDIANO DE PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE TERAPIA DA MÃO

Gisele Paiva

Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Terapia Ocupacional
São Carlos – São Paulo

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Saúde, Educação e Sociedade
Santos – São Paulo

RESUMO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um recorte dos resultados obtidos a partir do desenvolvimento de uma dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de São Paulo. Com o intuito de compreender as mudanças no cotidiano dos participantes dos grupos terapêuticos, interprofissionais de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão, do Ambulatório de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, foi aplicada entrevista semiestruturada e analisados os dados das evoluções dos grupos e os diários de campo escritos pelos alunos de Terapia Ocupacional e Psicologia. Dentre os resultados obtidos por meio da análise dos dados seguindo a teoria da análise de conteúdo, a unidade temática escolhida para ser apresentada neste capítulo foi: As repercussões no cotidiano (adaptações do modo de vida, atividades básicas de vida diária e relações sociais). Participaram deste estudo dez indivíduos, sendo cinco com síndrome do túnel do carpo e cinco amputados de membro superior, quatro mulheres e seis homens, frequentadores dos grupos no Ambulatório de Terapia Ocupacional. Como resultado, observou-se que as mudanças no cotidiano se deram no desenvolvimento de maior autonomia e independência nas atividades básicas de vida diária, devido à redução dos sintomas e através dos benefícios emocionais, como incentivo, autoestima e enfrentamento. Considerações finais: a intervenção em grupo influenciou de forma satisfatória nas mudanças de rotina e na vida pessoal dos participantes, dessa forma sendo considerada um recurso potente para trabalhar com essa população.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Terapia da Mão; Grupos; Serviços de Reabilitação; Contextos Hospitalares.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um recorte dos resultados obtidos na dissertação de Mestrado Profissional defendida em 2014, no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), intitulada: Grupo interdisciplinar de terapia da mão do ambulatório de terapia ocupacional da irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões.

A pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de compreender as mudanças no cotidiano dos participantes dos grupos terapêuticos interprofissionais de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional (TO) da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).

Participaram da pesquisa dez pacientes, sendo cinco com traumas de membro superior por amputação e os outros cinco com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo (STC).

Segundo Chammas *et al.*, (2014), a síndrome do túnel do carpo é a mais frequente das síndromes compressivas, definida pela compressão do nervo mediano no punho e a causa mais frequente é a idiopática. O autor também aponta que mesmo em possíveis regressões espontâneas dos sintomas, o que geralmente acontece é o agravamento do mesmo. O tratamento conservador é a conduta de eleição para o controle dos sintomas, e os pacientes que não respondem a essa forma de tratamento ou os que apresentam quadro clínico com maior tempo de duração são geralmente submetidos ao tratamento cirúrgico que pode trazer a regressão dos sintomas, mas também pode trazer outras complicações (ZUMIOTTI *et al.*, 1996).

Os sintomas envolvem dor, dormência, formigamento nas mãos e uma grande incapacidade para o trabalho. Embora já tenham sido relatadas, em alguns estudos, há altas taxas de prevalência em algumas profissões, pouco se sabe sobre a prevalência na população em geral (ATROSHI *et al.*, 1999). Sabe-se que há alguns predominantes em relação ao sexo e à idade, mas isso será apresentado ao longo deste capítulo na caracterização propriamente dita dos participantes desta pesquisa.

Já com relação à amputação cirúrgica de um segmento, a mesma é feita geralmente em traumas graves, quando é impossível a reconstrução do fluxo sanguíneo. Uma parcela significativa dessas amputações vêm associada a outras lesões bastante complexas, como: perdas de substâncias cutâneas em áreas em que é essencial uma sensibilidade de boa qualidade, comprometimento do deslizamento e/ou perda da continuidade do sistema músculo tendíneo, assim como lesões do sistema nervoso periférico e lesões vasculares (PARDINI, 2008).

No Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS foram observadas demandas e questões importantes acerca dessa população, onde os atendimentos eram estruturados em um formato individual ou por agrupamento.

Ao realizar uma revisão dos casos em atendimento, ficou nítido que a maioria dos pacientes estava há muito tempo inserida em tratamento, e que o foco na reabilitação física, biomecânica e fisiológica não ultrapassavam os limites da funcionalidade, da autonomia, do indivíduo e do ser/estar no mundo. O serviço se encontrava com uma enorme quantidade de atendimentos e encaminhamentos, com uma grande lista de espera e uma agenda de atendimentos que não conseguia mais absorver a demanda de encaminhamentos.

Na busca por ampliar essas abordagens e pensando na importância de desenvolver um olhar para além da recuperação física e individual do paciente, surgiu a proposta dos atendimentos serem realizados em equipe no estágio profissionalizante e no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS, com a presença de mais um curso, de modo a possibilitar um trabalho em equipe.

Para Agreli *et al.*, (2019), as potencialidades do trabalho em equipe ganham destaque ao se considerar as mudanças frente ao cuidado fragmentado e também como meio para o estabelecimento de sistemas integrados de saúde que têm como característica formas de ações pautadas na colaboração.

Sendo assim, a inserção de outros profissionais da equipe para um atendimento interprofissional nesse ambulatório ocorreu por meio de uma parceria entre o serviço de Terapia Ocupacional da ISCMS e os estágios dos cursos de Terapia Ocupacional e de Psicologia da UNIFESP, *campus* Baixada Santista (UNIFESP/BS), com início no primeiro semestre de estágio do ano de 2013 e com o intuito de integrar as ações para uma atuação interprofissional.

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), ocorre um aprendizado quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde (OMS, 2010).

Os estagiários da graduação do curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP/BS participavam das atividades ambulatoriais e hospitalares, ficando seis alunos por semestre e o Serviço de Psicologia Hospitalar da ISCMS recebia dois alunos da UNIFESP/BS por ano, e estes participavam das atividades hospitalares diariamente e das ambulatoriais, conforme solicitações por interconsulta.

Surgiu, então, um novo desafio, como e onde seria possível unir propostas, intervenções de modo a integrar as ações dos estagiários da Terapia Ocupacional e psicologia, e a oportunidade se deu nos grupos de STC e amputados. Assim foram montados dois grupos para cada modalidade, mas devido a disponibilidade do Serviço de Psicologia Hospitalar, a parceria foi possível ser efetivada em um grupo de cada área.

Mediante o contexto, os grupos foram montados na perspectiva da educação interprofissional em saúde de modo a proporcionar: colaboração, trocas de saberes e responsabilidades entre seus participantes, indo ao encontro da educação em saúde, da educação na comunidade e da prática interprofissional colaborativa, conforme concordância (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018), diz que para conseguir a Prática Colaborativa Interprofissional, os profissionais devem aprender a trabalhar de modo colaborativo e como membros de uma equipe interprofissional. Cabe ressaltar que nesta pesquisa apenas foram coletados os dados referentes aos Grupos Terapêuticos Interprofissionais de Educação em Saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa de base exploratória e de natureza qualitativa, teve como percurso, um estudo retrospectivo e prospectivo. Retrospectivo, pois foram analisadas as evoluções feitas sobre os grupos desde julho de 2013, bem como as impressões que constam nos diários de campo escritos pelos alunos que já passaram por estes grupos.

Prospectivo, uma vez que, foram entrevistados os atuais participantes dos grupos e utilizadas também as evoluções dos grupos, bem como, os diários de campo escritos pelos alunos no momento da coleta de dados, em julho de 2014, dessa forma, procurando olhar desde a constituição destes grupos até tentar avaliar o processo de evolução.

Quanto aos participantes, a pesquisa foi constituída de dez pessoas, sendo cinco pacientes com traumas de membro superior por amputação e outros cinco com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo que frequentaram os atendimentos dos dois grupos: Terapêuticos Interprofissionais de Educação em Saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS, de julho de 2013 até julho de 2014. Neste estudo não houve desistentes.

Os grupos foram divididos de acordo com o diagnóstico (amputação ou síndrome do túnel do carpo) e aconteceram em dias e horários diferentes. Cada grupo recebeu 03 (três) estagiários da graduação de terapia ocupacional e 02 (dois) estagiários da graduação de Psicologia.

Para a coleta de dados utilizou-se como instrumentos: entrevista semiestruturada, as evoluções dos grupos e os diários de campo escritos pelos alunos de Terapia Ocupacional e Psicologia da UNIFESP/BS. Participaram da pesquisa dez pacientes, sendo cinco com traumas de membro superior por amputação e os outros cinco com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo (STC).

Buscou-se dados dos vários olhares e vivências dos participantes dos grupos (pacientes, profissionais e alunos). Dessa forma, foi realizada coleta de opinião, por meio de entrevista semiestruturada, utilização de fontes como documentos (evolução dos grupos e diários de campo) para assim, conseguir trabalhar com a vivência natural e real desses participantes dentro dos grupos.

A análise dos dados mostrou um panorama do processo pelo qual os grupos passaram desde a implantação, estratégias utilizadas e demandas trazidas pelos participantes.

Os diários de campo proporcionaram conteúdos que os alunos observaram, e a leitura contribuiu para o registro de fenômenos dificilmente coletados por outras ferramentas, como impressões pessoais, sentimentos, falas e comportamentos.

Os dados sociodemográficos levantados na entrevista foram analisados, de modo a caracterizar a população participante dos grupos terapêuticos interprofissionais de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS.

Para a interpretação do material produzido através das entrevistas semiestruturadas, das evoluções do grupo e dos diários de campo dos alunos, utilizou-se a análise de conteúdo. Assim, foi possível explicitar, sistematizar e expressar os conteúdos das mensagens e para tal, se fez necessário que essa análise fosse organizada em três etapas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (MINAYO, 2014).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiramente, será apresentada a caracterização dos participantes, e em seguida serão apresentados os resultados qualitativos referentes à categoria: Repercussões no cotidiano.

3.1 Caracterização da população

Participaram desta pesquisa dez pacientes, sendo cinco com traumas de membro superior por amputação e os outros cinco com diagnóstico de STC, atendidos no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS.

Em ambos os casos (STC e amputação), há também um forte significado social e econômico, dadas as implicações na capacidade funcional para o trabalho e atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Dentre os dez pacientes da pesquisa, seis eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Nessa caracterização encontra-se que a predominância do sexo feminino está no grupo de STC (4:1), enquanto a do sexo masculino está no grupo de amputados (5:5).

A média de idade dos participantes foi de 46 anos, sendo o mais novo com 27 anos e o mais velho com 59 anos. Todos os participantes residem na Região Metropolitana da Baixada Santista, sendo quatro da cidade de Santos-SP, das regiões do Marapé, Morro e Campo Grande; quatro da cidade de São Vicente-SP, das regiões do Parque São Vicente, Jockey, Parque das Bandeiras e Gonzaguinha; um de Praia Grande-SP, da região da Vila Tupy e um da cidade de Bertioga-SP que não soube especificar a região. Sete dos integrantes dos grupos possuem moradia própria, dois moram em residências alugadas e um reside com pais e familiares.

É possível identificar que os participantes da pesquisa, de ambos os grupos, são adultos e estão em uma faixa etária produtiva de trabalho, inclusive alguns trabalhavam e com a doença, passaram a enfrentar problemas como perda de papéis de provedor do lar ou de realização das atividades domésticas, o que trouxe sofrimento e cobranças sociais.

[...] diz que suas dores afetam a si mesma e à família que não compreende seu problema e a sociedade em relação ao trabalho, mas que respeita seus limites (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC).

Com relação à ocupação exercida pelos integrantes dos grupos, pode-se incluir: montador de móveis, secretária, limpeza de casa de família e diarista, cabeleireira, ajudante geral, balconista de farmácia, carpinteiro, auxiliar de máquina, soldador de chaparia, e todos se encontravam ou permaneceram por algum tempo afastados das atividades do trabalho: seis estão vivendo com a renda do auxílio-doença, dois com a renda do trabalho e outros dois com ajuda de pensão do filho e auxílio do cônjuge, respectivamente.

Como descrito anteriormente, dos dez participantes da pesquisa oito se encontravam afastados da atividade do trabalho e seis tinham como fonte de renda o auxílio-doença. Esse fato mobilizou algumas discussões nos grupos acerca do sistema de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A média de tempo de afastamento é de um ano e nove meses, sendo o menor tempo cinco meses e o maior oito anos.

Só não se encontravam afastados do trabalho a diarista e o carpinteiro. Em alguns encontros, foram colocados pelos participantes a insegurança e o receio de ficar sem trabalho,

caso se afastasse de suas atividades ou mesmo após o retorno delas. Ainda, em alguns casos, alguns pacientes relataram durante os encontros, que o médico que os acompanhavam no caso, demorava em solicitar o afastamento, ou, que o retorno ao trabalho acontecia quando o paciente ainda não estava apto para retornar.

[...] relata ter voltado ao trabalho, porém relata descontentamento com o retorno às atividades, justificando não ter condições ainda (Diário de Campo – Estagiário grupo de Amputados).

Muitas vezes essa problemática interferiu o desenvolvimento do tratamento e a reabilitação dessas pessoas que continuavam realizando grande esforço com as mãos, durante a rotina de trabalho.

A dependência física e financeira, especialmente para os homens, acarreta sentimentos de inferioridade, podendo levar à depressão ou revolta. O risco de ser demitido ou não mais poder desempenhar a função coloca o indivíduo em situação de insegurança e medo (FERRIGNO, 2007, p. 32).

De acordo com Lancman e Ghirardi (2002), as mudanças na organização do trabalho e do perfil da classe trabalhadora trouxeram implicações no emprego, na estabilidade, aposentadoria, carreira progressiva, assim como nos direitos trabalhistas e proteção à saúde do trabalhador.

O desemprego, o subemprego e o trabalho informal tornam-se permanentes e estruturais nas sociedades atuais, favorecendo relações de trabalho precárias que terminam por atingir também as condições de trabalho e saúde daqueles que estão ainda empregados. Essa lógica de restrição de oportunidades leva trabalhadores assalariados a cederem à precarização das condições de trabalho e às perdas de direitos trabalhistas que dela decorrem, deixando aos trabalhadores a escolha entre um mau trabalho ou trabalho nenhum (LANCMAN; GHIRARDI, 2002, p. 46).

Da mesma forma que alguns participantes tinham receio em se afastar da atividade do trabalho, os que já se encontravam afastados tinham, também um receio, mas agora de perder o auxílio-doença e não conseguirem novamente se inserir no mercado de trabalho e, assim, não suprir as necessidades familiares. Esse fato gerava, ainda, uma recusa em receber alta da terapia e uma constante solicitação de laudos e relatórios ao perito do INSS.

[...] iniciou a discussão relatando as dores e o fato de não poder pegar peso [...] que isso atrapalha todo o resto, e a abala muito. [...] relatou que as dores afetam

principalmente o trabalho, pois não pode trabalhar e o INSS deu alta, e por isso está sem dinheiro, o que a incomoda [...] (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC).

Não dá para trabalhar! [...] Às vezes tem dinheiro às vezes não tem” – “referindo ao posicionamento do INSS, a negligência por parte desse serviço” _ (“as dores sou eu que sinto, ninguém sente ela!”) (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC).

[...] a paciente coloca sua posição sobre a impossibilidade de retornar à atividade do trabalho e que nunca mais vai poder fazer (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC).

Toda essa situação e as constantes discussões a respeito do tema trabalho, afastamento e auxílio-doença suscitaram a criação de um evento, com palestras sobre o trabalho, unindo os alunos e pacientes de ambos os grupos, onde foram discutidas as especificidades de cada lesão ou doença (no caso STC e amputação), também houve a presença de um funcionário do INSS, convidado por um dos alunos da Psicologia. Ele ajudou no esclarecimento de algumas dúvidas desses pacientes.

Ainda nesse contexto do afastamento, há um dado que chama bastante atenção, como o caso do paciente afastado do trabalho por oito anos. Porém, esse longo período não diz respeito diretamente às questões tratadas acima, mas, se justifica, pela complexidade do histórico da doença. O paciente adquiriu a síndrome do túnel do carpo após um acidente de moto, com politrauma, incluso Trauma Crânio Encefálico (TCE), passando por período de coma e longo período de internação. Esse paciente tinha um grande entrosamento com as pessoas do grupo e, apesar de ter algumas alterações de comportamento devido ao TCE, após conhecerem sua história, o grupo o acolheu. Não são raros casos como esse, de lesões complexas ou envolvendo outros traumas, que aparecem em ambulatórios como o da ISCMS e permanecem por longo tempo de tratamento.

O indivíduo com uma lesão traumática grave [...] deve ser abordado como grande incapacitado. Nestes casos, [...] o acompanhamento do paciente [...] se dá por muitos anos pela equipe de reabilitação [...]. Nos casos mais graves, de lesões complexas, há limites próprios das perdas teciduais, das diferenças individuais, dos limites dos tratamentos, o que requer uma orientação e adaptação do paciente à nova condição de vida [...] (FERRIGNO, 2007, p. 27-28).

Com relação às atividades de rotina, a maioria tentava se adaptar, realizando suas atividades com certa dificuldade ou mais devagar: dois conseguem realizar sem dificuldades, cinco conseguem realizar, com alguma dificuldade, de forma adaptada ou mais devagar; e três não conseguem realizar de modo algum as atividades, desses últimos: o primeiro está há oito anos, o segundo há onze meses e o terceiro está há seis meses sem realizar suas atividades de rotina.

Esses dados não estão relacionados mais a um grupo ou a outro, estão bem equilibrados, o que nos remete ao grande alcance de incapacidade funcional das lesões ou doenças da mão. Segundo Souza *et al.*, (2008), traumas de mão têm implicações diversas quando comparados a outras regiões do corpo, porque frequentemente levam ao afastamento do trabalho. Qualquer lesão na mão, por mais leve que seja, ocasiona grande incapacidade funcional que pode limitar, de maneira temporária ou permanente, o indivíduo nas atividades básicas do dia a dia, prejudicando de forma importante sua qualidade de vida.

A média do tempo de lesão ou doença dos participantes era de dois anos e dez meses, sendo o menor tempo, seis meses e o maior, dez anos, nesse caso, esse longo tempo se refere aquele participante com mais tempo longe de suas atividades de trabalho. Isso, devido à complexidade do histórico e ao tempo de doença, este frequentava o serviço para manutenção dos ganhos obtidos até o momento e para prevenção de agravos, não apresentando novos avanços nas questões clínicas da STC, mas de adaptação.

3.2 Resultados qualitativos

A partir da análise dos dados das entrevistas, dos documentos de evoluções dos grupos e dos diários de campo dos alunos, as categorias e as unidades temáticas foram construídas.

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos à categoria Repercussões no cotidiano, onde se chegou a três unidades temáticas: adaptações no modo de vida, atividades básicas de vida diária e relações sociais.

3.2.1 Repercussões no cotidiano

Para que essas pessoas consigam dar conta das adaptações no modo de vida, faz-se necessário refletir sobre o conjunto de estratégias utilizadas por elas para se adaptarem às circunstâncias diversas em seu cotidiano, assim um processo de interação entre indivíduo e ambiente é denominado de *coping*.

O *coping* pode ser definido como a capacidade de enfrentamento e adaptação que permite ao ser humano reagir frente a comportamentos, pensamentos e emoções causados por eventos estressantes, quando utilizado corretamente, leva à redução, adaptação ou superação do problema (GRAÇA, ZAGONEL, 2019).

Segundo Nunes (2007), o *coping* é uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais que surgem dessa interação no intuito de administrar, reduzir ou tolerar as demandas internas e externas.

[...] ver que tem outras formas de se adaptar, o modo de fazer as coisas, preservar mais e pensar em como não piorar (D.S.M. – Grupo STC).

Ainda Nunes (2007), advoga que na intervenção da Terapia Ocupacional, as estratégias de *coping* são vivenciadas, analisadas, questionadas e reconstruídas a partir da mudança de hábitos e construção de novas habilidades.

O *coping* focalizado no problema é um esforço para agir e tentar mudar sua origem. Ele inclui estratégias, como a negociação, para resolver um conflito interpessoal ou solicitar a ajuda prática de outras pessoas, quando ele é dirigido para uma fonte externa de estresse. Essa estratégia tem a função de alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente causador da tensão (DELL'AGLIO, 2000).

Muitas estratégias de adaptação no modo de fazer as coisas foram discutidas nos encontros dos grupos, assim como, junto aos participantes e de acordo com as necessidades foram confeccionadas adaptações práticas para as atividades do cotidiano, como engrossadores de talheres, adaptação para lâminas de barbear, tábua de cortar alimentos, entre outras. Foram também realizadas atividades práticas, como, por exemplo, torcer o pano na torneira. Assim como realização de atividades de papéis ocupacionais.

Toalha antiderrapante para abrir as coisas / tanto torneira, quanto outras coisas. – Adaptações como foco – para não sentir "mais" dor [...] (Diário de Campo – Estagiário Grupo STC).

Foram dispensadas adaptações para os participantes [...] sendo que as demais serão confeccionadas e entregues no próximo grupo. [...] meia, esponja de banho, [...] talher, torneira [...] (Evolução – Grupo de Amputados).

Trouxemos adaptações para serem testadas e conseguimos levantar outras demandas através delas. [...] A atividade teve boa adesão dos participantes que

[...] demonstraram interesse em utilizar as adaptações no dia a dia (Evolução – Grupo de Amputados).

[...] foi retomada a atividade [...] por meio do qual foi promovido o autoconhecimento, a adaptação de atividades que as participantes gostam de fazer e não fazem [...] (Evolução – Grupo de STC).

Foi realizada orientações das AVD'S, durante esta os pacientes foram orientados quanto adequação postural, técnicas de conservação de energia e adaptações possíveis para o dia a dia (Evolução – Grupo STC).

A preocupação com o cotidiano surge, com efeito, no contexto do treinamento funcional, do condicionamento do corpo biológico, tendo como princípio a independência e autonomia. Nas primeiras intervenções, as Atividades Básicas de Vida Diária foram caracterizadas apenas como aquelas destinadas aos cuidados pessoais (alimentação e higiene pessoal). Com o passar do tempo e o desenvolvimento do trabalho da Terapia Ocupacional em programas de reabilitação, foram incorporadas outras atividades, como a locomoção, comunicação, destrezas manuais entre outras (FRANCISCO, 2001).

Durante as atividades e dinâmicas propostas nos grupos, fossem elas de técnicas de reabilitação, como a reeducação sensorial, ou atividades para trabalhar os aspectos emocionais, as demandas relacionadas às atividades do cotidiano sempre emergiram, durante os diálogos e as conversas.

Foi possível perceber que houve maior interação entre os participantes, que relataram como ocorreu o trauma, compartilharam dificuldades e facilidades do cotidiano (Evolução – Grupo de Amputados).

É na execução de todas as atividades de vida diária que se encontra o verdadeiro sentido da reabilitação funcional. Portanto, as atividades eram pensadas e elaboradas pelos coordenadores dos grupos, no intuito de auxiliar e estimular a independência dos participantes nessas atividades (FERRIGNO, 2007). Para Nunes *et al.*, (2018, p. 2):

A capacidade funcional ou funcionalidade pode ser definida como um conjunto de competências comportamentais relacionadas à administração e ao manejo da vida diária e envolve a integridade física, o status cognitivo, as atitudes em relação a si mesmo, o estado emocional e o funcionamento da vida cotidiana, no exercício de atividades e papéis sociais.

Portanto, essas atividades envolvem aspectos culturais e de aprendizagem, além de demandar habilidade locomotora organizada e funções neurológicas preservadas e quanto maior a complexidade da atividade, maior a necessidade de adequação, integração e harmonia dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação) (NUNES *et al.*, 2018).

As atividades que os participantes relataram mais dificuldades foi “abrir torneiras, pegar moedas, tomar banho, colocar meias, utilizar talheres, escrever, barbear e de peso em atividades laborais (Evolução – Grupo de Amputados).

Começamos perguntando em quais atividades elas sentiam maior sobrecarga no túnel do carpo, identificando esta demanda ensinamos estratégias de como realizar tais AVDs de forma que sobrecarregue menos esta estrutura (Evolução – Grupo de STC).

[...] Pegar as coisas, pegar na toalha de banho, a sensibilidade melhorou, não derrubo mais as coisas. Difícil na hora de lavar a louça, quando bate na esponja e o movimento dos dedos (M.V.S. – Grupo Amputação).

No treino funcional relatou dificuldade em segurar o copo e abotoar a roupa [...] teve dificuldade de pegar o canudo sobre a mesa. [...] demonstrou maior facilidade no treino funcional com pregador (Evolução – Grupo de Amputados).

No decorrer dos encontros, alguns sintomas, como choque e a dor, eram minimizados, através das atividades propostas e orientações acerca das atividades do cotidiano. Apesar de ainda não conseguirem realizar todas as atividades, é evidente através das falas dos entrevistados as mudanças e a motivação para realizar as mesmas e, como aos poucos isso estava se refletindo na independência e autonomia nas atividades básicas de vida diária.

[...] Ainda não consigo fazer todas as coisas do dia a dia, mas acho excelente (D.T.P. – Grupo STC).

[...] relatou que não conseguiu trocar o botijão de gás, não conseguiu desrosquear [...] (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputação).

No treino funcional [...] relatou dificuldade em segurar o copo e abotoar a roupa [...] teve dificuldade de pegar o canudo sobre a mesa. [...] demonstrou maior facilidade no treino funcional com pregador (Evolução – Grupo de Amputação).

[...] Consigo andar de bicicleta, dobrar roupa, lavar louça, mas ainda deixo o copo cair (E.P.S. – Grupo Amputação).

Não conseguia manusear garfo, faca, panela, agora parei de quebrar as coisas. Ainda não tenho força, mas estou voltando a dirigir, consegui dirigir uma carreta. [...] (L.F.C. – Grupo Amputação).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), define autonomia como a liberdade de agir e tomar decisões, nos momentos de conversa e desabafo, foram favorecidos o desenvolvimento da autonomia e responsabilização pelo próprio processo de cuidar e as mudanças se refletiram nos aspectos emocionais, trazendo essa motivação.

[...] me sinto mais disposto a ir atrás do que precisa por causa do grupo, do incentivo e das conversas (L.F.C. – Grupo Amputação).

De acordo com as explicações sobre a coluna, me preocupei e procurei ler sobre o assunto, sobre fumo, diabetes, os fatores de risco (D.S.M. – Grupo STC).

Uma das hipóteses desta pesquisa era de que, além dos benefícios na independência e autonomia, assim como os benefícios nos aspectos emocionais dos participantes, o atendimento em grupo terapêutico e de educação em saúde pudesse favorecer a criação de redes de suporte social, última unidade temática, Relações Sociais. Porém, o que se encontrou nas respostas dos participantes foi que as relações interpessoais se fortaleceram e muito dentro do grupo, mas que não se expandiram para além deste.

A amizade é só aqui nesse momento. O ponto positivo é aqui dentro. Todo mundo é amigo aqui dentro. Todo mundo junto pra fazer os exercícios (N.C.R. – Grupo STC).

Só até a saída ou em frente à Santa Casa. O que dificulta é a distância (M.M.C. – Grupo STC).

Até a saída, conversamos fora do hospital e depois cada uma segue. O que dificulta é a falta de comunicação por causa da correria (D.T.P. – Grupo STC).

Só se encontra aqui mesmo. Já ocorreu carona, um tenta ajudar o outro da forma que pode (J.C.B. – Grupo Amputação).

Só até o ponto de ônibus. O que dificulta é a diferença de idade e cabeça [...] (C.O.D. – Grupo Amputação).

Os participantes atribuíram o fato de não darem continuidade a uma relação social fora do grupo à distância das regiões de moradia, a diferenças de idade e à correria da rotina de cada um. Mas não há dúvidas de que, dentro do grupo, essa relação se fortalecia a cada encontro. Muitas confraternizações e comemorações aconteciam dentro do grupo, por iniciativa dos próprios participantes, caracterizando uma grande interação e relação interpessoal entre os pacientes, alunos e profissionais.

[...] os pacientes ficaram muito contentes, pois o ex-aluno da psicologia veio participar conosco da festa (Evolução – Grupo de STC).

[...] A atividade de treino funcional não foi realizada, devido à confraternização, [...] (Evolução – Grupo de Amputação).

[...] houve uma festa de comemoração de aniversário de uma das estagiárias (Evolução – Grupo de STC).

[...] após a dessensibilização com grãos realizamos a confraternização com o café da manhã (Evolução – Grupo de STC).

[...] No final do grupo, combinamos sobre a confraternização para o próximo encontro [...] Evolução – Grupo de STC).

As atividades, conversas, desabafos e orientações, assim como, o fortalecimento nas relações sociais dentro do grupo, influenciaram de forma muito efetiva, uma mudança na rotina e na vida dessas pessoas, como foi possível observar pela fala dos participantes nos resultados apresentados. A melhora dos sintomas através das atividades trouxe maior independência nas atividades do cotidiano, bem como as vivências e trocas de experiências levaram a um

aprendizado com relação ao processo de saúde-doença, repercutindo no cuidado à saúde, através das orientações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa mostram que as pessoas com traumas e doenças da mão necessitam de um cuidado ampliado que vai além da reabilitação fisiológica, clínica e biomecânica, e que esse cuidado se torna mais efetivo quando realizado por uma equipe de trabalho colaborativa numa perspectiva interprofissional. Assim, é possível ter um olhar para além dos aspectos clínicos, trabalhando a pessoa como ser integral, proporcionando trocas de saberes com outras profissões e integrando as ações, como foi o caso desta pesquisa junto com a Psicologia.

Essa pesquisa revelou também o sofrimento pelo qual os participantes dessa pesquisa que representam um grupo passam, desde os sintomas como dor, alterações de sensibilidade, incapacidades funcionais, perdas de papéis ocupacionais, desmotivação, problemas econômicos e sociais.

Os grupos proporcionaram aos participantes da pesquisa momentos de desabafo, conversas, orientações e ações que trouxeram alívio das condições relatadas, não uma cura, mas condições de saber enfrentar o cotidiano com a doença, ter acesso a adaptações diversas, motivação, suporte emocional, descoberta de novas habilidades, além do vínculo e a relação interpessoal.

Portanto, os objetivos desta pesquisa foram alcançados de forma satisfatória, pois foi possível compreender que as mudanças no cotidiano dos participantes dos grupos se deram no desenvolvimento de maior autonomia e independência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, principalmente devido à redução dos sintomas e através dos benefícios emocionais alcançados, como autoestima e melhores condições para lidar com o enfrentamento.

Ao receberem explicações e orientações os participantes dos grupos referiram que se tornaram mais ativos com relação ao cuidado com a saúde e na sua vida cotidiana, por meio de uma maior compreensão do processo de saúde-doença e na aquisição de novos hábitos de cuidado.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F. *et al.* Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. **Rev. Lat-Americ. Enferm.**, v. 27, p. e3203, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>.
- ATROSHI *et al.* Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. **J. Am. Med. Assoc.** [Original Contribution], v. 282, n. 2, p. 153-158, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10411196/>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, n.19, série A, p.10, 2006.
- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 22, p. 1325-1337, 2018. Supl.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>.
- CHAMMAS, M. *et al.* Síndrome do Túnel do Carpo – Parte I (Anatomia, Fisiologia, Etiologia e Diagnóstico). **Rev. Bras. Ortop.**, v. 49, n. 5, p. 429-436, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2014.08.001>.
- DELL'AGLIO, D. D. **O Processo de Coping, Institucionalização e eventos de vida em Crianças e Adolescentes**. 2000. 119 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2909>.
- FERRIGNO, I. S. **O paciente com lesão na mão: questões psicossociais**. In: FERRIGNO, I.S. *Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica*. 1. ed. São Paulo: Santos Editora, 2007, p. 31-37.
- FERRIGNO, I. S. **Terapia da mão: características, filosofia e objetivos**. In: FERRIGNO, I.S. *Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica*. 1. ed. São Paulo: Santos Editora, 2007, p. 27-30.
- FRANCISCO, B. R. **Algumas reflexões acerca das atividades da vida diária**. In: FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2001. Apêndice, 73-79 p.
- GRAÇA, C. C.; ZAGONEL, I. P. S. Estratégias de coping e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Espaço para a Saúde**, n. 20 v. 2, p. 67-77. 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046425/6rev-esp-para-saude-v2revisado-622-1145-1-ed.pdf>.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Rev. Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo. v. 13, n. 2, p. 44-50, maio/ago. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p44-50>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2014.

NUNES, C. M. P. **Dor neuromusculoesquelética**. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 258-268.

NUNES, D. P. *et al.* Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 21 v. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180019.supl.2>.

PARDINI JUNIOR, A. G.; TAVARES, K. E.; FREITAS, A. D. **Amputações na mão**. In: PARDINI, A.; FREITAS, A. *Traumatismos da Mão*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2008. p. 557-560.

SOUZA, M. A. P. *et al.* Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação. **Fisiot. Pesqui.**, Minas Gerais. v. 15, n. 1, p. 64 -71, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502008000100011>.

ZUMIOTTI, A. V. *et al.* Complicações do tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo. v. 31, n. 3, p. 199-202. 1996. Disponível em: <http://www.rbo.org.br/detalhes/606/pt-BR/complicacoes-do-tratamento-cirurgico-da-sindrome-do-tunel-do-carpo->.

NOTAS DOS AUTORES

Ana Maria de Souza Pinto

Nutricionista

Professora Adjunta. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-campus Baixada Santista)

Doutorado e Mestrado em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública – USP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/4047517625181247>

Ana Rojas Acosta

Assistente Social

Professora. Universidade Federal de São Paulo

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/CEDESS) e do

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorados em Políticas Públicas (PUC-SP)

Doutorado em Serviço Social/Formação profissional e Políticas Sociais (PUC-SP)

Mestrado em Serviço Social/Movimentos Sociais (PUC-SP)

<http://lattes.cnpq.br/4761034356311819>

Anderson Adão Rodrigues

Enfermeiro

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Formação de docentes para ensino profissional em Enfermagem (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP)

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela (FAMERP)

MBA em Gestão de Projetos e Processos (FATEC)

<http://lattes.cnpq.br/5047516814742198>

Andréa Perosa Saigh Jurdi

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo- campus Baixada Santista

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-doutorado em Estudos da Criança, especialidade Educação Especial (Instituto de Educação da Universidade do Minho – Braga/Portugal).

Doutorado e Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP)

Especialista em Docência na Saúde (UFRGS)

<http://lattes.cnpq.br/4140547211703368>

Angélica Massako Yamaguchi

Médica

Doutorado em Patologia (FMUSP)

Especialista em Geriatria e Gerontologia (FMUSP)

Especialista em Acupuntura (Centro de Estudos Godoy Moreira)

<http://lattes.cnpq.br/4252066536381203>

Beatriz Jansen Ferreira

Enfermeira

Assessora para a formação de recursos humanos em saúde.

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-doutorado em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação (UNICAMP)

Especialista em Enfermagem do Trabalho

<http://lattes.cnpq.br/2401449110051240>

Camila de Sousa Almeida

Nutricionista

Prefeitura Municipal de Barueri

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialista em Vigilância Sanitária dos Alimentos (Faculdade de Saúde Pública-USP)

<http://lattes.cnpq.br/3555561570522409>

Carla Cilene Baptista da Silva

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em Educação (Universidade de Aveiro, Portugal)

Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP)/Sciences des Jeux, na Université Paris XIII

Mestrado em Educação Especial (UFSCar)

<http://lattes.cnpq.br/7118155019861351>

Christine Barbosa Betty

Pedagoga e Administradora Escolar

Técnica em assuntos educacionais. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS)

Professora Colaboradora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/CEDESS)

Doutorado em Educação (Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP)

Mestrado em Educação em Saúde (Universidade de Fortaleza – UNIFOR)

<http://lattes.cnpq.br/0921913462379192>

Ciro Caires Leite

Enfermeiro

Prefeitura Municipal de Santos

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Enfermagem do Trabalho (Universidade Católica Dom Bosco)

<http://lattes.cnpq.br/2331012542894291>

Cristiane Aluiza Gonçalves

Enfermeira

Atenção Primária à Saúde da Associação Congregação Santa Catarina Professora Assistente na Universidade Ibirapuera

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

Especialista em Enfermagem em Estomaterapia (Universidade de Taubaté-UNITAU)

Especialista em Pediatria Clínica (UNIFESP)

Especialista em Enfermagem em Saúde Pública (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/0825679261824475>

Dante Marcello Claramonte Gallian

História

Professor. Universidade Federal de São Paulo

Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi)

Professor no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/CEDESS) e no

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNIFESP)

Pós-doutoramento (École des Hautes Études en Sciences Sociales – Paris, França)

Doutorado e Mestrado em História Social (USP)

<http://lattes.cnpq.br/6044992821022223>

Elke Stedefeldt

Nutricionista

Professor Adjunto. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/CEDESS) e no Programa de Pós Graduação em Nutrição, Alimentos e Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Doutorado e Mestrado em Ciência da Nutrição (UNICAMP)

Especialista em Gestão da Qualidade em Alimentos (Universidade São Judas Tadeu)

Especialista em Alimentação Coletiva (Associação Brasileira de Nutrição)

<http://lattes.cnpq.br/5590674723055512>

Fernando Sfair Kinker

Terapeuta Ocupacional

Professor Adjunto. Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professor no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pró-reitor Adjunto de graduação (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Ciências Sociais (PUC-SP)

Especialista em Saúde Mental (FIOCRUZ)

<http://lattes.cnpq.br/9428178474782359>

Flavia Liberman Caldas

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em História da Arte e Intervenção Artística (Universidade de Évora, Portugal)

Doutorado em Psicologia Clínica (PUC- SP)

Mestrado em Psicologia Social (PUC-SP)

<http://lattes.cnpq.br/8790313628912498>

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Enfermeiro

Professor Titular. Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Pós-doutorado em Ensino em Ciências da Saúde (CEDESS/UNIFESP)

Pós-Doutorado em Gestão em Serviços de Saúde (UICISA.E/COIMBRA)

Doutorado em Ciências (UNIFESP)

Mestrado em Fundamentos de Enfermagem (USP)

<http://lattes.cnpq.br/4356692669319025>

Gisele Paiva

Terapeuta Ocupacional

Professora Assistente. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (UFSCar)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Terapia da Mão e reabilitação de membros superiores (Faculdade Inspirar)

Especialista em Reabilitação Neuro Músculo esquelética (Santa Casa de São Paulo)

<http://lattes.cnpq.br/9385641297899352>

Iraní Ferreira da Silva Gerab

Biomédica

Professora Adjunta. Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutorado e Mestrado em Ciências Biológicas – Biologia Molecular (UNIFESP)

Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior (FIOCRUZ)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/2808787853025159>

Irani Gomes dos Santos Souza

Nutricionista

Professora. Faculdade Santa Marcelina (FASM)

Especialista em Nutrição Clínica (Grupo de Apoio a Nutrição Enteral e Parenteral-GANEP)

Especialista em Educação e Formação em Saúde (Faculdade Santa Marcelina)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

<http://lattes.cnpq.br/6400117418609300>

Ivone Leal Benedito

Assistente Social

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (UFRN)

Especialista em CEASF – Apoio a Saúde sa Família (UNASUS-UNIFESP)

Especialista em Gestão Pública (Universidade Candido Mendes)

<http://lattes.cnpq.br/2679034722235011>

Izabel Cristina Oliveira Barbosa Pimentel

Assistente Social

Prefeitura Municipal de Santos-SP. Pronto Socorro Central

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/9338192323688935>

Juliana Padovan Aleixo

Terapeuta Ocupacional

Centro de Convivência Rosa dos Ventos – Unidade administrada pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Campinas-SP)

Doutoranda em Psicologia e Sociedade (UNESP – ASSIS-SP)

Mestrado em Psicologia e Sociedade (UNESP – ASSIS-SP)

Técnica em música e Formação Profissional como bailarina

Aprimoramento profissional em Saúde Mental (UNICAMP)

<http://lattes.cnpq.br/1060344077834526>

Lara Carolina Ribeiro Vilanova

Terapeuta Ocupacional

Especialista na Saúde Mental (Faculdade de Ciências da Saúde)

Formação como arte-educadora em dança

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/6667227692767177>

Leide Sousa Silva

Assistente Social

Ministério Público do Estado de São Paulo

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/7926622517604403>

Leila de Souza Ganem

Bióloga

Professora Titular. Rede Municipal de Santos-SP – Ensino Fundamental I e Educação Infantil

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Psicopedagogia Institucional, Neuropsicopedagogia Clínica, Institucional, Educação Inclusiva (Unidade Metropolitana de Ensino Superior e Técnico)

Especialista em Ética, Valores e Cidadania na Escola (USP)

Especialista em Práticas Educacionais Inclusivas Deficiência Intelectual (UNESP)

Especialista em Aperfeiçoamento Atividade Física pessoas com deficiência (Universidade Federal de Juiz de Fora-MG)

Especialista em Psicopedagogia Institucional (Faculdade de Educação São Luís)

<http://lattes.cnpq.br/0086752958163985>

Lídia Ruiz-Moreno

Ciências Biológicas

Professora Adjunta aposentada (UNIFESP – CEDESS)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-doutorado Ciências da Saúde (UNIFESP)

Pós-Doutorado – Instituto de Química (USP)

Doutorado em Ciências Biológicas (Universidad Nacional de Córdoba- Argentina)

Especialista em Ativação de Processos de Mudanças em cursos da saúde (FIOCRUZ)

Aperfeiçoamento em Plan Básico de Formação Docente (Universidad Nacional de Córdoba, UNC, Argentina)

<http://lattes.cnpq.br/9956782921722263>

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em Ensino na Saúde (CEDESS – UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Ciências da Psicologia (Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP)

<http://lattes.cnpq.br/3179063226554474>

Luciana Togni de Lima Surjus

Terapeuta Ocupacional

Professora. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva (UNICAMP)

Especialista em Saúde Pública (UNICAMP)

<http://lattes.cnpq.br/8786999221233177>

Marcia Regiane Borges Antognetti

Enfermeira

Hospital Guilherme Álvaro (Santos-SP). Setor de educação permanente e ambulatório de saúde integral a travestis e transexuais

Especialista em Enfermagem Obstétrica (Faculdade São Camilo)

Especialista em Programa de Saúde da Família (UNIFESP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/7076918954901002>

Naira Rodrigues Gaspar

Fonoaudióloga

Especializada em atendimento familiar (Universidade Católica de Santos-SP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/9122552365397898>

Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Psicóloga

Professora Visitante. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutora em Psicologia da Educação (PUCSP)

Mestrado em Educação Comparada (University of Texas/Austin/USA)

Especialista em Avaliação

Pesquisadora da Rede Universitárias/BR

Consultora nas áreas de educação e saúde

<http://lattes.cnpq.br/0809341121492385>

Patrícia Lima Dubeux Abensur

Pedagoga e Ciência da Computação

Técnica em Assuntos Educacionais. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (CEDESS)

Doutorado e Mestrado em Educação: currículo (PUCSP)

<http://lattes.cnpq.br/7694702626811986>

Paulete Goldenberg

Ciências Sociais

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo

Doutorado em Saúde Pública (USP)

Mestrado em Ciências Sociais (USP)

<http://lattes.cnpq.br/8655470743072105>

Paulo Cobellis Gomes

Enfermeiro

Professor. Faculdade Santa Marcelina (FASM)

Doutor em Ciências (UNIFESP)

Mestre em Enfermagem Pediátrica e Pediatria Social (UNIFESP)

Especialista em Pediatria e Puericultura (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/7089352681161744>

Rafael Ferreira de Souza

Psicólogo e Administrador

Prefeitura Municipal de Santos-SP. Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS-AD)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/1978257962304656>

Renata Raposo Cunha

Assistente Social

Universidade Federal de São Paulo. Hospital São Paulo

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Administração e Planejamento de Projetos Sociais (Universidade Veiga de Almeida)

Especialista em Serviço Social em Hospital Universitário (UNIFESP)

Aprimoramento em Serviço Social no Campo da Saúde (IAMSPE)

<http://lattes.cnpq.br/1120568407722081>

Rosa Malena Bergamo Sotero

Psicóloga

Servidora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Acupuntura (Instituto Brasileiro de Medicina Energética)

<http://lattes.cnpq.br/9856708542355032>

Salete Santos da Hora Crippa

Nutricionista

Preceptora da Residência Multiprofissional em doenças onco-hematológicas no Hospital Santa Marcelina e no Ambulatório Médico de Especialidades do Hospital Santa Marcelina de Itaquera

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Cuidados Paliativos (Faculdade Santa Marcelina)

Especialista em Nutrição Clínica (Centro Universitário São Camilo)

<http://lattes.cnpq.br/5046345944262402>

Sandra Regina Carneiro de Campos

Enfermeira

Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Foz do Iguaçu, PR)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Especialização em Educação Médica (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, UNILA)

Especialista em Didática Universitária (Universidad Técnica de Comercialización y Desarrollo, UTCD, Paraguai)

Especialista em Enfermagem do Trabalho (Centro Universitário São Camilo).

<http://lattes.cnpq.br/1091170914690235>

Valdecir Rosa Martins

Assistente Social

Prefeitura Municipal de Santos – SP

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em MBA em Gestão Pública

<http://lattes.cnpq.br/5958331962848168>

Valesca de Lima da Silva

Terapeuta Ocupacional

Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. Centro de Habilitação Infantil "Princesa Victoria"

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/9300381076702426>

FONTES CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 10520: informação e documentação – citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 24p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicoeduc/arquivos/abnt-nbr-6023-referencias.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 6023: informação e documentação – referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 74p. [atualizada]. Disponível em: <http://www.fkb.br/arquivos/nbr.pdf>

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Normas de apresentação tabular I Fundação Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística, Centro de Documentação e Disseminação de Informações. – 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>



Venda Proibida - Distribuição Gratuita