

Renato da Costa Teixeira
Edna Ferreira Coelho Galvão
Higson Rodrigues Coelho

[Organizadores]

— RESPONSABILIDADE SOCIAL NO ATENDIMENTO — EM SAÚDE



**Renato da Costa Teixeira
Edna Ferreira Coelho Galvão
Higson Rodrigues Coelho**

[Organizadores]

RESPONSABILIDADE SOCIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE



Renato da Costa Teixeira
Edna Ferreira Coelho Galvão
Higson Rodrigues Coelho
[Organizadores]

RESPONSABILIDADE SOCIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE



Belém/PA
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

R434

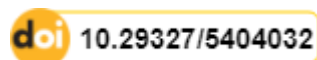
Responsabilidade social no atendimento em saúde / Organização de Renato da Costa Teixeira, Edna Ferreira Coelho Galvão, Higson Rodrigues Coelho. – Belém: Neurus, 2024.

Livro em PDF
151 p.

ISBN 978-65-5446-167-2

[DOI10.29327/5404032](https://doi.org/10.29327/5404032)

<https://doi.org/10.29327/5404032>



1. Responsabilidade social. 2. Saúde. I. Teixeira, Renato da Costa (Organizador). II. Galvão, Edna Ferreira Coelho (Organizadora). III. Coelho, Higson Rodrigues (Organizador). IV. Título.

CDD 338.47

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Editora Neurus –
Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos
autores

A *Editora Neurus* e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os conteúdos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da *Editora Neurus*

Editora Neurus
Belém/PA
2024

CORPO EDITORIAL

Editor-Chefe

Tassio Ricardo Martins da Costa

Enfermeiro, Mestrado em andamento, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Editor-chefe, Editora Neurus. Professor Universitário. Consultor em Desenvolvimento de Pesquisa em Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil.

Editora-Executiva

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutoranda, Programa de Doutorado Acadêmico Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA. Belém, Pará, Brasil.

Editora-Técnica

Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira

Enfermeira, Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva adulto e em Estomaterapia, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Belém, Pará, Brasil.

Conselho Editorial

Sting Ray Gouveia Moura

Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Empresas, Faculdade Pitágoras em Marabá. Doutor em Educação Física, Universidade Católica de Brasília (UCB), Marabá, Pará, Brasil.

Isis Ataíde da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Amazônia. Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Oncologia na Modalidade Residência Uniprofissional em Saúde. Hospital Ophir Loyola, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Leopoldo Silva de Moraes

Enfermeiro. Biólogo, Doutor, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.

Elisângela Claudia de Medeiros Moreira

Psicóloga, Doutora em Doenças Tropicais, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

Benedito do Carmo Gomes Cantão

Bacharel em Direito pela Faculdade Gamaliel. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Cirurgia e Pesquisa experimental pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da UEPA. Especialista em Enfermagem Oncológica e Terapia Intensiva. Coordenador da Clínica Cirúrgica e Oncológica do Hospital Regional de Tucuruí. Professor auxiliar IV, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

Vanessa Costa Alves Galúcio

Biomédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora e Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia, em Gestão Ambiental e em Gestão da Segurança de Alimentos. Atualmente ministra aula na Faculdade Cosmopolita para os cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Biomedicina. Belém, Pará, Brasil.

Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues

Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (RENORBIO). Pós-Graduação em Farmacologia e Farmácia Clínica com ênfase em Prescrição Farmacêutica/IBRAS. Professora voluntária do Instituto de Ciências Farmacêuticas (ICF) na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ciências Farmacêuticas, UFAL. Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Terapia Floral de Bach. Técnica em Química Industrial formada pelo Instituto Federal de Alagoas.

INFORMAÇÕES SOBRE OS ORGANIZADORES



Renato da Costa Teixeira

Possui graduação em Fisioterapia pela Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (1977), Mestrado em Educação - Docência Universitária pelo Instituto Pedagógico Latino-americano e Caribenho reconhecido pela Universidade do Estado do Pará (2000). Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2010). Atualmente é professor aposentado como adjunto IV da Universidade do Estado do Pará, atuando no Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA). Atua também no Programa de Pós-graduação em Saúde na Amazônia do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Tem experiência na área de Fisioterapia Respiratória, com ênfase em Reabilitação Pulmonar, atuando principalmente nos seguintes temas: Ensino Em Saúde, Fisioterapia e Qualidade de Vida. É líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Funcional e Qualidade de Vida e do Grupo de Pesquisa em Processos Formativos em Saúde na Amazônia.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3506765836592906>



Edna Ferreira Coelho Galvão

Possui graduação em Educação Física pela Fundação Oswaldo Aranha (1989), mestrado em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba (1998) e doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense (2004). Atualmente é professora adjunto IV com Dedicção Exclusiva na Universidade do Estado do Pará. Atua como Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Mestrado e Doutorado em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA)/UEPA. É Líder do Grupo de pesquisa em Educação e Saúde de Populações Amazônicas (GEPESPA). Participa do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEPA/Campus de Santarém. Atua principalmente nos seguintes temas: Tecnologias Educacionais Aplicadas ao Ensino em Saúde, Saberes e Práticas Cotidianas em Saúde, Educação e Ludicidade, Corporeidade, Educação Física e Saúde.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4705309005887569>



Higson Rodrigues Coelho

Doutor em Educação pela Universidade Federal Fluminense (2017). Mestre em Educação pela Universidade do Estado do Pará (2010), Especialista em Educação Física Escolar (2006) e Graduado em Educação Física (2005) pela Universidade do Estado do Pará. Atualmente é Professor da Universidade do Estado do Pará (UEPA) atuando no Programa de Pós-Graduação do Ensino em Saúde da Amazônia (PPGESA) e na Graduação em Educação Física. Pesquisador no campo do Ensino em Saúde e Educação Física e Saúde Mental, com ênfase em Políticas públicas de Saúde e Formação e atuação profissional no campo da Saúde no contexto Amazônico. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0799848135691062>

Múltiplas dimensões da responsabilidade social, concebida como um conjunto de princípios que estruturam formas éticas de pensar e agir em prol do bem-estar comum, atravessam as experiências narradas e reflexões suscitadas pelos textos reunidos neste livro. Em parte, essa característica decorre do próprio contexto em que eles foram gerados, como resultados da disciplina Ensino em Saúde e Responsabilidade Social, ministrada pelos organizadores desta obra no Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia, da Universidade do Estado do Pará (PPGESA/UEPA). Os textos vão além dos objetivos acadêmicos, contudo, e dão vazão a diversas emoções vivenciadas pelos autores e pelas autoras a partir de diferentes experiências pessoais e profissionais.

Os 16 relatos compilados em seis capítulos expressam, por si só, a responsabilidade social do PPGESA/UEPA com a difusão de conhecimentos científicos que servem não só à formação de profissionais de saúde, mas à afirmação do direito à cidadania plena de indivíduos dos mais diferentes grupos sociais que compõem a população da Amazônia. Vista, em geral, sob o prisma da biodiversidade, essa complexa região é abordada, neste livro, a partir da variedade de sujeitos sociais que a habitam: indígenas, quilombolas, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+, crianças, pessoas idosas e pessoas em cuidados paliativos, entre outras.

As experiências relatadas se passam no Pará, um estado megadiverso que reúne 8.120.025 habitantes (IBGE, 2022) em 144 municípios distribuídos em mais de 1,24 milhão de km². Nessa vasta extensão geográfica, correspondente a quase 15% do território brasileiro, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas vivem em áreas rurais e, em grande parte, remotas, que não dispõem de serviços de saúde. Nas regiões do Baixo Amazonas e do Marajó, por exemplo, há comunidades cujos moradores precisam se deslocar por mais de 24 horas até a cidade mais próxima para buscar atendimento. Moradores de cidades pequenas também costumam se deslocar para cidades-polos em suas regiões, quando não para a capital ou para outros estados, a fim de cuidar da saúde.

A insuficiência do atendimento prestado, por si só, indica o quanto é preciso avançar em responsabilidade social no campo da saúde, no Pará. A qualidade do atendimento, por sua vez, é uma preocupação central que perpassa todos os textos deste livro. Os autores e as autoras, profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e odontologia, entre outros atuantes na área da saúde e, sobretudo, do ensino em saúde, afirmam o claro propósito de fomentar, nesse segmento, o cultivo de práticas de

respeito, compreensão e consideração da pluralidade étnica, social e cultural da população paraense.

Todo atendimento em saúde é uma interação social e intersubjetiva, para a qual os indivíduos – que buscam ou ofertam atendimento – trazem histórias de vida, bagagens culturais, marcadores sociais, crenças, costumes e outros elementos significativos com potencial de impactar positiva ou negativamente a relação. Relatos de atos discriminatórios ocorridos em diferentes contextos de atendimento de pessoas com deficiência e LGBTQIA+, por exemplo, evidenciam a necessidade de uma cultura mais inclusiva no campo da saúde e do ensino em saúde.

A propósito, a discussão sobre a responsabilidade social universitária também é enfrentada neste livro. Afinal, as universidades refletem o contexto social em que estão inseridas, e, no Pará, isso significa contar com comunidades acadêmicas extremamente diversas do ponto de vista social, étnico e cultural. Logo, urge adaptar-se às demandas associadas a essa diversidade, o que envolve desde a ampliação dos recursos de acessibilidade até o desenvolvimento da interculturalidade nos currículos, valorizando conhecimentos tradicionais de indígenas e quilombolas no campo da saúde, por exemplo. Em outro plano, é preciso adotar medidas para amenizar os efeitos negativos da intensa exposição de estudantes da área da saúde a situações estressantes, que mobilizam alta carga emocional.

Alguns relatos coligidos mostram que até mesmo profissionais experientes são suscetíveis a situações que evocam emoções intensas e provocam reflexões profundas, trazendo-lhes novos conhecimentos e novas atitudes. Tais situações se passam com familiares ou pessoas desconhecidas, no espaço doméstico ou no trabalho, e podem envolver mal-entendidos, comportamentos disruptivos ou agregadores, ou, ainda, iniciativas criativas para resolução de problemas.

Entre as últimas, destacam-se experiências do projeto Casulo e do Movimento Prosperar. O primeiro, cujo nome remete ao envoltório de seda dentro do qual certos insetos passam o período de pupa, foi criado em 2022 pelo Governo do Estado do Pará para reestruturar o atendimento ambulatorial e hospitalar de pessoas transexuais, que, em geral, enfrentam grandes dificuldades de acesso à saúde, em função do preconceito e da discriminação. Já o Movimento Prosperar foi realizado em 2022, como parte de um projeto de extensão que focalizou o trinômio educação, saúde e meio ambiente junto a mulheres de uma comunidade quilombola – um segmento especialmente vulnerável da população paraense.

Em diferentes proporções, ambas as iniciativas foram influenciadas pela ação de movimentos sociais e de comunidades organizadas. Estas devem, de fato, exercer importante papel na tomada de decisões e na implementação de políticas públicas saúde. Representando interesses gerais e específicos de coletividades, grupos formais e informais da sociedade civil aproximam as discussões sobre saúde das demandas por cidadania, retirando-as da esfera exclusivamente técnico-científica.

Em sentido semelhante, as instituições de ensino superior, reunindo recursos humanos e capital científico para atuar nas esferas de ensino, pesquisa e extensão têm alto potencial para promover a interprofissionalidade e interdisciplinaridade por meio de práticas inclusivas de educação em saúde, para além dos próprios muros. Em uma sociedade marcada por um acentuado déficit de cidadania, no Brasil e na Amazônia, em particular, essas instituições desempenham um papel crucial na ampliação do acesso e no aprimoramento da qualidade do atendimento em saúde.

Para maximizar o potencial das universidades na efetivação do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, porém, é fundamental superar as iniquidades dentro e fora delas. Logo, a produção de conhecimento em saúde, considerando as especificidades dos diversos grupos formadores da sociedade, embora seja, sem dúvida, crucial, não deve ser tomada como um ponto de partida. Deve, antes, ser tomada como um objetivo a ser alcançado em colaboração com aqueles grupos, com respeito a seus costumes, modos de viver e de pensar. É preciso considerar sua participação, com respeito aos seus pontos de vista e às suas prioridades, desde o planejamento até a difusão de resultados das ações de ensino, pesquisa e extensão em saúde.

Isso se torna ainda mais necessário quando se trata de povos indígenas e comunidades tradicionais, invisibilizadas e marginalizadas no processo de ocupação da Amazônia e, por isso, tornadas vulneráveis. Sua vulnerabilidade histórica tem sido, ultimamente, acentuada pela expansão da agroindústria e das atividades minerárias artesanais e industriais, pela construção de hidrelétricas e multimodais viários, que provocam conflitos agrários, mortes, insegurança fundiária, desmatamento e contaminação de solos e águas, além de várias doenças.

Neste livro, as experiências envolvendo crianças das etnias Waiwai, Munduruku e Parakanã, do Pará, e uma criança Warao, oriunda da Venezuela, chamam atenção pela complexidade das situações enfrentadas e pela emoção envolvida nos respectivos relatos. A importância do exercício da interculturalidade emerge como aprendizado, mas fica claro que sua prática é desafiadora em um sistema de saúde despreparado para lidar com a

tradução linguística e premido por uma carga normativa incompatível com o efetivo respeito à diversidade cultural.

Dos desafios enfrentados pelos autores e pelas autoras desta obra é possível extrair inúmeras questões para reflexão. A maior delas talvez seja como equacionar o propósito de universalidade do sistema de saúde com a consideração das diferenças constitutivas das identidades individuais e coletivas das pessoas que interagem no âmbito desse sistema, seja buscando, seja ofertando atendimento em saúde.

O direito, em sua dimensão normativa, responde apenas a uma parcela dessa questão, uma vez que a mera obrigação legal não é suficiente para afastar atitudes preconceituosas e discriminatórias entre profissionais de saúde. Tais profissionais são, em última instância, parte de uma sociedade erigida sobre estruturas que vivificam preconceitos de cor, raça, gênero, orientação sexual, religião etc. São, também, pessoas atravessadas por múltiplas emoções em sua prática profissional.

A propósito, frustração, tristeza e angústia são emoções perceptíveis em vários relatos, mas deles também emergem alegrias e superações, indicando que os autores e as autoras destes textos são pessoas que vibram com suas experiências. Algumas delas estão oportunamente compartilhadas por meio de relatos que Edna Ferreira Coelho Galvão e Renato da Costa Teixeira cuidadosamente organizaram nesta obra. Expressa-se, assim, o compromisso do PPGESA/UEPA com um ensino em saúde focado em responsabilidade social para formar profissionais que tratem, de maneira respeitosa e corajosa, a imensa diversidade étnica, social e cultural da população amazônica em meio à profunda desigualdade existente nesta região.

Luciana Gonçalves de Carvalho, Ufopa
Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2, Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

As transformações ocorridas em nossa sociedade no fim do século passado, obrigou que a formação dos profissionais de saúde mudasse do modelo Flexeriano para a formação por competências, uma vez que ao contrário de estar focada na doença e no indivíduo passou a ser baseada na saúde da coletividade, considerando as diversidades que nossa sociedade atual comporta para formar profissionais com responsabilidade social. Frente a isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de responsabilidade social das escolas médicas em 1995 como “a obrigação das instituições de ensino em direcionar suas atividades de educação, pesquisa e serviços para atender às necessidades em saúde com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso”.

Ademais, para enfrentar estes desafios 130 organizações e indivíduos de todo o mundo com responsabilidade na educação em saúde, participaram de discussões que culminou em uma conferência para o desenvolvimento de um consenso ocorrida de 10 a 13 de outubro de 2010 em East London, África do Sul. O *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools* (GCSA) ou Consenso Global para Responsabilidade Social das Escolas Médicas, define uma escola médica socialmente responsável como aquela que: “responde às necessidades e desafios de saúde atuais e futuros na sociedade, reorientando sua educação, pesquisa e prioridades de serviço em conformidade com essas necessidades, fortalecendo a governabilidade e parcerias com outras partes interessadas”.

A sociedade atual, é composta por uma diversidade de pessoas com credos, gêneros, dificuldades diversificadas. A responsabilidade social na formação em saúde indica a necessidade de abordar esses aspectos a fim de garantir que o egresso tenha a visão crítica e reflexiva do mundo que o cerca. Não basta curar a doença, tem-se que diminuir o problema que causou a doença. Conhecer as causas dos problemas de saúde de populações menos favorecidas é primordial para atingir o objetivo preceituado pela OMS para as escolas médicas.

Esta obra é composta por relatos de experiências de diversos profissionais de saúde no atendimento a populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhos), população LGBTQIA+, pessoas com deficiências e mulheres vítimas de violência, abordando a interprofissionalidade no atendimento. Os autores são doutorandos do Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia e escreveram estes relatos, junto com seus orientadores, como requisito da disciplina Ensino em Saúde e Responsabilidade Social, sendo a obra organizada pelos docentes da disciplina.

Esperamos, com isso, inspirar novas práticas e reflexões acerca da Responsabilidade Social na formação e na atuação em saúde.

Boa leitura!

SEÇÃO I – RESPONSABILIDADE SOCIAL E O ENSINO EM SAÚDE

CAPÍTULO I	17
A IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA E RESPONSABILIDADE SOCIAL PARA DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Wanderson Augusto Oliveira de Almeida; Edna Ferreira Coelho Galvão</i>	
10.29327/5404032.1-1	
CAPÍTULO II	25
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL: VIVÊNCIAS E APRENDIZAGEM	
<i>Jussandra Cardoso Rodrigues; Lizomar de Jesus Maués Pereira</i>	
10.29327/5404032.1-2	

SEÇÃO II – ATENDIMENTO À SAÚDE DOS POVOS TRADICIONAIS

CAPÍTULO III	32
EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO MUNICÍPIO DE BREU BRANCO/PA	
<i>Daniele Lima dos Anjos Reis; Soly Guedes de Oliveira; Kátia Simone Kietzer</i>	
10.29327/5404032.1-3	
CAPÍTULO IV	43
ATENDIMENTO A CRIANÇA DA ETNIA WARAO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Mauricio Leonardi da Silva Dias; Milena Coelho Fernandes Caldato</i>	
10.29327/5404032.1-4	
CAPÍTULO V	48
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Lêda Lima da Silva; Franklin Coelho Nascimento; Sarah Jennyfer Lima Lopes; Marina Arouck Gabriel Simões; Katia Simone Kietzer</i>	
10.29327/5404032.1-5	

SEÇÃO III – ATENÇÃO À SAÚDE NA POPULAÇÃO LGBTQIA+

CAPÍTULO VI	59
PROJETO CASULO: RELATANDO A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS	
<i>Ana Paula Oliva Reis; Marcia Bitar Portella</i>	
10.29327/5404032.1-6	
CAPÍTULO VII	68
DILEMAS SOCIAIS NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA ENVOLVENDO PRECONCEITO DE ORIENTAÇÃO SEXUAL	
<i>Júlio Cesar da Rocha Alves; Valéria Ferreira Marques Normando</i>	
10.29327/5404032.1-7	

CAPÍTULO VIII	72
----------------------------	-----------

DESCOBERTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Max José de Aviz Miranda; Higson Redrigues Coelho

[10.29327/5404032.1-8](#)

CAPÍTULO IX	78
--------------------------	-----------

O QUE REVELA O CUIDADO DE FIM DE VIDA PRESTADO À POPULAÇÃO LGBTQIA+? RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Simone dos Santos Abraão Pampolha; Katia Simone Kietzer

[10.29327/5404032.1-9](#)

SEÇÃO IV – ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

CAPÍTULO X	91
-------------------------	-----------

A RESPONSABILIDADE SOCIAL ACADÊMICA FRENTE ÀS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS APRESENTADAS NO CURSO DE FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiano José da Silva Boulhosa; Renato da Costa Teixeira

[10.29327/5404032.1-10](#)

CAPÍTULO XI	108
--------------------------	------------

O SURDO E O ATENDIMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giselly de Oliveira Zahn Erthal; Renato da Costa Teixeira

[10.29327/5404032.1-11](#)

CAPÍTULO XII	115
---------------------------	------------

PRECONCEITO ATITUDINAL: UM MAL SILENCIOSO A SER SUPERADO

Lisiane Goetz; Renato da Costa Teixeira

[10.29327/5404032.1-12](#)

CAPÍTULO XIII	120
----------------------------	------------

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTOLERÂNCIA ACOMETIDA CONTRA CRIANÇA PORTADORA DE TEA (TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA)

Mariseth Carvalho de Andrade; Jofre Jacob da Silva

[10.29327/5404032.1-13](#)

CAPÍTULO XIV	132
---------------------------	------------

DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE À FORMAÇÃO EM SAÚDE POR PESSOA COM DEFICIÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milene Ribeiro Duarte Sena; Jofre Jacob da Silva; Edna Ferreira Coelho Galvão

[10.29327/5404032.1-14](#)

SEÇÃO V – ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL E INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

CAPÍTULO XV	139
--------------------------	------------

ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA DECANULAÇÃO DE UM PACIENTE INTERNADO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA

José Augusto Bastos Acácio; Valéria Ferreira Marques Normando

[10.29327/5404032.1-15](#)

CAPÍTULO XVI	144
CEFALEIA REFRACTÁRIA COMO CONSEQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Celina Israel Sefer; Nara Macedo Botelho</i>	
10.29327/5404032.1-16	
ÍNDICE REMISSIVO	151

SEÇÃO I

RESPONSABILIDADE SOCIAL E O ENSINO EM SAÚDE



A IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA E RESPONSABILIDADE SOCIAL PARA DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanderson Augusto Oliveira de Almeida^I; Edna Ferreira Coelho Galvão^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/0468105491325929>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/4705309005887569>

CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com o sociólogo Charles Tilly, a desigualdade é uma relação entre pessoas ou conjunto de pessoas na qual a interação gera mais vantagens para um dos lados. E define-se, então, como um processo de hierarquização de classes e atributos – tais como raça, gênero, nacionalidade – que altera a forma como diversos tipos de recursos são distribuídos na sociedade. Por essa razão, as desigualdades são corrigíveis e não devem ser naturalizadas. Afinal, naturalizá-las é uma das principais formas de produzir discriminação (Tilly, 2020).

A desigualdade em saúde é a disparidade no acesso a recursos e fatores que afetam a saúde, variando de acordo com circunstâncias sociais e políticas públicas. Ela afeta grupos sociais em desvantagem, sendo a saúde um problema adicional para os menos favorecidos (Barros; Sousa, 2016). Apesar do acesso universal ao SUS, desigualdades persistem devido a fatores como a desinformação, que se relaciona com diferenças em escolaridade, sexo, gênero e raça (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

O racismo permeia a sociedade de várias maneiras, e mesmo com suas manifestações mais evidentes sendo ilegais, ele persiste na estrutura social, influenciando o comportamento individual e o tratamento diferenciado das instituições (Kalckmann *et al.*, 2007).

Quanto à desigualdade de gênero, a população LGBTQIA+ sofre violações de seus direitos humanos básicos devido à não conformidade entre gênero e sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa. O Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e de gênero são fatores de vulnerabilidade que levam à discriminação e

exclusão, resultando na violação de direitos como saúde, dignidade, não discriminação, autonomia e livre desenvolvimento (Brasil, 2008b).

Somam-se a estas demandas a saúde das populações indígenas e da acessibilidade por parte dos portadores de necessidades especiais, é perceptível as dificuldades e invisibilidade destas minorias frente as políticas de Saúde. Para isso faz-se necessária trazer esta temática para o cenário acadêmico, a universidade precisa debater sobre promoção à Saúde dessas populações menos favorecidas, ouvindo suas demandas, respeitando a sua cultura e pesquisando dados concretos destas populações, literalmente invisíveis aos sistemas público, pois de certa forma não reconhecem suas especificidades.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência referente a uma disciplina do Programa de Pós-Graduação do Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) denominada Educação em Saúde na Amazônia e Responsabilidade Social. A disciplina ocorreu em outubro de 2022. Os temas abordados nas aulas foram: Inclusão e o Desporto Paraolímpico, Racismo e a Saúde das Populações Quilombolas, Saúde Indígena, Promoção de Saúde da População LGBTQIA+, Transdisciplinaridade e Interdisciplinaridade.

O público-alvo da disciplina foram os discentes (PPGESA) da UEPA de 2022, na qual a disciplina ofertada é de caráter obrigatório. Os discentes na sua grande maioria são professores, também estão inseridos na assistência ou na gestão de serviços de saúde. A turma é multiprofissional, composta por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos e Odontólogos entre outros.

Uma das estratégias de aprendizagem utilizadas inicialmente, foi a apresentação de algumas charges (Figuras 1.1, 1.2 e 1.3) como disparadores de aprendizagem, para que os discentes pudessem refletir sobre como a sociedade vê a escola, em seguida a reflexão como “nós” vemos a escola. A turma foi dividida em quatro equipes, onde cada grupo teria um tempo aproximado de 10 minutos para refletirem sobre a temática proposta e expressassem suas considerações através de cartazes.

Figura 1.1 – Punir ou educar?



Fonte: Andreia Mortensen. Punir é educar. Minuto Psicologia.

Figura 1.2 – A solução está na Educação



Fonte: Otávio Rios. A solução está na educação.

Figura 1.3 – Professores perigosos



Fonte: Armandinho.

Muitas reflexões foram trazidas, como o papel do professor no processo de ensino e aprendizagem, a importância da escola como agente de transformação social, bem como a responsabilidade social dos agentes envolvidos. O tema responsabilidade

social foi constantemente instigado pelos docentes, e nesse instante indagaram sobre qual a relação da escola com a saúde: Como vemos a saúde e como a sociedade vê a saúde?

Após esse momento inicial de reflexão, ocorreu uma série de apresentações de pessoas intimamente ligadas à saúde de determinados grupos, com potencial aumento da vulnerabilidade social, são elas: populações negras, indígenas, a comunidade LGBTQIA+ e portadores de deficiência física. Nós temos uma visão sobre como vemos a saúde, mas será que conhecemos como os povos em condição de risco veem a saúde? A proposta da disciplina foi apresentar o olhar das pessoas usuárias, ou de pessoas que trabalham diretamente com a saúde das populações em vulnerabilidade social.

A primeira apresentação foi da fisioterapeuta Marília Magno e Silva, integrante do comitê paraolímpico Brasileiro. A convidada trouxe sua história e vivência com atletas paraolímpicos, apresentou uma visão rápida sobre os esportes e categorização das classes utilizadas nas competições, além de reflexões acerca da importância do esporte na vida portador de deficiência física, e o capacitismo, que é a discriminação das pessoas com deficiências. Foi um momento de muito aprendizado, os discentes puderam ter um olhar diferenciado desta população, sob a ótica do esporte e o treinamento de auto rendimento, como são importantes no resgate da autoestima, da saúde física e mental e na superação de qualquer limitação na vida destas pessoas.

Na sequência, foi convidada a palestrante Silvia Gatti, introduziu a temática da interdisciplinaridade. A palestrante relatou sobre sua experiência como gestora em saúde, a vistas da importância para o profissional da saúde ser um agente ativo na equipe multi e interdisciplinar. A interprofissionalidade ocorre quando profissionais de diferentes formações desenvolvem o trabalho em equipe, cuja colaboração perpassa planejamento e implementação das ações em saúde, sendo decisivos na responsabilidade social junto à comunidade.

Um ponto alto da disciplina foi a participação da líder comunitária e quilombola, Maria Luiza de Carvalho Nunes, Negra, líder comunitária, Agente Comunitária de Saúde, deu uma aula sobre cidadania, cuja única referência bibliográfica foi a sua “sabença”, como ela mesmo denominou. Usuária do SUS fez com que nós profissionais da saúde refletíssemos em relação ao racismo estrutural nas instituições de saúde, questões como o epistemicídio das comunidades quilombolas e atentou sobre a importância da participação popular no aprimoramento de políticas públicas específicas a população negra, foi um momento de muita admiração e aprendizado, nos fez refletir sobre a dicotomia entre o conhecimento popular e conhecimento científico.

Em seguida ocorreu uma videoconferência via *Google Meet* (Figura 1.4) com o Médico Neurocirurgião Erick Jennings, que atualmente dedica sua vida à saúde indígena, especificamente ao povo indígena Zoé. O médico relatou a rotina e os desafios em oferecer suporte em saúde para uma comunidade ainda isolada, principalmente em um cenário pandêmico, com todas as dificuldades em logística, contato mínimo e restrito, a língua, e o respeito as tradições, visando a preservação da vida dos índios. O aprendizado da língua Zoé, da sua cultura, o cuidado para impactar minimamente as tradições e dedicação deste profissional é um exemplo de amor ao sacerdócio da medicina e de humanidade, vai além dos limites da responsabilidade social, tanto debatida nesse encontro.

Dando continuidade as explicações, ocorreu mais uma videochamada com o fisioterapeuta ligado ao movimento LGBTQIA+, o fisioterapeuta Rafael Lima e a mulher transsexual Dafine. Nas falas e conteúdos abordados, percebeu-se que a maioria dos presentes tinham um conhecimento bastante restrito sobre a temática, bem como muitas dúvidas, os palestrantes puderam compartilhar um pouco de conceitos básicos deste universo, destacando as lutas do movimento para aquisição de direitos básicos à saúde, também foi possível identificar a fragilidade quanto essas conquistas, já que o que não se tem leis sólidas sancionadas, existindo apenas decretos estabelecidos pelo STF, podendo serem derrubados dependendo do contexto e ideologias político. Já Dafine, enquanto usuária, não relatou fatos em relação a sua pessoa, porém presenciou algumas situações de vulnerabilidade, preconceito e discriminação por colegas atendidos no SUS.

Um momento de grande emoção e surpresa, foi a participação de um dos discentes do PPGESA, após a apresentação da pauta LGBTQIA+, segundo seu relato, não poderia deixar essa oportunidade para falar sobre a temática, e deu uma verdadeira aula sobre a militância, a realidade do atendimento em saúde desta população, destacando as dificuldades, desafios e importância de se conversar sobre a temática no Ensino Superior. Esta participação não constava inicialmente no cronograma da disciplina, mas foi um dos momentos mais especiais do módulo.

RESULTADOS E IMPACTOS

Durante toda a disciplina, os diferentes temas abordados exigiram que os discentes sempre trabalhassem em grupos nas atividades propostas, buscou-se também sempre a sua participação nas explicações dos convidados, permitindo assim, uma excelente interação, debates, trocas de experiências docentes/discentes. Todos

contribuíram de certa forma, exemplificando, tirando dúvidas, questionando temas relevantes, sempre norteando-se a responsabilidade social de cada envolvido e uma reflexão de mudança a partir da sua prática profissional.

A condução e planejamento dos professores dessa disciplina foi excelente e motivador, a abordagem do conteúdo se tornou mais fácil, agradável, dinâmico e interativo. Além de visitar os conteúdos propostos, foi possível entender a importância em levar esses conhecimentos e estas discussões para o meio acadêmico, temas como a saúde da população LGBTQIA+, racismo estrutural e saúde indígena são muito pouco tratados nos cursos da área de saúde, e como foi visto, muitas situações são corriqueiras, é fundamental o profissional de saúde ter um olhar especial a estas demandas, muitas vezes invisíveis às políticas públicas e marginalizadas por grande parte de nossa sociedade.

Ser parte desse processo trouxe um novo olhar da prática docente, permitiu compreender a diversidade que nossa população possui e a necessidade em se desenvolver estudos que enxerguem essas populações, para que possamos ter dados concretos, direcionando ações específicas de cuidado, assistência e políticas públicas que cheguem até essas pessoas. A propagação e multiplicação desse conhecimento é um exemplo de responsabilidade social, e essa mensagem resume muito bem o significado da disciplina na vida, não dos profissionais, mas acima de tudo, dos seres humanos que estiveram compartilhando a disciplina durante este período.

Esse encontro chocou muitos de nós, fazendo-nos repensar em valores, atitudes e práticas e o verdadeiro significado da palavra empatia, jamais conseguiremos nos colocar no lugar do outro é preciso termos respeito por este próximo, escutá-lo, entendê-lo e assim possamos ajudá-lo, em um momento de fragilidade de saúde e na maioria das vezes em uma situação de desigualdade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante que foi descrito pode se perceber que a disciplina foi impactante, riquíssima e de grande importância na vida dos futuros doutores da turma do PPGESA/UEPA 2022 (Figura 1.4), a troca de experiências, os debates, o conhecimento trazido das pessoas envolvidas com a saúde dos povos em situação de risco social, constituem um referencial que não pode ser encontrado em artigos científicos e nem na literatura.

O conhecimento trazido por essas pessoas, a prática e a “ensinança”, marcarão a vida acadêmica dos discentes, em alguns momentos ainda era possível perceber nas falas de muitos discentes, questionamentos e barreiras entranhados pelo racismo estrutural e institucional, homofobia mesmo que inconscientemente, pois somos reflexo da nossa própria sociedade. Muitos relatos emocionantes de situações ocorridas no dia a dia profissional ou pessoal dos discentes, relacionados a episódios de discriminação e preconceito.

Figura 1.4 – Turma PPGESA/UEPA 2022.



Fonte: PPGESA/UEPA, 2022.

Acima de tudo, tivemos uma aula de humanidade, amor ao próximo e comprometimento profissional, um momento em que paramos para refletir que tipo de ser humano somos e o que estamos fazendo em prol das pessoas para pelo menos amenizar as desigualdades sociais presentes em nossa vida e no campo profissional.

A partir desta reflexão os profissionais saem desta disciplina com outro modo de olhar o mundo, as desigualdades existentes nele e a compreensão das dificuldades dos anseios e da necessidade em multiplicar o conhecimento repassado trazendo essa discussão para o cenário acadêmico pela inexistência de disciplinas que tratem a temática vivenciado durante os esses dias e é notório a necessidade de se aprofundar o conhecimento. Através de pesquisas científicas e faremos com que essas populações se tornem visíveis aos governantes que possam cada vez mais desenvolver políticas de saúde afim de atender esta população e esse é o papel do professor como ser social e humano.

Apesar da limitação imposta pelo tempo e a grande quantidade de conteúdo, e debates muitas vezes calorosos e emocionantes, a participação dos alunos foi efetiva, assídua e decisiva nesse processo bem como o direcionamento dos professores que se

mostraram extremamente organizados, capacitados e conduziram com excelência os trabalhos desenvolvidos.

Ao término desta experiência percebemos que os objetivos iniciais foram alcançados, e mais que assimilação e memorização de conceitos, a disciplina serviu como disparadora e problematizadora aos doutorandos, que foram motivados a aprofundarem seus estudos, e provavelmente nortearão suas jornadas como docentes/preceptores e novas possibilidades a suas teses do Doutorado Profissional.

REFERÊNCIAS

TILLY, Charles. As desigualdades duráveis na sociedade brasileira. Setembro de 2020. Disponível em Charles Tilly e as desigualdades duráveis na sociedade brasileira - Observatório das Metrópoles (observatoriodasmetrolopes.net.br). Acessado em 01 de novembro de 2022.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: Seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Artigo Ciênc. saúde coletiva, v. 26, n.09, Set 2021.

KALCKMANN S.; SANTOS CG.; BATISTA LE, et al. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, pag. 146-155, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. (2008b). Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília, DF: Autor.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL: VIVÊNCIAS E APRENDIZAGEM

Jussandra Cardoso Rodrigues^I; Lizomar de Jesus Maués Pereira^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/5252523904022382>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/8335502787825672>

INTRODUÇÃO

Segundo o artigo 196 da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, a qual deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Apesar de talhado na lei, ainda se experiencia os dilemas quanto ao acesso à saúde, sobretudo por populações vulneráveis.

Neste contexto, em 2002, é proposta a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena com objetivo de garantir aos povos indígenas a atenção integral e diferenciada a sua saúde, bem como reconhecendo a eficácia das medicinas indigenistas e o seu direito a preservação de suas culturas com recomendação aos serviços do SUS para atuarem de forma articulada aos sistemas tradicionais indigenistas de saúde (Brasil, 2022).

De forma equivalente, em 2009 é lançada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que reiterava o respeito às práticas e saberes das comunidades, propunha a necessidade de estabelecimento de metas para melhoria de indicadores de saúde e estimulando a participação de seus representantes nos contextos de monitoramento das ações (Brasil, 2009; Santos; Lopes, 2019).

Em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais visou dar visibilidade aos problemas enfrentados pela população LGBTQIA+. Para isso, foram estabelecidas diretrizes com estratégias e metas transversais em saúde, cuja implementação exigia o comprometimento de instâncias governamentais, como secretarias de saúde e conselhos de saúde, além de todas as áreas do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

No entanto, todas estas políticas têm um eixo comum: além de estarem direcionadas a grupos historicamente invisíveis dentro da sociedade, representam uma oferta pública de saúde que se concentra nas sedes dos municípios, e cujo olhar principal é dos profissionais e gestores, não dos usuários o que apenas reforça situações de

vulnerabilidade social (Mello, 2017). Na prática, desenha-se um planejamento de política em saúde que se organiza e se preocupa com a ampliação da oferta e não com o acesso dos usuários (Oliveira, 2001).

Não obstante, se estas especificidades ainda não conseguem ser adequadamente gerenciadas quanto a prestação da assistência, o ensino em Saúde representa um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. E este desafio se torna maior ainda, quando a transmissão de informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças precisa transcender ao conhecimento tecnicista e se moldar a realidade de cada grupo populacional. A partir disso, esse estudo tem como objetivo avaliar o aprendizado potencial sobre educação em saúde e responsabilidade social considerando aplicação de ferramenta Matriz Swot.

MÉTODO

Tratou-se de um relato de experiência a partir da aplicação de uma ferramenta utilizada em planejamento denominada MATRIZ SWOTT junto a turma de Doutorado em Ensino em Saúde na Amazônia ESA 2021 e 2022. A disciplina escopo de aplicação da ferramenta foi Educação em Saúde na Amazônia e Responsabilidade Social, cuja ementa está representada por: “Reflexão sobre a formação e a educação permanente de profissionais de saúde de nível técnico e superior. Estabelecimento de relações entre a ação educativa e a prática do profissional de saúde na comunidade. Metodologias educacionais aplicáveis a programas de saúde. Desafios atuais na interdisciplinaridade entre educação e saúde. Experiências do PET saúde; Prática de Ensino e cuidado Inter e multiprofissional.”

Durante três dias o grupo composto por 21 alunos de áreas distintas da saúde e correlatas (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, serviço social e estatística) realizou encontros versando sobre temas como capacitismo, responsabilidade social do profissional de saúde frente a outros profissionais e junto a populações tradicionais, bem como frente à população LGBTQIA+.

Durante as aulas representantes de vários segmentos (estado, representante de quilombolas, LGBTQIA+, profissionais de saúde com experiência de trabalho como populações tradicionais) expuseram suas vivências na busca de trazer orientações sobre a

importância do processo de formação do “saber” para atender grupos populacionais com demandas diferenciadas.

Para a construção da Matriz SWOT utilizou-se as informações apresentadas durante as conversas em grupo. No primeiro dia, discutiu-se durante atividade sobre a visão que a sociedade e que o profissional tem sobre a educação. No segundo dia, houve discussões acerca da abordagem em saúde de populações tradicionais (quilombolas e indígenas) e, no terceiro dia trabalhou-se sobre a atuação junto ao grupo LGBTQIA+.

As ideias foram sistematizadas de acordo com a Matriz SWOT: forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. A partir desta consegue-se compreender as limitações sobre a educação em saúde e as possibilidades que se apresentam sobre uma reorientação do ensino baseado no atendimento das necessidades e considerando as características culturais e pessoais de cada membro da sociedade.

RESULTADOS

As palavras que mais se apresentaram durante os diálogos foram: educação inclusiva, barreiras, preconceito, desinformação e falhas na formação curricular. Após a aplicação da matriz SWOT (Figura 2.1) foi possível identificar pontos positivos e os principais problemas na formação em saúde considerando a inclusão de populações tradicionais, grupo LGBTQIA+ e pessoas com alguma deficiência. Observou-se que modificar a formação curricular com algum eixo direcionado a estes grupos representa uma estratégia para começar a resolver os problemas.

Figura 2.1 – Aplicação da Matriz SWOT sobre a experiência com a disciplina Educação em Saúde e Responsabilidade Social



Fonte: Rodrigues, 2022.

Aplicado a matriz SWOT foi possível identificar que ainda há muita falta de informação e desinformação a respeito da educação em saúde com caráter inclusivo considerando diversos grupos populacionais. Atualmente, não há estudo propondo processos organizacionais os quais são necessários para apoiar as transformações propostas que possibilitem a integração à equidade em saúde para povos indígenas, quilombolas, por exemplo, nos programas e, assim, garantam sua oportunidade e sustentabilidade nas instituições acadêmicas (Garneau, 2021).

Debateu-se ainda que há ações incipientes dentro do Estado do Pará como o projeto “Casulo” cuja iniciativa é a reestruturação do fluxo ambulatorial e hospitalar para o atendimento de pessoas transexuais, grupo este que enfrenta grandes dificuldades no acesso a saúde e na forma de abordagem pelos profissionais. Pontuou-se como as leis e outras conquistas feitas pelo grupo LGBTQIA+ ainda não conseguiram o alcance necessário para promover o mínimo de aceitação e, até a identidade social ainda é vista com “receios”, sobretudo, em ambiente hospitalar por parte de alguns profissionais.

Ademais, Mello *et al.* (2012) aponta que embora haja avanços recentes nas iniciativas governamentais, há ponto de se considerar ter tanto e entender que isto ainda é praticamente nada mesmo constatando-se que a comunidade LGBTQIA+ conseguiu abandonar o estigma da Aids e da invisibilidade da ausência de políticas, para uma condição em que há políticas, mas que carecem de respaldo jurídico e legislativo.

Outra temática bastante discutida foi o racismo dentro de suas várias facetas. A participação de uma liderança de Quilombo de Salvaterra/PA demonstrou as fragilidades da cobertura de atendimento, o desconhecimento inclusive sobre doenças que são mais prevalentes e ainda pouco assistidas. Enfatizando também quadros ainda não tão valorizados como a depressão sobretudo pós-COVID.

Outrossim, Franchi *et al.* (2021) demonstraram como é possível estruturar ações para reduzir as iniquidades no ensino e acesso a saúde em grupos quilombolas com o Projeto Rosa dos Ventos o qual foi construído a partir de conversa prévia com as lideranças da comunidade, juntamente com a equipe de saúde local que identificaram a necessidade de maiores ações voltadas a temática saúde da mulher e do homem fundamentadas no tripé (ensino, pesquisa e extensão). Permitiu, ainda, a integração de saberes relacionados aos conhecimentos tradicionais quilombolas e a medicina moderna, considerando sua cultura e ancestralidade e a maneira como esta influencia no processo saúde-doença e

determinantes sociais em saúde, bem como potenciais práticos medicinais a serem consideradas.

O depoimento de um médico que presta assistência às comunidades indígenas isoladas na Amazônia foi importante para trazer a luz uma temática cheia de lacunas que são as iniquidades da saúde indígena. Não obstante o avanço de ações que conduzem ao epistemicídio, verifica-se ainda as limitações impostas a este grupo pela falta de profissionais em saúde formados para atender a demandas específicas e com o compromisso do respeito as tradições culturais. Tais práticas reforçam a necessidade de promover a descolonização de práticas de cuidado e estruturas dos sistemas de saúde.

“Descolonizar é enfrentar as desigualdades provocadas pela colonização, reconhecendo os direitos, autonomia, diversidade, língua, cultura e nossas histórias compartilhadas (indígenas/não indígenas) dos povos das Primeiras Nações, particularmente diminuindo os atuais desequilíbrios de poder e os impactos contínuos do privilégio estruturado” (SJOBERG; MCDERMOTT, 2016)

Em continuidade, Garneua *et al.* (2021) a partir de sua revisão destacam a necessidade da realização de uma transformação organizacional e institucional estruturada em parcerias a fim de garantir a integração entre equidade e responsabilidade social na educação dos profissionais de saúde a partir da implantação de um currículo sobre saúde indígena, justiça social e antirracismo. Fundamentando-se na adoção de abordagem pedagógicas críticas, parcerias com educadores, estudantes e comunidade e envolvimento de educadores em abordagem críticas e questões de equidade em saúde indígena por exemplo (Guerra; Kurtz, 2017).

CONCLUSÃO

A aplicação Matriz SWOT sobre a experiência com a disciplina Educação em Saúde na Amazônia e Responsabilidade Social gerou um processo de reflexão e facilitou a análise de alguns dos principais problemas a serem modificados, com vistas a melhorar o processo de educação inclusiva em saúde. Além disso, reforçou a conscientização sobre os desafios e a necessidade de mudanças na formação curricular em saúde a partir da valorização e empoderamento do papel dos profissionais, da comunidade invisibilizada e o reconhecimento por estes dos impactos em saúde vivenciados por diferentes grupos sociais.

Por meio do respeito e do reconhecimento dos saberes, das práticas e dos cuidados, pretende-se contribuir para o combate ao estigma e ao preconceito vivenciado por esses povos e para a manutenção da sua integridade física e sociocultural. O respeito à diversidade e às especificidades socioculturais é fundamental para combater preconceitos e quaisquer formas de discriminação e violência. Nesse sentido, as representações dos povos indígenas, quilombolas, grupo LGBTQIA+ sobre processos de adoecimento e de cura devem ser levadas em consideração na elaboração de políticas voltadas para essa população, inclusive na área de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: 1 edição. 2013. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Povos Indígenas e o direito a Saúde. 24f. Brasília: 2002.

FRANCHI, E.P.L.P; ALVIM, M.C.T; MONTEIRO, L.D; ODORIZZI, V.F. Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde de Moradores de uma Comunidade Quilombola do Tocantins, Brasil. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.38, p. 235-249. 2021.

GARNEAU, A.B; BÉLISLE, M; LAVOIE, P; SEDILLOT, C.L. Integrating equity and social justice for indigenous peoples in undergraduate health professions education in Canada: a framework from a critical review of literature. Int J Equity Health. N.20, V1. 20. 2021.

GUERRA, O; KURTZ, D. Building collaboration: a scoping review of cultural competency and safety education and training for healthcare students and professionals in Canada. Teach Learn Med. N. 29. V.2, p.129-142. 2017.

LAURENTINO, A.C.N. Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. 94p. Rio de Janeiro. 2015.

MELLO, L; BRITO, W; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. Cad. Pagu, no.39. p.403-429. 2012.

MELLO, W.F. Comunidades quilombolas e políticas de saúde. 2017.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

SANTOS. L.T.F; LOPES, I.B.O. Educação em Saúde em Comunidades Quilombolas: Revisão de Literatura. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 43. Supl. 1. 2019.

SEÇÃO II

ATENDIMENTO À SAÚDE DOS POVOS TRADICIONAIS



EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO MUNICÍPIO DE BREU BRANCO/PA

Daniele Lima dos Anjos Reis^I; Soly Guedes de Oliveira^{II}; Kátia Simone Kietzer^{III}

^I<http://lattes.cnpq.br/0963111001424655>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/5497248133420679>

^{III}<http://lattes.cnpq.br/7986644672973004>

CONTEXTUALIZAÇÃO

Conforme Loureiro (2020), o interesse pelo desenvolvimento de estudos e pesquisas com povos tradicionais brasileiros, no que tange à educação ambiental, é crescente; o que se justifica, de acordo com o autor, pelo fato de que estes povos são os que mais sofrem as consequências da expansão do processo político-econômico-capitalista que não respeita as relações saudáveis entre homem e meio ambiente, como por exemplo a fragilização da qualidade de vida pelos agravos de saúde.

Nesse sentido, evidencia-se a Educação em Saúde como um relevante instrumento a ser usado para o desenvolvimento de melhores condições de saúde da população. De acordo com o Ministério da Saúde, Educação em Saúde trata-se de um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, sendo caracterizado como um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores (Falkenberg *et al.*, 2014).

Partindo deste cenário, considerando que as práticas em Educação em Saúde são intrínsecas ao trabalho em saúde, e considerando ainda que as atividades de extensão na graduação propiciam aos discentes uma perspectiva ampliada sobre a atuação profissional para além dos muros das Instituições de Ensino Superior (IES), foram pautadas as escolhas e nuances deste trabalho (Falkenberg *et al.*, 2014; Pires *et al.*, 2018).

Banhada pelas águas do rio Tocantins, a comunidade quilombola ribeirinha Vila de Crioulas integra parte do município de Breu Branco, cidade paraense com população estimada de 68.597 habitantes em 2021 (IBGE, 2021). Há 36 km do quilombo encontra-se a Universidade do Estado do Pará (UEPA), campus Tucuruí, de onde partiu, entre docentes e discentes dos cursos de Graduação em Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física, a

ideia de um projeto de extensão voltado para populações tradicionais. Desta forma, surgiu o “Movimento Prosperar”, realizado no ano de 2022, como projeto de extensão na referida comunidade.

O “Movimento Prosperar” foi constituído com o intuito de propagar de forma dialógica e coletiva conhecimentos e práticas em dois eixos: educação e saúde, principalmente no âmbito da saúde da mulher; e meio ambiente, evidenciando a coleta seletiva, para mulheres quilombolas e ribeirinhas da Vila de Crioulas, e, ainda, capacitar estas mulheres para tornarem-se multiplicadoras das temáticas abordadas no decorrer da execução do projeto e após seu encerramento. Estas práticas foram pensadas de modo a considerar o ambiente, a experiência e as vivências destas mulheres e sua leitura de mundo, enxergando-as como sujeitos em uma perspectiva freiriana (Dickmann; Carneiro, 2021; Loureiro, 2020).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O “Movimento Prosperar” constituiu-se em um projeto de extensão pertencente ao Programa de Ação Comunitária PROEX-PAC, da UEPA, que consistiu na liberação de edital para ações integralizadoras que reúnam propostas de desenvolvimento de programas e projetos no âmbito da extensão universitária e a comunidade.

Participaram das ações 20 mulheres quilombolas ribeirinhas entre 18 e 40 anos de idade, pertencentes à comunidade Vila de Crioulas. O projeto objetivou possibilitar a melhoria na qualidade de vida desse público-alvo, através de uma interação socioambiental educativa com a promoção de serviços, avaliações e orientações com base na saúde integral da mulher.

Ele ocorreu em cinco fases: 1) Coleta de kits de higiene; 2) Encontro na comunidade para divulgação do projeto; 3) Roda de conversa com a comunidade; Orientações de coleta seletiva e armazenamento do lixo reciclável; 4) Avaliações posturais e aplicação de técnicas de terapias alternativas às participantes; Palestras relativas à autoalongamentos e fortalecimento do assoalho pélvico; e 5) Oficina de confecção de Aparelhos cinesioterapêuticos com materiais de baixo custo.

No primeiro momento, as atividades teórico-práticas propostas foram realizadas nas dependências físicas da UEPA, campus Tucuruí, mais precisamente no Laboratório de Recursos Terapêuticos e Evidências Científicas em Fisioterapia (LARTEF), e via reuniões remotas pelo aplicativo *Google Meet*.

No segundo momento, as atividades ocorreram no quilombo Vila de Crioulas. Todas as ações foram coordenadas por uma docente do curso de Graduação em Fisioterapia e uma docente do curso de Graduação em Enfermagem da IES referida, e executadas no período de 21 de maio a 24 de setembro de 2022, com cronograma prévio, por 10 acadêmicos dos cursos de Graduação em Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física, tendo em vista que as referidas formações estão intimamente ligadas à promoção da qualidade de vida da população, que prevê, dentre outros instrumentos, a Educação em Saúde como uma ferramenta capaz de proporcionar libertação e defesa em diversas áreas aos indivíduos por ela alcançados. As ações foram realizadas por meio de variadas estratégias, conforme descrito a seguir.

Data: 21/05/22 A 30/06/2022

Neste período, considerado um preparatório para a efetivação das ações na comunidade quilombola, foi realizada a “Maratona Solidária de Anatomia”, nas dependências físicas da UEPA, campus Tucuruí, com a turma de calouros de Fisioterapia e Enfermagem, na qual, além dos jogos de perguntas e respostas, a equipe vencedora foi a que conquistou mais arrecadações em produtos de higiene pessoal. A maratona obteve um resultado satisfatório, sendo arrecadado um montante considerável em: absorventes íntimos, desodorantes, xampu, condicionadores, escovas de dentes, creme dental e sabonetes corporais.

Ainda a partir desta fase, foram realizadas reuniões (presenciais e remotas) entre as docentes coordenadoras do projeto e os discentes participantes, na qual foram discutidas as metodologias a serem empregadas, os materiais cinesioterapêuticos a serem construídos, os materiais recicláveis a serem utilizados, a construção de fichas de avaliação e cartilhas educativas sobre: saúde e meio ambiente, coleta seletiva e construção dos aparelhos cinesioterapêuticos de baixo custo. Além disto, foram discutidas as literaturas científicas e bases de dados para consulta, objetivando referenciar cientificamente este trabalho.

Figura 3.1 – Maratona Solidária de Anatomia



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figura 3.2 – Arrecadações de produtos de higiene pessoal



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figura 3.3 – Cartilhas Educativas elaboradas



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figura 3.4 – Cartilhas Educativas elaboradas



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Data: 02/07/2022

Neste dia foi realizada a primeira visita presencial à Vila de Crioulas, onde toda a comunidade presente foi apresentada por seus líderes às docentes e aos discentes envolvidos na execução do projeto. Esta visita propiciou o primeiro contato com as mulheres quilombolas e ribeirinhas pertencentes à comunidade, às quais receberam informações pertinentes sobre o projeto. Após esse momento, as mulheres interessadas foram inscritas no projeto, e foi realizada a solicitação de coleta seletiva nas suas residências para a construção dos materiais.

Data: 03/07/2022

Nesta ocasião, foi realizada uma roda de conversa com as mulheres participantes do projeto, na qual foram discutidas questões mais aprofundadas sobre coleta

seletiva, o descarte do lixo orgânico e não orgânico. As participantes também foram ouvidas sobre como são suas relações com o meio ambiente e foi perguntado sobre quais seriam suas expectativas e anseios sobre o projeto, sendo também elucidadas as dúvidas que surgiram no momento.

Data: 20/08/2022

Neste dia foi realizada anamnese com avaliação cinético-funcional de cada participante; ao término de cada avaliação, foi realizado o “escambo”: cada mulher entregou os materiais coletados em casa à equipe executora do projeto e, em contrapartida, foi entregue a ela um kit de higiene pessoal, como forma de incentivo para a coleta seletiva. Além disso, foram realizadas sessões de relaxamento, autoalongamento e ventosaterapia. A ação deste dia foi finalizada com uma roda de conversa sobre saúde pélvica feminina, fortalecimento do assoalho pélvico, incontinência urinária e demonstração de exercícios pélvicos. Grande parte das mulheres demonstraram bastante interesse, contribuindo inclusive com relatos de experiências pessoais vivenciadas.

Figuras 3.5 – Avaliação cinético-funcional



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figuras 3.6 – Escambo – recebimento dos materiais coletados em casa



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figuras 3.7 – Escambo - Entrega dos kits de higiene pessoal para as participantes



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Figuras 3.8 – Roda de conversa



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Data: 03/09/2022

Nesta data foram reunidas as mulheres e a equipe para a execução da “Oficina de construção dos aparelhos cinesioterapêuticos”. No primeiro momento, foram distribuídas as cartilhas de construção dos aparelhos cinesioterapêuticos de baixo custo, depois, cada discente construiu um aparelho diferente com o auxílio das participantes do projeto, e, posteriormente, elas puderam fazer sozinhas. Foram utilizadas: garrafas plásticas (pets), cabos de vassoura e de rodo, canos de PVC, cantoneiras, fios de barbante, fitas adesivas, água e areia. Com estes materiais foram construídos: barras de peso, halteres, obstáculos para circuito e um andador terapêutico infantil. Ao término da oficina foram concluídas as visitas à Vila de Crioulas e o cronograma do projeto de extensão foi finalizado.

Figuras 3.9 – Oficina de construção dos aparelhos cinesioterapêuticos



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Durante todo o processo de execução deste trabalho até o seu término, observou-se que suas fases representam um conjunto de fatores que se relacionam de forma social e ecológica (Dickmann; Carneiro, 2021) e que poderão influenciar no desenvolvimento de mais qualidade de vida e informação para uma região onde o acesso tanto físico quanto comunicacional é mais restrito.

É notório que a falta de recursos e a dificuldade de acesso territorial são fatores que influenciam nas poucas ações desenvolvidas no local. Durante a realização deste projeto, por exemplo, a equipe também passou por algumas dificuldades relacionadas à locomoção nas estradas, bem como a dificuldade de embarcações disponíveis para acesso via rio Tocantins. Apesar disto, foi notável o acolhimento por parte da comunidade no desenvolvimento das ações propostas pelo projeto.

Neste sentido, o “Movimento Prosperar” contribuiu para o diálogo e a discussão de informações relacionadas à saúde feminina e ao meio ambiente, que poderão impactar diretamente na melhora da qualidade de vida destas mulheres, no que tange o ambiente ribeirinho e quilombola e as condições de saúde, considerando que o projeto também se comprometeu na formação destas mulheres como indivíduos capazes de gerar mudança social e ativos no processo saúde e doença (Conceição *et al.*, 2020).

Em uma perspectiva que leva em consideração a dialogicidade e coletividade entre as partes na construção dos conhecimentos, pode-se considerar que a participação dos discentes no projeto “Movimento Prosperar” ampliou a integração entre a comunidade acadêmica e sociedade, aumentando o conhecimento teórico-prático, social e cultural, bem como provocando mudanças significativas no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que este processo não é unilateral (Loureiro, 2020; Riabeiro, 2009).

Nesta conjuntura, afirma-se que a extensão universitária pode ser considerada um instrumento estratégico de integração e aproximação entre as IES e a sociedade, de forma que a universidade devolve para a sociedade contribuições relevantes por meio do fornecimento de serviços e conhecimentos a toda coletividade (Pereira *et al.*, 2021)

Ademais, vale salientar que a integração entre discentes de diferentes cursos de graduação da área da saúde direciona para discussões relacionadas à importância da interprofissionalidade no trabalho em saúde e educação. Sobre isso, Batista (2012, p. 25) afirma que “a Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se atualmente como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para

a integralidade no cuidado em saúde”, valorizando os princípios de integralidade na atenção à saúde e interdisciplinaridade expressos nas atividades presenciais com docentes e discentes de diferentes áreas.

Nesse contexto, pode-se afirmar que a interdisciplinaridade se apresenta como pilar fortalecedor da ideia de que a assistência à saúde realizada de forma multi e interprofissional é capaz de trazer benefícios satisfatórios para a qualidade de vida populacional. Outrossim, o contato com a população residente na Vila de Crioulas propiciou a abertura para possíveis novos projetos, uma vez que este contato ficou genuinamente estabelecido com uma relação de confiança entre os pesquisadores e as participantes, além de convites das mulheres quilombolas ribeirinhas e lideranças para futuras visitas e organização de novos trabalhos na comunidade em questão e nas áreas vizinhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hodiernamente, os campos de atuação da Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física transcende os muros da atuação reabilitadora e assistencialista e vêm construindo novos rumos. O projeto “Movimento Prosperar” é uma porção desta construção que propiciou a interação multidisciplinar, e a interação com novos espaços, pessoas e perspectivas de conhecimento e de trabalho, além de permitir a integração entre o ensino e a comunidade em prol de mudanças, considerando a indissociabilidade entre a pesquisa e a extensão desenvolvida pela IES.

Assim, torna-se clara a ideia de que a extensão, como um dos pilares indissociáveis da universidade, tem o objetivo de fortalecer a relação com a sociedade, propiciando conhecimento e benefícios mútuos entre as partes, pois assim “a universidade recebe de volta a oportunidade de aprender com a comunidade e de poder exercer o papel gratificante de melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio da busca de mudanças positivas no meio onde está inserida” (Pereira *et al.*, 2021, p. 10).

Nesse sentido, foi possível compreender o ensino, a pesquisa e a extensão não apenas como meros pilares universitários preconizados, mas sim como fatores primordiais da universidade para a formação de profissionais reflexivos, críticos, humanizados e sensíveis a questões sociais. O caráter positivo e acolhedor da comunidade quilombola no projeto, bem como a aceitação e aplicação das propostas apresentadas, demonstra, sem dúvidas, que é imprescindível a realização de mais projetos de extensão voltados para educação em saúde nestes ambientes.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS, v. 2, janeiro 2012.

CONCEIÇÃO, D. S. et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.

PIRES, J. O. et al. Importância de Projeto de Extensão na Prática Clínica do Fisioterapeuta. J Health Sci, v. 20, n. 4, p. 271-6, 2018.

DICKMANN, I.; CARNEIRO, S. M. M. Educação Ambiental Freiriana. Chapecó: Livrologia, 2021.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & saúde coletiva, v. 19, p. 847-852, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/breu-branco.html>. Acesso em: 03 nov. 2022.

LOUREIRO, C. F. B. Contribuições teórico-metodológicas para a educação ambiental com povos tradicionais. Ensino, Saúde e Ambiente, 2020.

PEREIRA, A. C. et al. A extensão universitária como ferramenta de aproximação da comunidade: estudo sobre o projeto de extensão CCA de portas abertas da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Colóquio Internacional De Gestão Universitária – CIGU, XX, 2021, Santa Catarina. Anais [...], Santa Catarina: UFSC, 2021, p. 1-12.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. Cadernos Cedes, v. 29, p. 335-346, 2009.

ATENDIMENTO A CRIANÇA DA ETNIA WARAO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mauricio Leonardi da Silva Dias^I; Milena Coelho Fernandes Caldato^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/0024927538524351>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/9477878606835309>

INTRODUÇÃO

Os povos originários, em seu contexto histórico, sofreram muitas perdas, não apenas de sua soberania territorial, mas também de seus direitos à vida. Isso tem impactos até o presente, com a invasão de seus territórios, a extinção de suas tradições e a submissão a problemas de saúde para os quais eles não estavam preparados. Além disso, muitos povos nativos têm sua cultura e identidade ameaçadas, com o fim de suas línguas e a perda de suas práticas tradicionais. É importante destacar que esses problemas são resultados de colonização e políticas governamentais discriminatórias (Borges, 2020).

As políticas de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) para os povos originários foram implementadas em 2002 com o objetivo de aplicar diretrizes de assistência respeitando a cultura desses povos. No entanto, mesmo com as garantias constitucionais de 1988, essas políticas enfrentaram dificuldades para efetivamente garantir os direitos em saúde dos indígenas. Por isso, foi criada a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, pela Fundação Nacional de Saúde (Brasil, 2002).

Ainda existe uma lacuna de conhecimento sobre os costumes dos povos nativos, o que, combinado com o preconceito da imposição cultural colonialista, resulta em uma falta de atendimento pleno pelo SUS. Isso é um reflexo da história de colonização e opressão que os povos enfrentaram e continuam enfrentando, o que tem sido um obstáculo para garantir o acesso pleno à saúde e a outros direitos básicos. É importante lembrar que esses problemas são o resultado de anos de discriminação e opressão, e é preciso trabalhar para garantir justiça e igualdade para todos (Coimbra, 2000).

O SUS tem sido despreparado para atender às necessidades da população indígena, seja devido às dificuldades geográficas em alcançar comunidades isoladas e

distantes, mas por falta de protocolos adequados para proporcionar um atendimento pleno a essa comunidade. Algumas estratégias que podem ser implementadas para criar um vínculo sustentável que respeite a cultura e os costumes desses povos e garanta a saúde plena, incluem o atendimento em loco, a formação de profissionais da saúde que estejam familiarizados com as necessidades desses povos e o aprimoramento de protocolos de atendimento que levem em conta as particularidades da cultura indígena (Cecilia Suárez-Mutis, 2021).

Este artigo busca relatar uma experiência de atendimento a uma criança da etnia Warao com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento aos povos originários. O relato de experiência é uma forma valiosa de compartilhar conhecimento baseado na vivência do profissional ou acadêmico. Além disso, os relatos de experiência podem ser úteis para a reflexão e o aprimoramento de práticas profissionais, bem como para a compreensão de desafios e soluções encontradas em diferentes contextos de atendimento (Freitas Mussi, 2021).

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo relata a experiência de um profissional médico que enfrentou desafios no atendimento pelo SUS de uma criança da etnia Warao. Esses desafios incluem as dificuldades étnicas e culturais, a dificuldade linguística e a falta de um protocolo bem definido para um atendimento médico de qualidade aos povos originários.

RESULTADOS

Há muitas dificuldades da população para o ter acesso aos serviços médicos, algumas vezes utilizam e criam redes de trabalho para poderem suprir as deficiências que o SUS impõem em seu cotidiano. Algumas vezes, durante nossas atividades profissionais, as pessoas buscam profissionais especializados como uma alternativa para o atendimento pediátrico. Neste caso, foi solicitada ajuda para atender um recém-nascido da etnia Warao, procedente da Venezuela, que apresentava uma síndrome infecciosa cujo sinal principal era hipertermia - um quadro grave em recém-nascidos.

Orientei os profissionais envolvidos com a família da criança a buscar ajuda em um serviço de urgência em Pediatria, pois o quadro poderia agravar e levar ao óbito. É importante lembrar que, em casos de emergência, é fundamental procurar atendimento

médico profissional para garantir o cuidado adequado e evitar o agravamento do quadro de saúde. Embora a família tivesse seus aspectos culturais e linguísticos respeitados, ela não estava disposta a colaborar com as melhores práticas de saúde para ajudar seu filho.

A situação era muito angustiante, pois, de acordo com o atual nível de conhecimento, a febre pode ser um grave distúrbio de saúde, como a sepse, que pode levar ao choque séptico e, em alguns casos, pode ser fatal em poucas horas. A família continuou relutante, possivelmente porque na comunidade em que estavam instalados, na região metropolitana de Belém, havia um "curador" conhecido como "pajé", que era visto como o verdadeiro médico e cujos procedimentos eram considerados suficientes para curar a criança. No entanto, ao ser questionada sobre o estado de saúde da criança nos dias seguintes, a família relatou que ela não havia melhorado, pelo contrário, estava piorando, apresentando novos sintomas como recusa alimentar e distensão abdominal.

Com a situação parecendo piorar a cada dia, solicitamos aos colegas que estavam diretamente ligados à comunidade e família da criança procurassem argumentar urgentemente sobre a necessidade de um atendimento médico profissional adequado, pois, sem ele, o pior poderia acontecer. Sugeriu-se o uso de medidas judiciais promovidas pelo Conselho Tutelar da Infância para garantir o atendimento médico.

Finalmente, o recém-nascido foi levado para uma maternidade de referência na região metropolitana, onde foi realizado um atendimento de saúde com um protocolo bem estabelecido para essa situação. O diagnóstico foi confirmado como sepse e o paciente recebeu tratamento com antimicrobianos, além de ter sido monitorado por outros possíveis riscos. Após sete dias de internação, a criança recebeu alta em boas condições de saúde. A família teve total adesão as medidas implementadas pelo hospital e o desfecho foi o melhor para o paciente.

DISCUSSÃO

Além das dificuldades geográficas, o fato de os povos originários possuírem sua própria cultura, língua e costumes pode dificultar a aproximação dos serviços de saúde (Silva, 2021). As práticas ancestrais e o direito de possuir autonomia em suas atividades cotidianas relacionadas à saúde ainda são frequentemente ignorados. Existem poucas políticas que os ajudem a manter sua autonomia como povo e as diretrizes em saúde muitas vezes não levam em consideração os seus costumes (Moura, 2021).

É importante lembrar que os direitos desses povos em possuir autonomia nas suas atividades cotidianas e no tratamento de doenças devem ser respeitados. As maneiras de lidar com as doenças pode diferir das práticas médicas atuais, mas isso não significa que suas crenças devam ser ignoradas. É importante lembrar que, apesar da ciência moderna ser uma fonte valiosa de conhecimento, ela também pode ser influenciada por vieses. Portanto, é fundamental considerar as evidências científicas, mas também levar em conta as crenças e práticas dos povos nativos na abordagem do tratamento de doenças (Santos, 2018).

Para garantir um atendimento eficaz e respeitoso, é importante compreender as particularidades de cada comunidade, incluindo suas crenças, costumes e modo de vida. Isso permite a implementação de práticas técnicas eficazes que possam ajudar essas comunidades sem ferir suas tradições (Nascimento, 2020).

É preciso compreender a maneira como cada povo vive, com suas características e costumes diversos, para que as melhores práticas de atendimento possam alcançá-los de maneira eficaz sem violar sua cultura. No entanto, em caso de risco de morte, é fundamental priorizar as melhores práticas médicas para garantir o direito constitucional à vida, principalmente em uma criança vulnerável. Se faz necessário encontrar um equilíbrio entre as medidas técnicas da medicina e a garantia do direito constitucional à cultura dos povos nativos das Américas (Landgraf, 2019).

CONCLUSÃO

No contexto do relato de experiência apresentado, é possível observar as dificuldades encontradas na tentativa de garantir o acesso aos serviços de saúde adequados para uma criança da etnia Warao. Há desigualdades sociais, falta de respeito aos costumes e crenças dessa comunidade e dificuldades técnicas para oferecer um atendimento adequado pelo SUS.

É importante destacar que os povos originários das Américas já sofreram grandes perdas de vidas e territórios desde o início da colonização europeia, e ainda há muito a ser feito para mitigar essas perdas e garantir o respeito à cultura, costumes e crenças desses povos. É necessário esforço para compreender essas particularidades e promover mudanças que possam contribuir para a garantia de direitos e qualidade de vida dessa comunidade.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira; SILVA, Ilce Ferreira da; KOIFMAN, Rosalina. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2237-2246, 2020.

CECILIA SUÁREZ-MUTIS, Martha et al. Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos indígenas no enfrentamento da COVID-19: um olhar dos atores nas lives.

COIMBRA JÚNIOR, CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):125-32.

SILVA, Edivania Cristina et al. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 1, p. e5413-e5413, 2021.

FREITAS MUSSI, Ricardo Frankllin; FLORES, Fabio Fernandes; DE ALMEIDA, Claudio Bispo. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, v. 17, n. 48, p. 1-18, 2021.

MOURA, Allyne Dayse Macedo; BOAVENTURA, Luís De Camões Lima; NEVES, Rita De Cássia Maria. Povos indígenas no Rio Grande do Norte, direitos e ações em tempos de Covid-19. *Espaço Ameríndio*, v. 15, n. 2, p. 119, 2021.

NASCIMENTO, Pâmila Gomes; MENDES, Mariana Idnês de Oliveira Interaminense; DE ARAÚJO, Andrey Hudson Interaminense Mendes. Compreensão da adversidade ao acesso à saúde dos povos indígenas: uma revisão da literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 7, p. 504- 515, 2020.

LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190166, 2019.

SANTOS, Lucinete Duarte dos Santos Duarte et al. CULTURA INDÍGENA: Dificuldades enfrentadas por esta população a ser atendida dentro dos Princípios do SUS. *Revista de trabalhos acadêmicos—universo belo horizonte*, v. 2, n. 3, 2018.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lêda Lima da Silva^I; Franklin Coelho Nascimento^{II}; Sarah Jennyfer Lima Lopes^{III}; Marina Arouck Gabriel Simões^{IV}; Katia Simone Kietzer^V

^I<http://lattes.cnpq.br/4895764221437127>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/3713530416828519>

^{III}<http://lattes.cnpq.br/6568877852734459>

^{IV}<http://lattes.cnpq.br/4971551776586412>

^V<http://lattes.cnpq.br/7986644672973004>

INTRODUÇÃO

A Amazônia se caracteriza por grandes dimensões geográficas e por possuir vasta riqueza natural, com uma extensa biodiversidade em sua fauna e flora, atraindo interesse mundial pela necessidade crescente da preservação do meio ambiente. Em meio os aspectos naturais, encontram-se diversas etnias de povos indígenas, os quais habitam locais remotos e distantes dos centros urbanos, muitas vezes esta população possui acesso remoto aos serviços de assistência à saúde (Mendes *et al.*, 2018).

Desta forma, as distâncias geográficas na Amazônia se apresentam como um dos maiores obstáculos a serem enfrentados, no intuito de se levar assistência em saúde de qualidade e a provisão de ações interiorizadas, tanto na atenção primária, secundária ou de alta complexidade. Tal fato direciona na falta de ações que venham fazer frente aos contextos problemáticos no cenário da saúde da população indígena, dificultando ainda mais o acesso destas populações aos serviços de saúde (Garnelo; Sousa; Silva, 2017).

Desta forma, várias iniciativas vêm sendo construídas para melhorar a assistência à saúde das populações indígenas e o acesso destas a todos os níveis de atenção à saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foram criadas o subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que teve o intuito de reestruturar a atenção básica à saúde da população indígena, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002).

A PNASPI prevê atenção diferenciada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas, objetivando

prioritariamente o desenvolvimento da atenção primária à saúde, com empenho especial à integralidade da assistência. No entanto, desafios importantes se sobrepõem à implementação efetiva desta política pública de saúde, dificultando a assistência às populações indígenas a um sistema organizado de promoção, prevenção, proteção, profilaxia, tratamentos primários e vigilância em saúde, levando à população indígena a deterioração progressiva de sua saúde e busca de atenção especializada no SUS (Mendes *et al.*, 2018).

Pretende-se neste documento realizar um relato de experiências referente à assistência prestada à três crianças indígenas, das etnias Waiwai, Munduruku e Parakanã, respectivamente, atendidas em um hospital de referência na assistência materno-infantil no Estado do Pará, que se caracteriza por ser um serviço de Atenção Secundária à Saúde. Além, de realizar a descrição das trocas interculturais relacionadas à estas populações.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência contemplando à assistência à saúde prestado à três crianças indígenas, atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), das etnias Waiwai, Munduruku e Parakanã, sendo as duas primeiras ficaram internadas na Enfermaria de Pediatria, e a terceira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Objetivando-se igualmente, a descrição da troca intercultural ocorrida entre as crianças e seus familiares, com os profissionais de saúde desta instituição.

Será efetuado um relato histórico, do contexto de saúde suscinto, cultural, linguístico e de convivência com as crianças e seus familiares, no âmbito do ambiente hospitalar, Atenção Secundária à Saúde. A FSCMP é um hospital público, que atende exclusivamente aos usuários do SUS, caracterizada por ser a referência em saúde materno-infantil, no Estado do Pará, no Norte do Brasil e na Amazônia Legal.

DESCRIÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

Caso 1 – Criança da Etnia Waiwai

O primeiro caso relatado nesta pesquisa, aconteceu no primeiro semestre de 2005, e foi marcado pela presença carismática de um garoto de 8 anos de idade, da Etnia Waiwai. O pequeno Waiwai deu entrada no hospital acompanhado de sua genitora e um

agente da FUNAI (atualmente SESAI), na ocasião de sua admissão hospitalar apresentava quadro de pneumonia, com desconforto respiratório, acompanhado por desnutrição grave, cabelos finos e quebradiços e palidez importante. Além da hepatopatia à esclarecer e do diagnóstico vacinal atrasado, visto que recebeu somente as imunização ao nascer.

Após o tratamento do quadro infeccioso inicial, recuperação do estado nutricional e atualização do calendário vacinal, foi iniciado a investigação do seu quadro hepático. Neste interim, o menor Waiwai aprendeu a falar português e passou a interagir com a equipe de saúde e com os demais pacientes da enfermaria diariamente.

Waiwai brincava cotidianamente no pequeno zoológico da FSCMP, durante as atividades com a equipe da Terapia Ocupacional descobriu o lápis de cor. Ele abstraía sua visão apaixonada pela natureza através de desenhos fantásticos, os quais, eram negociados como forma de troca de favores, e desta forma o pequeno Waiwai passou a trocar as suas obras de arte, por caixas de lápis de cor. No momento em que as atividades do zoológico eram encerradas, Waiwai passava o resto do seu dia na brinquedoteca da instituição, ou fazendo seus desenhos gratuitamente para as crianças que se encontravam internadas com ele na enfermaria, pois só cobrava a troca por lápis de cores com os profissionais de saúde.

No entanto, apesar de tanta alegria e vontade de viver, Waiwai foi diagnosticado com cirrose e entrou na fila de transplante do SUS. Devido a espera por um leito no Sudeste do Brasil e um órgão compatível para execução do transplante hepático, o pequeno Waiwai apresentou piora progressiva do seu sistema imunológico, adquirindo no ambiente hospitalar um quadro de sepse grave, que o levou à óbito.

Foi marcante para a equipe interdisciplinar lidar com um ser humano tão especial, e a despedida do menor Waiwai foi marcada por extrema tristeza e consternamento da equipe assistencial. A partir de então, o zoológico da FSCMP que se chamava “Arca de Noé”, passou a ser chamado pelo nome de “Waiwai V...”, em homenagem ao lindo menor que o amava tanto, e que era amado por todos.

A formação da identidade Waiwai, como acontece com muitos grupos indígenas das Guianas, é um processo complexo que envolve tanto a visão externa sobre essas comunidades quanto a autopercepção dos próprios Waiwai. O termo “Waiwai” é usado aqui no sentido atribuído pelos próprios indígenas, reconhecendo que não se trata de um grupo étnico único e homogêneo.

Muitos indivíduos dentro das comunidades Waiwai se identificam com denominações mais específicas, como Hixkaryana, Mawayana, Karapawyana, Katuenayana e Xerewyana. As expedições Waiwai em busca de "povos não vistos" possibilitaram (e ainda possibilitam) uma intensa troca com outros povos, resultando em casamentos e convites para que famílias inteiras se juntem às comunidades Waiwai, como exemplificado no relato mencionado.

Durante a vivência desta experiência foi possível observar o valor humano, cultural no modo de viver da criança indígena Waiwai, demonstrado através do amor que eles possuem pela natureza, fauna, flora e pela comunidade. Interessante observa os campos de interesse da criança Waiwai e suas brincadeiras, além das relações econômicas, visto que dentre as práticas da agricultura, caça e pesca, possuem habilidades artísticas, por isso costumam trocar artesanatos por objetos industrializados, como ocorreu no caso descrito.

Neste caso específico, constatou-se que o atendimento primário à saúde foi deficiente devido a falhas nas políticas públicas e à dificuldade em implementar, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Brasil, 2002).

Fato constatado por PIRES, et. al, pois afirmam em seu estudo que apesar da criação do SASI objetivar a facilitação e a melhoria do acesso da população indígena aos serviços de saúde, ainda hoje observa-se muitos entraves para a sua efetivação e consolidação. Estes autores, também pontuam a importância da aproximação entre gestores, profissionais de saúde e órgãos relacionados às questões indígenas precisam estar próximas a esta população, de forma integrativa e correlacionada com o objetivo principal de sanar as dificuldades encontradas na execução dos seus direitos de saúde, respeitando a cultura e a diversidade humana destes povos (Pires *et al.*, 2020).

Caso 2 – Criança da Etnia Munduruku

O segundo relato de experiência, aconteceu em agosto de 2016, e foi marcado pela presença de um garoto de 7 anos de idade, da Etnia Munduruku. A criança Munduruku foi admitida apresentando quadro de hepatomegalia, desnutrição e esquema vacinal desatualizado. Inicialmente ficava sob a supervisão de sua mãe, como ambos falavam a língua Munduruku, a comunicação era realizada por meio do intérprete, um agente da

FUNAI (atual SESAI), o qual realizava relatórios diários e comunicava à mãe sobre a condição do menor.

O menino Munduruku era tímido, passava pouco tempo na brinquedoteca da enfermaria, mas gostava de brincar no zoológico “Waiwai V.”, sempre na companhia de sua genitora. Após 15 dias de internação na Enfermaria da FSCMP, passou pelo procedimento de biópsia hepática. Com 21 dias, a mãe foi substituída pelo pai do menor, que era o chefe da tribo.

O senhor Munduruku era um homem forte, com semblante sério e de poucas palavras com a equipe interdisciplinar, porém muito amável com o seu filho. Falava fluentemente o português, e a comunicação se dava de forma satisfatória. Logo foi entendido pela equipe, que a criança seria o guerreiro sucessor na linha hierárquica, no comando da tribo, pois era seu segundo filho, de um total de quatro crianças, sendo a primogênita uma menina.

Sob os cuidados do pai, e sem o resultado da biópsia hepática, que iria determinar o tratamento da criança, passou a imperar um ambiente de ameaças, onde o pai, líder da tribo, deu início a promessa de que os guerreiros sob sua liderança iriam atacar a equipe interdisciplinar, com flexas venenosas. Em decorrência das ameaças constantes de violência, mesmo em acompanhamento da equipe de psicologia, assistente social e terapeuta ocupacional do hospital, o trabalho tornou-se mais estressante e resignado, visto que na ocasião havia apenas um laboratório de exame histopatológico conveniado à Instituição.

Em virtude de todo o cenário ocorrido e as inúmeras intempéries, foi necessário buscar ajuda através de uma professora, da Universidade Federal do Pará, a qual, trabalhava no referido laboratório, e a partir de sua enorme experiência, com doenças hepáticas, acabou diagnosticando uma doença genética extremamente rara, provavelmente resultante de sua cultura que adota os casamentos consanguíneos, visto que a mãe e o pai eram primos de primeiro grau. Em seguida, a criança foi transferida para um centro de referência em São Paulo, Sudeste do País, e teve a possibilidade de receber um transplante hepático, que veio a salvar sua vida.

Os Munduruku estão situados em diversas regiões e territórios nos estados do Pará, Amazonas e Mato Grosso. Habitam geralmente regiões de florestas, às margens de rios navegáveis, sendo que as aldeias tradicionais da região de origem ficam nos chamados “campos do Tapajós”. A população Munduruku concentra-se majoritariamente na Terra

Indígena de mesmo nome, com a maioria das aldeias localizadas no rio Cururu, afluente do Tapajós (<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Munduruku>).

Os Munduruku se caracterizam como um povo guerreiro, em virtude da necessidade de defesa de sua territorialidade e os constantes conflitos de grilagem, garimpos, construção de hidrelétricas e desmatamento de terras. As crianças possuem papel de destaque devido a sua função de sucessão hierárquica, necessária para se manter o contingente de guerreiros que a tribo considera necessária às atividades de defesa.

Pelo fato de suas terras estarem concentradas em áreas que possuem ouro, os Munduruku passaram a desenvolver atividades aurífera, entre as décadas de 50 e 90. Porém, devido ao adoecimento de muitos indígenas e danos socioculturais, em decorrência desta atividade, algumas comunidades Munduruku voltaram às atividades florestais sustentáveis, objetivando agregar valor aos produtos extraídos da floresta, como a borracha, a castanha e a copaíba. Assim, os Munduruku priorizam a defesa do seu território, além da preservação dos recursos naturais e culturais de seu povo.

Resultante do convívio com os homens de língua portuguesa, os Munduruku realizam atividades comerciais, onde produzem farinha a partir da mandioca e coletam castanhas, e obtêm produtos industrializados, como sal, açúcar, sabão, roupas, sandálias, combustíveis, entre outros. Observa-se neste segundo caso a evolução no atendimento secundário à saúde, através da melhoria na agilidade assistencial, pois diferentemente do primeiro relato, o qual a criança veio a óbito, houve uma evolução exitosa do quadro clínico do menor. Portanto, notou-se um avanço, mesmo que irrisório na transferência via SUS e resolutividade do caso, quando se compara o ano de 2005 ao de 2016, o que possibilitou salvar a vida do pequeno guerreiro Munduruku.

Caso 3 – Criança da Etnia Parakanã

O terceiro relato de caso ocorreu em setembro de 2021. Tratava-se de um paciente do sexo feminino, com apenas 5 dias de vida, procedente do município de Novo Repartimento. Deu entrada com quadro de convulsão a esclarecer. A criança deu entrada, em uma bacia de banho de alumínio, apresentava-se hipotônica, letárgica, cianótica, respirando superficialmente, com vias áreas fechadas, devido flexão da região cervical. Realizado os cuidados imediatos, com melhora do quadro respiratório da recém-nascida, mantendo o quadro neurológico.

A recém-nascida veio acompanhada de um agente da SESAI, de sua avó materna e de sua mãe, que tinha 18 anos. Um dos principais problemas foi a dificuldade em obter a anamnese da criança, visto que o agente da SESAI estava em processo de aprendizado do idioma falado pelas mulheres Parakanã. Desta forma, a comunicação se deu de maneira laboriosa, sendo coletada em torno de duas horas.

A mãe adolescente já havia tido duas gestações anteriores, teve três partos vaginais, contando com a atual, escondeu da família a gestação e não realizou pré-natal. Na penúltima gestação, o recém-nascido foi internado em Hospital de Grande Porte no interior do Estado, com quadro semelhante ao do irmão, apresentando convulsões reentrantes, este evoluiu a óbito após um mês de internação.

Inicialmente, imaginava-se que fosse quadro de meningite, que fora descartado nos primeiros dias de internação hospitalar. Como a mãe já havia perdido outro filho com quadro de idêntico, elencou-se a possibilidade de uma doença do sistema nervoso por consequência de casamento consanguíneo, alguma malformação do sistema nervoso central, doença genética ou erro inato do metabolismo. A fim de que o diagnóstico fosse esclarecido, diversos exames de imagens e laboratoriais, foram solicitados, mas devido a gravidade da menor os exames de imagem não puderam ser realizados.

A criança além de episódios convulsivos, apresentava cardiopatia congênita complexa. Foi encaminhada para o hospital de referência em cirurgia cardíaca, porém possuía mal prognóstico cirúrgico, evoluindo à óbito com 45 dias de vida, com diagnóstico neurológico indefinido. Os Parakanã são habitantes tradicionais do interflúvio Pacajá-Tocantins. Falam a língua tupi-guarani pertencente ao mesmo subconjunto do Tapirapé, Avá (Canoeiro), Asurini e Suruí do Tocantins, Guajajara e Tembé.

Trata-se um grupo indígena isolado, que vive distante dos grandes rios amazônicos, vivem da horticultura, destacando-se o cultivo da mandioca, são tipicamente índios de terra firme, não canoeiros, e exímios caçadores de mamíferos terrestres. Possuem a tradição de casamento consanguíneo, o que pode estar associado a diversas patologias associadas a esta característica matrimonial.

Neste caso em especial, ressaltou-se a necessidade constante de um agente interlocutor que permita a comunicação entre a equipe de saúde e os acompanhantes da criança indígena, contudo, existe uma sobrecarga por conta do pequeno número de agentes da SESAI, logo, observa-se mais um ponto característico na falta de políticas públicas de saúde que possam atender a esta grande e complexa demanda.

As populações indígenas amazônicas sofrem com a falta de investimentos em saúde que possam contemplar as aldeias mais distantes, por conseguinte, devido ao alto custo operacional resultante das gigantescas distâncias geográficas. Tal cenário tende a elevar a insuficiência do custeio das ações de sistemas municipais de saúde cronicamente fragilizados e com dificuldade em manter coberturas assistenciais adequadas (Machado 2007).

Existem esforços pujantes para melhorar a qualidade de vida e de assistência à saúde das Populações Indígenas. A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que teve como tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, trouxe discussões e propostas significativas, que visam “avaliar tudo o que já foi feito, criticar o que não está bom, reconhecer as conquistas e, principalmente, ajudar a melhorar o que vem sendo feito e indicar o que ainda precisa ser realizado” (Brasil, 2015).

Trata-se de um documento histórico, que representa um marco regulatório na concretização dos direitos indígenas regulamentados pela Constituição Federal de 1988. O relatório final foi organizado de forma sistemática a fim de serem implementadas ações bem determinadas, em quatro Eixos Temáticos:

- I. **Eixo Temático – Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo**, onde as propostas abrangem Avanços e Desafios: na Atenção Básica para os Povos Indígenas; na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas; na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais; no Financiamento para a Saúde Indígena; na Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- II. **Eixo Temático – Controle Social e Gestão Participativa**, onde a proposta engloba Avanços e Desafios no Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- III. **Eixo Temático – Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional**, onde a proposta incorpora Avanços e Desafios para o Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas.
- IV. **Eixo Temático – Saneamento e Edificação de Saúde Indígena** onde a proposta inclui Avanços e Desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde (BRASIL, 2015).

No relato das experiências, houve um avanço dos cuidados e das intervenções prestadas à saúde das crianças indígenas. A criança Waiwai, atendida em 2005, evoluiu à óbito, antes de ter tido a oportunidade de ser submetido ao transplante hepático, necessário para a manutenção de sua saúde. Diferentemente do menor Munduruku, que em 2016 foi transferido para cuidados avançados em saúde, no Sudeste do País, e foi submetido a este procedimento, que salvou a sua vida. No entanto, ambas as crianças se encontravam em desnutrição e com esquemas vacinais desatualizados à admissão hospitalar, demonstrando a necessidade de intervenções e investimentos na Atenção Primária à Saúde, como preconizado e reivindicado no relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2015).

Pode-se inferir igualmente que houve um descaso na Atenção Primária à Saúde em relação aos cuidados maternos prestados à genitora da recém-nascida Parakanã, internada em setembro de 2021. A mãe adolescente, na terceira gestação, com histórico pregresso de um filho que evoluiu à óbito nas mesmas condições que a criança atual, não realizou assistência pré-natal e não teve acesso ao planejamento familiar também preconizado no relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2015).

Políticas de austeridade fiscal, como a implementada a partir de 2019, podem intensificar desigualdades preexistentes, especialmente para populações que dependem exclusivamente do SUS, dificultando a identificação de áreas específicas onde essas desigualdades se agravam. A redução de recursos federais, somada à distribuição desigual de tributos, compromete a capacidade financeira dos municípios, principalmente os menores e/ou com baixa arrecadação, que têm recebido responsabilidades crescentes na oferta de serviços de saúde (Louvinson, 2019).

REFERÊNCIAS

Brasil. Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. 2015.

Garnelo, Luiza; Sousa, Amandia Braga Lima; da Silva Clayton de Oliveira
Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciência e saúde coletiva. 22 (4). Abr 2017.

Louvison, Marilia Cristina Prado. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. Cadernos de Saúde Pública 2019; 35 Sup 2:e00116019.

Machado, A. M. 2007. De incapaz a mestrando. Tellus. 7 (13). Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/146>. Acessado em: 16/11/2024

Mendes, A.M.; Leite, M.S.; Langdon, E.J.; Grisott, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Opinião e Análise. Revista Panamericana de Saude Publica 42 (06). Nov 2018.

Pires, J. C. P. et al. Percepções de indígenas da Amazônia acerca do Sistema Único de Saúde e acesso aos serviços. Brazilian Journal of Health Review. 3 (6), 2020.

SEÇÃO III

ATENÇÃO À SAÚDE NA POPULAÇÃO LGBTIQA+



PROJETO CASULO: RELATANDO A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS

Ana Paula Oliva Reis^I; Marcia Bitar Portella^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/9163239318451872>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/9865172579876286>

INTRODUÇÃO

O Processo Transsexualizador compreende uma linha de cuidado implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria GM nº 457, de 19 de agosto de 2008 (Brasil, 2008) e ampliada pela Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013). Tem por objetivo à atenção e cuidado integral a pessoas transexuais e travestis que tenham o desejo de realizar modificações corporais por meio da adequação da aparência física e da função das características sexuais, ao gênero em identificação.

Segundo Petry (2011) é necessário o entendimento do que se diagnostica, no discurso biomédico, como pessoa transexual. Assim, para ser considerado transexual, a pessoa deve apresentar características anatômicas de um dado sexo biológico, sem diferenciações físicas em relação aos seus pares e, apesar de não apresentar alterações anatômico, cromossômico, hormonal e somático, deve ser dotada de entendimento pessoal de pertencer ao outro sexo. Aqui em destaque, a transexualidade precisa ser entendida como um desejo e uma necessidade interna, constante e permanente, de mudança sexual apresentada.

O histórico de violência, exclusão e preconceito sofrido pelas pessoas transgênero no Brasil é antiga e ratifica a necessidade de olhar para a integralidade do cuidado a este grupo no âmbito do SUS. Nesse sentido, a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), através do dever social de trabalhar pela defesa de políticas inclusivas que colaborem para dirimir estigmas, discriminações e promover ressignificações, acolhimento e visibilidade de segmentos historicamente marginalizados na sociedade, incluiu em sua pauta a reestruturação do processo transsexualizador no Estado do Pará. O presente artigo tem por objetivo a narrativa de um relato de experiência com a população transgênero vivida pela autora.

A publicação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, pela Organização das Nações Unidas (ONU), inaugurou uma nova era de cooperação internacional e esforços nacionais, com o lema central de não deixar ninguém para trás. Tal compromisso implica garantir o acesso, sem discriminação, a serviços de saúde adequados, oportunos e de qualidade a todas as pessoas e comunidades, reconhecendo as necessidades específicas de cada população e levando em conta as diversidades e as singularidades (OPAS, 2017).

A sexualidade, considerada pela OMS como um pilar da qualidade de vida, é um direito de todos e se define como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social ligado a ela. A sexualidade pode ser afetada por diversos fatores, incluindo comportamento sexual, atitudes, biologia e genética, sendo validada por uma vivência sexual saudável (WHO, 2017). Além disso, é influenciada por uma variedade de aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos.

No caso das pessoas transexuais, que possuem identidades de gênero diferentes das impostas pelas normas heteronormativas, há uma ruptura com a ideia de que o sexo biológico determina a identidade de gênero. Por isso, assim como qualquer pessoa que não se encaixe na lógica binária, elas são vistas com estranheza (Santos e Melo, 2019).

O Brasil é um país extremamente preconceituoso à população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queers, Intergênero, assexual e outros) e, dentre esses sujeitos, as pessoas travestis e transexuais são as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde, em razão de uma transfobia institucionalizada nos serviços, as quais, ainda está ligado ao preconceito por outros determinantes sociais como pobreza, raça/cor, aparência física, bem como por causa da escassez de serviços de saúde específicos (Rocon *et al.*, 2016; Santos; Melo, 2019).

A exclusão social e as violências sofridas por essa população resultam em muitos de seus problemas de saúde estarem relacionados a condições sociais (São Paulo, 2020). Cerca de 2% da população adulta brasileira, ou seja, aproximadamente 3 milhões de pessoas, se identificam como transgênero ou não binário. As particularidades desse grupo exigem que o SUS se organize melhor e ofereça respostas para um cuidado integral (Gonçalves *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o processo transexualizador compõe a política de saúde brasileira e foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 457/2008 (Brasil, 2008) e ampliada pela Portaria nº 2803/2013 (Brasil, 2013), onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica, como parte da assistência à saúde destinada a pessoas transexuais. Esta portaria normatiza o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a atenção.

Com base nesse arcabouço legal, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes técnicas e éticas para o Processo Transexualizador no SUS, buscando garantir a universalidade, o acesso e a integralidade no atendimento, focando nas dimensões físicas e psicossociais da transformação fenotípica e social da transexualidade, especialmente na atenção especializada. A norma brasileira se destaca ao definir parâmetros éticos para o processo de atenção à saúde, enfatizando a autonomia e o combate aos problemas decorrentes da discriminação (Santos; Melo, 2019).

A Atenção Básica, como nível de atenção que oferece um espaço privilegiado na gestão do cuidado, tem um papel estratégico na rede de atenção. Portanto, é fundamental planejar e organizar os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para garantir o acesso e a oferta de saúde para essa população (BRASIL, 2017). Isso foi reforçado na Nota Técnica Projeto Casulo nº 1/2022/SESPA, que estabelece a atenção básica como porta de entrada para o processo (Pará, 2022).

Uma das necessidades de saúde específicas dessa população é a prescrição e dispensação de hormônios para alcançar as transformações corporais desejadas. A dificuldade em acessar cuidados especializados frequentemente leva à automedicação, muitas vezes com hormônios inadequados em tipo, dose e/ou forma de aplicação, resultando em efeitos adversos e problemas de saúde. É importante ressaltar que a hormonização é um direito dessa população, assim como qualquer outra demanda de saúde individual (São Paulo, 2020).

Estudos apontam que as pessoas trans não têm conseguido ser assistidas nos serviços de atenção primária em saúde em suas demandas mais elementares. A rede básica de saúde, que deveria estar preparada para atender às necessidades de saúde de qualquer pessoa, seja qual for a expressão de gênero, tem se revelado, continuamente, como uma barreira de acesso às pessoas trans, seja por ações explicitamente preconceituosas e discriminatórias, seja por total ausência de interesse e qualificação de seus profissionais (Santos, 2020).

Os serviços da Atenção Especializada no Processo Transexualizador oferecem atendimento ambulatorial (acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia) e hospitalar (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório). Ademais, Almeida e Murta (2013) enfatizam que a abordagem multiprofissional é fundamental para uma atenção integral, que não se limite a intervenções físicas. Para os autores, a presença de uma equipe multidisciplinar reconhece a complexidade dos impactos subjetivos e sociais das modificações corporais e da trajetória de vida da população trans em todas as etapas da transição de gênero. Entre esses impactos, destaca-se a frequente ruptura de laços familiares e sociais, resultando em uma rede de apoio emocional e econômica fragilizada para muitas pessoas.

O processo transexualizador em sua dimensão ambulatorial prevê a dispensação hormônios estrógenos e andrógenos. Este é um aspecto descrito como uma dificuldade na garantia ao acesso aos medicamentos o processo de compra via licitação, pois as empresas tendem a não participar do processo pelo quantitativo solicitado que nem sempre é interessante. Outro dificultador é atribuído à falta de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) baseado em evidências para subsidiar uma mudança na Rename, seguindo as diretrizes previstas (Santos; Melo, 2019).

A literatura sobre o tema destaca a importância de investir em processos de formação para profissionais de saúde, com foco em uma perspectiva ética e empática, visando construir sensibilidades para o reconhecimento, proteção e valorização das vidas trans. Para combater a transfobia institucionalizada nos serviços de saúde, é fundamental que os profissionais se comprometam com o reconhecimento das vidas trans, garantindo um acesso integral, igualitário e livre de discriminação, como preconizado na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (ROCON *et al.*, 2019).

O RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em 2015, o Pará foi o 5º Estado a implementar o Ambulatório do Processo Transexualizador, sendo o 1º da Região Norte do Brasil. Essa conquista levou mais de 8 anos para ser efetivada e foi alcançada por forte pressão e mobilização articulada pelo Movimento LGBT do Estado do Pará junto ao Ministério da Saúde e, sobretudo, junto à SESPA. O Ambulatório do Processo Transexualizador foi instalado na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias – UREDIPE, em Belém, por

meio de uma parceria entre a SESPA, a Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH e o Movimento LGBT do Estado do Pará no monitoramento por meio do Controle Social.

Até 2022, o ambulatório cadastrou 559 pacientes, tendo encaminhado 87 pacientes para cirurgias transsexualizadoras. As especialidades oferecidas no ambulatório eram: endocrinologista, fonoaudiologia, ginecologia, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição. Novamente, acionada pelos movimentos sociais, que desejavam aprimorar a linha de cuidado existente no Estado, em razão da dificuldade de acesso ao cuidado integral, a SESPA foi provocada a repensar a política estadual existente desde 2015. Para tanto, durante 6 meses de reuniões pautadas entre o Nível Central desta Secretaria com a rede de serviços existentes no Estado, em uma perspectiva de construção coletiva com a população alvo desta política, consolidou-se o Projeto Casulo.

Casulo que significa renascer, florescer, no entendimento que a transformação deva acontecer de dentro para fora, onde é imperioso romper padrões e estéticas, nasceu um novo ambulatório trans, como um espaço de confiança, abrigo e auxílio para fortalecer os processos de transição e adequação de gênero no nosso Estado.

A primeira preocupação da gestão da SESPA foi mudar o local de instalação do ambulatório, visto que a Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais (UREDIFE), despertava um estigma de associação desta população às infecções sexualmente transmissíveis. Em seguida, a necessidade de atendimento de toda a carteira de serviços prevista na Portaria nº 2803/13 (Brasil, 2013). Além identificar o quão importante seria o estabelecimento da educação continuada dos profissionais integrantes da rede de atenção em questão. Em 17/05/2022, dia internacional contra a homofobia a SESPA, em parceria com a Universidade do Estado do Pará, Policlínica Metropolitana e Hospital Jean Bittar, lançou o Projeto Casulo (Pará, 2022).

Assim, o Projeto Casulo, é fruto de uma ampla construção com os movimentos sociais, e vem para ressignificar a atenção a saúde da pessoa transgênero através das seguintes ações: (i) reestruturação do Ambulatório de Atenção Especializada a População Trans e Travesti que passou a ser localizado na Policlínica Metropolitana; (ii) implementação do Ambulatório de Atenção à Saúde Dermatológica, que está localizado no Ambulatório da Diversidade do Serviço de Dermatologia da UEPA; (iii) Atenção Hospitalar, realizada no Hospital Jean Bittar e (iv) Educação Permanente executada pela Escola Técnica do SUS (ETSUS/PA), direcionada ao aperfeiçoamento constante das equipes de saúde, desde a atenção primária em saúde até os serviços hospitalares.

Na Policlínica Metropolitana, os pacientes passaram a ser assistidos, de acordo com suas demandas clínicas, por uma equipe multidisciplinar composta por Clínica Médica, Psiquiatria, Endocrinologia, Ginecologia, Proctologia, Urologia, Dermatologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Assistente Social, Fonoaudiologia, Nutrição e Assistência Farmacêutica. Conforme protocolo de atendimento e consentimento livre e esclarecido, o usuário pode fazer o uso de hormônios que são dispensados e acompanhados pela própria unidade.

A Policlínica realiza ainda o apoio diagnóstico laboratorial e de imagens, conforme cada caso. Houve a preocupação de realizar a transferência do cuidado, do serviço anterior. Todos os usuários cadastrados no antigo ambulatório foram contactados e realizado o agendamento daqueles que ainda tinham interesse no processo transexualizador.

A dispensação dos estrógenos e andrógenos eleitos para a hormonização segue os protocolos vigentes de dispensação, bem como a quantidade e a forma de dispensação das medicações de uso contínuo. Segundo a Portaria GM 2.803/13 (Brasil, 2013), a terapia hormonal deverá ser iniciada a partir dos dezoito anos de idade do paciente no processo transexualizador. Houve dificuldade no início dessa dispensação em razão de sucessivos pregões desertos por falta de empresas interessadas em aderir ao procedimento licitatório.

No Serviço de Dermatologia estão sendo realizados consultas e tratamentos relacionados a hormonioterapia, procedimentos minimamente invasivos para afirmação de gênero (harmonização facial), além de outros procedimentos dermatológicos não relacionados ao processo de afirmação de gênero. No Hospital Jean Bittar estão pactuadas a realização 15 cirurgias/mês, entre elas a Mastectomia Masculinizante e a Pan Histerectomia nos Homens Trans e implantes mamários de silicone, nas mulheres trans. As demais cirurgias possíveis de serem realizadas nessa população serão implementadas ao longo dos próximos anos.

As demandas de educação permanente nos três níveis de atenção estão sendo atendidas dentro da Política Estadual de Educação Permanente, através da Escola Técnica do SUS, de acordo com a necessidade apontada por cada serviço. Considerando a necessidade de aprimorar o acolhimento dos usuários na Rede de Atenção à Saúde, já está sendo ministrado turmas no Curso de Aperfeiçoamento no Acolhimento a população LGBTQIA+, com foco nas pessoas travestis e transexuais.

Na esfera normativa, o Projeto Casulo foi apresentado no Conselho Estadual de Saúde (CES/PA) e na Comissão Integestoras Bipartite (CIB/PA), que publicou a Resolução

nº 68, de 14 de junho de 2022 (Pará, 2022a). Para divulgação e melhor entendimento da linha de cuidado ora estabelecida, assim como formas de acesso, foi emitida a Nota Técnica Projeto Casulo nº01/2022/SESPA (Pará, 2022b).

O monitoramento da implantação do Projeto é realizado trimestralmente por uma comissão formada por técnicos do Nível Central da SESPA, da Policlínica Metropolitana, do Hospital Jean Bitar, do Ambulatório de Dermatologia da UEPA, da ETSUS/PA e representantes do movimento social. Deste cenário, advém os subsídios necessários para o aperfeiçoamento do serviço prestado e a melhoria do acesso ao serviço.

Ao tempo da escrita deste relato, 169 pacientes já foram cadastrados no projeto Casulo, tendo sido realizadas 640 consultas médicas, 581 consultas não médicas (equipe multidisciplinar), 4.222 exames (laboratoriais e de imagem). Na área hospitalar, foram realizadas 6 cirurgias. Duas turmas foram formadas pela ETSUS/PA com 38 profissionais certificados.

Todas as demandas advindas do movimento social possíveis de serem atendidas os foram, tais quais: contratação pessoas trans para a recepção do ambulatório, os discentes selecionados para ministrar os cursos são pessoas trans, entre várias outras. Ademais, é considerado que desenvolver estratégias de cuidado interinstitucionais e formar redes de cuidado a pessoas vítimas de LGBTIfobia (preconceito e/ou violência específicos a pessoas LGBTI) são algumas das necessidades para coordenação do cuidado e atendimento longitudinal dessa população.

A interlocução com instituições de ensino, com serviços de assistência social, com setores de defesa a direitos específicos, com instâncias do controle social e a participação na formulação de políticas públicas são importantes na construção de redes locais para suporte. A formação e manutenção dessas redes locais são parte do trabalho do Projeto Casulo. Assim, o Projeto Casulo veio para preencher uma lacuna assistencial e de promoção de direitos a uma população particularmente vulnerabilizada. Sua operacionalização visa garantir os princípios constitutivos do SUS, promovendo o enfrentamento das consequências excludentes da LGBTfobia social e institucional.

Os benefícios esperados asseiam pela inclusão de cidadãos/os que não se viam atendidos em suas questões de sexualidade e de identidade de gênero. Destaca-se, entretanto, que o reconhecimento e o respeito à vivência da sexualidade fazem parte da completude da vida humana e que a falta deles pode acarretar o adoecimento e sérios transtornos físicos e mentais, além de perdas de vidas de forma precoce e, sobretudo, passíveis de prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se discute a respeito do “local de fala”, onde somente os indivíduos que vivenciaram determinadas situações podem mencionar com propriedade o que aconteceu, porém é importante que pessoas em locais “privilegiados” deem espaço para que os mais variados grupos populacionais mencionem suas vivências, a fim de despertar o olhar da gestão pública sobre outras realidades, diminuindo o preconceito e as barreiras sociais.

Esta foi uma experiência profissional que me permitiu o exercício de um processo de construção, pautado no acolhimento, na escuta qualificada, no tratamento digno e respeitoso junto aos/os usuários/as, no entendimento de que para além de necessidades de saúde específicas, os estigmas e preconceitos na sociedade vivenciados por esses grupos são determinantes de adoecimento.

Foi um processo de conquista de confiança paulatina, visto minha condição hetero e cis gênero, diferentemente da população alvo da construção. Desafios sobre isso e sobre barreiras institucionais de preconceito foram várias, e aqui não cabem a citação. Porém, um processo que me modificou como pessoa, como gestora de políticas públicas, e acima de tudo, me fez exercer o real sentido de ser servidora pública.

Desejo que a experiência aqui relatada sirva para despertar profissionais de saúde para o empreendimento de práticas de cuidado ética, acolhedora, humanizada, livre de discriminação e preconceito e que contemple os princípios do SUS. Importante, também, é reconhecer que existem ainda os desafios e muitas metas a serem atingidas, mas também é preciso admitir a existência de um avanço no que se refere aos direitos sociais já garantidos, via políticas específicas para a população trans, tendo em vista todo processo histórico de luta dos movimentos LGBTQIA+

REFERÊNCIAS

ALMEIDA G, e MURTA D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex Salud Soc. 2013; (14):380-407.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde; Portaria nº 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 20 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803/GM, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília 19 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

GONÇALVES, A. R.; et al. The transsexualization process in the Unified Health System and through alternative ways in a given region of Minas Gerais. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e26011830916, 2022.

OPAS, Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Projeto Casulo. Belém, SESPA, 2022. Disponível em www.sespa.pa.gov.br/projetocasulo.

PARÁ. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 68 de 14 de junho de 2022. Belém, Imprensa Oficial do Estado, 2022a

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Nota Técnica Projeto Casulo nº 01/2022. Belém, SESPA, 2022b. Disponível em www.sespa.pa.gov.br/projetocasulo.

PETRY, A. R.; MEYER, D. E. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 193 - 198, 14 jul. 2011.

ROCON, P.C, et. al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* [online]. v. 21 n. 8. p. 2517-26.

SANTOS, Marcia Cristina Brasil. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. 2020. 483f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, E. J. V.; MELO, C. P. L. de. Characterization and Access to Health Care in a Reference Service for the Transsexualization Process in SUS. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e13411527902, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27902>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020.

WHO. Sexual health [Internet]. Genebra: WHO; 2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/. Acesso em 06 nov 2022

DILEMAS SOCIAIS NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA ENVOLVENDO PRECONCEITO DE ORIENTAÇÃO SEXUAL

Júlio Cesar da Rocha Alves^I; Valéria Ferreira Marques Normando^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/1613057283175357>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/7098261432975265>

INTRODUÇÃO

O objetivo deste manuscrito é descrever uma experiência envolvendo situação de preconceito relacionado à orientação sexual em um ambiente de assistência ambulatorial de Fisioterapia, a fim de realizar uma reflexão sobre o contexto deste tipo de ocorrência e servir como meio de orientar o posicionamento dos profissionais de saúde diante deste tipo de conflito.

A sigla LGBTQIA+ é atualmente utilizada para denominar Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e mais (Neves; Radl, 2022). Considera-se recente a prática de profissionais da saúde que se distanciam da imposição de padrão heteronormativo e que atendem a população LGBTQIA+ enquanto sujeitos dignos e com direitos. Por meio dos movimentos sociais LGBTQIA+, foi possível reivindicar os direitos e como resultado, políticas públicas começaram a ser implantadas, em 2004, com a criação do projeto Brasil Sem Homofobia e em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Destri *et al.*, 2020).

A população LGBTQIA+, devido à não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, com frequência tem seus direitos básicos agredidos, encontrando -se em situação de vulnerabilidade. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam fatores como “a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (Brasil, 2008).

O presente relato se refere a um episódio ocorrido durante atendimento ambulatorial de Fisioterapia em um órgão de assistência em saúde dos servidores do município de Belém. O ambulatório de Fisioterapia do órgão de assistência em saúde dos servidores do município de Belém é constituído por um espaço único, sem divisão de salas ou consultórios individuais, contando com macas para atendimento, recursos de termo e eletroterapia, pequeno espaço livre para cinesioterapia e uma mesa para avaliação e consulta de prontuários.

No local são atendidos cerca de 60 pacientes por dia, que apresentam disfunções traumato-ortopédicas, reumatológicas e neurológicas. O ambulatório não oferece atendimento para disfunções respiratórias ou uro-ginecológicas. A clientela é composta por servidores ativos e inativos do município de Belém, bem como seus dependentes inscritos no plano de assistência. Em um dia rotineiro de atendimento um dos fisioterapeutas realizou estava finalizando os procedimentos junto a um paciente que, de acordo com seu vestuário, aparentava possuir orientação dentro de uma das categorias LGBTQIA+, fato que, até o momento, nunca havia gerado qualquer notoriedade neste ambiente de assistência.

Ao finalizar o atendimento, o fisioterapeuta ordenou a entrada do próximo paciente, realizando o procedimento rotineiro de higienização da maca e troca de papel lençol. Ao se aproximar do local, o paciente seguinte afirmou ao terapeuta que não desejava ser atendido naquela maca, pois achava que o paciente anterior aparentava ser portador do vírus HIV.

Tomado de surpresa pela situação, o terapeuta indagou qual o embasamento da afirmação do paciente. O mesmo respondeu que devido ao paciente anterior aparentar ser “gay” e por ser muito magro. O terapeuta argumentou que nenhuma das características citadas tem relação direta com o vírus HIV, e que conhecia o histórico clínico dos pacientes. Ademais, o terapeuta garantiu ao sujeito em questão que ele poderia utilizar aquela maca sem preocupações, sendo que o mesmo retrucou, mantendo seu posicionamento. Neste momento, o terapeuta percebeu que havia outra maca liberada e, a fim de evitar delongas e discussões, conduziu o paciente a outro ponto de atendimento.

A ação do terapeuta foi motivada pela intenção de solucionar o conflito do modo discreto e sem animosidades. Mas fica a evidência de estamos diante de um caso de preconceito relacionado a orientação sexual, ficando a questão para reflexão se o terapeuta agiu de forma correta na condução do referido caso.

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Brasileira e concretizado pelas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS); porém, no que se refere às demandas de saúde de grupos sociais vulneráveis, ainda são observadas algumas barreiras diante de uma sociedade em que a heteronormatividade prevalece (Santos *et al.*, 2020). O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, no seu artigo 14, inciso II, afirma que constituem deveres fundamentais dos fisioterapeutas relacionados à assistência ao usuário:

“Prestar assistência ao ser humano, respeitados a sua dignidade e os direitos humanos de modo a que a prioridade no atendimento obedeça a razões de urgência, independentemente de qualquer consideração relativa à raça, etnia, nacionalidade, credo sociopolítico, gênero, religião, cultura, condições sócio-econômicas, orientação sexual e qualquer outra forma de preconceito, sempre em defesa da vida (COFFITO, 2013).

Recentemente, a criminalização da homofobia e da transfobia foi permitida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em decisão de junho de 2019. Por 8 votos a 3, os ministros consideraram que atos preconceituosos contra homossexuais e transexuais passariam a ser enquadrados no crime de racismo. A criminalização da homofobia e transfobia prevê que praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito em razão da orientação sexual da pessoa poderá ser considerado crime (Barifouse, 2019).

De acordo com a Constituição Federal, todos somos iguais perante a lei, porém na prática, a realidade é bem diferente. A discriminação sobre cor, raça, etnia e opção sexual ainda é muito presente na maior parte da sociedade. No contexto da saúde, pode-se perceber que a população LGBTQIA+ ainda encontra dificuldade no atendimento, muitas vezes buscando o apoio da equipe multiprofissional, sem encontrar o atendimento que precisa (Castro *et al.*, 2022).

Segundo Santos *et al.* (2020) é evidente a percepção da necessidade de qualificação do profissional de saúde como medida que se alinha às diretrizes da legislação brasileira e que deve ser preconizada pelos gestores em saúde, pois a capacitação desses

profissionais poderá contribuir na superação da padronização das expressões da sexualidade de acordo com a lógica heteronormativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais importante do que a ciência das obrigações legais e normatizações profissionais é a consciência do direito fundamental de todo ser humano ao tratamento respeitoso, sobretudo em ambientes de atenção à saúde. Todo profissional deve nutrir e adotar como postura natural o tratamento igualitário aos colegas e usuários dos serviços de saúde, independente de características e posicionamentos individuais relativos a credo religioso, raça e orientação sexual. Também se faz necessário a constante atualizações dos profissionais de saúde no que refere às políticas públicas relacionadas às conquistas e manutenção dos direitos das populações minoritárias, sobretudo a LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

BARIFOUSE, R. STF aprova a criminalização da homofobia.
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47206924>, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília, DF: 2008.

CASTRO, K.; SANTOS, LCA; RIBEIRO, WA; FASSARELLA, BPA; NEVES, K. C.; ALVES, ALN; AMARAL, FS; PAULA, E. Reflexões para a assistência ao público LGBTQIA+ na perspectiva da enfermagem. Revista Brasileira de Ciências, [S. l.], v. 1, n. 7, pág. 59–65, 2022.

Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013 – (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013).

DESTRI, R., et al. Serviços de atenção à saúde da população LGBT na perspectiva dos usuários, Revista Científica UMC, 2020.

NEVES, J. N; RADL, P. R. M. As travestis e mulheres trans e o movimento LGBT: Dever de memória e reconhecimento da atuação de travestis e mulheres transexuais na conquista por direitos civis. Congresso Internacional e Congresso Nacional Movimentos Sociais & Educação, 34, 2022.

SANTOS, L. E. S. et al. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 73, n. 2

DESCOBERTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Max José de Aviz Miranda^I; Higson Redrigues Coelho^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/8538743233532378>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/0799848135691062>

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegura direitos fundamentais como liberdade, igualdade, família, dignidade humana, trabalho e acesso igualitário aos serviços sociais no Brasil. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde reafirma o compromisso com os direitos da população LGBTQIA+, garantindo o acesso a serviços como o uso do nome social, o processo transexualizador completo e o atendimento por equipe multiprofissional. Além disso, a política reconhece os impactos da discriminação e da exclusão social na saúde dessa população (Brasil, 2011).

Vale ressaltar que muitas pessoas não conhecem o significado da sigla LGBTQIA+ e segundo Parente (2021), quer dizer lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queers, intersexuais, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais, sendo estas reconhecidas como “minorias” e mesmo amparadas pela constituição ainda enfrentaram diversas barreiras, dentre elas, as de acesso à serviços como os de saúde.

Homossexuais ainda sofrem violações diárias de seus direitos, sendo considerados socialmente como pessoas desprezíveis e ininteligíveis, cujas vidas e existências são desvalorizadas (Prins; Meijer, 2002). Entre as violações, destaca-se a transfobia, que, segundo Mota, Santana e Melo (2022), possui caráter estrutural, histórico e sistêmico, moldada por uma experiência social na qual as subjetividades, identidades e trajetórias são construídas, causando sofrimento, estigmatização, vulnerabilidade e exclusão de pessoas LGBTQIA+.

As diferenças baseadas no sexo biológico frequentemente reforçam e, de certa forma, justificam processos sociais, mas na realidade, são as diferenças construídas social e historicamente que prevalecem (Bozon, 2018). Ademais, Ferreira (2018) destaca que o reconhecimento de uma pessoa como mulher ou homem depende da apresentação de um

conjunto de ações (gestos, comportamentos, atitudes) que serão interpretados socialmente como femininos ou masculinos, necessitando de uma espécie de validação.

Com relação as relações sociais de sexo o posicionamento sobre o conceito do que é feminino e, conseqüentemente, do conceituado como masculino na sociedade, permite refletir sobre vivência de sexo moldada nessas bases, visto que as diferenças se apresentam na forma de desigualdades e produzem níveis de hierarquização, e classificação entre os nichos sociais diferenciando o que faz parte dos grupos masculino, branco, cisgênero, heterossexual e eurocêntrico (Santos, 2022).

Além disso, tem-se o termo “vivência de sexo” a maneira pela qual a pessoa se põe no mundo para ver e ser vista”, pois para o autor na atualidade as definições de travesti, transexual, drag queen, crossdressers, não binário, transformista, entre outros, não geram possibilidades acerca da perspectiva da pessoa masculina/feminina pois não fazem parte do ser social (Santos, 2022).

Outro problema enfrentado pela população LGBTQIA+ é com relação ao nome. A construção da identidade da pessoa faz parte do processo de aceitação em determinado grupo social e está vinculada ao próprio nome de registro, nome social, nome de guerra, nome fantasia, pseudônimo, nome e casada e de solteira a alteração do nome de registro, nome social (Mota, Santana; Melo, 2022).

Em continuidade, Mota, Santana e Melo (2022) também afirmam que a nomenclatura atribuída à pessoa LGBTQIA+ carrega consigo diversos significados, experiências, narrativas e afetos e isso é diferenciado da pessoa cisgênero (indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu) pois esse é escolhido no nascimento e pode ou não ter simbolismo na construção de sua identidade.

No Brasil, o reconhecimento e o direito ao uso do nome social se dão através de 2 grandes conquistas, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, publicada pelo MS na Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011, normatizou o uso do nome social em todo o âmbito do SUS. A segunda se deu pelo Supremo Tribunal Federal reconheceu, em março de 2018, o direito de pessoas transgênero retificarem seus nomes no registro civil e demais documentos pessoais, sem a necessidade de realizar cirurgia de redesignação sexual e de autorização judicial. Esse direito foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Justiça por meio do Provimento n. 73, de 28 de junho de 2018.

Ademais, Ventura (2010), diz que o nome de registro é lavrado desde o nascimento de acordo com o sexo biológico aparente e ainda com a ajuda da medicina

atual é precisar o sexo mesmo durante a gravidez e, desta forma, o nome já é precisado gerando antecipadamente comportamentos e expressões.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Muito se tem observado na mídia, no meio científico e no dia a dia, assuntos abordando a temática LGBTQIA+, muitos desses assuntos relacionados a abusos, preconceito e violência. Tenho uma pessoa na família que irei chamar de “Rita”, muito próxima por sinal, homossexual. Essa pessoa, do sexo feminino, foi fruto de um relacionamento extraconjugal de meu pai e foi apresentada à nossa família quando tinha 12 anos e por coincidência minha mesma idade na época.

A partir desse momento Rita começou a frequentar nossa casa, sempre bem acolhida por mim e meus irmãos, porém nem sempre por minha mãe, visto que ela a fazia lembrar de uma traição por parte de meu pai (ressalto que Rita não é a única filha fora do casamento). Em continuidade, Rita morava com sua mãe e padrasto na periferia e comumente passava o final de semana conosco onde relatava um pouco de sua vida, sempre conturbada e inundada de brigas com os pais em sua casa, onde funcionava um bar e frequentemente na ausência dos deles ela assumia o local.

Passaram os anos, fomos crescendo, atropelados por estudos e trabalho e as visitas se tornaram cada vez mais escassas, porém sempre ocorriam, quando não presencialmente, por telefone. Rita sempre teve uma boa abertura comigo, e comecei a perceber o seu afastamento e nos poucos encontros um ar de infelicidade, e sempre quando indagada sobre o que estava ocorrendo, dizia “tá tudo bem!”.

Certo dia, numa dessas conversas casuais, começou a chorar e relatou estar passando por uma situação muito difícil com sua mãe, constantes brigas e discussões, foi quando perguntei o motivo e Rita respondeu “minha mãe não aceita meu relacionamento” e perguntei se havia algum problema, se ele não era um cara legal, se ele tinha algo que a mãe não gostava... e ela respondeu “esse é o problema, não é ele, é ELA!”.

Por alguns segundos fiquei atônito (nunca havia passado por uma situação dessas e não sabia como reagir), percebi no seu olhar choroso estar esperando minha reação, e quando me recompus, ainda sem ter gerido bem a situação, falei que sua mãe precisaria de tempo para se acostumar, pois para ela seria uma novidade, mas que iria aceitar mesmo que demorasse um pouco. Me perguntou o que achava, pois tinha percebido

minha reação e falei que para mim também era algo novo e que o importante era sua felicidade.

Na época não sabia tratar a situação e acabei comentando com outros membros da família, e em decorrência disso meu irmão e até meus pais começaram a “brincar” com a situação durante suas visitas. Eram frequentes falas como: “Fala Ritão”, “se não der conta de alguma menina, me chama”, “agora que percebi que você usa um sapatão”, entre outras e ela sempre “entrando na brincadeira” e aceitando tudo com um sorriso. Depois de um tempo as brincadeiras pararam e a situação começou a se tornar normal dentro da família, Rita sempre trazia suas namoradas para as festas e eventos e sempre foram bem recebidas.

Certa vez perguntei para Rita sobre as brincadeiras e sua resposta mexeu muito comigo, ela falou que desde o momento em que ela teve coragem de assumir sua sexualidade sempre foi muito hostilizada, tanto por amigos quanto pelos seus pais e pensou que conosco seria diferente, porém não foi, aceitava as brincadeira e “chacotas”, mas no fundo a magoava demais. Foi quando percebi que no local em que Rita buscou refúgio, ela recebeu “homofobia”! Segundo Junqueira (2007), o termo homofobia tem sido amplamente utilizado para a conceituar qualquer tipo de violência e/ou discriminação realizada contra indivíduos que apresentem orientação sexual diferente da heterossexual.

Nesse momento fazendo uma autoavaliação das minhas condutas com relação Rita, me dei conta que eu fui homofóbico, pois mesmo que inconscientemente, discriminei a orientação sexual de minha irmã. Pedi desculpas pelo meu comportamento durante esses anos e se havia algo que pudesse reparar tal atitude, Rita, sempre serena e bem-humorada, falou “relaxa, está perdoado!”. Atualmente Rita mora com sua companheira e frequenta comumente nossas casas e felizmente os absurdos do passado ficaram para trás e hoje também a família está bem mais colorida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebo hoje que o mundo precisa ser mais tolerante, não somente com relação as pessoas LGBTQIA+ como também com as outras populações que comumente sofrem algum tipo de violência, podendo essa ser física, psicológica, sexual, moral, religiosa, patrimonial ou moral. A violência e o preconceito são vistos também com outras populações como as indígenas e mais frequentemente com as pessoas negras e quilombolas onde

podemos acompanhar na mídia inúmeros episódios de racismo não somente no Brasil como em todo o mundo.

Algo a ser ter em vista é a copa do mundo do Catar que se aproxima, sendo esse um dos maiores espetáculos esportivos do mundo e é justamente no futebol comum episódios de racismo contra jogadores negros. Outro fato a se observar na copa do mundo do Catar é que nesse país a homossexualidade é Haraam (proibida) e já em algumas declarações do embaixador da copa, Khalid Salman, disse que a homossexualidade é um “dano mental” e que “as pessoas têm que aceitar as regras daqui”.

REFERÊNCIAS

BOZON, Michel. Mudanças na sexualidade, permanência do sexismo. Le Monde Diplomatique Brasil, São Paulo, ano 11, n. 127, fev. 2018. Seção Gênero.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

FERREIRA, Guilherme Gomes. Vidas lixadas: crime e castigo nas narrativas de travestis e transexuais brasileiras. Salvador: Devires, 2018.

JUNQUEIRA, R. D. (2007). Homofobia: Limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. Revista Bagoas: Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades, 1(1),1- 22.

MOTA M, Santana ADS, SILVA LR, Melo LP. “Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. Interface (Botucatu). 2022; 26: e210017.

PARENTE, Jeanderson Soares et al. Saúde LGBTQIA+ à luz da bioética principialista. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 3 [Acessado 15 Novembro 2022], pp. 630-640.

PRADO, M. A., & Machado, F. V. (2008). Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade. São Paulo, SP: Cortez.

PRINS, B; MEIJER, I.C. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. Estud Fem. 2002; 10(1):155-67.

SANTOS, Thais Felipe Silva dos. Relações sociais de sexo: uma apreensão estrutural. Serviço Social & Sociedade [online]. 2022, n. 145 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 132-151.

VENTURA, Miriam. A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010. (Coleção Sexualidade, gênero e sociedade).

SEÇÃO IV

ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA



O QUE REVELA O CUIDADO DE FIM DE VIDA PRESTADO À POPULAÇÃO LGBTQIA+? RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Simone dos Santos Abraão Pampolha^I; Katia Simone Kietzer^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/4344530622507377>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/7986644672973004>

INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas testemunhamos as discussões e lutas sociais e políticas no Brasil com a finalidade de garantir direitos, acesso à assistência de qualidade com promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Transgêneros, pansexuais, intersexuais, não-binários e demais minorias (LGBTQIA+) (Brasil, 2013; Carvalho *et al.*, 2018).

Apesar dos esforços e conquistas a partir de 2004 com o Programa “Brasil sem homofobia” que se propôs a combater a violência, discriminação contra LGBT e promover cidadania, e posteriormente como marco fundamental na saúde pública em 2010, a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT - PNASI que possui o compromisso de combater essas discriminações e preconceitos em todas as instâncias do SUS, ainda não constatamos a efetividade destas políticas no cotidiano do cuidado (Brasil, 2013; Carvalho *et al.*, 2018).

As evidências destas constatações são trazidas pelos dados do próprio Ministério da Saúde -MS que evidenciaram que 67% de entrevistados em seus estudos já passaram por alguma situação de preconceito ou discriminação em atendimentos em serviços de saúde, o que chega a 85% entre travestis e transexuais (Brasil, 2013a).

A Política Nacional de Atenção Integral à População LBBT traz em sua fundamentação a implementação de ações para eliminar a discriminação e preconceito e afirma que este deve ser um compromisso ético de todos os envolvidos no SUS, tais como gestores, conselheiros e fundamentalmente os que estão na ponta do cuidado, os trabalhadores da saúde (Motta, 2016; Albuquerque; Botelho; Rodrigues, 2019).

Relatórios de pesquisas e estudos publicados sobre a saúde desta população demonstram a grande vulnerabilidade à discriminação e preconceito sofridos por essas pessoas nos serviços de saúde pública principalmente, onde ainda é persistente o descumprimento do direito à saúde e a integralidade.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que apenas 7,7% dos municípios brasileiros possuem políticas específicas para a população LGBT, e nesta direção, evidencia-se no Dossiê de saúde das Mulheres Lésbicas, publicado na Rede Feminista de Saúde, uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde para mulheres bissexuais e lésbicas, e que dentre as que procuram o serviço de saúde 40% não revelam sua orientação sexual, e das que revelam, 28% referem que são atendidas de modo breve e com pouca atenção dispensada, chegando em 17% destas a condição de não receberem do médico a devida solicitação de exames imprescindíveis às suas demandas (IBGE, 2014).

Essa problemática se estende também aos transexuais e travestis – pessoas que não se reconhecem enquanto gênero (subjetivo) mulher ou homem de acordo com o sexo de nascimento (biológico) feminino e masculino. Que pelas situações de discriminação e atendimentos inadequados às suas demandas, buscam tratamentos e assistências clandestinas para atender às suas demandas de mudanças corporais, o que torna esta população mais vulnerável à iatrogenias e risco de tratamentos mutiladores e perigosos à saúde (Carvalho *et al.*, 2018)

Diante destas ações de imperícias, de não acesso e dificuldades de uma atenção integral à saúde desta população, do afastamento pelo medo da discriminação e preconceito sofridos por lésbicas, bissexuais, homossexuais, travestis e transgêneros e mais, fica evidente que esta população está sujeita a uma série de complicações e problemas de saúde tais como: redução da capacidade sexual, recorrente surgimento de furúnculos, câncer avançado devido baixo acesso a rastreamentos e tratamento precoce, complicações com próteses de silicone e procedimentos clandestinos com material inapropriado ao uso humano o que pode levar mais precocemente ao óbito (Cech, 2013; Perucchi; Brandão; Vieira, 2014; Carvalho *et al.*, 2018).

Quanto aos riscos elencados acima acerca do adoecimento e agravamento de quadros de saúde pelos fatores de discriminação e não garantia de acesso aos direitos fundamentais à população LGBT em serviços de saúde, nos deteremos em relatar a experiência de atendimento em situação de Câncer avançado em fase final de vida, experienciado por equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos Oncológicos na atenção

terciária em saúde, pertencentes a um hospital universitário e que além da assistência à saúde, é responsável pela formação de profissionais de saúde.

Como pilares e princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos estão o alívio da dor e de outros sintomas, afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar nem adiar a morte e integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (WHO, 2007; Castro *et al.*, 2021).

Esta abordagem se destaca pela busca da qualidade de vida e suporte para o alívio do sofrimento físico, social, psicológico e espiritual de pessoas com doenças que ameaçam a vida, especialmente na fase final, onde a morte se aproxima e os cuidados com a “dor total” se tornam prioridade. Dor total é um conceito proposto em 1967 por Cicely Saunders, define que todos os aspectos da vida do paciente (físico, emocional, social e espiritual) concorrem para a geração da dor e a manifestação do sofrimento.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar dois casos especiais de atendimento à população LGBT em CP na fase final de vida com câncer avançado e refletir sobre as particularidades e os desafios enfrentados na realização desse cuidado com a interação entre equipe especializada e equipe generalistas de hospital público de referência na cidade de Belém no estado do Pará.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

CASO 1 – DOR SOCIAL UM DESAFIO AOS CUIDADOS PALIATIVOS

Murilo (nome fictício), 22 anos, solteiro, estudante, gênero masculino, homossexual, recebe diagnóstico de HIV+ em Pronto Socorro quando deu entrada com quadro sintomático característico de Tuberculose Miliar. Foi transferido para leito em hospital de referência onde iniciou tratamento específico, porém por apresentar síndrome consumptiva e anemia ferropriva, abdome tenso, dificuldades de evacuar e dor intensa de difícil controle com analgésicos simples, iniciou-se investigação e chegou-se à conclusão de que tratava-se ara além do quadro pulmonar de um adenocarcinoma metastático procedente do trato digestivo, eu inclusive cursou com Insuficiência Renal Aguda, que fora

revertida na internação, que depois foi classificado como Neoplasia Maligna do Peritônio (CID 48.2).

Sua primeira internação iniciou em 02/01/22 e se estendeu até 19/04/22, e ao longo destes três meses, Murilo foi acompanhado por equipe especializada em Doenças Infecto-parasitárias e com a descoberta do Câncer acionou-se a equipe da oncologia que definiu que seu prognóstico era reservado e necessitava iniciar o acompanhamento conjunto da equipe de Cuidados Paliativos Oncológicos para o devido controle dos sintomas.

Conhecemos Murilo em 15/03/22 (há mais de 2 meses de sua internação) e seu quadro era de dor abdominal de difícil controle, quanto à sua biografia, era segundo filho de um casal, estava antes da internação morando na casa do namorado Messias (nome fictício) que o acompanhava desde o início da internação, e contou que não era aceito pela família, principalmente pelo pai, devido ser gay, e por isso havia saído de casa e ido morar com o companheiro, que estava em todas as visitas da equipe e demonstrava ser muito cuidadoso e atencioso no cuidado com Murilo.

No entanto, observamos em seu acompanhamento na modalidade de interconsulta (ficava sob responsabilidade dos cuidados da equipe da enfermagem de DIP e nossa equipe ajustava as condutas em conjunto e orientava o manejo dos cuidados adequados ao caso), que havia muita dificuldade em administrar as medicações analgésicas prescritas, alegando a equipe que não haviam sinais de dor considerados por eles como forte, mas o paciente insistia que sua dor estava insuportável e necessitava do uso do opioide indicado pela equipe especializada.

Foi necessário o acompanhante criar um controle com anotações em tabelas para acompanhar a administração dos analgésicos e dosagens realizadas, sendo identificado por ele em algumas ocasiões não eram administradas a dose plena prescrita. Murilo sempre muito triste, expressava medo de ir para casa por não conseguir controlar a dor de modo adequado, sofria com o isolamento da família, da perda de autonomia, da incapacidade para realizar suas atividades habituais, recebeu visitas apenas de sua mãe Raimunda que resolveu revezar nos cuidados no hospital após sobrecarga do acompanhante e intervenção da equipe. Por diversas vezes seu acompanhante necessitou registrar queixas na ouvidoria para que as medicações fossem mantidas.

A equipe de CPO entrevistou na mediação com a equipe multidisciplinar que assistia ao paciente e sua família e observamos insistentemente resistências em ofertar escuta, em administrar medicações analgésicas por não considerar a dor descrita pelo paciente como

forte, não havia intervenções para facilitar a aproximação familiar e muitas resistências para reunião para tratar do caso e ampliar a assistência envolvendo a família, na indicação de fisioterapia pela equipe houve demora e até questionamentos na indicação, o que favoreceu maior tempo de permanência e recuperação para deambular e poder melhorar o controle da dor. Por fim, após muitos enfrentamentos entre as equipes, Murilo recebeu alta e acompanhamento ambulatorial por algumas semanas.

Foi possível realizar dois atendimentos ambulatoriais, e nesta ocasião observamos as dificuldades da família com a aceitação da orientação sexual do paciente, e ao ser abordada a questão de modo mais aberto, observou-se a reação desfavorável da família, o que promoveu um curso de sofrimento na fase final de vida, pois Murilo apresentou difícil controle da dor (dor total), devido a intolerância da família, o afastamento do namorado foi inevitável e a morte vem revelando todos os conflitos existenciais e relacionais da vida. Murilo sofreu muito com dores intensas que o levaram a mais de 6 (seis) idas ao pronto socorro oncológico no hospital em questão, para medicar e por fim evoluiu a óbito, em sedação paliativa devido sofrimento intenso e existencial, ao lado de sua mãe, no dia 06/07/22.

CASO 2 – ISOLAMENTO SOCIAL COMO “PROTEÇÃO” E A QUALIDADE DE MORTE

Sr. Gomes (nome fictício) era homem trans, 71 anos, aposentado, união estável, possuía dois filhos adotivos, um deles médico, em formação no hospital universitário, este procurou o Serviço de Oncologia do hospital pois seu pai estava apresentando sintomas e havia realizado um exame em serviço particular que havia diagnosticado Ca de Mama metastático, sendo que havia extravasamento, sem estadiamento da doença e solicitando iniciar tratamento quimioterápico. Realizou apenas 3 (três) atendimentos com a Oncologia sendo encaminhada a equipe de Cuidados paliativos para seguimento em domicílio devido avanço da doença e impossibilidade de se beneficiar com tratamentos sistêmicos ativos.

Na primeira consulta, Sr. Gomes demonstrou muito desconforto em se expressar, em se deixar ser examinado, referiu querer morrer em casa e evitou até o fim da vida a ida ao hospital. O fato de possuir filho médico facilitou a administração de alguns medicamentos em casa, e a manutenção de seu controle mais adequado de sintomas, mas nos questionamos diversas vezes como seria esse cuidado no fim da vida caso não fosse seu familiar um conhecedor da área.

Temos apenas três registros de atendimentos deste paciente e uma profunda ausência de uma história, de uma biografia, de uma família, de um resgate de suas vontades e desejos para um cuidado mais humanizado e planejado conforme preconiza nossa filosofia de cuidado. Ele nos permitiu apenas conhecer sua dor física e bem no fim de sua vida, quando era necessário inclusive medidas práticas e legais para o sepultamento. Sr. Gomes morreu em casa como desejou, segundo seu filho estava desorientado, agitado, mas conseguiram contornar os sintomas mais críticos e foi feita sua vontade.

DISCUSSÃO

Os casos apresentados trazem duas realidades de vida bem distintas e ao mesmo tempo uma questão central que as une, que diz respeito ao preparo dos profissionais de saúde e dos serviços em si para o cuidado para com a população LGBT. A discriminação pode ser fator impulsionador de sofrimento e doença, e fatores determinantes sociais não são apenas aspectos ligados à moradia, alimentação, emprego, e podemos analisar com os exemplos, que a discriminação como a homofobia/lesbofobia e transfobia também são fatores determinantes para angústia e doença, potencializando sofrimento (Brasil, 2008).

No primeiro caso apresentado, as questões centrais que precisam ser discutidas são: o julgamento do outro e de sua dor e a falta de compreensão da equipe sobre a dor total e seu manejo e a influência no conforto no fim de vida; o vínculo familiar e as normas heteronormativas institucionais e a produção de sofrimento a paciente LGBT. No segundo caso, destaco a importância da reflexão sobre a transfobia e lesbofobia impactando no adoecimento de pessoas que evitam os serviços de saúde e impossibilitando a promoção, prevenção e recuperação da saúde, acrescentando inclusive o distanciamento de suportes no fim de vida dado o isolamento social.

Estima-se que, no Brasil, no triênio 2020-2022, ocorram anualmente 625 mil casos novos de câncer. Apontado como importante problema de saúde pública, o câncer encontra-se entre as quatro causas principais de morte da população brasileira antes dos 70 anos de idade. Toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, aguda ou crônica, é elegível para os cuidados paliativos a partir do diagnóstico. A inclusão dos cuidados paliativos de forma precoce, na prática clínica, por vezes, juntamente com o tratamento modificador da doença, favorece não só uma abordagem multidimensional de

forma mais efetiva como também melhora a qualidade de vida, podendo contribuir para um aumento da própria expectativa de vida (WHO; 2007; Castro *et al.*, 2021).

Apesar da abordagem dos cuidados paliativos ter como meta prover conforto e dignidade aos pacientes e suas famílias, muitos pacientes, enfrentando doenças avançadas, ainda experimentam desconforto por continuarmos a priorizar o conforto físico em detrimento de outros aspectos inerentes ao processo de adoecimento. O que em parte corrobora com a vivência do paciente Murilo, que por vezes ficava muito evidente a não legitimidade dada à sua dor pela equipe de saúde, por considerar que a sua dor era muito mais social e psíquica, do que física (Coelho *et al.*, 2016; Coelho *et al.*, 2018).

Até que ponto o fato ocorrido nos remete à preconceito ou discriminação, não podemos afirmar sob hipótese nenhuma de cair em julgamento vazio e injusto, de que todos ali estavam agindo com preconceito, pois tratava-se de uma clínica que habitualmente atendia pacientes da população LGBT em sua rotina diária, no entanto, fica evidente que não compreendem o que consideramos Dor Total e Conforto, quando precisamos parar para ouvir e considerar que aspectos sociais, emocionais e espirituais também influenciam na manifestação da dor e no bem estar, e talvez aí encontremos as maiores dificuldades das equipes.

A dor física, apesar de ser um tema central em pesquisas, pode obscurecer outros aspectos importantes da experiência da dor quando priorizada nos planos de cuidado. Essa visão limitada pode negligenciar a complexidade do conceito de Dor Total, proposto por Cicely Saunders (Clark, 2018; Castro *et al.*, 2021).

A formação multidisciplinar de Saunders em Serviço Social, Enfermagem e Medicina contribuiu para uma compreensão mais ampla da dor, abrangendo não apenas os sintomas físicos, mas também o sofrimento psicológico, o contexto social e a história de vida do paciente. Sua abordagem enfatizava a escuta atenta e a compreensão da experiência individual do sofrimento de forma holística (WHO, 2007; Clark, 2018; Castro *et al.*, 2021).

No caso 1 trazido para este relato, o paciente possuía um vínculo familiar frágil devido à dificuldade de aceitação de sua orientação sexual, que pra seu núcleo familiar assim como para a maior parte da sociedade, vem representando um desvio à normas heteronormativas e sexistas, resultando em discriminação, em ações de violência física e psicológica, expulsão do lar, violência patrimonial, sexual e até a morte, como nos casos de travestis no Brasil (Andrade *et al.*, 2017; Cozac, 2019; Albuquerque; Botelho; Rodrigues, 2019).

As diversas internações breves em pronto socorro oncológico ocorridas no caso do paciente Murilo, por não conseguir controlar sua dor adequadamente, nos evidencia a não assistência à dor de modo preconizado pelos CP, além de não primar pelo que se torna essencial em um plano de cuidados de pacientes com câncer em final de vida que é o conforto (Kolcaba, 2003; Cozac, 2019).

Murilo não conseguiu em seus últimos dias de vida ficar em casa com qualidade de vida, tranquilidade e paz como preconiza o conceito multidimensional de conforto criado pela enfermeira Katharine Kolcaba, como sendo “uma experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência atendidos em quatro contextos: físico, psíquico e espiritual, social e ambiental”, com uma abrangência maior que a simples ausência de dor (Kolcaba, 2003; Cozac, 2019).

Embora o conforto seja o objetivo central dos cuidados paliativos, pacientes ainda vivenciam diversas formas de desconforto, abrangendo as dimensões física, social, espiritual e ambiental (Coelho et al., 2016, 2018; Pinto et al., 2016). Pesquisas apontam para lacunas no conhecimento e na prática da enfermagem em relação ao conforto, que muitas vezes é definido de forma limitada, com foco na dimensão física. Contudo, fatores sociais, familiares, econômicos, políticos e espirituais também influenciam diretamente a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (Corrêa; Mazuko; Clark, 2019).

Ademais, conflitos familiares, questões relacionadas à dispensação de opioides, dificuldades de acesso à tratamentos médicos, baixa autoestima relacionada à evolução da doença e suas mudanças no corpo e na vida são fatores que interferem diretamente no conforto e na dor (Corrêa; Mazuko; Clark, 2019).

A questão chave que devemos fazer diante da experiência com estes casos em particular é sobre o quanto desta incapacidade de cuidar da equipe da dor total e do conforto na fase final de vida está relacionado à discriminação, ao preconceito individual e institucional, ou em parte, à falta de competência para o cuidado, o déficit no conhecimento, habilidades e atitudes diante da complexidade dos cuidados em fim de vida?

Independentemente da resposta, se faz urgente considerar que o assunto deve ser trazido à discussão e ao ensino em saúde. Proporcionar ao paciente ter suas necessidades contempladas, não só no que se refere ao cuidado físico, mas em outras áreas de sua vida, como as relações pessoais e as questões existenciais se torna imprescindível quando a cura não é mais a meta do cuidado. Sentir-se confortável pode ser importante para que o paciente que enfrenta alguma doença ameaçadora da vida, participe

de decisões relacionadas ao seu cuidado e possa ter uma morte digna e com sentido (Kolcaba, 2003; Cozac, 2019).

O caso 2 nos traz a reflexão sobre um aspecto que exige muito do sistema de saúde como um todo, da atenção primária à terciária, que diz respeito ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde. Nosso paciente homem trans revela uma condição lamentável de uma população que se esconde e se afasta do sofrimento gerado pelo preconceito e discriminação, que acaba contribuindo para uma realidade alarmante que é a não prevenção de doenças como câncer de mama e colo de útero que mais matam mulheres no nosso Estado do Pará e no Brasil (INCA, 2019; Cochran; Björkenstam; Mays, 2016).

Esta reflexão nos convida a tratar dos temas: "igualdade na saúde" significa que todos têm as mesmas oportunidades de acesso aos cuidados de saúde, enquanto "equidade na saúde" significa que as pessoas pertencentes a grupos minoritários com um maior nível de necessidades e barreiras adicionais ao acesso aos cuidados de saúde recebem ajuda adicional para as melhorar o mesmo nível de saúde que os outros. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde para pessoas LGBTQ tem sido reconhecida como uma preocupação global (Cochran; Björkenstam; Mays, 2016).

As mudanças que queremos ver nas redes de saúde para o melhor atendimento dessa população está intimamente relacionada às mudanças no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde, considerando que, como já afirmado anteriormente, as questões culturais advindas do padrão heterossexual normativo influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população (Cardoso; Ferro, 2012).

A homofobia termo utilizado para conceitualizar a discriminação e atitudes violentas contra a população LGBT pode ser compreendida a partir dos pensamentos de Nascimento (2010) que consiste na classificação infundada dos indivíduos que fogem aos padrões heterossexuais em inferiores ou anormais, rótulo que também pode ser atribuído a algumas diversidades étnicas, raciais e religiosas, e é uma triste realidade do nosso país, e contribui para nossa compreensão do medo e do isolamento dessa população como forma de proteção diante das ameaças e crimes cometidos (Nascimento, 2010; Cardoso; Ferro, 2012).

Dados do SUS de 2008 revelam a gravidade da violência contra a população LGBTQIA+, com destaque para agressões verbais ou ameaças (55%), seguidas por agressões físicas (15%), chantagem ou extorsão (11%), violência sexual (6%) e o golpe

"boa-noite, Cinderela" (3%) (Brasil, 2008b). Outrossim, Barbosa e Koyama (2006) destacam que o acesso limitado aos serviços de saúde por mulheres lésbicas e homens trans contribui para o agravamento de doenças como câncer de mama e de colo de útero. O uso abusivo de drogas, tabaco e álcool, além do sofrimento psicológico, também são fatores que influenciam o adoecimento nessa população.

Em relação ao caso em discussão, onde a abordagem foi de um homem transgênero, implica em considerar que, diferente das homossexualidades que foram retiradas dos manuais de classificação de doenças mentais, estes permanecem no DSM e CID como transtorno da identidade de Gênero. Este é um fator que pode corroborar para maior dificuldade em procurar apoio em serviços de saúde de modo geral por essa população, mantendo-se escondida e à margem dos direitos e da cidadania (Cardoso e Ferro, 2012).

Nesse interim, Aran, Murta e Lionço (2009) questionam a exigência de um diagnóstico de transtorno de gênero para que pessoas transexuais acessem tratamento na rede pública. As autoras observam que a busca por cirurgia de redesignação sexual, foco frequente em pesquisas, nem sempre é a principal demanda dessa população. O relato aqui apresentado exemplifica essa diversidade de necessidades, evidenciando a importância de ampliar os estudos sobre a população trans.

Apesar disso, as conclusões de Aran *et al.* (2008) são relevantes para entender outros casos em serviços de saúde. Em seus relatos, um ponto em comum é o intenso sofrimento psíquico, manifestado em tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústia. Esse sofrimento não decorre apenas da não identificação com o sexo biológico, mas também da vulnerabilidade social, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho devido a problemas com documentação.

O que os revela o caso do Sr. Gomes é que a população trans não se sente acolhida nos serviços de saúde, não realiza exames preventivos e estão sendo alvo de ações de proteção à saúde, evitam os tratamentos ofertados na rede pública, evitam os recursos tecnológicos e especializados como o ofertado em hospitais especializados, e estão morrendo sem a devida assistência e sem o suporte mais apropriado para uma morte digna, com conforto e sem sofrimento.

E temos a obrigação de realizar um exame de consciência e refletir sobre as atitudes e nosso papel enquanto profissionais de saúde na maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados (Cardoso; Ferro, 2012).

A população LGBT assim como outras à margem por ser minoria e não representar as normas sociais dominantes precisam de uma atenção diferenciada e maior implicação de uma equipe de saúde a fim de garantir que a discriminação e a imposição de modelos dominantes impliquem em produção de sofrimento e distancie totalmente as equipes dos objetivos e princípios dos Cuidados Paliativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer pessoa, independente de classe, raça, crença, orientação sexual, gênero, condição social, afetada por doença que ameace a vida e prova sofrimento, é elegível para receber cuidado paliativos a partir do diagnóstico da condição de adoecimento. A inclusão dos CP deve ocorrer de forma precoce, juntamente com o tratamento modificador da doença, favorecendo que a pessoa receba uma abordagem multidimensional de forma mais efetiva, a fim de melhorar sua qualidade de vida, podendo ou não aumentar sua expectativa de vida e qualidade de morte (Murray *et al.*, 2017; Coelho *et al.*, 2016).

Apesar dos esforços de disseminação dos CP e suas metas de prover conforto e dignidade aos pacientes e suas famílias durante todo o processo de adoecimento até a morte e pós-morte no cuidado com o luto, muitos pacientes e famílias ainda experimentam desconforto por continuarmos a priorizar o conforto físico em detrimento de outros aspectos inerentes ao processo de adoecimento.

Podemos concluir que para além da necessidade de ofertar formação e ensino para o desenvolvimento dos CP entre equipes de saúde, se faz imprescindível a discussão e preparação destes profissionais para cuidado ofertado à população LGBTQIA+, que para além dos adoecimentos físicos, sofrem com a opressão e a violência psicológica, social, cultural, econômica e espiritual, impressas e reforçadas pela concepção infundada de que os indivíduos que fogem aos padrões heterossexuais normativos são inferiores.

Precisamos reconhecer a condição de vulnerabilidade em relação aos direitos humanos sofridos por essa população, e construir mudanças sólidas e de práticas que priorizem a valorização da vida e do respeito a diversidade, promovendo conhecimento e proximidade das políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBTQIA+.

- ALBUQUERQUE, MRTC.; BOTELHO, NM; RODRIGUES, CCP. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*.2019;14(41):1758.
- ALBUQUERQUE, G.A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.17, n.98, p.516-524, jul-set.2013.
- ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo gênero. *Ágora: Estudos em teoria psicanalista*. 2006;9(1):49-63.
- BARBOSA, M. R., & KOYAMA, M. A. H. (2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7), 1511-1514.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2008a). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. Saúde Pública*, 42(3), 570-573.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2008b). Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília, DF: Autor
- CASTRO MCF, FULY PSC, SANTOS MLSC, CHAGAS MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200311.
- CARDOSO, M.R., FERRO, L.F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: ciência e profissão*.32(3):552-563. 2012
- COCHRAN SD, BJÖRKENSTAM C, MAYS VM. Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001–2011. *Am J Public Health* 2016; 106(5): 918–920.
- COELHO, A; PAROLA, V; BRAVO, ME; APÓSTOLO, J. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliat Care*. 2016;15:71. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>
- COZAC, E E. Os desafios e estratégias de atendimento à população LGBT: um relato de experiência. *Braz J of Develop.*, Curitiba, v. 5, n. 12, p.32896-32903 dec 2019.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Informações Básicas Estaduais (Estadoc) e de Informações Básicas Municipais. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/08/apenas>

KOLCABA K. Comfort Theory and practice: a vision for holistic health care and research. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 2003.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, p. 43-63, 2009.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, n. 9, p. 7-28, 2011.

MOTTA, J I J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*.2016;40(no.spe):73-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042016s07>>.

MURRAY, SA, KENDALL, M, MITCHELL, G, MOINE. S, AMBLÀS-NOVELLAS, J, BOYD, K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356:j878. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.j878>.

NASCIMENTO, M. A. N. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Athenea Digital*, 1(17), 227-239

PERUCCHI J, BRANDÃO BC, VIEIRA HIS. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estud Psicol (Natal)*. 2014;19(1):67-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100009>

PINTO SMO, BERENGUER SMAC, MARTINS JCA, KOLCABA K. Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. *Porto Biomed J*. 2016;1(4):147-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. (2006). Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Autor

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Jun 20].

A RESPONSABILIDADE SOCIAL ACADÊMICA FRENTE ÀS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS APRESENTADAS NO CURSO DE FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiano José da Silva Boulhosa^I; Renato da Costa Teixeira^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/3994622253119424>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/3506765836592906>

INTRODUÇÃO

A responsabilidade social regula o impacto que nós geramos à sociedade, ou seja, as consequências imediatas que produzimos frente aos nossos atos. As resoluções que exigem de uma socialização advêm da nossa rotina social e convivência com múltiplas pessoas, e essa rotina que está ligada ao modo de viver produzem efeitos que podem não ser desejados por ferir a vida social, necessitando da responsabilidade por partes dos cidadãos associados (Vallaey, 2017).

A responsabilidade social universitária é um termo que abrange vários aspectos relacionados ao conhecimento produzido e difundido dentro das universidades de acordo com o contexto social em que está inserido. Ela tem por finalidade promover ações com embasamento nos princípios éticos que asseguram o desenvolvimento acadêmico em função social, cultural, ambiental e econômico (Nunes; Pereira; Pinho, 2017).

Dentre as suas características, a responsabilidade social universitária abrange o: organizacional, educativa, cognitiva e social. Quanto à característica social, a universidade tem um peso referente ao desenvolvimento do progresso, criar capital social, vincular os alunos à realidade externa, tornar o conhecimento acessível a todos e acompanhar o seu desenvolvimento. Ademais, não se trata apenas reafirmar as três dimensões da universidade que são as de ensino, pesquisa e extensão. Outros quatro processos que condizem à função social devem também contemplar o processo de gestão da dimensão que condiz a universidade, sendo eles: gestão, formação, produção de conhecimento e a participação social (Vallaey, 2017).

Sendo assim, a instituição é socialmente responsável quando age com o impulso em contemplar os interesses da sociedade em prevenir os prejuízos, no compromisso e igualdade social e educacional da universidade, meio ambiente, direitos humanos, ciência

e a tecnologia (Lima; Neto; Pompeu, 2020; Nunes; Pereira; Pinho, 2017). O comportamento é caracterizado como reações de um indivíduo por meio de uma ação ou atividade realizada, como gritar, chorar, sorrir, andar, ficar chateado, entre outros. Sendo assim, o ele condiz a resposta de uma pessoa ao estímulo ambiental que se encontra e relaciona (Borba; Barros, 2018).

As alterações do comportamento podem estar associadas às patologias, a exemplo do Transtorno do Espectro Autista onde na infância é possível observar comportamentos de características atípicas: déficit de interações sociais e comunicação; comportamentos repetitivos e restritivos (Proença, Sousa E Silva, 2021). Outra patologia associada está o TDAH em que as crianças que apresentam, desenvolvem ampla dificuldade de regular suas ações, além de problemas no seu automonitoramento e percepção das respostas emitidas dentro do seu contexto social (Malloy-Diniz *et al.*, 2018; Rohde *et al.*, 2019).

A junção de fatores importantes contribui para o desenvolvimento de uma criança e de um adolescente, são eles: a hereditariedade e a aprendizagem que adquire do meio em que está inserido, assim como a influência familiar, escolar, amigos, cultura e sociedade. Ademais, Piaget e Vygotsky foram ao longo dos anos os autores que colaboraram com a abordagem do desenvolvimento da criança e do adolescente através de estágios, e ambos a enfatizaram como indispensável ao desenvolvimento. Assim, a passagem do aprendizado simples para o complexo aperfeiçoa-se na adolescência e continua ao longo da vida adulta (Carneiro, 2022).

Dentro do contexto escolar, os alunos enfrentam mudanças que estão associadas às demandas de relacionamentos interpessoais que dependem de habilidades sociais: pedir ajuda, resolver conflitos, falar em público, adaptar-se ao ambiente e às novas metodologias que são inseridas. As habilidades sociais, quando não desenvolvidas de maneira para suprir as necessidades da fase acadêmica, pode estimular o estresse, fracasso escolar, transtornos psíquicos e problemas comportamentais (Schonfeld *et al.*, 2015; Trach; Lee; Hymel, 2017).

Os problemas comportamentais podem ser classificados como externalizantes e internalizantes, ambos estão associados a diferentes desfechos de caráter negativo com interferência na aprendizagem e no decurso da socialização (Carneiro, 2022; Trach *et al.*, 2017). Os problemas comportamentais externalizantes orientam-se para o ambiente externo por meio de condutas com alto índices de agressividade, antissociais, comportamentos desafiadores, disruptivos e hiperativos. Quando persistentes, estão

associados ao baixo desempenho escolar, comportamentos antissociais, abuso de substâncias e rejeição dos pares (D'abreu; Marturano, 2010; Trach *et al.*, 2017).

De outro modo, os internalizantes caracterizam-se por estados de ordem privada que se manifesta no próprio indivíduo, como por exemplo os sintomas depressivos, queixas somáticas, ansiedade, timidez, e isolamento social (*American Psychiatric Association*, 2013; Cia; Costa, 2017; Trach *et al.*, 2017).

O ensino superior é um processo em que os estudantes estão sendo submetidos pela transição da adolescência para a vida adulta, onde irão adquirir conhecimentos e experiências dentro dessa rotina acadêmica, e acabam gerando grandes expectativas sendo um processo acompanhado de vários sentimentos como a tristeza, alegria, angústia e felicidade. Em alguns momentos a transição é mais simples para alguns devido ao ambiente universitário ser um lugar que oferece muitos desafios, e por isso os alunos devem buscar um equilíbrio em meio às situações que os cercam objetivando não haver frustrações nessa nova etapa e evasão (Anjos; Silva, 2017; Coulon, 2017).

A maioria dos estudantes saem do ensino médio e vão direto para a instituição superior, onde são utilizadas metodologias que trabalham a liderança, responsabilidade e o conhecimento. Uma grande parcela dos universitários não consegue se adaptar com essas mudanças e existem outros que já conseguem moldar-se mais facilmente a essa nova rotina, sendo assim existem muitos fatores que acabam influenciando na maioria dos estresses que acabam prejudicando o aprendizado do aluno e reduzindo o desenvolvimento com que aqueles que já apresentam dificuldade, sendo necessário ajustes para melhorar o rendimento (Matta *et al.*, 2017).

A fisioterapia é uma área que atua em diversas funções, que vai da reabilitação à promoção e prevenção. Os acadêmicos do curso precisam entender a relação terapeuta-paciente, e durante o percurso para se tornar um profissional, é necessário traçar um perfil que seja ético, criativo, crítico e receptivo. Além disso, devem utilizar todo os conhecimentos científicos e habilidades fisioterapêuticas com o objetivo de promover, recuperar e reabilitar a saúde do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2017).

Os acadêmicos na área da saúde estão mais expostos a situações estressantes, entre eles podem ser destacados o aumento da responsabilidade, ansiedade, demanda nas tarefas e dificuldades no aprendizado. Diante disso, os discentes ficam mais suscetíveis a algumas questões que acabam impactando na sua vida social e profissional (Botti, 2010; Tassini *et al.*, 2017).

Quanto aos estudantes de Fisioterapia, suas responsabilidades são muitas durante a graduação, pois é onde estabelecem uma relação direta com pacientes e de todos que dependem da sua atuação acadêmico profissional. Por esse motivo, no decorrer da formação é necessário que algumas competências sejam trabalhadas como observação, criação de hipóteses, resolução de problemas ao longo da atuação dentro do curso (Mello *et al.*, 2021).

De acordo com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), as habilidades e as atitudes socioemocionais são competências que ajudam a resolver situações diárias, como entender uma circunstância e planejar logo uma solução. Além disso, essas habilidades são compreendidas por um conjunto de comportamentos que estão relacionados à abertura ao novo, autogestão, autoconfiança, empatia e o engajamento social. Nesse sentido, está atrelada também com o “sucesso” na vida social ou no mundo do trabalho através de uma convivência mútua pautada em habilidades que atuem na criatividade, comunicação, pensamento crítico, respeito, atenção plena, ética, resiliência etc. (Brasil, 2016; Carneiro; Lopes, 2020).

Dessa forma, as intuições acadêmicas atuais precisam repensar e alinhar as metodologias que envolvam as habilidades socioemocionais, pois as atitudes e valores que são desenvolvidos contribuem no processo de ensino e aprendizagem e em situações complexas da sociedade. Além disso, o mercado atual exige cada vez mais profissionais que estejam preparados para lidar com problemas da melhor maneira (Dias *et al.*, 2021; Machado *et al.*, 2022). A partir disso, esse estudo tem como objetivo relatar como a comunidade acadêmica conduz os alunos que apresentam alterações comportamentais e dificuldade no processo de aprendizagem.

METODOLOGIA

Este é um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, no qual foi realizado a partir das vivências e observações do curso de Bacharelado em Fisioterapia no Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), situado em Belém/PA.

Sendo assim, este relato baseia-se na experiência enquanto docente do curso de Fisioterapia do CESUPA voltado para os alunos que apresentam alterações comportamentais ou dificuldade no processo de aprendizado nas disciplinas inseridas na grade curricular e quais as posições tomadas pelos professores, discentes, família, metodologias e as formas de assistência ao estudante.

O relato é descrito de através da inserção da prática docente do curso de Fisioterapia do CESUPA. Na qual a demanda de alunos com alterações comportamentais, dificuldade de aprendizado ou vivendo oscilações na saúde mental vem se tornando frequente na comunidade acadêmica.

Logo, a elaboração do relato instigou-se pela necessidade de gerar reflexões acerca da responsabilidade social dentro do ambiente acadêmico, e em como todo o corpo docente e discente da instituição, com as metodologias e abordagens aplicadas podem interferir nas variadas realidades, dentre elas, acadêmicos com alterações comportamentais e dificuldades no aprendizado.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

É evidente o aumento da presença de alunos que apresentam alterações comportamentais ou dificuldades no processo de aprendizagem no ensino superior, o Serviço de Apoio ao Estudante (SAE) da instituição acompanha atualmente cerca de 80 alunos de diversos cursos, sendo os cursos de saúde um dos que mais necessita de abordagem continuada, pois a demanda acadêmica curricular exige diversas competências, habilidades e atitudes desses alunos. Com isso faz-se com que o tradicional formato de ensino ainda presente seja repensado, desde o currículo acadêmico como o preparo dos professores através de formação continuada com enfoque nas competências, atitudes e habilidades.

A adoção das metodologias ativas flexíveis e abrangentes dentro da sala de aula tornou-se mais frequente pelos professores das diversas disciplinas com o objetivo de facilitar o aprendizado. A instituição CESUPA promove em sua educação permanente incentivo para aprendizado de diversas metodologias dentre elas a sala de aula invertida, *Team-Based Learning* (TBL), estudo de casos, aprendizado baseado em problematização e projetos sendo no curso de fisioterapia essas mais relatadas no colegiado docente.

A inserção dessas metodologias no ensino de graduação em saúde colabora de forma positiva no desenvolvimento de diversos aspectos como maior engajamento, empatia, abertura ao novo, assertividade, tolerância ao medo e frustração. Além de estimular a cooperação durante o seu desenvolvimento favorecendo o engajamento dos alunos para a sua participação ativa, conseqüentemente a elaboração de questionamentos e crescimento acadêmico e de vida.

Porém deve se ter cuidado pois da mesma forma que gera habilidades positivas o estado ativo de participação despertar de várias emoções e sintomas negativos, dentre elas: o nervosismo, crises ansiedade e insegurança, e em casos graves podendo despertar o abandono da tarefa, desmaios, estagnação em disciplinas e evasão do curso. Logo o processo de amadurecimento com responsabilidade deve ser observado e corrigido durante a progressão do curso e das disciplinas fazendo com que a avaliação seja não somente técnica e sim atitudinal, tanto do discente (autoavaliação) quanto do docente.

O relato discente de convergência de estratégia ativa é a chamada sala de aula invertida pois momento de inversão e a divisão em grupos para a realização da atividade, foi proporcionado pela metodologia uma maior interação, colaboração e autonomia, seguido do compartilhamento com a turma e o aprendizado mútuo por meio da escuta ativa, com isso a interação e a acolhida dos alunos acompanhados pelo SAE, construiu-se o entendimento de unidade em sala de aula.

Outro relato é sobre os estudos de caso e o *Team-Based Learning* (TBL) metodologias utilizadas com recorrência nas disciplinas, que estimula o estudo prévio e o trabalho em equipe para a resolução das questões e casos fictícios ou reais do dia a dia. A sua aplicação favorece uma rotina de estudos incluindo o aprofundamento em momentos de equipe sendo potencializado quando o facilitador distribui os grupos de forma aleatória ou pesando em seu julgamento alunos com habilidades diferentes.

A reponsabilidade se torna entendida diferente pelos alunos quando eles vivenciam as aulas práticas que é um momento essencial no processo de aprendizado. A turma é dividida em pequenos grupos, onde é realizado momentos práticos de atendimento e de atividades em outros espaços com discussão, retirada de dúvidas e momento de feedback individual. A divisão da turma faz-se assertiva quando se realmente mistura os alunos com habilidades e atitudes diversas, assim se deparam com diversas realidades de mundo e de técnicas de abordagem. O professor fica também mais perto dos alunos sendo capaz de identificar comportamentos atitudinais, expressões corporais e falas sensíveis que aulas teóricas em sala de aula tradicional não permite.

Os discentes relatam que esta aproximação professor e aluno em aulas práticas permitem uma melhor atenção para retirar qualquer tipo de dúvida, correções e sensibilidade à percepção de qualquer sintoma que pode ser desencadeado durante as atividades, sendo possível reforça informações e repassar *feedback* de forma assertiva.

Outra fala é que o desenvolvimento das habilidades partindo dos alunos que não apresentam alterações comportamentais ou dificuldade no aprendizado pode ser um

grande fator contribuinte para a trajetória acadêmica daquele que necessita de uma assistência um pouco mais elaborada, tendo em vista que as mais variadas situações podem exigir dos colegas de turma essa prontidão por meio de atitudes e emoções. Assim como o desenvolvimento e compartilhamento de habilidades e atitudes socioemocionais facilitam a abordagem antes e após o conhecimento das particularidades encontradas entre os alunos se torna diferente a acolhida fazendo com que se crie um ambiente aberto as diferenças.

O corpo docente do curso, incluindo professores e coordenadores, também tem um papel de grande influência na trajetória de todos os discentes, podendo colaborar tanto de forma positiva em seu desempenho acadêmico quanto de forma negativa a depender de suas decisões e formato de abordagem com os alunos. Enquanto uns se mostravam bem acessíveis, sensíveis às particularidades apresentadas e tomando decisões de modo assertivo, esse professor se torna referência sendo uma forte rede de apoio dentro da instituição.

Outros se mostram o inverso e apresentando uma forte resistência às individualidades e persistindo em metodologias que não favoreceram o seu desempenho em momentos práticos, teóricos, não facilitando assim o desenvolvimento das habilidades discentes. Logo o que diferencia um professor do outro é justamente a maneira de conduzir a realidade estudantil presente.

Os processos seletivos de ingresso nas instituições de ensino superior não apresentam formas de rastreamento de quem são esses alunos que necessitam de atenção, cabe ao professor o desenvolvimento de tais estratégias no sentido de direcionar suas condutas dentro da sala de aula para melhor inseri-lo. Nessa perspectiva, a função do professor ao longo do curso consiste também em desenvolver com o aluno uma relação a fim de perceber suas potencialidades e carências a nível de aprendizado e comportamental.

O CESUPA oferta por meio do atendimento individual e coletivo o SAE que conta com o profissional Psicólogo em todos os polos. O papel do SAE objetiva assistir todo o corpo discente da universidade através da orientação ao aluno que apresenta dificuldades na sua rotina de estudos e aprendizado, dificuldades dentro de sala de aula, com os colegas em turma e em tudo que está ao seu entorno acadêmico, e amenizar sintomas psicopatológicos.

Além da atenção com os discentes que apresentam alteração comportamental, o SAE é um serviço que também auxilia o aluno a lidar melhor com as experiências acadêmicas em questão de organizações e planejamento, mas ainda sim está muito

enraizado a relação do SAE apenas com serviços de ordem psicológica e por isso pouco utilizado para os outros fins pedagógicos e psicológicos.

Assim como os professores a família em conjunto com a instituição também exerce uma força muito positiva, talvez a principal, para o seu desenvolvimento discente. Porém nem sempre as famílias exercem o devido papel, negligenciando as particularidades de seus filhos. Na instituição há a presença de diversos alunos que relatam alterações comportamentais, mas que os pais não aceitam tal realidade e assim não buscam intervenções para que o desenvolvimento acadêmico seja desenvolvimento de maneira efetiva, o que dificulta o aprendizado pelos períodos, casos de dependências e reprovações. A falta de tomada de decisão recai à instituição, porém somente uma rede de apoio forte não supre a falta da busca pela família por intervenções.

Entretanto, também temos a presença de alunos onde a rede familiar é uma forte aliada à instituição para que o desenvolvimento do seu filho enquanto acadêmico e posteriormente profissional seja realizado da melhor maneira possível. Temos colegas que vão em busca de exames, terapias e acompanhamentos tendo em vista que o seu desenvolvimento acadêmico seja completamente efetivo, e isso somado ao apoio da instituição, professores e colegas se torna um forte potencial para a sua formação.

DISCUSSÃO

No relato foi evidenciando que a aplicação das metodologias ativas no modelo de ensino contribuiu de maneira positiva por estimular o acadêmico ao estudo prévio, envolvimento e engajamento, além de despertar o desenvolvimento de questionamentos. Ademais, Althus e Bagio (2017) corroboram com tal achado, os autores afirmam que a interação dos professores durante a aplicação das metodologias com os alunos é baseada em diálogo e na cooperação mútua com o objetivo de os tornarem sujeitos críticos, pensantes, participativos e propositivos, assim como Ventura et al. (2020) acrescenta o amadurecimento reflexivo.

Entretanto, foi evidenciado a partir das experiências com as aplicações das metodologias de ensino, que elas favorecem o desafio e ativam sintomas já instalados em alguns acadêmicos. Em concordância, Braga et al. (2021) em seu estudo desenvolvido para verificar o temperamento afetivo e emocional dos estudantes após a utilização de metodologias ativas, eles concluíram com o estudo um impacto negativo no temperamento

emocional nas dimensões: vontade, controle, resiliência e no Funcionamento Emocional Global.

Dentre as metodologias, as autoras do relato citam a construção do mapa mental e o caracterizam por meio de suas experiências como um método que viabiliza a resolução de temáticas por meio de palavras-chave e organização de ideias, corroborando com Litto e Mattar (2017) que afirmam ser um processo de criação para ajudar a organizar ideias, não existindo uma forma exata de se elaborar, e Coelho *et al.* (2020) ao coletar as percepções dos alunos acerca da construção do mapa, obtiveram respostas positivas por ampliar a rede de conhecimento.

A sala de aula invertida somando às metodologias que colaboram com o desempenho acadêmico segundo à percepção das autoras, é comentada por Da Silva, Silva e Almeida (2021). Eles citam esse método permite a troca de opiniões, construção de respostas conjuntas para questões norteadoras que colaboram em uma aprendizagem eficiente e principalmente a autonomia na busca ativa sobre determinado assunto, o que agrega com a afirmação das autoras do relato ao descreverem que o método proporcionou o aprendizado mútuo por meio da escuta ativa, interação grupal e autonomia para estudos.

O relato apresenta o *Team Based Learning* (TBL) como um método que permite o processo de ensino aprendizagem devido a exigência do preparo pré-aula, a resolução dos problemas e o desenvolvimento de habilidades que colaboraram para o seu envolvimento com o grupo e o desenvolvimento nas resoluções. Bandeira, Silva e Vilela (2017) confirmam tal afirmativa quando reforçam que este método gera um momento grupal que permite a integração de alunos através do compartilhamento de informações, pensamento crítico e estimular o trabalho em equipe.

De Albuquerque *et al.* (2021) ao aplicar um questionário para um total de 20 alunos do curso de medicina, 12 acadêmicos (70,58%) responderam à pesquisa afirmando que preferem a realização da metodologia ativa TBL, e como justificava em outro estudo realizado por Pereira e Afonso (2020) os alunos afirmam ser uma metodologia que os fez ir além do estudar o suficiente por estimular o estudo prévio e fazer com que o aluno debata sobre o assunto, gerando melhor aprendizado.

O estudo de caso a partir da vivência das autoras, inferiram que o método permitiu discutir e aprofundar determinados assuntos e patologias, desenvolver o raciocínio clínico e aprimorar a interação grupal, favorecendo também o compartilhamento de informações. Sendo assim, Leal e Oliveira (2017) ao analisarem o método e investigarem as habilidades e competências desenvolvidas pela aplicação, os autores encontram

variáveis que evidenciam o enriquecimento do aprendizado coletivo, capacidades analíticas e críticas nos acadêmicos.

A problematização foi uma metodologia relatada pelos discentes, permitindo o desenvolvimento de habilidades variáveis devido à formação dos grupos. Corroborando com Santiago, Moraes e Almeida (2020) ao coletarem relatos da percepção dos estudantes sobre a utilização da problematização como metodologia, e obtiveram como pontos fortes que somam aos achados do relato que se refere a lidar com opiniões diferentes, treinar habilidades na interação em grupo, estimulação à pesquisa e autonomia para aquisição do conhecimento e a oportunidade de ouvir o colega.

Acerca das aulas práticas, foi relatado que o aprendizado é facilitado e favorece o desenvolvimento acadêmico, além de ser o momento em que os alunos podem demonstrar em prática o que antes foi abordado em sala. A informação é evidenciada com os autores Ventura *et al.* (2020) onde afirmam que a integração teórico-prática desenvolve capacidades para que a aprendizagem seja desenvolvida de forma autônoma e dialética, obtendo assim bons resultados. Acrescentam também que ela foi percebida pelos discentes por trazer aprendizagem mais significativa e duradoura para auxiliar nos objetivos traçados.

Por fim, ainda visando a aula prática que a assertividade com a divisão da turma permite uma visão individual de cada aluno pelo professor e assim favorece o repasse dos feedbacks com as práticas em atendimentos ou em atividades práticas. Tal conclusão é reforçada por Nunes *et al.* (2022) que destaca a importância desse processo nas atividades realizadas, e afirma ser um processo necessário em que o aluno se sinta motivado, engajado nas atividades e acadêmico consegue desenvolver o seu trabalho de maneira mais prazerosa quando se sente útil.

As habilidades e atitudes socioemocionais foi um tema abordado como um desenvolvimento de grande importância, partindo dos alunos que não apresentam alterações comportamentais ou dificuldades no aprendizado, sendo um fator contribuinte para a trajetória acadêmica. Com isso, Jang e Park (2016) abordam sobre o assunto e afirmam que os acadêmicos necessitam desenvolver habilidades de comunicação, discussão, fazer uso de atitudes cooperativas e colaborativas para o desenvolvimento metodológico proposto e manter a boa convivência com o grupo.

Como fator que contribui para o desenvolvimento de tais habilidades e atitudes disciplinas que promovem e enfatizam a importância de contextos socioemocionais através de reflexões e dinâmicas individuais ou em grupos dentro da sala de aula, consequentemente, segundo Tôrres (2021) o aluno desenvolve maior capacidade empática

em relação ao outro, aprendem a lidar com adversidades, habilidades de gerir seus relacionamentos, e acrescentam a tendência em obter resultados positivos no seu rendimento acadêmico.

Acerca da influência do corpo docente no desenvolvimento acadêmico, esses professores podem colaborar com trajetória acadêmica discente tanto de forma positiva quanto de forma negativa, o que Ventura *et al.* (2020) expõem como um fato e explica em seu estudo que cabe ao docente um papel coadjuvante e ao discente o papel principal no desenvolvimento do aprendizado. Ao professor, por direcionar e facilitar o processo de conhecimento que será abordado, e ao aluno por apresentar devidas ferramentas para estimular sua produção necessária.

A atitude docente podem ser uma interferência no desenvolvimento acadêmico dos alunos que apresentam dificuldades no aprendizado ou alterações comportamentais. Barbosa e Gomes (2019) sobre as percepções discentes sobre o ingresso à universidade, aborda uma acadêmica diagnosticada com autismo quanto ao preparo de seus professores no contexto da diversidade. Como resposta, que alguns estavam preparados e outros não por não ser algo tão visual quanto uma deficiência física.

Por isso, Vieira e Omote (2018) contribuem dizendo que o docente precisa tomar ciência dos fatores que direcionam o seu julgamento dos alunos e em como essa postura afeta as estratégias pedagógicas adotadas, o que concorda com o exposto na vivência, onde as autoras também descrevem o caso de professores com dificuldades no entendimento das particularidades presentes dentro da sala de aula, os levando a tomada de decisões equivocadas em alguns casos e contribuindo de forma negativa para o desenvolvimento acadêmico.

Ao finalizar a função do papel do professor que além de facilitador, deve desenvolver com o aluno uma relação a fim de perceber suas potencialidades e carências acadêmicas. Vitória *et al.* (2018) concordam com o reforço, eles afirmam que o relacionamento construído entre o aluno e o professor não deve ser unicamente formal e que o professor com suas percepções aguçadas ao ignorar as particularidades de seus alunos pode tirar conclusões precipitadas acerca dos processos de ensino e aprendizagem, colaborando com a presença de situações que não favorecem o engajamento.

Então, para reforçar acerca da função do professor além de facilitador, Vieira e Omote (2021) discorrem que além do conhecimento técnico para a utilização de seus recursos didáticos, o professor deve adquirir competências em lidar com situações de

caráter social dentro da sala de aula que envolvem a questão da Educação Inclusiva e suas consequências.

O Sistema de Apoio ao Estudante foi descrito no relato com o objetivo de assistir o corpo discente por meio de orientações ao aluno que apresenta dificuldades na sua rotina de estudos e aprendizado, dificuldades na sala de aula e amenizar sintomas psicopatológicos. No que condiz ao Sistema de Apoio ao Estudante, Veiga e Lopes (2020) citam que os atendimentos realizados com os alunos são focados nas questões de vivência acadêmica, profissional, resolução de tarefas, tratamento de alguns quadros psicopatológicos e ainda acrescenta orientação vocacional.

Outra questão pontuada foi acerca do conhecimento dos alunos que chegam à procura ou são encaminhados ao atendimento, que deve ser bem melhor desenvolvida. Gomes e Pavão (2021), descrevem que um dos procedimentos iniciais psicopedagógicos do atendimento no ensino superior consiste em uma entrevista com o objetivo de conhecer a história do universitário visando dados relativos ao desenvolvimento pessoal, dinâmica familiar e trajeto escolar. Os autores concluem que com essas informações, suas dificuldades e potencialidades são encontradas e aproveitadas para que o suporte psicológico seja efetivo.

Outra questão evidenciada foi acerca da relação família-instituição no desenvolvimento acadêmico do aluno que apresenta dificuldades no aprendizado e alterações comportamentais, sendo um forte potencial para a sua formação, o que recai na afirmação descrita por Silva e Klumpp (2020), no estudo realizado acerca da importância da relação família-escola na educação inclusiva, elas abordam que a família tem muito a contribuir com o aprendizado dos filhos quando estabelece uma parceria saudável com a instituição na base da empatia.

As relatoras afirmam que rede familiar é uma forte aliada à instituição para o desenvolvimento acadêmico, e dentro da abordagem é citado exemplos das formas de acompanhamento que a família proporciona aos seus filhos, porém Chimenes e Santana (2020) acrescentam que essa parceria pode ser mais bem ampliada por meio de maiores contatos com a família daquele aluno através de reuniões periódicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de alunos com alterações comportamentais e dificuldades comportamentais dentro do ambiente acadêmico exige que mudanças e adaptações sejam

elaboradas para que a inclusão desses acadêmicos seja efetuada de modo que o seu rendimento acadêmico não seja afetado. Através do relato descrito através das vivências experimentadas no decurso da prática docente, vários métodos para que a inclusão fosse efetuada foi realizada pela gestão acadêmica.

A começar pelas metodologias ativas foi possível observar que além de ser um método que aprimora o formato do aprendizado e o repasse de informações, também é uma maneira de desenvolver habilidades essenciais não somente com os alunos que não apresentam dificuldades ou alterações comportamentais, mas também com todos que compartilharão atividades em grupo e professores.

Por esse motivo, várias estratégias institucionais com base no conceito de Responsabilidade Social Universitária, podem ser implementadas dentro da comunidade. A começar pelo método de entrada, o relato gerou uma reflexão acerca do seu modelo atual de processo seletivo que não apresenta uma forma de rastrear quem são os alunos que apresentam dificuldades no seu processo de aprendizagem, recaindo a responsabilidade para o corpo docente em perceber quem são esses alunos e traçar estratégias que possibilitem a inclusão social e acadêmica.

Entretanto, é perceptível que nem sempre o corpo docente atende às expectativas para suprir o rastreamento comportamental do aluno. Foi citada a experiências com os dois modelos de profissionais, os que são mais sensíveis às particularidades, assim como os que não apresentam tal sensibilidade. Com este fato apresentado, sugere-se que a instituição adote modelos de educação permanente ao docente como forma de estarem qualificados além do repasse de informações, tendo em vista que este pode gerar um impacto no discente e ampliar o serviço de apoio ao discente que se torna um grande diferencial na acolhida e construção social discente, modelo esse que deveria ser replicado em todos os níveis de atenção educacional.

Portanto, a Responsabilidade Social Acadêmica dentro das instituições de ensino superior é um grande desafio na atualidade. A acolhida e direcionamento de alunos com alterações comportamentais, saúde mental abalada ou em tratamento e dificuldades no aprendizado deve ser conduzido de forma sensível em suas particularidades sendo possível desenvolver ações para promover o melhor desempenho acadêmico e posteriormente entrega ao mercado de trabalho e a sociedade alunos capazes, perceptíveis e responsáveis tanto tecnicamente quanto socialmente.

- ALTHAUS, Maiza Taques Margraf; BAGIO, Viviane Aparecida. As metodologias ativas e as aproximações entre o ensino e a aprendizagem na prática pedagógica universitária. *Revista Docência Do Ensino Superior*, v. 7, n. 2, p. 79-96, 2017.
- ANJOS, D. R. L., E SILVA, R. H. A. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-R): avaliação de estudantes de medicina em um curso com currículo inovador. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 22(1), 2017.
- BANDEIRA, Denise Marial Almeida; SILVA Maria Alexsandra; VILELA. Aprendizagem Baseada em Equipe. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*. v. 2, n. 1, 2017
- BARBOSA, Heloisa Fonseca; GOMES, Adriana Leite Limaverde. A inclusão de pessoas com autismo no ensino superior: percepções discentes sobre o ingresso à universidade. In: VI Congresso Nacional de Educação. 2019.
- BORBA, Marilu M. C.; BARROS, Romariz S. Ele é autista: como posso ajudar na intervenção? Um guia para profissionais e pais com crianças sob intervenção analítico-comportamental ao autismo. Cartilha da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC). Ano I, Volume I. n.1, 2018.
- BOTTI NCL, Lima AFD, Simões WMB. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. *Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas (Edição em português)*. 2010;6(1):1-13.
- BRAGA, Isadora Archanjo Ferreira et al. Avaliação do temperamento afetivo e emocional em estudantes universitários da metodologia ativa de ensino. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, p. e17110615635-e17110615635, 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Básica. Base Nacional Comum Curricular. Brasília, DF, 2016.
- CARNEIRO, Maria Beatriz Fernandes. Competências socioemocionais na infância e na adolescência. 2022. Dissertação de Mestrado.
- CARNEIRO, Maria Daniele Lungas; LOPES, Cícera Alves Nunes. Desenvolvimento das Competências Socioemocionais em Sala de Aula/Development of Socioemotional Skills in the Classroom. ID on line. *Revista de psicologia*, v. 14, n. 53, p. 1-14, 2020.
- CHIMENES, Giovana Mariza; SANTANA, Maria Luiza da Silva. Desafios e possibilidades de práticas pedagógicas de professores frente às crianças e estudantes com autismo na escola regular. *Múltiplos Acessos*, v. 5, n. 2, p. 92-107, 2020.
- CIA, F., E DA COSTA, C. S. L. (2017). Desempenho acadêmico nas séries do ensino fundamental: Relação com o desenvolvimento social. *Psicologia Argumento*, 30(68), 109-120.

COELHO, Érica Aparecida et al. Construindo aprendizagem ativa com mapas conceituais: percepções e utilização. *Revista Paidéi@-Revista Científica de Educação a Distância*, v. 12, n. 21, p. 91-112, 2020.

COULON, Alain. O ofício de estudante: a entrada na vida universitária. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 1239-1250, out./dez. 2017.

DA SILVA, Camila Ramos Brandão; KLUMPP, Carolina Ferreira Barros. A importância da relação família-escola na educação inclusiva de aluno com deficiência. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 4611-4629, 2020.

DA SILVA MARTINS, Olga Aparecida; DA SILVA, Marilene Rosa; DE SOUZA ALMEIDA, Vinicius. Sala de Aula Invertida: Uma metodologia Ativa na Aprendizagem. *Ensino em Perspectivas*, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2021.

D' ABREU, L. C. F., & MARTURANO, E. M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: Uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(1), 43-51.

DE ALBUQUERQUE, Mário Roberto Tavares Cardoso et al. Team-Based Learning (TBL) como estratégia para o Estudo do Pacto pela Saúde: Relato de experiência na Graduação em Medicina. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 3, p. 10136-10142, 2021.

DE LIMA, Tamires Feitosa; DE FIGUEIREDO, Chiara Lubich Medeiros; MACENA, Raimunda Hermelinda Maia. World café: relato de experiência de uma técnica de ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Ensino Superior*, v. 6, n. 4, p. 83-94, 2022.

DIAS, Ricardo; PÁDUA, Ana Sara; MENDES, Ireneu. Administração Pública no século XXI: tendências no ensino e aprendizagem de softskills. *Ensino em Perspectivas*, v. 2, n. 4, p. 1-24, 2021.

GOMES, Caio Cesar; PAVÃO, Silvia Maria de Oliveira. Intervenção psicopedagógica no ensino superior. *Construção psicopedagógica*, v. 29, n. 30, p. 37-49, 2021.

JANG, H. W. & PARK, S. W. (2016). Effects of personality traits on collaborative performance in problem-based learning tutorials. *Saudi Med J.*, 37(12), 1365– 1371

LEAL, Edvalda Araújo; DE OLIVEIRA, Rodrigo Lucena. O método de estudo de caso aplicado no ensino em cursos de pós-graduação em ciências contábeis. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, v. 15, n. 35, p. 69-87, 2018.

LIMA, Mariete Ximenes Araújo; NETO, Macário Neri Ferreira; POMPEU, Randal Martins. Projeto de extensão no ensino superior como prática de responsabilidade social. *Regae-Revista de Gestão e Avaliação Educacional*, v. 9, n. 18, p. 1-12, 2020.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 421-434, 2017.

LITTO, F. M.; MATTAR, J. Educação aberta online: pesquisar, remixar e compartilhar. São Paulo: Artesanato Educacional, 2017.

MACHADO, Marcos Canto; CAMPOLI, Jessica Suárez. Gestão de projetos acadêmicos e competências comportamentais na educação profissional e tecnológica. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, p. e5411124554-e5411124554, 2022.

MALLOY-Diniz, L.F., Fuentes, D., Mattos, P. & Abreu, N. (2018). Avaliação Neuropsicológica. (2. Ed.). Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed.

MATTA, Cristiane Maria Barra da, Lebrão, Susana Marraccini Giampietri e Heleno, Maria Geralda Viana Adaptação, rendimento, evasão e vivências acadêmicas no ensino superior: revisão da literatura. Psicologia Escolar e Educacional [online]. 2017, v. 21, n.

MELLO, A.C.L; BELOTO, A.B., O interesse e o entendimento dos acadêmicos de fisioterapia sobre as tecnologias de apoio na sua formação profissional. Anais Eletrônico XII EPCC. UNICESUMAR - Universidade Cesumar.

NUNES, Enedina Betânia Leite de Lucena Pires; PEREIRA, Isabel Cristina Auler; PINHO, Maria José de. A responsabilidade social universitária e a avaliação institucional: reflexões iniciais. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), v. 22, p. 165-177, 2017.

NUNES, Glécilla et al. A importância da motivação escolar no ensino de física para o processo de aprendizagem de alunos com TDAH. Arquivos do Mudi, v. 26, n. 1, p. 1-13, 2022.

VIEIRA, Camila Mugnai; OMOTE, Sadao. Atitudes sociais de Professores em relação à inclusão: formação e mudança. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 27, 2021.

Pereira, Celice Cordeiro de Souza Bergh, and Rosana Telma Lopes Afonso. "Percepção discente sobre aprendizagem baseada em equipes (TBL) e instrução em pares (PI)." Brazilian Journal of Development 6.1 (2020): 4057-4065.

ROHDE, L. A., Buitelaar, J.K., Gerlach, M. & Faraone, S.V. (2019). Guia Para Compreensão e Manejo Do TDAH. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed.

SANTIAGO, Rejane de Carvalho; MORAES, Vardeli Alves de; ALMEIDA, Rogério José de. Percepção dos Estudantes de Medicina sobre o Uso da Metodologia da Problemática durante a Graduação. Revista Brasileira de educação médica, v. 44, 2020.

TASSINI, C. C. et al. Avaliação do Estilo de Vida em Discentes Universitários da Área da Saúde através do Questionário Fantástico. International Journal of Cardiovascular Sciences. v.30, n.2, p.117-122, 2017.

TÔRRES, Fabrícia Arantes. O impacto das habilidades socioemocionais no aprendizado e ao longo da vida. Revista Científica BSSP, v. 2, n. 2, p. 1-16, 2022.

TRACH, J., Lee, M., & Hymel, S. (2017). A social-ecological approach to addressing emotional and behavioral problems in schools: Focusing on group processes and social dynamics. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 26(1), 11-20.

VALLAEYS, François. Responsabilidade social universitária: uma definição prudente e responsável. COLÓQUIO-Revista do Desenvolvimento Regional, v. 14, n. 2, p. 159-173, 2017.

VEIGA, Sofia; LOPES, Helena. Serviços de Apoio Psicológico ao estudante de Ensino Superior: As experiências do Centro de Intervenção Psicopedagógica e do Gabinete de Orientação e Integração: confluências e especificidades. Sensos-e, v. 7, n. 1, p. 57-66, 2020.

VENTURA, Rita de Cássia Martins Oliveira et al. Metodologias Ativas e Participativas: uma análise da produção do UNIFACIG no Fórum STHEM-BRASIL. Research, Society and Development, v. 9, n. 7, p. e425973648-e425973648, 2020.

VITÓRIA, Maria Inês Côrte et al. Engajamento acadêmico: desafios para a permanência do estudante na Educação Superior. Educação, v. 41, n. 2, p. 262-269, 2018.

O SURDO E O ATENDIMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giselly de Oliveira Zahn Erthal^I; Renato da Costa Teixeira^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/6109701575727560>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/3506765836592906>

INTRODUÇÃO

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é constituída por um sistema linguístico de modalidade visual-motora conforme descrita na própria lei nº 10.436/02 e regulamentada pelo Decreto 6.526/05 como forma de comunicação e expressão. Em 2002, o Decreto de Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 oficializou a LIBRAS como língua utilizadas pelos surdos no Brasil. Portanto, hoje configura-se como obrigatória nas graduações de licenciaturas e como optativa nos cursos de bacharelados.

LIBRAS obtém maior visibilidade no Brasil em meados dos anos de 2014, ao adentrar como curso de graduação em duas modalidades: licenciatura e bacharelado. Com relação ao ENEM – Exame nacional do ensino Médio, este instituído pelo MEC – Ministério da Educação, trazendo contribuições para a discussão sobre as especificidades necessárias para a população surda na sociedade (Farias; de São Jose; Farias, 2021).

A inclusão é um ganho para todos quando olhamos pelo viés da interação entre pessoas com deficiência (PCD) ou não, observando que há um olhar para a existência das diferenças, respeitando de forma não excludente para esses dias atuais. No Brasil, o número de surdos é de 10 milhões, representando 5% da população conforme o Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para cuidados integrais de saúde da população surda, faz-se necessário criar estratégias de ensino e assistenciais nas mais diversas abordagens para esse grupo da população.

A falta de visibilidade de Libras no currículo acadêmico de medicina, enfermagem, nutrição e outras áreas de saúde reflete em barreiras comunicacionais que afetam gravemente a relação paciente-médico (Lopes; Viana; Silva, 2017). Sendo assim, para a área de saúde, há um recorte previsto na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei n 8.080/90 (Brasil, 1990), que os princípios de integralidade, universalidade e

equidade sejam aplicados como base nas prestações de serviços na área de saúde pública (Matos, 2020).

Portanto, a individualidade de cada ser humano precisa ser respeitada. Uma vez que se faz necessário uma comunicação satisfatória entre profissional e paciente, o profissional precisa estar capacitado para conseguir atender qualquer cidadão, incluindo um paciente surdo. Assim, observa-se de forma frequente a necessidade do aprimoramento na comunicação com o surdo nos serviços de saúde, por vezes ser uma comunicação falha por uma escassez de profissionais que compreendem e utilizam a Língua Brasileira de Sinais – Libras (Moura; Leal, 2019).

Muito se fala sobre inclusão; porém, quando refletimos sobre a comunidade surda, incluí-los não significa adaptá-los às condições existentes, mas tornar a sociedade preparada para conviver com eles. A inclusão do surdo na sociedade vai além da exclusão do preconceito, isto é, apoia-se na ideia de compreendê-lo e proporcionar-lhe condições para que ele se sinta parte social e cultural de um ambiente. Para isso, nada melhor que uma sociedade que o compreenda linguisticamente e o respeite como ser surdo. Portanto, conhecer e reconhecer a relevância do ensino de Língua de Sinais no contexto brasileiro se faz necessário, pois a troca de conhecimento é mútua, uma vez que os surdos também têm muito a ensinar.

Para a área da psicologia também não é diferente, pois faz-se necessário a qualificação de psicólogos para o atendimento a pessoa surda e da sua cultura. Portanto os psicólogos (as) precisam se qualificar e preparar para ouvirem além das palavras, pois afirmando um compromisso social que pode cooperar com uma comunidade em minoria, para provocarem a ser os protagonistas de sua própria história (Riterbusche; Maffini; Gonçalves, 2021).

Aos profissionais da saúde mental para manter um atendimento de qualidade para seus pacientes, é preciso estabelecer a comunicação, portanto manter-se capacitado para isso é de suma necessidade. Estabelecer e manter uma formação, métodos de comunicação, cultura surda, noções de libras e leitura-labial, demonstra acesso ao cuidado de saúde da pessoa surda (Oliveira, 2019).

Diante desse olhar complexo que envolve uma relação entre a pessoa surda e o Psicólogo, objetiva-se retratar um relato de experiência em um Centro de Atenção Psicossocial, diante de um atendimento a uma pessoa surda, que busca auxílio para sua mãe que se encontrava em surto psicótico, e refletir sobre a importância do saber ao menos “básico” para tais atendimentos.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, observado durante atendimentos realizados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município da região metropolitana de Belém/PA, durante o período de fevereiro a maio de 2022 com uma pessoa com perda auditiva – surda.

Para esse relato de experiência, constatará as observações vivenciadas pelo observador / pesquisador analista clínico (PAGLIUCA, 2007). A psicóloga não era funcionária do CAPS. As observações surgiram a partir do atendimento a pessoa surda, em busca de ajuda para sua mãe que necessitava de uma intervenção urgente diante de um sofrimento psíquico grave. A psicóloga estava presente por estar cumprindo horas de estágios de um curso de pós-graduação que realizava.

O RELATO SOBRE A EXPERIÊNCIA

A unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAP) em seus atendimentos a pessoas com transtorno mental severo e persistente, bem como aos seus familiares, tem o objetivo de oferecer suporte psicossocial para preservar a cidadania da pessoa bem como seus vínculos sociais. Ao buscar atendimento nessa unidade, foi recepcionado pela equipe de recepção, e encaminhado para uma enfermeira que realiza a triagem, onde o primeiro obstáculo foi observado, pois não havia uma comunicação de qualidade para a compreensão e assessoria ao paciente surdo – pois até então ninguém dominava Libras, complicando todo o processo de acolhimento.

Pessoas surdas enquanto usuárias de saúde enfrentam sérias dificuldades ao buscar atendimento (Dias *et al.*, 2018). No tocante a isso, a falta de comunicação configura-se como a maior queixa entre os usuários, seja de forma direta ou indireta. A pessoa que estava buscando atendimento encontrava-se muito nervosa e buscava auxílio naquele momento e utilizava de gestos (sinais) que não eram compreendidos pela enfermeira, que buscou pela equipe que estava reunida para análise de casos – praxis semanais no estabelecimento.

A equipe reunida era composta por terapeuta ocupacional, psiquiatra, enfermeiro, psicólogos, assistente social e técnico de enfermagem. Dos profissionais presentes, nenhum tinha o domínio da Língua Brasileira de Sinais para uma comunicação razoavelmente eficaz. Portanto, uma das psicólogas presente havia realizado um curso

básico de Libras nos anos 2000, e diante de “não alternativas”, colocou-se à disposição para o atendimento. Para tal, levou junto consigo algumas folhas de papel em branco e um canetão. Agora a maior preocupação era saber se o surdo tinha algum domínio escrita da língua portuguesa, essa muitas vezes não compreendida pela população surda.

Por não fazer uso da língua falada, o surdo comunica-se através da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), que na maioria das vezes é desconhecida pelos profissionais da saúde, logo, esse é o primeiro bloqueio encontrado (Pires; Almeida, 2016). A psicóloga recebeu o surdo SOLICITANDO que ele se SENTASSE, tentando acalmá-lo. Trouxe um copo com ÁGUA e perguntou se ele aceitava. Até então estava tudo ocorrendo e forma tranquila, uma vez que tinha objetos para demonstrar o que estava sendo oferecido.

O surdo começou a fazer os sinais e alguns eram compreendidos. Relatou que estava aflito/PREOCUPADO, pois sua MÃE, estava FAZENDO coisas ESQUISITAS. Rememorando o pouco que sabia, a psicóloga foi escrevendo as palavras chaves que compreendia, escrevendo-as com letras maiúsculas o que ia entendendo dos sinais ali feitos pela pessoa surda. Ela sinalizava para ele as palavras que entendia e pedia para ele gesticular um pouco mais devagar, e aos poucos a tensão no ambiente ficou um pouco mais amena.

O surdo ia observando as palavras soltas escritas na folha de papel e sinalizava de forma positiva, como demonstrando que boa parte delas ele estava conseguindo entender. As palavras que ele não entendia, ele pedia para a psicóloga desenhar, e assim começou a surgir algumas interações um pouco mais eficazes.

Continuou comunicando através dos sinais e outro ponto entendido é que ele PRECISAVA que PESSOAS fossem JUNTO COM ELE à sua CASA, pois sua MÃE GRITAVA, JOGAVA COISAS e CHORAVA MUITO. Relatou que tinha uma AMIGA que estava JUNTO com a MÃE e que essa AMIGA tinha FALADO para ele que era para ele pedir AJUDA no CAPS.

A psicóloga pouco conseguia falar com o surdo, portanto, ao compreender essas palavras soltas facilitou o processo de compreender que não era ele “a princípio” que precisava de ajuda e sim sua mãe. Assim, ela pediu para ele se manter CALMO, pois ela falaria com as outras pessoas que estavam ali e que RAPIDO voltaria para AJUDÁ-LO.

Foi conversado com a equipe e, foi proposto que a assistente social, a psicóloga e o motorista do CAPS acompanhassem o surdo até a sua residência para observar e averiguar o que estava acontecendo. Os relatos eram verídicos. A mãe daquele surdo estava precisando de muita ajuda. Estava em surto psicótico e estava acompanhada de

uma amiga/vizinha, como ele havia relatado. Pelos relatos não havia ocorrência de outros surtos por parte da mãe.

Portanto, como moravam perto do CAPS, na hora da dificuldade a amiga solicitou para o surdo ir ao CAPS pedir ajuda. Ele nunca tinha ido ao CAPS, portanto, sabia onde ficava pois fazia parte do trajeto corriqueiro para chegar em sua casa. O surdo não era alfabetizado na língua portuguesa, como a psicóloga também não tinha o domínio da língua de sinais, entretanto, palavras soltas eram conhecidas por ambas as partes o que auxiliou a comunicação efetiva através do pouco que sabiam e através de recursos imagéticos.

REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA

Diante de todas as dificuldades enfrentadas pelos surdos durante sua história, o serviço de psicologia é de grande importância, uma vez que pode promover um bem-estar a esse público. Observa-se que há poucos psicólogos, como outros profissionais de saúde também, que dominam a Língua Brasileira de Sinais. Dessa forma, podemos pontuar que esses pacientes precisam ser atendidos, acolhidos para que as demandas sejam sanadas e que possam ser auxiliados em suas dores emocionais, visando o atendimento psicológico como um meio de promoção e prevenção do adoecimento mental para a população surda.

As dificuldades que estão relacionadas em manter um vínculo e ao acolhimento de um paciente no âmbito da saúde, enfatiza-se que os profissionais da área da saúde não estão preparados para realizar o atendimento ao paciente surdo que utiliza a Libras como o meio de comunicação (Cruz *et al.*, 2021).

Atendimentos quando não realizados de forma humanizada não reflete o propósito do respeito e valorização. Ainda predomina o baixo conhecimento sobre o processo saúde-doença, uma vez que existe uma grande escassez de informações de saúde acessíveis a essa população, principalmente quando se refere a exames, procedimentos, tratamentos ou campanhas de saúde e proteção (Neves *et al.*, 2016).

O maior objetivo dentro do atendimento é que o paciente seja acolhido através de um atendimento humanizado, diferenciado, ou seja, adaptado (Rocha; Santos, 2017). A acessibilidade com condições de autonomia e segurança em qualquer espaço público ou privado, é um direito conferido aos surdos pela lei n 13.146 de 6 de julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência. Na busca por atendimento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a pessoa surda busca ser reconhecida como alguém que

tem seus direitos e que será atendida de forma coerente. Portanto muitas vezes não é assim que acontece.

Obstáculos observados diante desse relato de experiência sobre a necessidade, já observada em tantos outros relatos, de todo profissional de saúde ter pelo menos o domínio básico de Libras para que possam atender às necessidades da comunidade surda ao relatarem suas queixas, sintomas e até mesmo as suas preocupações referentes às mais diversas situações, favorecendo o estreitamento durante o atendimento, potencializando os resultados (Magrini; Santos, 2014).

CONCLUSÃO

Observa-se nesse relato o quanto é importante o conhecimento de Libras pelos estudantes e profissionais da área de saúde. Isso não retrata apenas o saber e sua importância, mas, a variável que observamos cada vez mais presente de pessoas com problemas auditivos que os tornam incapacitantes com relação a ouvir. Há muita dificuldade para que o acesso à bons atendimentos aos surdos sejam realizados, pois não há como termos interação em um universo que não dominamos, não temos acesso, através da leitura de sinais e suas variáveis linguísticas.

A inserção da Libras nas graduações na área de saúde, com disciplina obrigatória, se faz cada vez mais necessária, uma vez que essa imersão propiciará atendimentos que visem as políticas públicas sociais e de saúde, podendo ser classificada como uma oferta de cuidado com qualidade. Diante disso, é oportuna a discussão para uma assistência à saúde, e a sensibilização através de relatos de experiências como esse, no que tange a buscarmos a conscientização da necessidade que temos com relação às mudanças necessárias.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 2015, Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm.

DIAS, E. A. D; MEDEIROS, R.C; MELO, A.C; FERREIRA, V.D; BEZERRA, A.M.F. & NUNES, E.M. Dificuldades de comunicação dos profissionais da atenção primária à saúde com o usuário surdo. *Temas em Saúde*, p. 342-355, 2018.

SANTOS, W. R.; NEVES, G.A. A.; FLORIANO, K.L. L.; GUSMÃO, M.P.C.; OLIVEIRA, M.M. Inclusão do paciente surdo nos serviços de saúde no âmbito da atenção primária e suas interfaces como o cuidado de enfermagem. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 73, 2020.

FARIAS, Z. S. S.; DE SÃO JOSÉ, E. S.; FARIAS, A. S. Um breve relato histórico do ensino de libras no Brasil. *Simpósio Internacional de Educação e Comunicação-SIMEDUC*, São Paulo, n. 10, 2022.

INÁCIO E. G.; GOMEZ L. F. B.; CRUZY. L. de S.; NASCIMENTO N. da S.; RIBEIRO L. O.; QUEIROZ J. G. G.; FORTES O. A. C.; FERREIRA R. de C.; SINHORIN G. H. Influência da assistência à saúde ofertada ao paciente surdo: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 11, p. e9119, 5 nov. 2021.

LOPES, R. M.; VIANNA, N. G.; SILVA, E. M. Comunicação do surdo Com Profissionais de saúde na busca da integralidade. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 10, n. 2, p. 213-221, maio/agosto 2017.

MAGRINI, A.M, SANTOS, T.M.M. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? *Distúrbios da Comunicação*, v. 26 n. 3; 2014.

MOURA, C. M. A. B.; LEAL, MARIA E. A. Libras na Saúde–Ensino da Língua Brasileira de Sinais para Acadêmicos e Profissionais da Saúde. *Revista Práticas em Extensão*, São Luís, MA, v. 3, n. 1, p. 02-07, 2019.

NEVES, D. B; FELIPE, I. M. A. & NUNES, S. P. H. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*, v. 28, n. 3, p. 157–165, 2016.

OLIVEIRA, C. Conceição Arruda. Atendimento Psicanalítico Ao Surdo: Possibilidades E Dificuldades. 2018. Monografia (Graduação em Psicologia). Centro universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa, 2018.

PAGLIUCA, L.M.F.; FIÚZA, N.L.G; REBOUÇAS, C.B.A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev. Esc. Enferm.* 41(3):411-8. 2007.

PIRES, H. F.; TIGRE ALMEIDA, M. A. P. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S. l.], v. 5, n. 1, 2016.

RITERBUSCHE, C. S; MAFFINI G; GONÇALVES, C.S. Equidade e saúde mental: desafios do trabalho do psicólogo com as pessoas surdas. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 4, e48410414208, 2021.

ROCHA, L. R. M.; SANTOS, L. F. O que dizem os estudantes surdos da Universidade Federal de Santa Maria sobre a sua permanência no ensino superior. *Práxis Educativa*, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 826–847, 2017.

PRECONCEITO ATITUDINAL: UM MAL SILENCIOSO A SER SUPERADO

Lisiane Goetz^I; Renato da Costa Teixeira^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/0199874731244889>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/3506765836592906>

INTRODUÇÃO

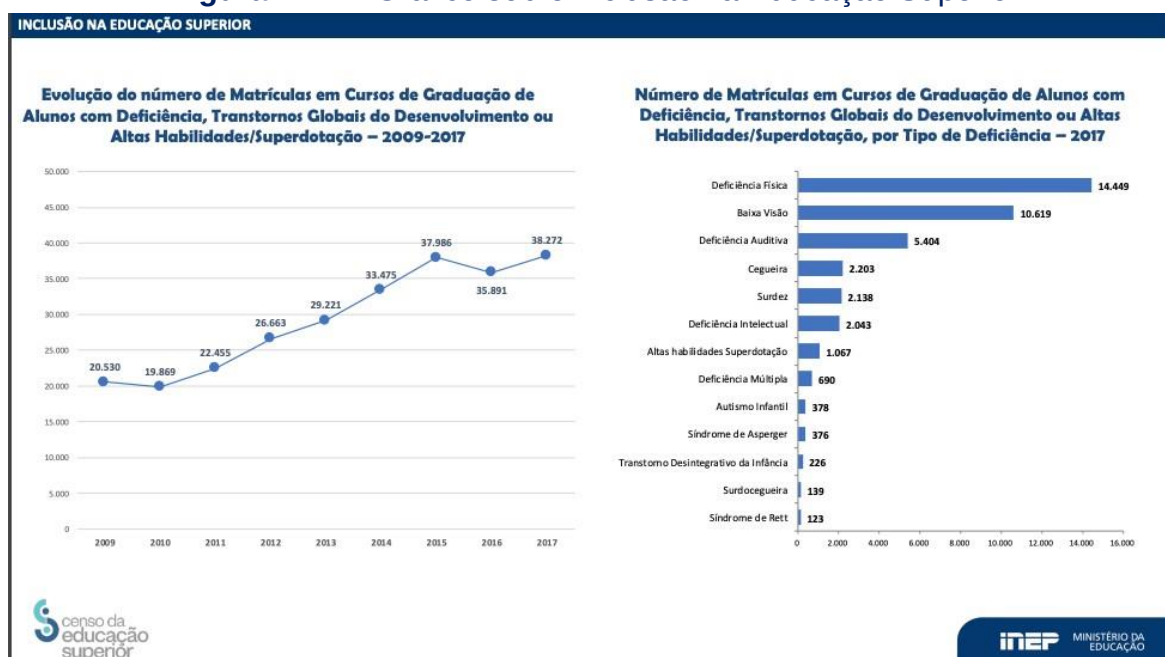
A deficiência é compreendida como um tipo de “impeditivo físico, sensorial, mental e intelectual que resulte em limitações substanciais para a pessoa realizar uma ou mais atividades importantes de sua vida” (Nogueira *et al.*, 2016). Os autores ainda, enfatizam que a deficiência foi padronizada mundialmente em quatro classes essenciais, sendo: cognição, audição, mobilidade e visão.

O Censo Demográfico feito no Brasil, em 2010, apurou que 23,9% (45.623.910) dos respondentes totais do Censo, referiram possuir algum tipo de deficiência, em pelo menos uma classe de deficiência, não especificando o grau de incapacidade (Brasil, 2010). Considerando as quatro classes de limitações, para o total de respondentes considerados deficientes, a proporção de pessoas, na sociedade brasileira, com deficiência intelectual foi de 1.4% e auditiva de 5.1% indivíduos. Considerando as incapacidades físicas, o número é maior e chega a 7.0%, mas não supera a deficiência visual que apresenta o percentual de 18.8% pessoas (Brasil, 2018a).

Este cenário está presente no ambiente da universidade, o que torna a discussão do tema de suma importância, visto que a universidade é parte da jornada de estudos de um indivíduo, além de formar cidadãos para a sociedade. Conforme Poker, Valentim e Garia (2018), a cada ano é mais expressivo o número de pessoas que reivindicam o direito de ingressar e permanecer nas universidades, exigindo mudanças conceituais e atitudinais dos professores e adaptação para acessibilidade no campus universitário.

O relatório do Ministério da Educação sobre o censo na educação superior, divulgado em 2018, mostra uma população de quase 40 mil estudantes universitários com algum tipo de deficiência, sendo que 14.449 possuem algum tipo de deficiência física, conforme verificamos na Figura 12.1.

Figura 12.1 – Gráfico sobre Inclusão na Educação Superior



Fonte: MEC, Censo da educação superior-2017, 2018.

Destacamos que um dos ambientes mais desafiadores é a universidade, onde professores e estudantes estão inseridos e necessitam interagir e lidar com a deficiência (Mazera *et al.*, 2019). Para Nogueira *et al.*, (2016), além das determinações sociais do processo de saúde-doença, as pessoas com deficiência se deparam com obstáculos relativos à estrutura arquitetônica, adaptação nos transportes, nas formas de comunicação, no acesso tecnológico apropriado e outros.

No entanto, destacam que este fator é superado pelo preconceito atitudinal, onde a deficiência se torna motivo de ridicularizações, agressões como também, de indiferença ou piedade (Nogueira, *et al.*, 2016; Mazera *et al.*, 2019). Para Pires, (2021), o contexto de desafio estrutural e atitudinal nas Instituições de Ensino Superior (IES) requer a criação de ambientes e momentos inclusivos para o desenvolvimento da conscientização e construção de laços entre os professores e estudantes. Embora as ações atitudinais sejam explícitas ou não, intencionais ou não, acabam inibindo, coibindo e desencorajando o aluno com deficiência, fazendo com que este de feche para novas experiências de vida (Mazera *et al.*, 2019).

Neste sentido, a Lei nº 13.146 de 2015, dispõe um conjunto de dispositivos propostos a assegurar e promover a igualdade de condições com as pessoas deficientes, favorecendo sua inclusão social e cidadania. Como a universidade é um ambiente de pluralidade, de incentivo a pesquisa, inovação e formação do pensamento social, é possível

criar políticas de acessibilidades envolvendo questões e posturas acadêmicas e administrativas. Embora a Lei nº 13.146 de 2015, regulamente o que deve ser, Pires (2021) afirma que após 6 anos da lei em vigor, ainda há inúmeras as barreiras a serem transpostas para alcançar a plena inclusão.

PONTO DE VISTA

Os dados do Censo 2010 e do Censo Escolar 2018, deixam claro a existência de uma população de jovens e adultos portadores de deficiência e com sonhos de experimentar a jornada de formação profissional pela universidade. Diante deste fato, não há como evitar ou desviar da tomada de decisão para que a inserção desta população seja adequada e atenda o que rege a Lei nº 13.146 de 2015.

São muitas as barreiras, mas a questão atitudinal, talvez seja mais grave. Os comportamentos demonstrados pelos sujeitos, com quem a pessoa deficiente se relaciona, impedem ou prejudicam sua participação social. As atitudes das pessoas que agem com preconceito são um mal camuflado inserido na vida do deficiente. Isto se dá, em parte, por ignorância, rejeição, medo, estereótipos, negação, baixa expectativa, atitude de segregação, substantivação da deficiência, piedade, percepção do menos-valia e outros. Estas atitudes, corriqueiras, silenciosas e disfarçadas impactam profundamente a vida das pessoas com deficiência.

A maneira de quebrar este ciclo de opressão passa pela conscientização dos que transitam, trabalham e estudam na universidade. É preciso lembrar que sem intervenções capazes de eliminar as barreiras físicas, ambientais e sociais, estes indivíduos tendem a evasão e abandono da formação profissional.

Estas ações devem considerar o preparo do corpo docente, que em geral, não sabe como agir e com a insegurança tem procedimentos excludentes, quando deveriam ser de acolhimento aos alunos de inclusão. A partir de professores habilitados a transformação do pensamento e atitudes do corpo docente se torna mais eficiente. É preciso ser inconformado com o conformismo e lutar para fazer a diferença, pois todo ser humano importa, ainda que seja, somente um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança de paradigmas e a transformação do pensamento humano requer tempo e estratégia, pois uma das condições do ser humano é sua singularidade. Vale frisar que é preciso aprender mais sobre como fazer inclusão, pois segundo Poker, Valentim e Garia (2018), o despreparo, desconhecimento e insegurança sobre o que e como fazer, alcança gestores e professores deste nível de ensino.

Neste contexto, seria relevante fomentar debates para discussão do tema, momentos para ouvir os alunos com deficiência, entender suas necessidades sob sua ótica e criar ações que envolvam toda a comunidade universitária – gestores, docentes, discentes e demais colaboradores. A partir do compartilhamento de saberes e experiências é possível articular e mobilizar esforços para mudanças que tornem o ensino superior um espaço mais democrático.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, R. Mesa-redonda discute inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e na universidade. UnBNotícias, ago. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 13.146, 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 2015.

BRASIL, Ministério da Educação. Censo da educação superior 2017. Brasília- DF, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas (IBGE). Nota Técnica 01/2018 – Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washignton. 2018a.

MAZERA, M.S., PADILHA, M.I.C.S, THOLL, A.D., SHOELLER, S.D., MARTINS, M.M.F.P.S. História de vida de estudantes universitários com deficiência física. Rev. Gaúcha Enferm. 40. 2019.

NOGUEIRA, G.C., SHOELLER, S.D., RAMOS, F.R.S., PADILHA, M.I., BREHMER, L.C.F. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenção e gestos. Ciênc. Saúde colet. 21 (10), out. 2016.

PIRES, E. G. Deficiências físicas: Barreiras na Aprendizagem e Adaptações do Ambiente Acadêmico. Rev. Cient. Cognitionis, jan. 2021.

POKER, R.B; VALENTIM, F.O.D.; GARIA, I.A. Inclusão no ensino superior: a percepção de docentes de uma instituição pública do interior do estado de São Paulo. *Psicol. Educ.* 22 (spe). 2018.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTOLERÂNCIA ACOMETIDA CONTRA CRIANÇA PORTADORA DE TEA (TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA)

Mariseth Carvalho de Andrade^I; Jofre Jacob da Silva^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/2283475097083659>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/2023282005842112>

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta um relato de experiência, antes de tudo, revoltante, e se sucedeu durante uma mal-entendido ocorrido na escola de minha filha, a qual, possui Transtorno do Espectro Autista (TEA), moderado. Tal intempérie gerou consequências traumáticas, pra mim e para ela, e, além de tudo, permitiu observar a percepção alheia, a qual, é do tamanho da lacuna que existe na falta de investimentos em políticas públicas que permitam gerar compreensão das características que envolvem o TEA, logo, é necessário compreender o que é o Transtorno do Espectro do Autismo, e, ir além, lutar pela inserção de políticas públicas que auxiliem e desenvolvam meios para que haja a possibilidade da educação amparar pessoas com TEA.

O TEA é um transtorno de desenvolvimento que envolve comunicação anormal, repetitiva e interesses restritivos, somados a um funcionamento social estrito quase inexistente. O TEA, na maioria dos casos, gera um impacto profundo na vida familiar, dependendo dos papéis e responsabilidades que os pais assumem ao lidar com o TEA (McConkey *et al.*, 2020).

Devido à natureza deste transtorno, os pais se veem de frente a desafios únicos como responsáveis por lidar com aspectos como a falta de compreensão social, além da escassez de serviços de saúde e educação que possam ofertar qualidade de vida, e progresso às crianças pois os sintomas de TEA persistem ao longo de toda a vida. Exigindo que os pais dediquem tempo e esforços na criação de seus filhos que possuem uma condição única, a qual exige extrema paciência (Seltzer *et al.*, 2004). Os pais enfrentam um estresse emocional altamente elevado, afinal, não conseguem ter o controle da situação e sentem a dor de ver seus filhos serem mal interpretados e julgados como anormais, muitas vezes (Depape; Lindsay, 2014).

Por conseguinte, vindo a gerar um desafio ainda maior ao lidar com a criação dos filhos que necessitam evoluir intelectualmente, logo, necessitam de amparo educacional em instituições de ensino e políticas públicas que venham lhe auxiliar. Não surpreendentemente, pais de crianças com TEA experimentam níveis de estresse mais elevados do que os pais de crianças sem TEA, afinal, compreender suas experiências é fundamental, já que fornece um vislumbre do cotidiano das realidades familiares, além das formas como o TEA pode impactar o relacionamento entre os pais e as crianças, ressaltando que os desafios vão além do ambiente familiar caseiro, pois os pais, a fim de obterem um desenvolvimento social, mesmo que minúsculo, necessitam inserir as crianças no contexto comunitário, vindo a gerar um outro desafio a se gerenciar (Tomeny, 2016).

Portanto, através desta pesquisa, objetiva-se relatar experiências vividas no cotidiano de uma mãe que possui filha autista, tal como trazer reflexões sobre os desafios cotidianos de outros pais que lutam por políticas públicas de educação e inserção da pessoa com TEA.

Mais especificamente, realizar extensa busca dentro da literatura científica, a fim de abstrair experiências que proporcionem aprofundamento sobre relatos dos impactos cotidianos gerados na tutoria de pessoas com TEA, assim como selecionar os artigos e publicações mais relevantes e atuais sobre o tema proposto por esta pesquisa, consequentemente, separá-los e criar um mapa visual que exemplifique todo o caminho percorrido até a classificação final dos artigos que serão utilizados para compor a revisão integrativa, consequentemente, realizar revisão integrativa sobre os impactos e desafios do portador de TEA e quais as consequências dentro da família, tão como, reflexionar sobre o papel dos profissionais responsáveis em cuidar da saúde mental e física de todos os envolvidos que lidam com o paciente portador de TEA.

Desta forma, esta pesquisa justifica-se por sua relevância em tratar um fenômeno que recebe pouca atenção e esforços, tanto pela comunidade, quanto pelas autoridades governamentais. Trazer à tona o tema desta pesquisa proporciona uma nova forma de se vislumbrar os desafios enfrentados cotidianamente pelos pais de crianças portadoras de TEA, afinal, muitas das vezes, estes pais se veem em uma vastidão de ausência tanto do poder estatal, quanto de iniciativas não governamentais.

Minha filha é autista, no entanto, de intensidade moderada, tem X anos de idade, outrora, em uma situação inusitada e nada corriqueira, uma estudante da mesma turma resolveu revidar o próprio ataque que se iniciou pela exposição de uma foto tirada sem a sua permissão. Resultando em um tapa dado na mão de uma colega que subitamente arrancou a foto enquanto minha filha contemplava inocentemente o registro feito. Ressalta-se o fato de que

Contudo, há de se compreender que a convivência com uma filha autista é cheia de desafios, mas como não há nada de severo, aplica-se educação inclusiva e de qualidade a mesma, afinal, eu, como ouvinte, professora há mais de 20 anos e enfrentando as mais adversas situações advindas do trabalho, acabaram me proporcionando tato e experiência suficiente para não desviar do que almejo para quem eu mais amo na vida...

Confesso, subjetivamente, que tal fato se transformou em uma intempérie sem igual na minha vida, pois lá estava eu a argumentar cientificamente, apesar do que, do outro lado, estava uma outra mãe, totalmente mergulhada em um ódio descomedido e desvairado, o qual, visivelmente nos induziu a uma situação desnecessária, pois transformou tudo em caso de polícia, conseqüentemente, fazendo com que eu e minha rotina já extremamente desgastante de afazeres fosse interrompida para que eu tivesse de ir buscar meios através da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a fim de lutar por direitos de inclusão e respeito por minha filha.

Constata-se que, basta observar a sociedade atual, e ver que a grande maioria está tão fechada em seus argumentos mais toscos, egocêntricos e ilógicos que passaram a normatizar o preconceito contra pessoas que, apesar de geniais, pois sim, minha filha é um prodígio, contudo, no âmbito familiar e na convivência eu tenha de respeitar o seu espaço exigido pela sua tão especial condição, passou-se a criar um sentimento de normatização para com minha filha.

Tristemente, pois o preconceito é burro, descomedido e apenas serve como um rótulo para acalmar as mentes menos rebuscadas de diferentes vertentes do conhecimento. Outro dia minha filha perguntou se ela era inteligente... Primeiramente doeu, mas após, fiquei me questionando, pois priorizo meu papel de educadora, já que entendo que esta será minha maior herança.

Devo ressaltar que, através de muita luta, procuro dar a melhor educação a minha filha, já que ela não tem nada de anormal perante minha percepção amorosa e

acolhedora, por outro lado, a fim de que não se onere o peso da diferença diante de um julgamento adverso perante seus colegas, passei a aconselhá-la a manter um pouco mais de distância, e, além disso, dialogar um pouco mais, afinal, a missão de uma mãe é educar para ser gentil, mas nunca submisso, além disso, sem necessitar de violência para se chegar a um ponto de balanceamento em momentos de adversidade.

MÉTODO DE PESQUISA

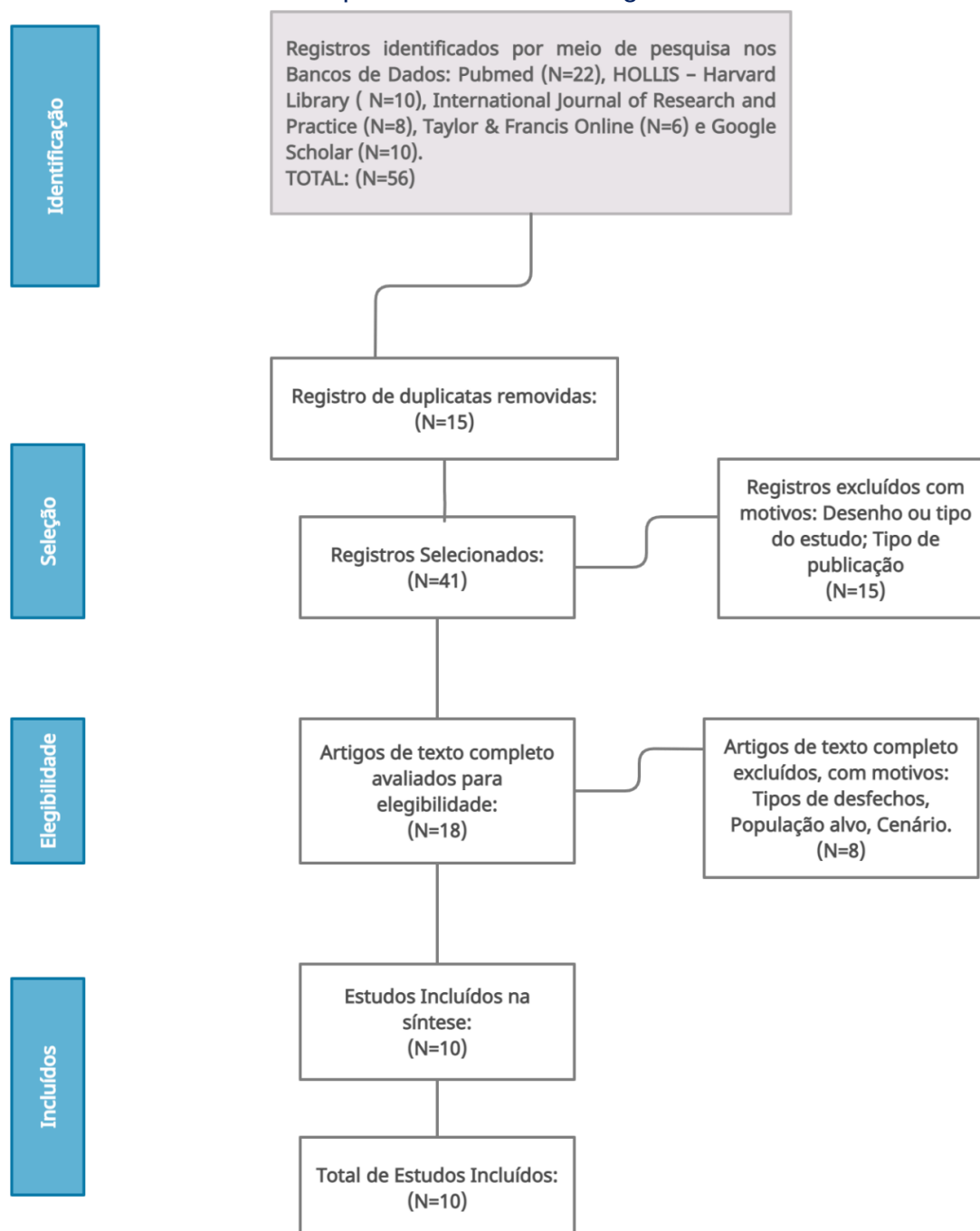
O estudo refere-se a um relato de experiência. Segundo Gil (2008) tem como função apresentar as características de determinadas populações ou fenômenos. Além disso, ao mesmo tempo, este artigo foi baseado em revisão integrativa que inclui estudos experimentais e não-experimentais para compreensão do fenômeno abordado, combinando conceitos, revisões, evidências e problemas metodológicos.

Consolidando os resultados e conseqüentemente, avaliando criticamente os achados na literatura (Cooper, 1984). Além disso, esta pesquisa enquadra-se como uma análise qualitativa e descritiva, a qual, conseqüentemente, busca evidenciar estudos científicos, seguindo critérios determinantes como: síntese dos artigos; estabelecimento da questão da pesquisa; aplicação de formulários, amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e por fim, síntese do conhecimento e apresentação da revisão.

Utilizou-se como critérios de inclusão: População: Pais de crianças portadoras de TEA; Intervenção: Quais as conseqüências e desafios na criação de um filho portador de TEA? Controle: Não apresentação do diagnóstico de TEA. Desfecho: melhoria do processo de diagnóstico, conhecimento importante para os pais compreenderem como lidar com frustrações e lacunas de sentimento, informações de onde se buscar auxílio psicológico para lidar com as conseqüências e responsabilidades em criar uma criança com TEA. Tipos de estudo: Estudo de Coorte, Revisão Integrativa, Revisão Sistemática, Estudo de caso.

Foram recuperados 56 registros, sendo 22 da PUBMED, 10 da HOLLIS – Harvard Library, 8 do *International Journal of Research and Practice*, 6 do Taylor & Francis Online e 10 do Google Scholar. Foram removidas 15 duplicatas, sendo ao final selecionados 10 artigos (Figura 13.1). Os resultados estão apresentados por meio de síntese narrativa.

Figura 13.1 – Síntese Narrativa do método utilizado para a seleção dos artigos que compõe esta Revisão Integrativa.



Fonte: Desenvolvido pelos autores (2022).

Esta pesquisa, além de buscar na literatura relevante que trata sobre o tema desta pesquisa, também conta com a narrativa descritiva de relato de experiência ocorrido no Município de Belém, portanto, o ponto de partida que levou à estruturação deste artigo está situado no município de Belém. Infere-se não haver riscos diretos, podendo ao máximo causar constrangimentos, já que em momento algum, a pesquisadora desenvolvedora deste projeto esteve fisicamente na presença dos pais ou das crianças portadora de TEA.

Registra-se potencial contribuição à população em geral, considerando-se o fato de que o desenvolvimento desta pesquisa virá a nortear debates e melhorias não apenas nos inter-relacionamentos entre a família do portador de TEA, mas também, virá a elucidar inúmeros pontos que muitas das vezes passam despercebidos, já que não há um projeto voltado para políticas de inclusão da educação na Amazônia, além disso, este artigo funciona como ferramenta de sensibilização daqueles que são leigos no assunto, mas que ainda assim, opinam e emitem parecer sobre o TEA, além de algumas vezes, promulgar preconceito e desinformação.

RESULTADOS

Ao longo desta pesquisa, 10 artigos foram selecionados, sendo 6 de revisão sistemática e 4 estudos de caso. O perfil e características dos estudos estão apresentados no quadro 13.1. Os achados evidenciam que o impacto causado pelos desafios em busca de políticas de inclusão da educação para portadores de TEA podem vir a gerar estresse fora do comum se não houver a possibilidade de se buscar mecanismos que possam corroborar para o enfrentamento do desafio psicológico e emocional dos pais, no entanto, evidencia-se a escassez e pouco interesse das autoridades públicas em gerar novas políticas de inclusão, além de campanhas de conscientização da população, a fim de que se criem novas percepções, e assim, possa afastar o fantasma do preconceito que reside na falta de informação e achismo.

Quadro 13.1 – Perfil e características dos artigos selecionados.

Artigo	Periódico	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusão
Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature	Taylor & Francis Online	Sintetizar fatores que afetam as experiências dos pais que cuidam de uma criança com transtorno do espectro do autismo (TEA) e identificar os fatores que afetam o estresse da tomada de decisão dos pais de usar ou não os serviços assistenciais relativos aos cuidados ao lidar com o TEA	Revisão Sistemática Narrativa	O aumento da prevalência de TEA levou a um crescente número de pesquisas sobre estresse de pais de crianças com TEA, bem como intervenções para gerenciar os comportamentos desafiadores da criança. Conclui-se que pais de crianças com TEA têm níveis mais altos de estresse, ansiedade e depressão do que outros grupos de pais.
Mental health of parents of children with autism spectrum	Pubmed	Determinar o estado de saúde mental dos pais que cuidam de crianças	Revisão Sistemática	Nesta revisão sistemática, concluiu-se que a pandemia de COVID-19 afetou negativamente a saúde mental

disorder during COVID-19 pandemic: A systematic review		diagnosticadas com TEA durante a pandemia de COVID-19.		dos pais responsáveis por crianças com TEA.
Parents' Experiences of Caring for a Child with Autism Spectrum Disorder	Pubmed	Explorar as experiências e desafios de pais que lidam com filhos portadores de TEA. Realizar uma síntese temática para integrar evidências qualitativas.	Revisão Integrativa	As descobertas descritas pela pesquisa em questão têm potencial de informar e formar o desenvolvimento de programas e serviços para famílias, além de fornecer dados valiosos para os profissionais de saúde que advogam em nome dos pais que possuem filhos portadores de TEA.
Mothering, fathering, and the regulation of negative and positive emotions in high-functioning preschoolers with autism spectrum disorder	Pubmed	Medir as estratégias de regulação da emoção (ER) e a facilitação da regulação dos pais em pré-escolares com TEA durante a elicitación de emoções negativas e positivas na presença da mãe e do pai.	Revisão sistemática e meta-análise	A pesquisa descreve processos gerais e específicos para os pais, além da regulação emocional infantil e facilitação da regulação dos pais em pré-escolares com TEA. Os resultados ressaltam a capacidade dessas crianças de buscarem ajuda dos pais durante os momentos de alta excitação e adaptação sensível dos pais às necessidades de seus filhos. Emocionalidade positiva reduzida, em vez de aumentada, reatividade negativa e esforços de autorregulação, emergem como o elemento consistente associado aos processos de regulação de emoções.
Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder	Pubmed	-Revisar a influência dos pais no desenvolvimento de crianças com TEA. -Abordar investigações mais recentes do comportamento parental e as influências no desenvolvimento em crianças com TEA. -Descrever estudos que visam chegar a mecanismos, incluindo estudos longitudinais e de bebês com alto e baixo risco de desenvolvimento do TEA	Revisão Sistemática	As interações e o estresse parental podem ter efeitos transacionais que impedem o desenvolvimento da criança com TEA. Além disso, crianças com TEA são propensas a diagnósticos concomitantes de TDAH, ansiedade, fobias e depressão, bem como problemas médicos, que podem prejudicar ainda mais as relações entre pais e filhos e impactar o bem-estar emocional e a realização de metas. Apesar desses muitos desafios, como acontece com a maioria dos pais, aqueles com filhos com ASD querem se sentir eficazes e colocar

				tremenda energia para ser uma fonte de apoio e potencial de crescimento para seus filhos.
The Quality of Autism Spectrum Disorder Diagnosis: Families' Views	HOLLIS – Harvard Library	Investigar as opiniões das famílias sobre a qualidade do diagnóstico e o processo de adaptação e desafios de lidar com filhos portadores de TEA.	Revisão Sistemática Narrativa	Os resultados sugeriram que as famílias participantes apresentaram um nível aceitável de satisfação com o atendimento recebido. No entanto, alguns descreveram a qualidade do processo de diagnóstico como baixa ou muito baixo, enquanto um grupo de pais o definiu em termos altamente positivos
Family Experiences with the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: System Barriers and Facilitators of Efficient Diagnosis	Pubmed	Examinar as experiências familiares com a experiência do diagnóstico de TEA	-Estudo de Coorte -Regressão logística	Os resultados destacam a necessidade de treinamento para os pais e provedores a fim de melhorar a comunicação sobre o processo de triagem e diagnóstico de TEA. As descobertas ressaltam como a escassez de profissionais de saúde mental constituem barreiras para um diagnóstico eficiente.
Family planning and family vision in mothers after diagnosis of a child with autism spectrum disorder	International journal of research and practice	Identificar aspectos relativos à mudança no comportamento e planejamento familiar após a descoberta do diagnóstico de autismo de um filho.	Revisão Sistemática	A compreensão das características de mães e famílias lidando com a criação de um filho com TEA, suas necessidades e lutas, estilos de resposta e valores é essencial para a criação de um diálogo significativo entre pais e prestadores de serviços. Pode ajudar os provedores a adotarem um melhor modelo de intervenção centrado na família e prestação de serviços sob medida que atenderá às necessidades da família.
The impact of maternal, child, and family characteristics on the daily well-being and parenting experiences of mothers of children with autism spectrum disorder	Pubmed	Avaliar o impacto da gravidade que os sintomas de crianças portadoras de TEA geram no bem-estar dos pais.	Estudo de caso	Aponta-se a incidência de sintomas de depressão, tão como, um menor bem-estar diário em relação aos pais de crianças portadoras de TEA. Algumas mães podem se beneficiar da participação em atividades cognitivas e terapia comportamental para melhorar os sintomas depressivos consequentemente, permitindo com que as mães experimentem um afeto mais positivo e potencialmente

				menos reativo aos estresses que experimentam.
Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder	National Library of Medicine	Examinar o efeito indireto entre a gravidade dos sintomas de TEA e sintomas de psicopatologia materna por meio do estresse parental entre as mães de crianças com TEA	Estudo de caso	Conclui-se que há maneiras de se prevenir problemas de saúde mental mais sérios entre os já tão estressados pais de crianças com TEA. No entanto, o efeito indireto identificado é apenas um dos muitos caminhos para resultados negativos nesta população.

Fonte: Desenvolvidos pelos autores (2022).

Ademais, Bonis (2016) argumenta em suas pesquisas que há inúmeros indícios de elevação no estresse dos pais cuidadores de crianças com TEA do que outros grupos de pais e por consequência, tal fato acaba minando o funcionamento familiar e o relacionamento conjugal.

De acordo com DePape e Lindsay (2015), o momento da descoberta do diagnóstico de TEA é carregado de sentimentos desconfortados e negativos, tão como, é um momento de reflexão e pesar, a fim de que se busque esperança e forças para lidar com os desafios futuros. Alguns relatos de pais apontam sentimentos contraditórios após o diagnóstico do filho, incluindo tanto alívio quanto devastação. O sentimento de alívio corresponde ao fato de finalmente poderem ter o rótulo do que representa o comportamento anormal de suas crianças. Logo, um dos grandes problemas enfrentados por pais responsáveis por crianças portadoras de TEA é a falta de políticas públicas voltadas para assistência psicológica, financeira e educacional.

DISCUSSÃO

Desde a notícia da gravidez, inúmeras conjecturas vêm à mente dos pais, este momento gera uma preparação em todos os aspectos da vida, sejam físicos ou emocionais. Faz-se planos, muda-se hábitos e repensa-se toda a forma de viver e lidar com as questões diárias relacionadas à educação, alimentação, vestimenta e todas as necessidades básicas que venham a levar a criança a ter os dias mais felizes e normais durante sua vida. Ambos os pais criam em sua mente o filho perfeito com a ilusão de traços e formas que possam caracterizá-lo, imaginando com quem irá se parecer fisicamente (Vendrusculo, 2014).

Esta imagem mental que cada um constrói em relação ao filho que ainda não nasceu vem do inconsciente representando pelas fantasias e desejos. A notícia de que há

um bebê a caminho, aponta para uma série de mudanças na vida de um casal, especialmente no que se refere em preparar a chegada do filho". Neste momento, os pais já começam a se preparar reformulando o espaço de sua residência e já imaginando o futuro do novo integrante da família. Boa parte dos pais já começam a imaginar como será os traços de personalidade, projetando expectativas e esperança (Vendrusculo, 2014).

O recebimento do diagnóstico de um filho portador do TEA gera inúmeros sentimentos desconhecidos na família, pois muitos não sabem lidar com o fato e veem como uma enorme frustração. Muitos pais descrevem este momento como uma montanha russa de emoções, onde ora predomina um forte sentimento de responsabilidade e cuidado, ora predomina a frustração e tristeza, chegando até mesmo a classificar tal momento com um trauma (Roig-Vila; Urrea-Solano; Gavilán-Martín, 2020).

Passada a fase do diagnóstico e da dor emocional da constatação do TEA, estudos como de (Roig-Vila; Urrea-Solano; Gavilán-Martín, 2020) apontam um elevado nível de preocupação dos pais com relação ao futuro, os padrões de criação, as dificuldades de acesso a serviços educacionais e a despesa econômica associada às particularidades de tratamentos relacionados ao TEA, conseqüentemente, gerando níveis elevados de ansiedade e estresse, em alguns casos, apresentando sintomas de depressão.

Faz-se necessário abordar que há níveis diferentes de TEA. Algumas crianças apresentam episódios mais violentos de insatisfação e descontrole, acarretando uma diminuição significativa na qualidade do bem-estar de pais que tem de lidar constantemente com esta montanha russa de sentimentos variados. Nota-se que há de haver uma estrutura emocional muito bem edificada pelos pais, pois tais repetidos fatos podem levar a um decréscimo no nível de afeição da relação entre pais e filhos portadores de TEA (Ekas; Whitman, 2010).

Segundo DePape e Lindsay (2015), os desafios de cuidar de uma criança portadora de TEA afeta inúmeras características da vida cotidiana, já que os pais apresentam altos níveis de frustração por lhes faltarem tempo para demais afazeres e momentos de diversão.

Há relatos de pais que se dizem deprimidos por conta da apreensão e de sempre estar esperando por uma nova crise, a qual não fazia ideia de como lidar, portanto, cedendo ao desejo da criança, conseqüentemente, gerando acúmulo de negatividade, já que é como se os pais não possuíssem mais vida própria, afinal, há privação do sono, mas ainda assim, tem de se levantar para enfrentar mais um dia de trabalho, e uma das mudanças que percebidas nas famílias que possuem crianças portadoras de TEA está correlacionado

justamente no declínio das economias e finanças. Alguns relatos apontam que o pai se mantinha no trabalho além do expediente necessário, só para fugir de casa e não ter de enfrentar as responsabilidades de lidar com mais uma crise (DePape; Lindsay, 2015).

Portanto, evidencia-se um enorme desafio para os pais de crianças portadores de TEA, ao ter de lidar com várias situações que exigem equilíbrio emocional e doses de frieza e razão, não bastasse os desafios familiares, ainda há o desafio de lidar com a falta de informação e preconceito da comunidade, consequentemente, vindo a gerar um fardo ainda maior para estes pais (Mcconkey *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Impactos da luta por inclusão social educacional são evidenciados por toda a literatura de revisão, tanto sistemática quanto integrativa, tão como por inúmeras regiões e condições econômicas mais variadas possíveis, e que é necessário maior elucidação e conscientização em todos os níveis sociais, a fim de que sejam gerados projetos, além de debates e troca de know-how entre os profissionais da área de saúde.

REFERÊNCIAS

BONIS S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues Ment Health Nurs*; 37: 153-163. 2016. [PMID: 27028741 DOI: 10.3109/01612840.2015.1116030].

COOPER, H. M. *The integrative research review: a systematic approach*. Sage Publications. 1984.

DEPAPE, A.M., & LINDSAY, S. Parents' Experiences of Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder. *Qualitative Health Research*, 25(4), 569–583. 2014. doi:10.1177/1049732314552455

EKAS, N. e WHITMAN, T. L. Autism symptom topography and maternal socioemotional functioning. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 115: 234–249, 2010.

FOMBONNE, E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), p. 365–382, 2003. doi:10.1023/A:102505461055

McCONKEY, R.; CASSIN, M.T.; McNAUGHTON, R. Promoting the social inclusion of children with ASD: A family-centered intervention. *Brain Sci.* 10, 318, 2020.

ROIG-VILA, R., URREA-SOLANO, M., & GAVILÁN-MARTIN, D. The Quality of Autism Spectrum Disorder Diagnosis: Families' Views. *Education Sciences*, 10(9), 256. 2020. doi:10.3390/educsci10090256.

SELTZER, M. M. et al. The trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), p. 234–247, 2004. doi:10.1002/ mrdd.20038.

TOMENY, T. S. Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(7), 907–911. 2016. doi:10.1177/1362361316655322.

VENDRUSCULO, Larissa Ester Bartz. Descoberta da deficiência do filho: o luto e a elaboração dos pais. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de psicologia) Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, 2014.

YILMAZ B., AZAK M., SAHIN N. Mental health of parents of children with autism spectrum disorder during COVID-19 pandemic: A systematic review. *World J Psychiatry* 11(7): 388-402. 2021.

DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE À FORMAÇÃO EM SAÚDE POR PESSOA COM DEFICIÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milene Ribeiro Duarte Sena^I; Jofre Jacob da Silva^{II}; Edna Ferreira Coelho Galvão^{III}

^I<http://lattes.cnpq.br/0182048095666797>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/2023282005842112>

^{III}<http://lattes.cnpq.br/4705309005887569>

INTRODUÇÃO

A acessibilidade ao ensino superior em saúde por parte de pessoas com deficiência (PCD) ainda é um grande desafio. Uma educação inclusiva é aquela para todos, sem discriminação, embasada pelo diálogo entre professores e alunos, expressando toda a pluralidade étnica e cultural que faz do ser humano um indivíduo único e diferenciado (Ventura; Gonçalves, 2020).

Desse modo, os sistemas de ensino vêm buscando, de forma lenta e gradual, a se organizar para atender as necessidades educacionais de todos os alunos, inclusive das PCD, respeitando suas especificidades através das adequações no espaço físico e na implementação dos serviços de apoio e no material pedagógico. No entanto, é um movimento que precisa ser consolidado e um campo do conhecimento que necessita ser aprofundado (Antunes; Amorim, 2020).

Os requisitos de acessibilidade da PCD às instituições de ensino superior, de acordo com a Portaria nº 3.284, de 7 de novembro de 2003, devem compreender no mínimo, três deficiências: física, visual e auditiva. Baseada nessa portaria, a Instituição de Ensino Superior (IES), precisa se adequar às características dos requisitos de acessibilidade dos alunos (Brasil, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial criada em 2008, os sistemas de ensino precisam dispor de uma modalidade de atendimento, uma educação apropriada e serviços adequados que visam o melhor desenvolvimento desse aluno. O primeiro passo para a inclusão da pessoa com deficiência é a verificação da acessibilidade da instituição, atentando para o espaço físico, o fornecimento de tecnologias e materiais adequados, e principalmente a preparação dos docentes para atender a uma demanda diferenciada (Brasil, 2008).

Nos últimos anos houve um aumento na procura de formação superior pelas PCD. No entanto, o direito ao ensino superior não significa a garantia de que a PCD consiga exercer, uma que as IES ainda não estão de fato, acessíveis nas dimensões de suas estruturas físicas, pedagógicas e didáticas, procurando eliminar as barreiras que impedem ou limitam a permanência desse público (Rossi, 2020).

No contexto amazônico os estudos revelam que a realidade da verdadeira inclusão ainda está longe de ser efetivada, de acordo com os discursos dos alunos onde revelam que ainda encontram barreiras na infraestrutura física dos prédios e de reorganizações pedagógicas (Neves, 2019).

Nesse contexto, este trabalho vem relatar, do ponto de vista da condução dos processos pedagógicos, uma experiência vivenciada por uma PCD, com baixa visão, no interior da Amazônia brasileira e assim trazer reflexões sobre o cenário ideal para receber um aluno deste público e o cenário real no qual esses alunos são inseridos.

No que se refere a pessoas com baixa visão, um estudo realizado no interior do Pará afirma que os professores apresentam maior resistência ao trabalho com o aluno com baixa visão do que com o cego. Além disso, os autores acreditam que o aluno com baixa visão por sua especificidade visual, estão em uma posição mais exposta que a pessoa cega. Como se fossem “os excluídos dos excluídos”, afirma Miranda *et al.* (2018).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Enquanto atuante na gestão de um Curso de Bacharelado em Saúde no interior do Estado do Pará, surgiu a oportunidade de condução durante cinco anos do processo de ensino-aprendizagem adotado por uma Instituição de Ensino Superior na qual se matriculou uma acadêmica com baixa acuidade visual, membro da Associação de Deficientes Visuais do Baixo Amazonas (ADEVIBAM), possuindo somente cinco por cento da visão bilateralmente.

Logo no primeiro ano de sua jornada acadêmica vieram os primeiros desafios, pois a instituição não era totalmente preparada no aspecto infraestrutura para receber alunos com esse tipo de deficiência. Foram necessárias adaptações quanto ao piso, identificação dos setores e salas de aula com placas em braile, aquisição de equipamentos de leitura ampliada para a biblioteca, dentre outros.

No entanto, apesar de fundamental, a infraestrutura não era tudo que a situação precisava para ser solucionada. O ponto crucial seria a estratégia metodológica adotada

para que a acadêmica conseguisse receber de forma adaptada a tão sonhada formação em um curso da área da saúde com duração de dez semestres.

A acadêmica passou a ser acompanhada semanalmente por uma professora pedagoga, especialista em educação especial, que a auxiliava com as principais dificuldades, como por exemplo: na adaptação dos materiais repassados pelos professores e na condução das atividades avaliativas. No entanto, o principal desafio foi de capacitar os professores quanto às necessidades demandadas pela acadêmica.

A gestão superior da instituição identificou que o corpo docente do curso, em sua grande maioria, não estava habilitado para atender as necessidades da aluna, gerando por diversas vezes situações embaraçosas relatadas por ela, como por exemplo: ausência do material ampliado a ser utilizado durante a aula, apresentações em slides fora do padrão solicitado pela aluna, com fundo escuro, fonte específica de tamanho maior e imagens possíveis de ampliar sem desfocar.

Outra solicitação da aluna era de que as aulas fossem repassadas previamente para que ela pudesse acompanhar pelo leitor apropriado que utilizava no notebook pessoal. Às vezes era atendida e quando não era, isso impactava negativamente na absorção do conhecimento repassado durante a ministração das aulas. Após tomar conhecimento de tantas dificuldades, foi necessário introduzir nas reuniões de planejamento pedagógico e ainda nas reuniões docentes capacitações pedagógicas periódicas destinadas ao corpo docente, a fim de elucidar as situações corriqueiras relatadas pela acadêmica.

E foi assim durante os primeiros seis semestres da graduação, vencendo os desafios a cada componente curricular vivenciado com adequação de aulas teóricas e práticas. No sétimo semestre fomos surpreendidos pela pandemia da covid-19, onde todas as aulas passaram a ser remotas e além do desafio de capacitar docentes e alunos para uso das tecnologias de informação e comunicação em tempo recorde, foi muito complexo conseguir superar a escassez na acessibilidade disponibilizada pelos ambientes virtuais de aprendizagem.

A acadêmica relatava extrema dificuldade no acesso às plataformas digitais para realização das atividades, onde chegou a solicitar que com ela as atividades fossem feitas presenciais, fora do ambiente remoto. No entanto, era um pedido impossível de atender naquele momento de pico dos casos de contaminação. O desespero por diversas vezes tomou conta da situação, a aluna solicitava que os comandos da plataforma fossem mais simples ou que ela pudesse realizar as atividades pelo WhatsApp. Mas infelizmente esta não era uma ferramenta oficial de avaliação.

Vários treinamentos foram realizados pelo Núcleo de Tecnologia da instituição a fim de sanar as dificuldades encontradas, de uma forma personalizada para a aluna. O suporte pedagógico especial também parecia não ser suficiente, pois a aluna se sentia constrangida de a todo momento precisar pedir ajuda, e de sempre precisar sinalizar que ela precisava de estratégias metodológicas adaptadas.

Em determinados momentos de exaustão, a acadêmica pensou em desistir do curso, de sua tão sonhada formação em saúde. Por achar que seria inviável conseguir superar as barreiras encontradas. Enquanto coordenação, além de conduzir as demandas, me restava tentar acalmá-la, tentar mostrar que de forma alguma ela estava incomodando ou pedindo algo que não lhe fosse seu direito e que precisávamos nos unir para conseguir passar pelos obstáculos que se apresentavam, especialmente na situação peculiar de limitação, que foi potencializada no contexto pandêmico.

Após o controle da primeira onda da pandemia, retomamos as atividades presenciais do curso, onde muitos medos e anseios pairavam sobre a acadêmica e sobre a gestão. Principalmente por se tratar da reta final do curso, havendo a necessidade de cumprimento do estágio curricular obrigatório e da realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A acadêmica conseguiu juntamente com outros colegas iniciar e qualificar o projeto do TCC, conseguiu iniciar os estágios em atenção primária de forma adaptada com estratégia metodológica diferenciada, aplicada pelo professor do estágio. E seguia com o acompanhamento pedagógico semanal. No entanto, no início do último ano de sua formação houve a segunda onda da pandemia, obrigando a aluna a trancar durante um semestre a disciplina do estágio curricular.

Ao retomar, a acadêmica precisava adentrar as áreas hospitalares, que fazia parte do estágio curricular obrigatório. Foi então que o medo dela atingiu o ponto mais alto, ao se achar incapaz de frequentar, por exemplo, o ambiente da terapia intensiva por receio de colocar a vida do paciente em risco. Após muitos diálogos e sensibilização da acadêmica foi possível apresentar a ela possibilidades reais de adequação da estratégia de ensino por parte do docente, a fim de que seu aprendizado por meio daquela vivência tão importante não fosse prejudicado. Então o estágio ocorreu de forma tranquila, com todo o acompanhamento adequado e adaptações quanto a demonstração dos equipamentos dentro do cenário em questão.

O feedback da aluna com relação a sua mais temida área de estágio foi incrível. Uma vez que ela não imaginava que seria possível realizar aquela vivência e durante o

período em que lá esteve verificou que é sim completamente viável um profissional com deficiência atuar diante de um cenário crítico contando com suporte da equipe multiprofissional de saúde.

Quanto ao trabalho de conclusão de curso da acadêmica, este foi apresentado por ela e suas colegas, atingindo conceito satisfatório, onde abordaram com muita propriedade sobre a temática da acessibilidade à formação em saúde. Reflexo de toda a experiência vivenciada por ela e do desempenho que teve durante todo o curso, sendo destacada pelos professores como uma das melhores alunas da turma.

O tão sonhado dia da formatura chegou e testemunhar a vitória da acadêmica traz um sentimento complexo. O da sensação do dever cumprido, mesmo diante de tantos desafios e o da angústia por reconhecer o quanto o ensino superior em nosso país, em sua grande maioria, ainda se encontra despreparado em todos os aspectos para receber alunos portadores de deficiência. Seja ele de infraestrutura ou de qualificação pedagógica do corpo docente. Atualmente, a acadêmica está realizada profissionalmente, trabalhando como profissional de saúde em empreendimento próprio. Atende seus pacientes com muito profissionalismo, empatia e humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar que a vitória alcançada na experiência relata se deve principalmente ao esforço, persistência e paciência da aluna. Pois é muito comum que esse perfil discente desista diante de tantas dificuldades encontradas. Se faz necessário também reconhecer que a instituição de ensino na qual a aluna estudou não mediu esforços para atender os pedidos da gestão do curso e apoiar nas demandas apresentadas pela acadêmica.

Seguimos na expectativa de que mais alunos portadores de deficiência sejam contemplados com uma formação exitosa e que possam usufruir do fruto do seu trabalho digno e reconhecido pela sociedade. Por isso, a importância de que mais histórias como essa sejam vivenciadas, relatadas, publicadas cientificamente e que sirvam de exemplo para tornar o Ensino Superior cada vez mais inclusivo a nível mundial.

REFERÊNCIAS

ANTUNES V.C. K; AMORIM C.C. Os desafios da docência no ensino superior frente a inclusão de pessoas com deficiência nas universidades. Revista Ibero- Americano de

Estudos em Educação, Araraquara, v. 15, n.esp.2, p 1465-1481, ago. 2020. e-ISSN: 1982-5587.DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.V.15iesp2.13800>.

BRASIL, Ministério da Educação (MEC). Portaria nº 3.284, de 7 de novembro de 2003. Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos, e de credenciamento de instituições. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov.2003. seção 1, p. 12.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, 2008.

MIRANDA, F. I. O. et al. Desvendando a deficiência visual: um olhar sobre a inclusão escolar da pessoa com baixa visão. anais do v congresso paraense de educação especial – UNIFESSPA. Marabá- PA, 2018.

NEVES, J. D. V. Representações de Práticas inclusivas: da realidade vivida aos caminhos da inclusão no ensino superior na Amazônia paraense. Estudos RBEP. Brasília, v. 100, n.255, p.443-463, maio/ago. 2019).

ROSSI, K. B. et al. Inclusão de estudantes com deficiência nas instituições de ensino superior públicas de Foz do Iguaçu-PR: perspectivas e desafios dos docentes. Foz do Iguaçu, 2020.

VENTURA, C. M.; GONÇALVES, L. P. Educação Inclusiva no ensino superior: políticas públicas e o uso das tecnologias da informação e comunicação. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 2020.

SEÇÃO V

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL E INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE



ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA DECANULAÇÃO DE UM PACIENTE INTERNADO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA

José Augusto Bastos Acácio¹; Valéria Ferreira Marques Normando^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/7826232859566188>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/7098261432975265>

INTRODUÇÃO

A palavra interprofissionalidade vem ganhando certa notoriedade junto às políticas de saúde, tanto no setor público quanto no privado, tanto no Brasil, quanto em outros países, especialmente no tocante à educação interprofissional (EIP). Tal fato advém da relevância de se inserir na gestão do trabalho e da educação na saúde critérios e parâmetros de regulação da atividade profissional em equipe e de organização curricular da formação para o trabalho em equipe (Ceccim, 2018).

De acordo com Brasil (2011) a educação e prática interprofissional assumem singular importância no contexto da política nacional de saúde, a partir do reconhecimento da premissa de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional, e ainda, que nele estão presentes os princípios da universalidade do acesso, participação social e trabalho baseado em equipe.

Ainda nesse contexto, as complexas necessidades de saúde do mundo contemporâneo, com as mudanças do perfil demográfico e as demandas do processo de trabalho em saúde, exigem novas formas de prover a formação dos profissionais da saúde de modo que estejam aptos para lidar com os desafios do sistema de saúde. Dessa forma, a EIP tem sido a abordagem prioritária que formalmente está sendo incorporada nas políticas de educação e saúde, tendo em vista que é considerada como estratégia potencial para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2018).

Segundo a OMS (2010) a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde. Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa.

Um dos benefícios da implementação da EIP e da prática colaborativa é que essas estratégias modificam a forma como esses profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. Não se trata apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço. É um aprendizado que precisa ser interativo para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais de diferentes categorias (OMS, 2010; Costa, 2017)

Deve, ainda, ser ressaltado que a interprofissionalidade está vinculada à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais. Elevando, dessa forma, a segurança da assistência; reduzindo os riscos, erros e danos; contribuindo para a satisfação das necessidades em saúde; introduzindo com precisão e no tempo justo ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde, melhorando a satisfação e conforto dos usuários (Batista, 2012; Gomide *et al.*, 2018).

Exposto isso, esse relato de experiência tem por objetivo descrever o atendimento de uma equipe interprofissional no processo de desmame e decanulação de um paciente traqueostomizado na clínica médica em um hospital público de referência em nefrologia, onde esses profissionais realizaram seus atendimentos, inicialmente, de forma individual, e frente aos insucessos de suas condutas para atingir o objetivo proposto, chegam a conclusão que o atendimento em conjunto poderia fazer com que esse objetivo fosse alcançado, realizando, assim, ainda que de forma involuntária um atendimento interprofissional.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paciente JLM, sexo masculino, 70 anos, aposentado (trabalhador rural), proveniente do município de Tomé Açu, ex-tabagista (fumante durante vinte anos, uma carteira por dia; parou há 10 anos), internou na clínica médica proveniente da unidade de terapia intensiva (UTI), com impressão diagnóstica de insuficiência coronariana, insuficiência renal crônica (IRC), hipertensão, acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) e pneumonia tratada.

Ao exame físico encontrava-se consciente, orientado, traqueostomizado, respiração espontânea em ar ambiente, acianótico, afebril, eupneico (FR=18 IRPM),

normocárdico (FC= 86 BPM), SpO2= 96%, padrão músculo ventilatório com predominância costal, uso de músculos acessórios (+/4+), retendo secreção traqueobrônquica (secreção mucóide fluida), necessitando de aspiração traqueal intervalar devido tosse ineficaz, sonda nasogástrica (SNG) para gavagem, funções fisiológicas normais, déficit de força generalizado, sendo mais importante em hemicorpo direito (hemiparesia direita), pouca mobilidade no leito e ainda não havia ficado em bipedestação.

Iniciou atendimento com fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia (alteração de estado emocional devido condição atual), recebendo atendimento em dois horários, manhã e tarde, sendo que o atendimento psicológico era realizado apenas pela parte da tarde. Os atendimentos eram realizados conforme a disponibilidade de horário no plantão de cada profissional.

Após três dias de internação na clínica médica e com a evolução do paciente, iniciou-se o processo de desmame da traqueostomia e posterior decanulação, consistido basicamente em realizar a manutenção de vias aéreas pervias, a manutenção da mobilidade e da força muscular, a resolução da disfagia com controle da deglutição e a retirada da SNG, além da desinsuflação do cuff e a oclusão da traqueostomia. Após doze horas de início do desmame, o paciente entrou em quadro desconforto respiratório, sendo, então, reinsuflado o cuff e retirada a oclusão da traqueostomia. Após quarenta e oito horas, iniciou-se novamente o processo de desmame da traqueostomia, mas após cerca de dez horas, aconteceu novo insucesso.

Após dois novos insucessos, a equipe da tarde reuniu para discutir o caso, sendo, então, realizado um planejamento de atendimento conjunto por compreenderem que os atendimentos realizados de forma isolada e dissociada não estava levando a concretização do objetivo esperado e que isso parecia estar relacionado ao paciente encontrar-se inseguro quanto ao processo terapêutico devido cada profissional realizar seu atendimento em horários diferentes. Foi planejado, então, um atendimento em que todos os profissionais estivessem juntos e cada um com sua expertise já facilitasse o atendimento do outro, com momentos em que, inclusive, houvesse atendimento simultâneo, de maneira que a conduta de cada profissional facilitasse e complementasse a conduta do outro.

Após três dias de atendimento, a traqueostomia voltou a ser ocluída e o cuff desinsuflado, os atendimentos continuaram com essa dinâmica, e após quarenta e oito horas, a traqueostomia foi retirada. O paciente continuou a ter esse atendimento até a sua alta, sendo que alguns atendimentos não se fizeram mais necessários, como o atendimento

da psicologia com a normalização do estado emocional do paciente, e da fonoaudiologia após a introdução da alimentação normal para o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou claro para os profissionais que o atendimento em conjunto do paciente possibilitou um desmame da traqueostomia e a posterior decanulação segura e eficaz, pois além do atendimento propriamente dito com a prática dos saberes de cada profissional complementando-se e somando-se com a do outro, houve principalmente a adesão do paciente aos profissionais e a terapêutica que estava sendo empregada. Proporcionou, também, uma aproximação dos próprios profissionais que apesar de trabalharem na mesma clínica e atenderem muitas vezes os mesmos pacientes, não trocavam informações sobre os mesmos, e dessa forma não sabiam quanto os seus saberes poderiam se integrar e se combinar para uma evolução mais rápida e eficaz dos seus pacientes.

Cabe ressaltar, que o conhecimento de interprofissionalidade ainda é relativamente desconhecido para esses profissionais, pois não tiveram na vida acadêmica a possibilidade de se apropriar desse conhecimento e desenvolver essa habilidade. Não há também garantias da continuidade dessa prática, pois as condutas profissionais em um ambiente hospitalar ainda continuam particular a cada profissional, ou seja, desempenhadas por uma equipe multiprofissional e não interprofissional.

Todavia, uma semente foi plantada, não custa acreditar e lutar para que se transforme em um jardim. Acreditamos que com a introdução da interprofissionalidade nos Projetos Pedagógicos das Universidades e com profissionais que na procura de aprimoramento busquem o estudo dessa prática e levem para seus locais de trabalho, esse jardim possa florescer.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria G M, nº 2488, 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 Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Política nacional de educação permanente em saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília-DF, 2018.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cadernos FVEPAS, vol. 2:25-8.

CECCIN, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface comunicação, saúde e educação. vol.22 (supl. 2), 2018.

COSTA, Marcel Viana da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Intrprofissionalidade e formação na saúde: Onde estamos. Organizadora TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Rede UNIDA, Porto Alegre-RS, 2017.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, L.F.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; GALLARDO, M. P. S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise de acesso e acolhimento. Interface. vol. 22 (65), 2018.

OMS, marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa, 2010.

CEFALEIA REFRACTÁRIA COMO CONSEQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Celina Israel Sefer^I; Nara Macedo Botelho^{II}

^I<http://lattes.cnpq.br/0218316102057635>

^{II}<http://lattes.cnpq.br/5088569652644480>

INTRODUÇÃO

De acordo com a definição das Nações Unidas, a violência contra a mulher constitui “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada” (OPAS, 2022). Apesar de se configurar como uma das formas mais antigas e atrozes de violência, as pesquisas realizadas nas últimas quatro décadas pouco contribuíram no sentido de prevenir e amenizar suas consequências (Aded *et al.*, 2006).

As estatísticas sobre a incidência e prevalência de violência contra a mulher não são uniformes pois na maioria das vezes, acontece de forma velada e pouco reconhecida, prejudicando dados oficiais e fazendo parecer que o número de homicídios entre homens seja maior. No entanto, estima-se que o número de mortes pela violência contra a mulher seja superior às causadas pelo câncer, malária e acidentes de trânsito (Brasil, 2011; Gomes *et al.*, 2005).

Dentro das estatísticas obtidas em 80 países pela OMS junto ao Medical Research Council, chama a atenção que 1 em cada 3 mulheres, aproximadamente sofreram violência físicas e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida, e dessas 42% relatam lesões como consequência dessa violência; além disso 20% das mulheres referem violência sexual na infância (OPAS, 2022). No Brasil, somente no ano de 2017, foram registradas mais de 260.000 agressões a pessoas em razão de sua identidade de gênero, ocupando ainda o 5o lugar no ranking de homicídios de mulheres (Santos, 2020).

Os estudos mostram que a violência sexual representa uma parcela importante dos casos de violência em nosso meio e que a maior parte desses é cometida por pessoas próximas, parentes, ou conhecidas, tornando o reconhecimento e denúncia do crime mais

difícil (Faria *et al.*, 2008). O conceito de violência de gênero torna-se pertinente para entender esse fenômeno, e se define como qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual. Abrange ainda a violência intrafamiliar e a violência doméstica (Santos, 2020).

Cada caso de abuso possui características particulares, e alguns fatores determinam o impacto na vida atual e futura das vítimas, entre eles: a idade do agredido e a diferença de idade entre vítima e agressor (quanto maior a diferença, mas graves as consequências); o grau de parentesco e a proximidade entre o agressor e a vítima (se mais próximo, maior o impacto); a topografia, a duração e a frequência dos atos abusivos. Deve-se destacar ainda, o contexto familiar e social e a qualidade do suporte oferecido à vítima antes, durante e depois da revelação dos fatos (Sant'anna; Baima, 2008).

A manutenção da situação de abuso em segredo cria um ambiente de coerção e vulnerabilidade, impedindo que vítima peça ou receba ajuda de terceiros, o que pode se relacionar ao desenvolvimento de transtornos afetivos com ansiedade, agressividade e falta de confiança no outro (Sant'anna; Baima, 2008).

O real impacto dessa violência traduz não somente lesões físicas, mas danos psicológicos que podem ser irreparáveis para a saúde mental da vítima (Faria, 2008). Registros estimam que as consequências da violência nas condições de saúde da mulher estão associadas a índices aumentados de abuso de substâncias como drogas e álcool, tentativas e casos confirmados de suicídio, queixas vagas, cefaleia e distúrbios gastrointestinais, e que no atendimento, essas pacientes podem ser consideradas poliqueixosas e histéricas, especialmente quando há uma busca frequente e mal compreendida pelos profissionais da área da saúde (Faria *et al.*, 2008; Machado, 2016).

No setor de assistência à saúde, especialmente nos serviços que servem como porta de entrada, são encontrados grande parte desses casos, já que muitos desses só conseguem ser detectados quando ocorrem traumas ou lesões (Machado, 2016). Em 1999, o Ministério da Saúde publicou Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres, e isso propiciou a criação de serviços para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (Brasil, 1999).

Em 24 de novembro de 2003 no Brasil, foi promulgada em território nacional a lei 10.778 que estabeleceu a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, sendo de responsabilidade dos próprios profissionais de saúde a notificação desses casos (Brasil, 2003).

Apesar da grandiosidade da problemática, sabe-se que o caráter sociocultural da violência contra a mulher é complexo e esbarra em diversos entraves para seu reconhecimento, fato esse percebido pelo alto índice de subnotificação desses casos. O despreparo dos profissionais da saúde para investigar e tratar as situações de abuso sexual pode estar relacionado a tabus presentes na sociedade. Ademais, Vitriol *et al.* (2007) alertam sobre o risco de o sistema de saúde estar reproduzindo o silêncio e favorecendo a revitimização.

A proposta do presente artigo justifica-se pela alta prevalência do problema no mundo, e especificamente no nosso país, atingindo todas as camadas da sociedade. As mulheres vítimas de violência já encontram dificuldade de reconhecimento de sua situação quando os sinais são explícitos, seja pela cultura misógina arraigada, seja pelo medo de terceiros em tomar partido e denunciar. Não bastasse isso, deve-se estar atento aos sinais indiretos de violência, aos sintomas orgânicos e não-orgânicos que se manifestam na prática clínica, desafiando o profissional de saúde.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

Dentro da especialidade Neurologia, a prática clínica é diversa: o profissional pode realizar atendimentos ambulatoriais eletivos, fazer avaliações e acompanhamento de pacientes em ambientes de internação hospitalar, executar exames diagnósticos complementares em neurofisiologia, ou ainda coleta de líquido cefalorraquidiano. Na nossa realidade, para os atendimentos hospitalares, é comum a prestação de serviço na forma de sobreaviso: quando a equipe médica responsável pelo paciente internado julga necessário uma avaliação especializada em particular, aciona-se o especialista para a realização da mesma.

E foi numa situação dessas que conheci a paciente N.L.S, gênero feminino, 33 anos, que havia procurado o atendimento de um hospital particular da cidade de Belém-Pará, com quadro de dor de cabeça há mais de uma semana, intensa, de característica em opressão, associada às náuseas, mal-estar inespecífico, fotofobia, tontura turvação visual. Negava febre, perda de peso, perda de consciência ou crise convulsiva. Na história pregressa, negava comorbidades, porém relatava quadro crônico de cefaleia desde a adolescência, com piora na frequência das mesmas no último ano.

Na última semana havia procurado a emergência médica 4 vezes, e pela refratariedade da dor foi optado por interná-la para tratamento e investigação mais apurada

do quadro. No exame físico de admissão a paciente encontrava em regular estado geral, com fácies de dor, consciente e orientada em tempo e espaço, afebril, hidratada e normocorada, sem déficits de força ou sensitivos, exame do fundo de olho sem alterações bilateralmente, pupilas isocóricas e fotorreagentes e sem sinais de irritação meníngea. Foram coletados exames de laboratório como hemograma e bioquímica geral, provas inflamatórias-todos com resultados normais.

Após realizar uma tomografia computadorizada de crânio que não mostrou anormalidades, foi solicitada uma coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR). No dia da coleta, a paciente já estava internada há 3 dias, sob efeito de diversos analgésicos e encontrava-se tranquila no leito, sendo receptiva ao contato e à explicação do procedimento. Durante toda a realização do procedimento, N.L.S estabeleceu diálogo, reiterando sua história clínica e que estava disposta a fazer todos os exames necessários para elucidar o caso. Com o resultado normal do LCR descartou-se quadro inflamatório ou infeccioso do sistema nervoso central.

A investigação neurológica avançou ainda com uma ressonância nuclear magnética de crânio e uma angiorressonância de crânio. Frente a todos os resultados normais e com controle de cerca de 70% na intensidade da cefaleia, a paciente recebeu alta hospitalar, com prescrição de uma medicação para dor crônica e encaminhamento para seguir ambulatorialmente com um neurologista.

Cerca de um mês após a sua alta, a paciente compareceu em atendimento no meu consultório, afirmando que havia escolhido retornar comigo pois havia sentido segurança e tranquilidade no dia da coleta do LCR, e que queria retornar com um profissional que já conhecesse seu caso. Na consulta, diferentemente do que acontece no ambiente hospitalar, a abordagem é mais ampla, e nesse primeiro momento conseguimos dar atenção ao histórico da paciente, recapitulando os muitos anos de história da sua dor de cabeça e os possíveis gatilhos para momentos de agudização do quadro.

Foi ainda reforçada a relação médico-paciente, estabelecendo uma boa via de comunicação e criado um vínculo de confiança e a paciente se sentiu à vontade para compartilhar um pouco de sua história familiar. Contou que estava passando por um processo recente de separação do marido e que ainda estavam ajustando a guarda da filha de 5 anos, e que no momento estava morando com a mãe e o irmão caçula. Nessa primeira consulta foi realizado o ajuste da dose da medicação iniciada no hospital, orientadas medidas não medicamentosas para controle da dor, e agendado retorno em 30 dias.

Na consulta de retorno foi percebido boa aderência às medicações, mas ainda relatava alta frequência das crises de dor de cabeça. Conforme protocolo para tratamento de cefaleia crônica diária foi optado por otimizar a dose, priorizando monoterapia. No seguimento, ainda com pouca melhora do quadro foi percebido grau elevado de ansiedade. A paciente mostrava-se não somente preocupada com a falta de resolução de sua dor de cabeça, mas com vários problemas do entorno familiar e laboral: dizia estar sem receber seu salário por não ter sido contemplada com o benefício de licença-saúde e que por isso estava precisando de ajuda financeira do ex-marido.

O tratamento dos quadros algícos crônicos são desafiadores para os profissionais de saúde, não somente pela sua fisiopatogenia complicada, mas também pela grande influência dos fatores ambientais e emocionais na etiologia e evolução do quadro. A associação com transtornos do humor e outras patologias psiquiátricas é grande. No caso da paciente notava-se até então que a ansiedade permeava o quadro, submergindo como consequência da dor crônica e suas reverberações no trabalho e na vida familiar. Mas, algo na forma com que a paciente se comunicava me fez pensar que a situação psicológica dela não fosse uma consequência, e sim a origem de tudo.

Nesse mesmo dia, durante nossa conversa sugeri uma avaliação de um médico psiquiatra, para complementar a investigação do quadro neurológico. Esse costuma ser um momento tenso na prática, pelo estigma e preconceito ainda muito presentes na clínica psiquiátrica. N.L.S, no entanto, recebeu bem a sugestão e comprometeu-se em procurar um psiquiatra.

Cerca de 3 meses depois a paciente retornou com novidades: havia procurado um psiquiatra que iniciara tratamento para transtorno misto do humor, estava fazendo psicoterapia e havia ainda procurado um profissional especialista em hipnose. Em uma dessas sessões havia descoberto que durante sua infância havia sido abusada sexualmente pelo padrasto. Com essa revelação, um turbilhão de memórias veio à tona, e muitos dos gatilhos que percebia nos seus relacionamentos afetivos foram compreendidos. A violação trouxe à tona as seguintes temáticas: relacionamento familiar, relacionamento romântico, autoestima e autoimagem.

Enquanto a paciente narrava o que havia acontecido, seu semblante esmoreceu e pude perceber que o reconhecimento da situação vivida lhe trazia muita dor. A paciente contou que as semanas que se sucederam à descoberta foram muito difíceis, que após a incredulidade, seguiu-se raiva e depois culpa por ter passado quase três décadas sem lembrar de algo tão traumático. A culpa também se relacionava a nunca ter evitado o

convívio com o agressor. Relatou que estava precisando fazer terapia 3 vezes por semana, além de meditação e ioga diariamente.

Quando questionada sobre a dor de cabeça, ela disse que havia alcançado estabilidade das crises, que ainda a incomodavam semanalmente, mas que além de manter a medicação na mesma dose prescrita nos últimos meses, as terapias alternativas a estavam ajudando no controle.

Ao final daquela consulta, várias reflexões vieram à tona. Como profissional da saúde questionei quantas outras pacientes não haviam passado por situação semelhante, sofrendo com algum sintoma, passando por diversos profissionais e exames, sem saber a causa-base. E quantos profissionais não haveriam tentado diagnosticar casos desafiadores, sem ao menos suspeitar que o sofrimento físico vinha de algo mais profundo. O caso dessa paciente, em especial, deve nos lembrar que a violência contra a mulher traz consequências que vão além dos danos físicos imediatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual gera repercussões significativas ao longo da vida de suas vítimas. Diversos países, incluindo o Brasil demonstraram preocupação frente à essas consequências, levando a criação de políticas públicas e campanhas de conscientização. A identificação dessas pacientes, porém, pode ser de difícil execução quando não envolve danos físicos diretos que levem a um trauma físico que necessite de um atendimento de urgência e emergência. O trauma psicológico pode levar à sintomas físicos muitas vezes “inexplicáveis”. Dessa forma, os profissionais da saúde devem ter habilidade e sensibilidade para identificar e reconhecer essas situações e promover o devido acolhimento das vítimas.

REFERÊNCIAS

ADED, Naura Liane de Oliveira et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [online]. v. 33, n. 4, p. 204-213., set, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000400006>.

Brasil. Lei no10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e

tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Brasília; 1999.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília; 2011.

FARIA, Ana Lucia de; ARAÚJO, Cláudia Aparecida Aguiar de; BAPTISTA, Valéria Olmo. Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. Rev. Eletr. Enf. 2008; v.10, n.4, p.1138-43.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro da. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MACHADO, Dinair Ferreira; MCLELLAN, Katia Cristina Portero; NASCIMENTO, Cristiane Murta; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Abordagem da violência contra a mulher no ensino médico: um relato de experiência. Rev. bras. Educ. med. v.40, n.3, jul-set 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde. Violência contra as mulheres. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em 23 out. 2022.

SANT'ANNA, Paulo Afrânio; BAIMA, Ana Paula da Silva. Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. Psicol. Cienc. Prof., v. 28, n.4, 2008.

SANTOS, Rahellen. O que é violência de gênero e como se manifesta? Politize, 2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-de-genero-2/> Acesso em 28 out. 2022.

VITRIOL, Veronica Gaysisky, VÁSQUEZ, Myriam, ITURRA, Ignacio, MUÑOZ, Carolina. Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil em tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 2007, v. 45, n.1, p. 20-28.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alterações Comportamentais, 91
Amazônia, 17, 49
Assistência em Saúde, 68
Atenção Secundária, 49
Atendimento a Criança, 43
Atuação Interprofissional, 139

C

Cefaleia Refratária, 144
Centro de Atenção Psicossocial, 108
Clínica Médica, 139
Comunidade Quilombola, 32
Criança Portadora de Tea, 120
Crianças Indígenas, 49
Cuidados Paliativos Oncológicos, 78

D

Decanulação, 139
Desafios da Acessibilidade, 133
Dilemas Sociais, 68

E

Educação em Saúde, 17, 25
Educação, 17, 25, 32
Etnia Warao, 43

F

Fisioterapia, 91
Formação em Saúde, 133

N

Nefrologia, 139

O

Oncológicos, 78
Orientação Sexual, 68

P

Pessoa com Deficiência, 133
Pessoas Transexuais, 59, 72
Pessoas Travestis, 59, 72
Política Estadual De Saúde, 59
População LGBTQIA+, 78
Preconceito Atitudinal, 115
Preconceito, 68

R

Responsabilidade Social, 17, 25, 91

S

Saúde, 17, 32, 49
Surdo, 108

T

Transtorno de Espectro Autista, 120

V

Violência Sexual na Mulher, 144
Violência Sexual, 144

