

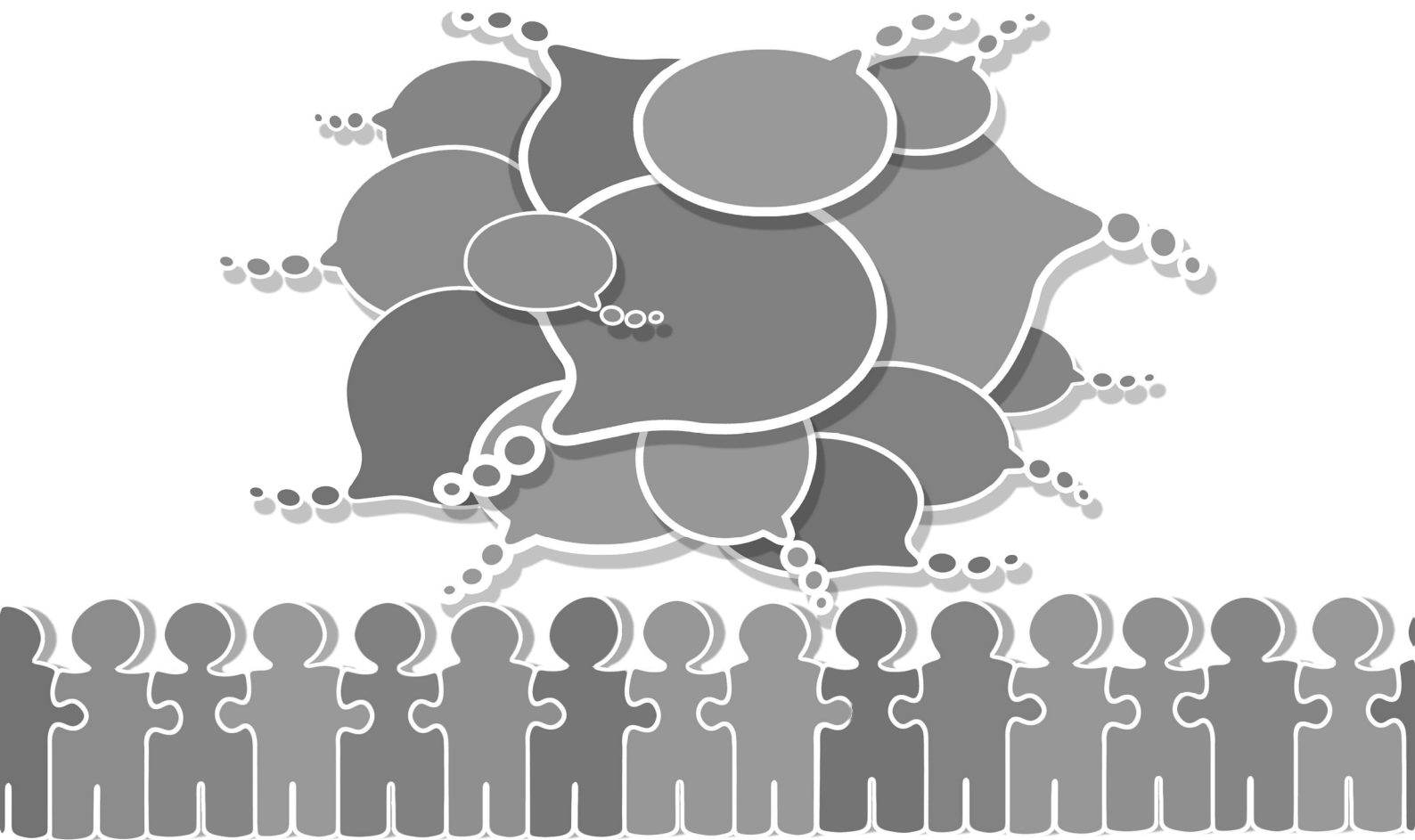


FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Perspectivas da Inclusão Social

CAMILO DARSIE
BETINA HILLESHEIM
VERA ELENEI DA COSTA SOMAVILLA
MATHEUS SANTOS DE SOUZA
ORGANIZAÇÃO

ARCO
EDITORES ● ● ●



FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Perspectivas da Inclusão Social

CAMILO DARSIE
BETINA HILLESHEIM
VERA ELENEI DA COSTA SOMAVILLA
MATHEUS SANTOS DE SOUZA
ORGANIZAÇÃO

ARCO
EDITORES ● ● ●

Editor Chefe

Ivanio Folmer

Bibliotecária

Aline Graziele Benitez

Revisora Técnica

Gabriella Eldereti Machado

Diagramação e Projeto Gráfico

Gabriel Eldereti Machado

Imagem capa

<https://pixabay.com/>

Revisão

Organizadores e Autores(as)

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Profa. Dra. Alicia Eugenia Olmos - Universidad Católica de Córdoba

Prod. Dr. Astor João Schönell Júnior - Instituto Federal Farroupilha

Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - Universidade Cidade de São Paulo

Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - Faculdade Sesi-Sp de Educação

Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - Universidade Franciscana

Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará

Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - Universidade Católica de Brasília

Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch -Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra Liziany Müller Medeiros -Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra Marcela Mary José - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - Universidade Federal do ABC

Prof. Dr. Roberto Araújo Silva - Centro Universitário Lusíada

Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - Universidade Federal do Oeste da Bahia

Prof. Dr Tomás Raúl Gómez Hernández - Universidade Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Formação e educação em saúde [livro eletrônico] :
perspectivas da inclusão social / organização
Camilo Darsie...[et al.]. -- 1. ed. --
Santa Maria, RS : Arco Editores, 2023.
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Betina Hillesheim, Vera
Eleinei da Costa Somavilla, Matheus Santos de
Souza.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5417-118-2

1. Educação em saúde 2. Inclusão social
I. Darsie, Camilo. II. Hillesheim, Betina.
III. Somavilla, Vera Elenei da Costa. IV. Souza,
Matheus Santos de.

23-160438

CDD-610.7

NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação em saúde 610.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



10.48209/978-65-5417-118-2

Esta obra é de acesso aberto.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte
e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.



ARCO EDITORES

Telefone: 5599723-4952

contato@arcoeditores.com

www.arcoeditores.com

Sumário

CAPÍTULO 1

CONSULTÓRIO DE RUA COMO PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....10

Francieli Markoski

Janaína Carine Beling

Jennifer Paloma Dreissig

Luiza Costa de Miranda

Rafaela Heloísa Rabuske

Stéfhani Rehbein

doi: 10.48209/978-65-5417-118-0

CAPÍTULO 2

ANÁLISE PRELIMINAR DOS VÍDEOS PARA JOVENS SOROPOSITIVOS/AS APRESENTADOS NO SITE “DEU POSITIVO, E AGORA?”.....22

Bruna Mallmann Specht

Tomaz Mazuco Rodriguez

doi: 10.48209/978-65-5417-118-1

CAPÍTULO 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS QUE VIVEM COM HIV.....30

Eduardo Marmitt Adams

Isadora Fussiger Theissen

Jéssica Regina Giacomelli

Juliana Limberger Heinze

Mariana Wallauer Reinheimer

doi: 10.48209/978-65-5417-118-A

CAPÍTULO 4

SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA PARA PROMOVER A INCLUSÃO SOCIAL.....42

Sara Ester Paes

doi: 10.48209/978-65-5417-118-3

CAPÍTULO 5

REFLEXÕES SOBRE AUTISMO E EDUCAÇÃO EM/NA SAÚDE: INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE NOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE.....52

Anna Lya Assmann

Caroline de Moraes

Felipe Yorhan Nunes

Nikolas Mateus Pereira de Souza

Paloma Caroline Helfer

Roberta Paludo Custódio

doi: 10.48209/978-65-5417-118-4

CAPÍTULO 6

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA INCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR DA PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN.....67

Ana Carolina dos Santos Soares

Fábia Alessandra Giehl

Joana Guterres de Almeida

Luiza Maciel Fuentes

Milena Carolina Maciel

doi: 10.48209/978-65-5417-118-5

CAPÍTULO 7

FALHAS NO ENSINO ACADÊMICO EM RELAÇÃO À ABORDAGEM DE PACIENTES SURDOS EM AMBULATÓRIOS HOSPITALARES NO BRASIL.....77

Ellen Lillian Englert

Bruna Carvalho Spode

Maria Eduarda Ferreira Zanin

Laura Prochnow

doi: 10.48209/978-65-5417-118-6

CAPÍTULO 8

ATENDIMENTO MÉDICO DE DEFICIENTES AUDITIVOS: DESAFIOS NA ACESSIBILIDADE E NA INCLUSÃO.....89

Isabela Lazaroto Swarowsky

Marcelle Montagna Saxer

Mayara de Arruda Tomaz

Renata Manzke

Samantha Frantz

Thaísa Cardoso

doi: 10.48209/978-65-5417-118-7

CAPÍTULO 9

INCLUSÃO DE PESSOAS TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – BREVE APRESENTAÇÃO DO “AMBITRANS”, DE SANTA CRUZ DO SUL, RS.....99

Carla de Oliveira

Carolina Frantz

Fabício Borges Pereira

Kananda Bevilacqua da Silva

Stéphanie Nascente Nunes

doi: 10.48209/978-65-5417-118-8

SOBRE OS ORGANIZADORES.....115

SOBRE OS AUTORES.....119

CAPÍTULO 1

CONSULTÓRIO DE RUA COMO PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Francieli Markoski
Janaína Carine Beling
Jennifer Paloma Dreissig
Luiza Costa de Miranda
Rafaela Heloísa Rabuske
Stéfhani Rehbein*

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-0

Introdução

Conforme a Política Nacional para a População em Situação de Rua, tal população abrange pessoas que vivem em pobreza extrema, sem moradia convencional e que utilizam locais públicos para seu acolhimento de forma temporária ou permanente (MMFDH, 2020). Assim, representa um grupo em situação de vulnerabilidade social, econômica e, sobretudo, de saúde, tendo em vista suas precárias situações de sobrevivência e questões psicossociais geradoras de sofrimento físico e emocional, as quais possibilitam riscos maiores para a sua integridade (SECRETARIA DA SAÚDE, 2022).

É importante compreender que essa população negligenciada pode ser classificada de três formas, segundo a relação de sua permanência na rua (DENEM, 2017, p. 8):

(1) As pessoas que ficam na rua - situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando na cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes; (2) as pessoas que estão na rua - aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento; (3) as pessoas que são da rua - aquelas que estão na rua há tempo e foram sofrendo um processo de debilitação física e mental pelo uso de álcool e drogas, pela alimentação deficitária e pela exposição e vulnerabilidade à violência.

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a estimativa entre fevereiro e março de 2020, momento de eclosão da pandemia de Covid-19, era de 221 mil pessoas em situação de rua (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A SOLIDARIEDADE, 2022). Tudo indica que esse número aumentou, como reforça Veridiana Machado, representante do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua) (FIOCRUZ, 2021). Nesse viés, é indispensável que essa população com histórico salutar negligenciado possua um atendimento individualizado e diferenciado.

Levando em consideração a grande quantidade de pessoas que compõem esse grupo e como uma forma de promover a Educação em Saúde, os Consultórios de Rua foram criados em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (SECRETARIA DE SAÚDE, 2022). Visam, desse modo, facilitar o atendimento esporádico desses indivíduos ou em casos de doenças crônicas, ampliando e garantindo a entrada dessa população na Atenção Primária à Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE, 2022).

Diante disso, o seguinte trabalho analisa os Consultórios de Rua, como medida de política pública que engloba a Educação em Saúde, os quais pretendem levar atendimento integral à saúde às pessoas que vivem em condições de rua. Tal abordagem foi utilizada para evidenciar a importância de projetos sociais para a Educação em Saúde direcionadas para esse grupo vulnerável.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma discussão com o intuito de problematizar situações de vulnerabilidade em saúde e práticas de Educação em Saúde para pessoas em situação de rua. Com esse propósito, a análise baseou-se, especialmente, no “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua” (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012), acrescido por materiais de cunho governamental e científico que abrangem o tema - “Saúde da população em situação de rua: Um direito humano”, “Saúde da população em situação de rua - DENEM” (DENEM, 2017), “Consultório de rua do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e “Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19” (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2020). Além disso, fez-se uso de publicações que refletem sobre a Educação em Saúde - “Educação em saúde: Reflexões e Experiências Educativas” e “Formação em Saúde: Olhares Sobre Práticas Educativas” -, considerando a correlação entre as duas temáticas.

Saúde e Educação em Saúde

A saúde é entendida, em território brasileiro, como um direito de todos, assegurada pela Constituição Federal de 1988 e apoiada pelo artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948: “Todos têm direito a um

padrão de vida adequado à sua saúde e de sua família, incluindo comida, vestuário, moradia, cuidados médicos e serviços sociais necessários” (ONU, 1948, s/n). Entretanto, para a garantia plena desse direito, alguns conceitos devem ser compreendidos e aplicados, como a Promoção da Saúde e a Educação em Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2009, objetiva o processo saúde-doença e o enfrentamento aos problemas de saúde, reconhecendo, primariamente, os determinantes sociais de saúde. Dialoga, assim, com os setores sanitário, governamental e social. Portanto, compreende um grupo de ações e projetos que propõe-se a promover a saúde e tratar doenças, focando nos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais, os quais estão diretamente relacionados à saúde da população (BUSS; FILHO, 2007).

A Educação em Saúde, por sua vez, visa contribuir para a promoção da saúde na medida em que tem como horizonte o protagonismo e a autonomia dos usuários do sistema público de saúde do país, além de integrar profissionais e gestores de saúde nas análises e práticas necessárias. Possibilita, dessa forma, o desenvolvimento dos indivíduos para compreender a realidade em que estão inseridos e para que possam participar e decidir as ações necessárias para solucionar as mazelas existentes (MENESES *et al.*, 2022).

No cenário contemporâneo, as diversas transformações sociais e econômicas refletiram em mudanças no perfil de doenças presentes na população. No Brasil, até metade do século XX, as doenças infecciosas transmissíveis eram as mais frequentes e responsáveis por alta morbimortalidade. Em contrapartida, a partir dos anos 60, os agravos não transmissíveis se tornaram as mais comuns, devido às patologias associadas à síndrome metabólica, além de problemas cardiovasculares, respiratórios e relacionados à saúde da mulher e do idoso (BRASIL, 2012).

A população em situação de rua, assim como todos os brasileiros, acompanhou essas modificações e sofre as consequências de enfermidades crônicas e subdiagnosticadas, todos os dias. Por se tratar de um grupo vulnerável, doenças infecciosas são, também, altamente prevalentes, mas é imprescindível analisar que esses indivíduos carecem, principalmente, de um atendimento contínuo das doenças crônicas mais comuns no país.

Devido a tamanha importância das doenças crônicas, em 2021 foi publicado, pelo Ministério da Saúde, uma nova pasta de compromissos que deseja monitorar, enfrentar e reduzir doenças crônicas não transmissíveis e agravos até 2030. Isso porque o Sistema Único de Saúde (SUS) possui um grande papel no esforço para que se consiga obter um melhor controle dessas patologias e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para os cidadãos, além de diminuir as mortes prematuras, as quais podem ser evitadas se houver controle sobre doenças como diabetes, obesidade e hipertensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Saúde da População em Situação de Rua

Os problemas de saúde que atingem a população em situação de rua estão intimamente relacionados às condições de vida impostas a esse grupo e à falta do mínimo necessário para o seu bem-estar físico e social, como roupas e calçados apropriados, alimentação de qualidade, local e insumos higiênicos e lugar adequado para dormir todos os dias. Embora existam os albergues, as condições necessárias para a permanência nesses espaços, como a recusa de animais de estimação e os horários rígidos de entrada e saída, muitas vezes, causam um obstáculo a sua estadia (BRASIL, 2012). Além disso, outras circunstâncias que cercam essas pessoas, como a maior facilidade em adquirir doenças infecciosas, devido a fragilidade imunológica e psíquica, tornam a população de rua mais necessitada de cuidados, conforme rege o princípio de equidade do SUS.

O entendimento básico desse contexto é fundamental para compreender os distúrbios clínicos mais comuns dessa população, os quais abrangem problemas nos pés, infestações, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de cigarro, álcool e drogas, e saúde bucal (BRASIL, 2012). Afinal, somente conhecendo as principais carências dessas pessoas será possível fornecer a elas um atendimento de qualidade e que supra, ao menos um pouco, as negligências sofridas.

Tendo em vista todas essas situações a serem contempladas pelos profissionais qualificados, é indispensável que a Educação em Saúde seja colocada em prática nesses ambientes, de modo que os Consultórios de Rua possam ser efetivos na vida dos indivíduos. Essas práticas de educação, aplicadas aos Consultórios de Rua, correspondem à participação ativa desse grupo sobre o entendimento da sua integridade física, bem como à apresentação das principais demandas em saúde, de forma que os profissionais e a população atuem conjuntamente - não sob uma lógica de hierarquia, na qual apenas os médicos detém as informações (FALKENBERG, 2014). Sob esse raciocínio, o funcionamento dos Consultórios de Rua e a gestão dos recursos para a atuação desses seriam melhor aproveitados, uma vez que, entendendo as demandas, pode-se promover a saúde, e não, simplesmente, prevenir as doenças.

Origem e Funcionamento dos Consultórios de Rua

Os Consultórios de Rua constituem uma forma de política pública que surgiu no início de 1999, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Em 2011, esse projeto foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, visando ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, visto que as estratégias de saúde familiar não atingem esse grupo (BRASIL, 2012).

Seus objetivos consistem na realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde, encaminhamentos das demandas não atendidas no local para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas e diversos outros cuidados de problemas já instalados. Assim, contribuem diretamente para a melhor qualidade de vida e redução da mortalidade precoce dessa população em vulneração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para garantir o bom funcionamento dos Consultórios de Rua, são necessárias etapas preliminares para a sua operacionalização. Para tanto, primeiramente, realiza-se o mapeamento da cidade, analisando demandas e serviços, seguido da identificação da liderança do grupo ou do território, obtendo o aval para a instalação da equipe. A comunidade da região também é envolvida para auxiliar na definição de um ponto fixo para estacionar a unidade móvel, criando um local e horário definido para os encontros periódicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Dessa maneira, o programa colabora para um maior vínculo entre os pacientes e a equipe, resultando na Promoção da Saúde.

Além disso, a fixação do local do Consultório de Rua possibilita à equipe o olhar focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito. O território corresponde ao meio e ao contexto em que a pessoa vive. O grupo social diz respeito aos indivíduos com os quais essa pessoa tem mais proximidade na sua vivência na rua, com quem possuem vínculos afetivos - algumas vezes, até reproduzindo o contexto familiar com a “família da rua”. Já a história de vida do sujeito refere-se a origem dele, suas características como pessoa, condições de saúde e motivos pelos quais ele se encontra em situação de rua (BRASIL, 2012). Com isso, será possível observar a demanda necessária do indivíduo, a fim de auxiliá-lo em sua individualidade e em suas relações, realizando um vínculo entre ele, a comunidade e os profissionais de saúde atuantes.

Consoante a Portaria número 122, de 2011 - a qual define as diretrizes de organização e funcionamento dos Consultórios de Rua -, as equipes podem ser formadas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. Complementando suas ações, também poderão ser agregados os Agentes Comunitários de Saúde. O número máximo das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde é calculado a partir dos dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, sendo, portanto, o parâmetro adotado de 1 Equipe de Consultório de Rua a cada 80 mil pessoas em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Logo, é notória a falta de profissionais nesse âmbito, uma vez que cada equipe abraça uma quantidade enorme da população, assim fazendo com que nem sempre seja possível auxiliar todos na sua individualidade, conforme visa um dos princípios dos Consultórios de Rua.

Tratando-se de um meio de política pública, as localidades que devem implantar os Consultórios de Rua são aquelas que apresentam um perfil epidemiológico composto por populações vulneráveis que vivem em situação de rua, normalmente, decorrentes do uso de substâncias, como álcool e/ou drogas. De modo geral, os Consultórios de Rua são indicados para municípios com população superior a 300 mil habitantes, o que deve ser visto como uma orientação flexível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Consultório de Rua como Método de Educação em Saúde

O atendimento à população em situação de rua é complexo e requer um amplo planejamento envolvendo as esferas governamentais, econômicas e sociais. Isso ocorre porque esse grupo possui uma característica migratória, ou seja, não possui área geográfica fixa, e, portanto, muitas vezes, não conseguem ser

incluídos no trabalho das equipes das Estratégias de Saúde Familiar (BRASIL, 2012).

Como a Educação em Saúde promove ações multidisciplinares que tentam minimizar as carências no âmbito salutar da população, os Consultórios de Rua surgem como uma maneira de assegurar que indivíduos em situação de rua - os quais representam grande parte da população negligenciada - tenham seu direito de saúde garantido. Dessa forma, facilitam o contato dessas pessoas com a atenção primária e corroboram para o fortalecimento do princípio de equidade do SUS, o qual relaciona igualdade e justiça social, orientado pelas necessidades individuais, de acordo com seus determinantes sociais (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2022).

No viés de atuação dos Consultórios de Rua, como prática de educação em saúde, é necessário que as ações contemplem não apenas a prevenção de doenças, mas também as demais necessidades dessa população, como acompanhamento de doenças infecto contagiosas, apoio à saúde mental e atendimentos de rotina. Essas medidas, quando guiadas por levantamentos municipais de saúde, tornam-se muito mais efetivas, destinando o atendimento necessário para o grupo social de cada região, efetivando ainda a importância da participação social na determinação das carências existentes. Assim, os Consultórios de Rua serão mais eficientes nos seus objetivos, pois eles terão uma visão de funcionamento dos seus próprios usuários.

Desse modo, é imprescindível que os Consultórios de Rua recebam mais atenção e recursos governamentais, visto que são importantes políticas públicas e meios de inclusão de indivíduos, muitas vezes, desprezados pela sociedade. Além de garantirem que a população de rua tenha um atendimento igualitário, conforme as necessidades individuais, é de extrema relevância que eles possam atingir um número cada vez maior de pessoas que requerem auxílio. Para isso,

como o Brasil possui muitos territórios carentes e negligenciados, os Consultórios de Rua devem ser implementados em mais regiões do país, em locais diversificados.

Considerações Finais

Perante o exposto, observa-se que, embora a Educação em Saúde esteja presente nas diretrizes dos Consultórios de Rua, de modo a praticar a Promoção de Saúde da população em situação de rua, na realidade, o funcionamento desse projeto se configura mais sob o sentido de Educação para a Saúde - a qual segue a lógica hierarquizada em saúde, na qual os moradores de rua detêm pouca ou nenhuma participação sobre as decisões de saúde - do que de Educação em Saúde, já que a estratégia de prevenção das doenças é a prevalente no cotidiano. Relaciona-se a isso o fato de os Consultórios de Rua representarem a principal política de acesso à saúde que esses indivíduos recebem, tornando-se difícil a aplicação de práticas além de prevenção de patologias. Assim sendo, mesmo que os Consultórios de Rua retratem um avanço fundamental para o estabelecimento de condições mínimas de acesso à saúde, eles ainda não são capazes de fornecer tudo aquilo que objetivam na teoria.

Referências

BRASIL. Artigo 25º: Direito à saúde, bem estar e segurança. 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/dezembro/artigo-25deg-direito-a-saude-bem-estar-e-seguranca#:~:text=O%20de%20n%C3%BAmero%2025%20diz,quanto%20aos%20servi%C3%A7os%20sociais%20necess%C3%A1rios>> Acesso em: 31 de mai. de 2022.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp> Acesso em: 30 de mai. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <manual_cuidado_populacao_rua.pdf> Acesso em: 12 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf> Acesso em: 12 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf> Acesso em: 10 de jun. de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-bpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt.>> Acesso em: 31 de mai. de 2022.

DENEM. Saúde da população em situação de rua. Botucatu: 2017. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/2018-Sa%C3%BAdede-Pop.-de-Rua.pdf>> Acesso em 10 de jun. de 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elsa Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19 (03), 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy-5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>> Acesso em: 12 de jun. 2022.

FIOCRUZ. População em situação de rua aumentou durante a pandemia. Disponível em: <População em situação de rua aumentou durante a pandemia – Fiocruz Brasília> Acesso em: 12 de jun. de 2022.

MENESES, Michele; SILVEIRA, Roberta; MATTIONI, Fernanda; VIEIRA, Luciana; DRESCH, Liciane. A educação popular em saúde como estratégia para a promoção da saúde. EDUNISC. Educação e Saúde: Reflexos e Experiência Educativas. Santa Cruz do Sul: 2022. 234p.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS (MMFDH). Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/Atendimento_e_Acolhimento_Emergencial.pdf> Acesso em: 31 de mai. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, 2010, 48 p. Disponível em: <[consultorio_rua.pdf](#) (prattein.com.br)> Acesso em: 12 de jun. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 13 de jun. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>> Acesso em: 10 de jun. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/oquee>> Acesso em: 13 de jun. de 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE. Consultório na Rua. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/consultorio-na-rua>> Acesso em: 12 jun. 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE. Saúde da população em situação de rua. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-em-situacao-de-rua>> Acesso em: 11 de jun. de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A SOLIDARIEDADE. Saiba quantas pessoas moram na rua no Brasil e o perfil dessa população. Disponível em: <<https://sbsrj.org.br/moradores-de-rua-brasil/>> Acesso em: 11 de jun. de 2022.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE PRELIMINAR DOS VÍDEOS PARA JOVENS SOROPOSITIVOS/AS APRESENTADOS NO SITE “DEU POSITIVO, E AGORA?”

Bruna Mallmann Specht

Tomaz Mazuco Rodriguez

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-1

Introdução

A convivência com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode acarretar desafios sociais e emocionais – para além das complicações clínicas que são eficazmente controladas por meio dos tratamentos adequados –, pois ocasiona situações de discriminação, estigmas e preconceitos (GOMES, 2021). Neste sentido, a educação e a promoção da saúde emergem como importantes ferramentas para a potencialização da vida das pessoas que vivem com o vírus.

No entanto, apesar de as práticas de promoção da saúde existirem e serem postas em prática, comumente, neste caso, recebem menos atenção que as

orientações de prevenção. Os movimentos de prevenção são relevantes, contudo, as práticas de cuidado e educação precisam deixar de considerar unicamente a contenção de novas infecções e os protocolos de tratamento. É necessário o aprofundamento de discussões acerca da qualidade de vida das pessoas soropositivas e de estratégias para a diminuição de preconceitos associados ao tema, para que os processos de adoecimento emocional e as práticas discriminatórias sejam mitigadas.

Então, a educação em saúde surge como uma estratégia de fortalecimento da qualidade de vida de pessoas soropositivas, já que se configura como um processo educativo dialogado e coletivo, que mira na geração de conhecimentos em saúde (FALKEMBERG, 2014; DARSIE; WEBER, 2021). A educação em saúde é um processo que pode auxiliar pessoas soropositivas em relação às suas condições de vida e de saúde e ao diálogo com profissionais da saúde sobre suas demandas específicas (GUNTHER, BACARAT, 2013).

É neste contexto que emergem os princípios da inclusão social. Entende-se que a abordagem da temática pode auxiliar na produção de melhores oportunidades sociais, laborais e emocionais, de maneira abrangente. Diante disso, o texto apresenta reflexões preliminares acerca do *site* ‘Deu positivo, e agora?’, direcionado a soropositivos. A plataforma foi criada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e é composta por vídeos de bate-papos com jovens que vivem com HIV.

Metodologia

A presente reflexão foi realizada por meio da análise do *site* ‘Deu positivo, e agora?’, criado pela UNAIDS e UNESCO. A partir da leitura e observação do conteúdo completo da plataforma, foi desenvolvida análise do discurso,

de acordo com Caregnato e Mutti (2006), que ressaltam que tal tipo de análise considera aquilo que é produzido em consonância com os diferentes modos de observação e conhecimentos dos analistas.

Além disso, foi selecionado material bibliográfico, a partir de descritores como HIV, Soropositividade e Educação em Saúde, nas seguintes bases de dados: LILACS e Google Scholar. O material encontrado foi articulado à discussão.

A Problemática das Políticas Públicas de HIV/AIDS no Brasil

No Brasil, entre os anos de 1980 e 2020, foram registrados 1.011.617 casos de HIV/Aids (BRASIL, 2022). Diante disso, as políticas públicas voltadas ao HIV/Aids miram em estratégias de avaliação acerca da saúde sexual, de aplicação de vacinas capazes de controlarem outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), de identificação e classificação de pessoas soropositivas, de diagnóstico, tratamento e de acompanhamento clínico.

Tais práticas não deixam de ser consideradas relevantes, visto que os Indicadores e Dados Básicos nos Municípios Brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) mostram que, apesar da diminuição do número de ocorrências de HIV/Aids no país – decréscimo de 18,7% de novos casos de 2012 para 2019 –, ainda há muitos registros de infecções. Em 2021 foram notificados 13.501 novos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Observa-se o agravamento da enfermidade pela falta de conhecimentos sobre o HIV e sobre a Aids, bem como sobre tratamentos. Destaca-se a perpetuação do preconceito e do estigma sobre a temática, o que contribui para a repulsão ao tratamento (PEREIRA, VIEIRA, FILHO, 2021).

Assim sendo, estratégias capazes de amenizar pontos problemáticos são fundamentais. Um deles relaciona-se aos modos como os sujeitos soropositivos enfrentam a soropositividade e o outro diz respeito ao medo e ao preconceito emergentes no contexto da população. As estratégias educativas tradicionais reforçam estigmas e sentimentos negativos que envolvem a soropositividade e orientam ações na direção oposta aos preceitos da promoção da saúde.

Portanto, a educação em saúde, pode servir como ferramenta de transformação social. Isso é possível porque a educação em saúde permite dialogar sobre conhecimentos técnicos e possibilita aos participantes refletirem sobre os contextos de vulnerabilidade e, desse modo, agirem com mais autonomia em relação às suas vidas.

Educação em Saúde

A educação em saúde requer pensamentos críticos e reflexivos. É o campo de práticas e conhecimentos capaz de propor ações transformadoras que levem os indivíduos à possibilidade de exercerem autonomia, permitindo que participem das decisões de saúde, criando vínculos entre os profissionais e a população (FALKENBERG, et al., 2014; DARSIE, WEBER, 2021; MACIEL, 2009).

Para tanto, as práticas de educação em saúde envolvem os/as profissionais de saúde, gestores/as e a população (FALKENBERG et al, 2014). Assim sendo, as ações podem ser vivenciadas em direções diferentes daquela que considera a transmissão de conhecimentos de modo impositivo (DARSIE, WEBER, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Deste modo, torna-se fulcral que as questões direcionadas aos processos de educação da população e, mais precisamente, dos sujeitos soropositivos se-

jam pensadas de forma ampla, de modo a diminuir infecções e preconceitos e potencializarem a qualidade de vida

Deu Positivo, e Agora?

A plataforma virtual analisada apresenta 12 vídeos informativos sobre temas que envolvem soropositivos. Além disso, disponibiliza materiais complementares. Os relatos são desenvolvidos por influenciadores digitais e outras pessoas que discorrem sobre seus processos de autoaceitação e sobre a importância do diálogo (FALKENBERG et al, 2014; DARSIE, WEBER, 2021). Destaca-se que as mídias sociais são estratégias de informação. Assim, a disponibilização das redes sociais dos participantes e a produção de conteúdos promove saúde e auxilia a tomada de decisões em favor da melhoria da qualidade de vida (CADAXA, 2015; ABREU et al., 2013).

Os vídeos são ferramentas de promoção da saúde, pois auxiliam no processo de aquisição de informações e de favorecimento da autoestima de outras pessoas soropositivas. Observa-se que ocorre um movimento pedagógico fundamental para as práticas de educação em saúde, já que os contextos dialógicos diferenciam entre si e apontam modos de viver a soropositividade para além dos aspectos do adoecimento e dos estigmas que se associam a essa vivência. Assim, o site oportuniza novas reflexões acerca das diferentes demandas em saúde. Isso ocorre porque as discussões produzidas se constroem em torno da vida com HIV/Aids, o que produz reflexos e similaridades no contexto da soropositividade.

Em uma aba específica do *site*, chamada de ‘participantes’, são apresentados os colaboradores do projeto. São indivíduos, com idades entre 23 e 54 anos, de cidades distintas, com diversos estilos e diferentes identidades de gênero. Todos se identificam por meio de seus nomes reais. Na direção oposta

aos aconselhamentos clínicos mais comuns, são sujeitos saudáveis que se apresentam engajados e felizes, no sentido de mostrar que a soropositividade não precisa ser relacionada aos problemas normalmente associados a ela.

Em seus depoimentos destacam transformações positivas que ocorreram a partir da soropositividade e que serviram de alicerce para ‘um novo começo de vida’. Tais estratégias funcionam como movimentos educativos que investem em outros modos de entender a vida com o vírus. O fortalecimento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e a apaziguação dos preconceitos que envolvem a temática, podem servir de modelo para outras ações públicas e/ou privadas.

Considerações Finais

Ao longo dos anos, muitas práticas de educação em saúde foram/são pensadas e direcionadas aos sujeitos soropositivos, porém, acabam sendo orientadas por meio da ideia de prevenção de doenças e da não infecção de outras pessoas.

Sendo assim, faz-se necessário ampliar a promoção de estratégias de educação em saúde para que a falta de comunicação seja transformada positivamente e que se construam diálogos entre pessoas soropositivas, população em geral e profissionais da área da saúde. Desta maneira, o site representa uma alternativa para o campo da educação em saúde, pois desmistifica representações negativas acerca da soropositividade.

Sugere-se que esse material seja utilizado em ações de educação em saúde desenvolvidas por instituições educativas e serviços de saúde como recurso mobilizador de reflexões sobre o HIV/Aids, seus contextos de vulnerabilidade, estratégias de enfrentamento à discriminação, informações sobre adesão

e continuidade do tratamento. Espera-se que ações como essa se tornem mais comuns e incorporadas com maior frequência às políticas públicas de saúde e de educação.

Referências

ABREU et al. Educação em saúde: relato de experiência com pré-escolares. *Nutrire*. São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 38-45, abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/universo_atuacao.php. Acessado em 29 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/boletins-epidemiologicos-vertical>

CADAXA, A. G.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Conteúdos promotores de saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):457–63

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

DARSIE, C.; WEBER, D. L. Geografia da Saúde e Educação Básica: um panorama. In: Paim RO, Pereira AMO, Copatti C, et al. (Orgs.). *Geografias que fazemos: educação geográfica em diferentes contextos* (Coleção: Percursos de educação geográfica). Curitiba-PR: Editora CRV, 2021, v. 2, p. 189-198.

FALKENBERG et al. Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(3):847–52.

GOMES, M. P. A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o hiv. Há mais de três décadas a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) desafia os saberes e recursos técnico-c. (2021):47–56.

GUNTHER, L. E.; BACARAT, E. M. O hiv e a aids: preconceito, discriminação e estigma no trabalho hiv. *Revista Jurídica*, Unicuritiba. 2013;1

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm* 2009 Out/Dez; 14(4):773-6;

PEREIRA, A. V.; VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. *Trab. Educ. Saúde*, [Rio de Janeiro], v. 9 n. 1, p. 25-41,mar./jun.2011;

CAPÍTULO 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS QUE VIVEM COM HIV

Eduardo Marmitt Adams

Isadora Fussiger Theissen

Jéssica Regina Giacomelli

Juliana Limberger Heinze

Mariana Wallauer Reinheimer

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-A

Introdução

A educação em saúde visa empoderar a população a partir do reconhecimento das fraquezas e potencialidades sanitárias de determinados grupos sociais. Neste sentido, ela parte de ações dialogadas, entre profissionais e usuários do sistema de saúde nacional, que buscam identificar características culturais, econômicas, sanitárias, entre outras, de diferentes comunidades, a fim de serem traçadas metas de ação estabelecidas na aprendizagem mútua. Tal movimento, ao buscar garantir a autonomia de diferentes sujeitos no que diz respeito à gestão da própria saúde, torna-se essencial no contexto das políticas públicas.

Assim, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) promoveu a inserção da educação em saúde no conjunto de políticas de Estado, fato que possibilitou o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde, enfatizando a integração entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e a comunidade (FRANÇA; MAGNAGO, 2019).

Ações promovidas a partir de políticas públicas, quando operacionalizadas por profissionais da saúde, dependem do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados, da avaliação terapêutica e, também, de inúmeros fatores externos, entre eles aqueles que envolvem práticas sociais e educativas. Dessa maneira, processos de educação – os quais envolvem fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais – que promovem um melhor estado de saúde para os indivíduos e para a coletividade são essenciais (PEREIRA, 2003).

Diante desta questão, destaca-se que, ainda hoje, a epidemia de aids constituiu-se como um elemento significativo a ser atentado no contexto da saúde pública no Brasil, e, mesmo tendo mais casos presentes no sexo masculino, os índices de infecções apresentam um crescente entre as mulheres (BASTOS, 2009). Mesmo que o HIV seja de transmissão majoritariamente sexual, essa epidemia é dinâmica e multifatorial, ou seja, sua ocorrência vai muito além do comportamento sexual, relacionando-se com condições de vida, gênero, faixas etárias e composições étnicas dos grupos atingidos. Independentemente do avanço das políticas públicas relacionadas ao HIV e a aids, o diagnóstico e o reconhecimento sobre o assunto para os indivíduos que convivem com ela não é simples nem fácil.

Assim, destaca-se, neste texto, o caso de mulheres negras soropositivas. Infelizmente, essas mulheres costumam ser marginalizadas na sociedade e os preconceitos sofridos por elas, muitas vezes, as desestimula a aprenderem sobre suas condições de saúde, a adotarem comportamentos preventivos e a seguirem intervenções propostas pelas equipes especializadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Emerge aqui, a ideia de interseccionalidade, que se refere às diferentes maneiras pelas quais raça e gênero se articulam moldando as experiências vividas por mulheres negras. Neste contexto, conforme apontado por Paes e Darsie (2022), situações historicamente constituídas, de descaso, que envolvem mulheres negras – por serem mulheres e negras –, se articulam, sobrepondo preconceitos. “Estas experiências não são compreendidas se não for considerado o modo como a intersecção do racismo e do sexismo afeta estas mulheres, moldando aspectos estruturais, políticos, representacionais que geram violências e as colocam na base da sociedade”. Assim, a intersecção de estruturas racistas e machistas coloca essas mulheres em condições de vulnerabilidade política e social (LEAL, 2021, p. 28).

Nesse viés, percebe-se que ações educativas que busquem alcançar uma melhor qualidade de vida são essenciais para essas mulheres em questão. Diante disso, por meio de revisão bibliográfica, argumenta-se, nas linhas que seguem, que ações de educação em saúde devem focalizar essa população, de modo a potencializar a qualidade de vida.

Metodologia

O estudo utilizou como metodologia a análise documental, a qual compreende identificar, averiguar e analisar documentos com a finalidade de embasar e elucidar as hipóteses e dúvidas dos autores. Com base nessa modalidade

de pesquisa, a abordagem dos documentos opera com características qualitativas. Dessa forma, o estudo em questão utilizou-se de bases bibliográficas como Google Acadêmico, Scielo, dados do Ministério da Saúde (MS) em sua Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre outros.

HIV/AIDS em Mulheres Negras

Inicialmente, a epidemia de aids no Brasil afetou, principalmente, os estratos médios e superiores da sociedade; entretanto, a partir das décadas de 1980 e 1990, a doença se disseminou para as camadas mais desfavorecidas, incluindo comunidades de baixa renda, mulheres, pessoas com menor educação formal e trabalhadores mal remunerados (FRY *et al.*, 2007). Grande parcela da população negra se encaixa ainda hoje nessa situação e enfrenta situações de desvantagem social, o que se reflete na dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, sofre maior incidência de doenças e morre mais precocemente, porque é negligenciada nas políticas de saúde pública (ANDRADE; LIMA; OLIVEIRA, 2018). Tal fenômeno é conhecido pela literatura como “pauperização” e reflete os padrões de desigualdade predominantes no Brasil (FRY *et al.*, 2007).

Diante disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2006, visa garantir a efetivação do direito à saúde da população negra, buscando promover, prevenir e tratar adequadamente doenças transmissíveis e não transmissíveis, utilizando-se do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE; LIMA; OLIVEIRA, 2018). Entretanto, o grande número de casos de HIV/aids na comunidade negra e, principalmente, nas mulheres, segue como paradigma para análise das desigualdades sociais, econômicas, de gênero e de raça (ROCHA; VIEIRA; LIRA, 2013). De 2007 a junho de 2021, foram notificados no Sinan 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Com relação à raça/cor

autodeclarada, 39,4% dos casos ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros. Entre as mulheres, 35,9% dos casos ocorreram em brancas e 55,1% em negras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Além disso, de 1980 a junho de 2021, foram identificados 1.045.355 casos de aids no Brasil, os quais vêm caindo desde 2012. Nesse período, 65,8% dos casos de aids afetaram os homens e 34,2%, as mulheres. Em relação ao quesito raça/cor, no período de 2010 a 2020, observou-se queda de 9,8 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas brancas e aumento de 12,9 pontos percentuais na proporção de casos entre as pessoas negras. Observando os dados, percebe-se que, desde 2010, os casos de Aids são mais prevalentes em mulheres negras e, desde 2012 são mais prevalentes nos homens negros. Assim, em 2020, 58,3% dos casos notificados ocorreram entre homens negros e 60,0% entre as mulheres negras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em relação ao total de óbitos por aids, registrados no Brasil, entre 1980 e 2020, 70,3% ocorreram entre homens e 29,7% entre mulheres. Em 2020, 61,9% dos óbitos foram entre negros, 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à observada em homens negros: 62,9% e 61,4%, respectivamente. Entre os anos de 2010 e 2020, ocorreu queda de 10,6 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 10,4 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Há diversos fatores que podem explicar esses números. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids, 52% dos casos ocorrem em mulheres sem escolaridade e que não concluíram o primeiro grau de ensino fundamental (ROCHA; VIEIRA; LIRA, 2013). Ademais, a vulnerabilidade das mulheres à infecção do HIV, reflete-se na maior dificuldade e na falta de poder que essa parcela da população tem em negociar com seus parceiros o uso do preservativo durante a relação sexual para prevenir a doença. Além disso, o sexo não consensual e os

comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV (ROCHA; VIEIRA; LIRA, 2013).

Esse quadro só irá se modificar com políticas públicas de inclusão social que combatam o preconceito. Isso deve ser feito com educação de qualidade, saúde, acesso à informação e com direitos iguais. As políticas públicas devem ser específicas e voltadas aos segmentos mais vulneráveis (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010), buscando abordar estratégias de prevenção e de promoção de vida saudável para as pessoas vivendo com HIV e aids. Embora o Brasil tenha ótimos programas de prevenção e tratamento de HIV/aids, suas políticas não foram suficientes para impedir a feminização da epidemia e, principalmente, a feminização negrófila (ROCHA; VIEIRA; LIRA, 2013).

Os Sistemas de Informações do Brasil e o que eles Revelam sobre Uma “Tendência de Mudança no Perfil Racial da Doença”

A introdução da variável “raça” nos bancos de dados do Brasil que sistematizam os dados referentes a prevalência e a mortalidade de HIV/aids, como o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é tão recente que na maioria das vezes impossibilita analisar de forma fidedigna se houve uma mudança no perfil epidemiológico da doença. Assim, percebe-se que com a proporção de respostas válidas a longo prazo tão baixas, qualquer interpretação realizada deve considerar também outras variáveis, como dados socioeconômicos e outros indicadores de classe, uma vez que segundo Fry *et al.* (2007):

Ao analisar o banco de dados do PN-DST/AIDS, observa-se que, em 2000, somente 3,9% dos registros apresentavam a classificação racial dos casos. Uma proporção mais expressiva de preenchimento somente aconteceu a partir de 2003, quando mais de dois terços dos casos passaram a contar com esta informação (FRY *et al.*, 2007).

Além disso, outra complicação no caso de a realização das análises epidemiológicas utilizar a variável “cor/raça”, refere-se aos diferentes sistemas de classificação disponíveis e usados em cada banco de dados - a auto referida (autoclassificação) ou por terceiros (hetero-classificação). Assim, enquanto na elaboração das taxas de prevalência da aids segundo “cor e raça” são utilizados os dados do IBGE - que utilizam a autoclassificação -, a “cor e raça” no banco de dados do PN-DST/aids derivada da hetero-classificação realizada pelos profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros. Por fim, uma questão adicional para se analisar a real veracidade dessa inversão do perfil racial do HIV/aids nas análises epidemiológicas apontada por Fry *et al.* (2007), é que muitas vezes a variável “cor/raça”, quando se trata da categoria “negros”, junta a população de pardos e pretos dentro de uma só.

Dessa forma, é importante destacar que o aumento da prevalência e mortalidade de HIV/aids na população negra mostrou-se ser mais devido a esse grupo ser historicamente excluído da riqueza social e culturalmente discriminado do que a própria questão racial. Essa realidade ocorre, pois esses indivíduos estão sob maior influência dos determinantes sociais de saúde, uma vez que possuem pior qualidade de vida e de trabalho. Isso pode ser ratificado segundo Fry *et al.* (2007):

A falta de acesso aos recursos preventivos (teste e preservativo), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade. Este cenário das múltiplas dimensões da vulnerabilidade é ilustrado com os dados do município de Porto Alegre: nos bairros em que se registrou o maior número de casos novos de Aids, mais de 80% da população se autodeclara negra - preta ou parda (FRY *et al.*, 2007).

Educação em Saúde e Educação na Saúde

É de suma importância distinguir e especificar os conceitos de “educação em saúde” e “educação na saúde”, tão utilizados pelos profissionais da área da saúde coletiva. Nesse sentido, a **educação em saúde** preconiza a popularização da educação sobre saúde, com ênfase nos saberes e o conhecimento prévio da população geral e não unicamente o conhecimento técnico - científico (FALKENBERG, 2014). De acordo com o Ministério da Saúde, a educação em saúde consiste em um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A educação em saúde estimula a criação do pensar crítico e reflexivo em ações que encaminham o indivíduo à sua autonomia.

Por outro lado, a **educação na saúde** consiste - de acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde - na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Nesse âmbito, é priorizada a educação permanente em saúde, ressaltando o saber profissional e as ações voltadas para a certificação dos processos de trabalho nesta área, atentando às especificidades e necessidades locais (FALKENBERG, 2014).

A saúde, como se sabe, é um direito de todos os brasileiros e é dever do estado assegurá-la. Contudo, isso apenas não basta: é necessário que a própria população seja educada acerca de práticas de prevenção e promoção de saúde. A Educação em Saúde promove uma maior conscientização da sociedade e,

no caso dessas mulheres, isso é fundamental, pois os indivíduos precisam ter consciência de que suas ações interferem na saúde da comunidade como um todo (FIGUEIREDO; CÂNDIDO, 2017). Tendo isso em vista, é fundamental que políticas públicas que exponham as necessidades do grupo e o que se deve fazer para que se evite essa zona de fragilidade sejam criadas. Uma investida por profissionais da saúde em escolas de nível fundamental e médio, além de locais em que a informação é mais precária é uma excelente maneira de fornecer a educação em saúde para a população e fazer com que a prevenção seja a principal ferramenta para combater essa mazela.

Além disso, uma sociedade consciente, que se preocupa com o próximo e entende que suas ações possuem consequências, com toda a certeza promoverá um ambiente saudável para as mulheres, principalmente as negras que vivem com HIV/aids. Por isso, é de suma importância a utilização da educação na saúde para o favorecimento dessas mulheres, seja por meio de propostas que visem identificar essas pessoas como vulneráveis a fim de um melhor acolhimento em Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família, adotando um atendimento especializado de acordo com as demandas dessa população, seja por melhores pesquisas e trabalhos científicos em maior ou menor escala que identifiquem os fatores de risco e a epidemiologia desse grupo populacional. Dessa maneira, o trabalho em questão concebeu-se pelos conceitos de educação e (em) saúde para mulheres negras que vivem com HIV/aids (soropositivas).

Encerramento

No que tange ao segmento das mulheres negras que vivem em condições de vida socioeconomicamente desfavoráveis, o conceito de educação em saúde, no Brasil, entendido como o empoderamento para a autonomia da população, a partir de entendimentos prévios em saúde, é percebido nitidamente como

desigual. A partir disso, percebe-se que o entendimento sobre epidemiologia, prevenção, terapêutica e fatores de risco relacionados ao HIV/aids não fazem parte do repertório dessas pessoas, visto que não são informações apresentadas de maneira significativa para elas e, quando isso acontece, nem sempre suas condições de vida permitem evitá-lo.

Essa situação pode ser compreendida, portanto, como uma falha no processo de equidade em saúde, que é preconizado pelo SUS, sendo necessárias a aprimoração e a apresentação de alternativas para a resolução de cuidados em saúde. Grande parte das mulheres negras não possuem acesso à educação em saúde adequado devido ao meio social em que vivem. De tal maneira, as políticas públicas que visam a educação devem priorizar as populações mais vulneráveis, especificamente quando se trata da transmissão do HIV, as mulheres negras que vivem nas periferias. Essas políticas devem ter como objetivos diminuir os preconceitos – tanto com a doença quanto com as populações vulneráveis - e, principalmente, entender os mecanismos de prevenção da transmissão viral, seja pelo uso de preservativos, seja pela utilização da profilaxia pós exposição (PEP) ou da profilaxia pré-exposição (PrEP) quando necessário.

Referências

ANDRADE, J., LIMA, S., OLIVEIRA, F. **Análise dos fatores de vulnerabilidade à infecção por HIV/AIDS em população negra**. ReonFacema. 2018. 4(3):986-992. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/296/254>>. Acesso em: 09 de junho de 2022;

Boletim Epidemiológico – HIV/Aids 2021. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2022.

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/item/9789240000735>>. Acesso em 11 de junho de 2022.

Educação em Saúde. Tesouro eletrônico - Ministério da Saúde (MS). Brasília: MS; 2006. Disponível em <<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtw-dk.exe?k=default&l=60&w=1634&n=1&s=5&t=2>>. Acesso em: 21 de junho de 2022.

Educação em Saúde Diretrizes. Fundação Nacional de Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude+-+Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2022;

FALKENBERG, M., MENDES, T., DE MORAES, E., MARIA, E. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em 11 de junho de 2022.

FIGUEIREDO, R.; CÂNDIDO, L. D. A. L. **Campanhas de Educação em Saúde e reforço de estigmas.** BIS, Bol. Inst. Saúde, p. 49–61, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016857>. Acesso em: 11 de junho de 2022.

FRANÇA, T., MAGNAGO, C. **Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios.** 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5jKqsspWjmvRKRhYz7LYTFP/?lang=pt>> Acesso em 11 de junho de 2022.

FRY, P., MONTEIRO, S., MAIO, M., BASTOS, F., SANTOS, R. **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2007. 23(3)497-523. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/KCMdhJW5ngkVtBnwcc5HCqm/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 09 de junho de 2022.

LEAL, H. M. **A interseccionalidade como base do feminismo negro.** Cadernos de Ética e Filosofia Política, v. 39, n. 2, p. 21-32, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/193639>. Acesso em: 26 maio. 2022.

PAES, S. E.; DARSIE, Camilo. **A invisibilidade das professoras negras nas instituições de educação básica de Santa Cruz do Sul - RS e a questão dos territórios e territorialidades.** Caderno Prudentino de Geografia, v. 2, p. 180-201, 2022. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/download/8763/6546>. Acesso em: 28 jun. 2022.

PEREIRA, A. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Jj6qF3CWvsZMfdNRC8GzyvH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 11 de junho de 2022.

ROCHA, S., VIEIRA, A., LYRA, J. **Silenciosa conveniência: mulheres e Aids.** Revista Brasileira de Ciência Política. vol 11. 2013. pp. 119-141. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/zHJDkDSJgFP6QmnvwfFvkYb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 jun. 2022.

SILVA, M., LIMA, F., HAMANN, E., **Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil.** Saúde Soc. vol. .19, supl.2, p.109-120, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ps8hRv3h7WqNzL6zzwMK48k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 jun. 2022.

CAPÍTULO 4

SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA PARA PROMOVER A INCLUSÃO SOCIAL

Sara Ester Paes

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-3

Introdução

O contexto brasileiro é marcado pelo período da escravidão que durou, aproximadamente, quatro séculos. Foi nesse contexto que os negros viveram, mais intensamente, situações de exploração sustentadas pela ideia de que compõem uma raça inferior e desumanizada. Partindo disso, destaco que o movimento de desumanização de populações não brancas foi a base para a estruturação de uma ordem social em que preconceitos e violências foram/são naturalizadas e consideradas adequadas.

Almeida (2014) refere que os processos de domesticação da população negra promoveram a naturalização do racismo e da discriminação de gênero, com base em uma lógica conservadora e hierárquica. Conforme o autor, em

uma sociedade dividida por raças e marcada pela tradição colonial, o racismo opera para destituir suas vítimas da condição humana. É esse exercício diário que transforma determinadas pessoas em seres incapazes de reconhecer a dor do outro e que sustenta a manutenção das relações desiguais. Sendo assim, "operou a ideologia dominante na colonização, que ainda está presente no imaginário social" (ALMEIDA, 2014, p. 150).

Para Almeida (2019), o racismo "é uma forma de discriminação que tem a raça como fundamento" (p. 32), que se tensiona a partir de práticas conscientes e inconscientes à determinados grupos racializados. Desse modo, dados do IBGE (2019), mostram que existe desigualdades entre as populações brancas e pretas. No ano de 2016 a 2018, a taxa de analfabetismo quanto a pessoas pretas ou pardas com 15 anos ou mais passou de 9,8% para 9,1% e com 25 anos ou mais de idade com pelo menos o ensino médio completo ampliou de 37,3% para 40,3%. Já a taxa de analfabetismo de pessoas brancas entre esses anos foi de 3,9% e com o ensino médio completo aumentou para 55,8%. Estes dados evidenciam que o racismo está na base da sociedade, modifica e aparta as pessoas negras dos espaços e, ao mesmo tempo, discrimina.

O conceito de gênero é outro elemento que, associado à raça, posiciona sujeitos em lugares de maiores ou menores oportunidade e infortúnios. Portanto, no que se refere, mais precisamente, à mulher negra – em relação aos homens negros e brancos – as desigualdades e os casos de sub-representação se acentuam. Historicamente, as mulheres negras foram consideradas como objetos sexuais ou como trabalhadoras predestinadas aos trabalhos domésticos. Essa dinâmica as colocou em um patamar em que suas habilidades cognitivas, laborais e produtivas são minimizadas, desestimulando, e por vezes impedindo, a sua ascensão social. Tal situação ocasiona, por exemplo, sua invisibilidade

em ambientes universitários, e consequentemente no mercado de trabalho especializado e em posições de gerência, reforçando as desigualdades sociais que entrecruzam raça e gênero (PAES; DARSIE, 2022).

Assim, ao refletir sobre o tema, acredito que o fim da escravidão, em 13 de maio de 1888, não foi suficiente para reverter as violências que envolveram a população negra, pois o racismo continua promovendo desigualdades ligadas a oportunidades diversas e ao acesso a direitos básicos. Neste contexto, destaco a privação de mulheres negras no que diz respeito ao direito de acesso à educação e à saúde. Por isso, desenvolvo uma reflexão crítica, por meio de revisão narrativa da bibliografia, acerca dos obstáculos enfrentados por mulheres negras no contexto das ações sanitárias. Para tanto, faço uso do conceito de interseccionalidade, cunhado no âmbito dos estudos negros feministas e que tem sido bastante relevante nas discussões contemporâneas.

Interseccionalidade: breve contextualização

A interseccionalidade é um conceito importante para entender e discutir os movimentos de opressão vivenciados por mulheres negras, como o racismo, o machismo, o sexismo e as disparidades de classe social. Para Crenshaw (2002) “a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação” (p. 117). A autora refere que a interseccionalidade é a forma que o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe constituem as desigualdades que estruturam as posições das mulheres e os marcadores sociais.

Neste sentido, as mulheres negras enfrentam diversas dinâmicas de iniquidade, ocasionadas por meio das desigualdades de raça, gênero e classe que

caracterizam suas inserções nas sociedades e precariza direitos básicos. Ao analisar a vivência das negras a partir do conceito, podem emergir outros marcadores sociais que as colocam em situação de desvantagem, seja na educação ou na saúde, por exemplo. Deste modo a falta de representatividade e/ou cuidados adequados, demonstram expressivamente as diferenças que envolvem essas mulheres em relação a outras.

É importante destacar, neste contexto, que por meio da noção de interseccionalidade, é fulcral que sejam consideradas as posições ocupadas pelas mulheres em debate, visto que sofrem diferentes preconceitos que se entrecruzam e as diferenciam de outras mulheres ou de homens negros. Neste sentido, operar por meio da interseccionalidade, pressupõe que as políticas públicas que aproximam conhecimentos da área da educação e da saúde sejam focadas em suas demandas, sem que sejam priorizados protocolos generalistas que costumam ser planejados e operacionalizados a partir de discursos “branqueadores” e masculinos.

Saúde das mulheres negras

A atenção à saúde das mulheres negras é um fator primordial no combate às desigualdades sanitárias que envolvem, entre outros elementos, o racismo, pois o imaginário popular ainda é carregado de estigmas impostos pelo período da escravidão. O olhar sexista e racista ainda envolve o manejo de consultas, tratamentos e cuidados com esta população, especialmente por serem guiados por protocolos e conhecimentos que se pautam em modelos oriundos de países ou contextos majoritariamente ocupados por populações brancas, por vezes, com maiores recursos econômicos.

Assim, as práticas de fortalecimento dos índices de saúde e de promoção da saúde para mulheres negras precisam considerar movimentos que levem em

consideração suas demandas específicas e coletivas e, ainda, que não desprezem os fatores sociais, culturais e econômicos que as localizam em determinadas situações. É importante destacar que, no Brasil, diante de uma dinâmica em que parte da população com recursos optam por acesso à saúde por meio de planos privados, a população negra destaca as desigualdades ao representar a maioria dos usuários do sistema público de saúde.

Segundo dados do IPEA (2011) as mulheres negras representam 50% da população negra e são as que mais utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) – 95,0% no ano de 2008. Atualmente 80% destas mulheres não contam com planos privados de saúde. No entanto, segundo dados da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a população negra tem menos acesso a saúde que a população branca, já que dados comprovam que as mulheres negras “continuam sendo a maioria das mortalidades maternas e enfrentando a violência obstétrica ou outros tipos de violências que afetam a saúde” (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019, p. 241).

As doenças mais comuns na população negra são a Anemia Falciforme, o Diabetes Mellitus tipo II, a Hipertensão Arterial e a Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase. Particularmente em mulheres negras, a taxa de diabetes é 50% maior do que em mulheres brancas. Na população diabética, a pressão arterial é duas vezes maior que na população em geral, representando 2/3 das mortes entre mulheres negras (UNODC, 2018). As mulheres negras que são mães de crianças com sífilis congênita representam o dobro (65,1%), em relação às mulheres brancas (25%).

A hanseníase, doença infecciosa causada por bactéria, está relacionada a situações de precariedade, seja de higiene ou moradia, em 2014, teve 31.064 casos, mais de dois terços (21.554) na população negra. A Anemia Falciforme,

quando relacionada com as mulheres negras, representa maiores riscos durante a gravidez, pois a chance de ocorrerem abortos ou complicações no parto são altas. Esta doença, por ser de maior prevalência na população negra, exige acompanhamentos mais intensivos e, neste sentido, “estratégias que visem ao controle das doenças falciformes, para serem eficientes, devem estar associadas à melhoria das condições de higiene, saúde pública e educação destes focos de miséria” (OLIVEIRA, 2001, p. 127-128)

Tal situação nos direciona a pensar que o controle e tratamento de diferentes doenças relacionam-se diretamente com as condições de vida que envolvem os cotidianos das pessoas sob cuidado clínico. No entanto, é importante mencionar que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), negros brasileiros, quando empregados, recebem cerca de metade da média salarial de seus conterrâneos brancos – R\$ 1.673,00 x R\$ 2.999,00. Ainda, no ano de 2018, havia, proporcionalmente, maior número de pessoas negras residindo em domicílios carentes de coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca) e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca). Para além disso, situações em que há mais de três moradores por cômodo utilizado como dormitório, ocorreu entre as pessoas pretas ou pardas com uma frequência quase duas vezes maior do que a verificada entre as brancas (7,0%, contra 3,6%) (IBGE, 2019; PAES; DARSIE, 2022).

Assim, os dados podem ser relacionados com o que reconhecemos como racismo estrutural, pois revelam importantes contrastes entre as condições de vida de brancos e negros. Segundo Almeida (2019) o racismo tem como inserção o poder do Estado sobre os corpos negros. Para o autor, o racismo faz parte da estrutura social, que tem como meio às relações políticas, econômicas

e familiares, não sendo uma patologia social e nem uma desorganização institucional. Nessa ótica, o racismo estrutural toma forma e se desenvolve.

O tratamento diferenciado para as mulheres negras, está relacionado ao fator racial, pois mesmo com a implementação deste quesito, os profissionais de saúde não têm um preparo para atender às demandas desta população, além dos marcadores sociais que condizem com a desigualdade. As vulnerabilidades em que as mulheres negras se encontram ocorrem em decorrência da desigualdade existente que estão relacionadas ao racismo e ao sexismo e a falta de conhecimento dos seus corpos, pois mesmo com o avanço da medicina ainda se há um estigma sobre os corpos negros. Um exemplo disso é a não ocorrência de livros da medicina que apresentem corpos negros.

Entende-se que as mulheres negras de baixa renda e com pouco ou nenhuma escolaridade são mais propícias a sofrerem com o racismo. Segundo Oliveira e Kubiak (2019, p. 946) “é notável a presença do racismo institucional nas instituições de saúde, pois as mulheres negras continuam recebendo os piores índices de atendimento e sendo as maiores vítimas de violências obstétricas.” Os fatores sociais, econômicos e políticos influenciam na condição da saúde destas mulheres, sendo meios que apartam e discriminam na hora de consultar ou fazer exames de rotinas, na educação não é diferente, pois estes marcadores junto com o racismo tendem a invisibilizar as mulheres negras nestes espaços laborais.

Diante do exposto, é fundamental que as práticas de formação em saúde, direcionadas aos profissionais, e de educação em saúde, desenvolvidas junto à população, passem a considerar a diferença entre negros e brancos, homens e mulheres. Essa diferenciação pode operar no sentido de reforçar a necessidade de novos modos de atendimento, especialmente no que se refere à identificação de vulnerabilidades que se interseccionam sobre os corpos de mulheres negras e que influenciam sua saúde.

Considerações finais

No decorrer do texto percebemos que o racismo é uma forma sistemática de exclusão e apagamento da população negra, principalmente das mulheres negras colocando-as à margem de um sistema precário e condizente com práticas baseadas em discriminações raciais. Neste caso, a PNSIPN serve como meio de combate ao racismo e também como forma de reparação pelos mais de quatro séculos de escravidão que as mulheres negras foram negligenciadas. Nesse sentido, Ribeiro (2017, p. 30) discursa que “o não reconhecimento de que partimos de lugares diferentes, posto que experienciamos gênero e raça de modo diferente, leva a legitimação de um discurso excludente, pois não visibiliza outras formas de ser no mundo.”

A saúde da mulher negra segue sendo negligenciada “em relação à da mulher branca, demonstrando a influência do racismo institucional nos processos de saúde e doença da população.” (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019, p. 946). Neste sentido, o combate ao racismo e as desigualdades existentes devem ser prioridades para modificar tal realidade, principalmente nas instituições de saúde e de educação, para assim promover a equidade. Portanto, a inclusão do fator raça/cor no Sistema Único de Saúde, trouxe avanços significativos para as mulheres, consequentemente não podemos deixar de modificar esta realidade que o racismo impõe sobre as mesmas, pois somos de uma estrutura que o processo de mestiçagem ainda é utilizado como forma de negar as desigualdades existente e como consequência a população brasileira não sabe se auto identificar racialmente.

Referências

ALMEIDA, M. D. S. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **EM PAUTA**, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2º Semestre de 2014 - n. 34, v. 12, p. 131- 154. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/15086/11437>. Acesso em: 08 de out. 2022.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: São Paulo: Pólen, 2019.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> Acesso em: 05 de out.2022

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, 2019. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. – Brasília:2011,39 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>. Acesso em: 05 de out. 2022

PAES, S. E; DARSIE, C. A invisibilidade das professoras negras nas instituições de educação básica de Santa Cruz do Sul - RS e a questão dos territórios e territorialidades. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 2, p. 180-201, 2022.

RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017. (Coleção: Feminismos Plurais).

OLIVEIRA, B. M.C; K. F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde debate**. 3(122): 939-948, jul.-set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkvYXR-QbKMZKqVbb5mdd/?lang=pt> . Acesso em: 05 de out. 2022

OLIVEIRA, F. Saúde da População Negra: Brasil ano 2001. Brasília: **Organização PanAmericana da Saúde**, 2003.Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf>. Acessado em 05 out .2022

UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime. **#Vidasnegras: Políticas para reduzir vulnerabilidades em saúde precisam de dados de melhor qualidade.** Escritório de parceria e ligação no Brasil, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/01/vidasnegras_-politicas-para-reduzir-vulnerabilidades-em-sade-precisam-de-dados-de-melhor-qualidade.html. Acesso em: 05 de out. 2022

CAPÍTULO 5

REFLEXÕES SOBRE AUTISMO E EDUCAÇÃO EM/NA SAÚDE: INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE NOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE

Anna Lya Assmann

Caroline de Moraes

Felipe Yorhan Nunes

Nikolas Mateus Pereira de Souza

Paloma Caroline Helfer

Roberta Paludo Custódio

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-4

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V como: um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por déficits na comunicação e interação social, além de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014, s/n). Ademais, o TEA ocorre em todos os grupos raciais, étnicos e socioeconômicos e, também, é cerca de quatro vezes mais comum entre os meninos do que entre

as meninas (PAIVA, 2021). Desse modo, transpondo a prevalência americana, já que, infelizmente, o Brasil não possui números próprios, estima-se que haja cerca de 4,8 milhões de autistas no país (PAIVA, 2021).

Nesse sentido, o TEA apresenta uma heterogeneidade bastante grande, já que varia em termos de intensidade e sinais, tornando seu entendimento e, consequentemente, o seu diagnóstico e tratamento complexos (ARAÚJO; VERAS; VARELLA, 2014). Assim, o tratamento ideal é multidisciplinar e, atualmente, conta com tecnologias assistivas a seu favor (BRASIL, 2015; AMADEU et al., 2018).

Desde 2012, entende-se TEA como um tipo de deficiência, a partir da Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL, 2015). Dessa forma, devem ser pensadas ações que garantam o princípio da equidade, na medida em que existem diferentes necessidades para os autistas conseguirem participar da sociedade de forma plena (BRASIL, 2015). Por consequência, é de extrema importância refletir sobre a inclusão e o acesso do usuário com TEA na Rede de Saúde brasileira (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, é essencial que os profissionais de saúde e os gestores compreendam as demandas dos pacientes com TEA e familiares/responsáveis, para que se possa conceber as barreiras e, assim, itiga-las, ou seja, a educação em saúde que compreende processos dialogados e participativos que visam aumentar a autonomia de usuários em relação às suas condições de saúde, é o cerne desse processo (FALKENBERG, et al 2014; BRASIL, 2015). Ainda, a formação e atualização profissional é fundamental para atender as necessidades desses pacientes (BICARDE, PEREIRA, SILVA, 2014).

A partir disso, realizou-se a análise do documento: “Linha de Cuidado para Atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Fa-

mílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)” (FONTE, ANO), que dirige-se a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS e objetiva contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias. Ele foi publicado em 2015, pelo Ministério da Saúde brasileiro, estando na sua primeira edição e apresenta seis capítulos, subdivididos em diversas subseções, possuindo ao total 141 páginas.

O objetivo foi produzir um ensaio reflexivo articulando discussões referentes à educação em saúde ao conteúdo do documento. Portanto, buscou-se referencial teórico a partir dos descritores: educação em saúde, formação profissional em saúde, autismo e inclusão social, em artigos científicos, documentos e sites institucionais, incluindo aqueles relacionados ao tema.

Aplicação dos Princípios de Inclusão na Atenção Básica

Em primeira análise, pensando-se acerca do cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde, é mister destacar o conceito de integralidade em suas principais dimensões: no que se refere a organização de uma rede de assistência capaz de responder às diversidades de demandas e no que diz respeito ao reconhecimento de um sujeito integral (BRASIL, 2000; BRASIL, 2014). Essa premissa de entendimento de sujeito e de cuidados como um todo, indivisível, se contrapõe à ineficiência originada pela fragmentação dos sujeitos e pela segmentação das ações e serviços assistenciais, fato que distancia e segrega a população com TEA e suas famílias dos cuidados em saúde (BRASIL, 2015; LOWENTHAL, 2019). Com vista nessa perspectiva, a integralidade perpassa a necessidade de uma visão multidimensional apresentada pelo sujeito no seu contexto de inserção, como também a diversidade de oferta de atenção, com a

construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2015; JAFARABADI, 2021).

Assim, a garantia da cidadania por meio de políticas públicas de saúde, da educação em saúde, da assistência social, entre outros é substancial para a promoção da saúde e garantia da autonomia (BRASIL, 2015). Nesse sentido, comprometendo-se em assegurar a cidadania, admite-se como fundamental a atuação de cada organização da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), cuja proposta é garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento longitudinal e atenção às urgências em saúde mental, estabelecendo, portanto, uma linha de cuidado, com início no primeiro contato da pessoa com TEA ou de sua família (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; SILVA, 2019).

Dessarte, notabiliza-se o papel da Atenção Básica (AB) como pedra angular das diferentes esferas de assistência, de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também realiza o acompanhamento longitudinal do indivíduo (ARAÚJO, 2019; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Tratando-se da população com TEA, é de suma importância o papel da AB no que tange ao acompanhamento pré-natal, desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção de agravos e ofertas de reabilitação; além disso, a AB garante escuta qualificada às famílias, tornando-se uma possibilidade imediata de apoio às famílias (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; SILVA, 2019). Portanto, a educação em saúde na atenção básica se torna basilar na conjuntura das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que a associação de conhecimentos científicos e técnicos, bem como o intercâmbio de experiências entre profissionais e núcleos familiares, em consonância com aprendizagens advindas da comunidade, abrilhantam e tornam efetivo e integral o processo de cuidado (BARRETO et al, 2019; BRASIL, 2015).

A acessibilidade das pessoas com TEA na rede básica e os reflexos na inclusão social

A grande complexidade das questões envolvidas nas diversas formas de autismo exige que a ética do campo público seja ao mesmo tempo rigorosa e flexível, para dar acolhida a diferentes concepções sobre esse quadro. Talvez os transtornos do espectro do autismo, mais do que comportam múltiplas descrições, as exijam. (LIMA, 2007 apud BRASIL, 2015, p.30).

No Brasil, conhecimentos sobre o autismo têm sido desenvolvidos e estimulados através da mobilização de pais, de organizações, da mídia, de pesquisas e publicações científicas, no entanto, há limitação da capacitação de profissionais e abordagem teórica nos locais de atendimento. As associações de pais surgem no Brasil para suprir uma dificuldade do Estado em dar atendimento de saúde e de educação para pessoas com TEA (LOWENTHAL; MERCADANTE, 2009).

Nesse prisma, a aplicação do conceito de educação em saúde, conjecturado por um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, bem como práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas e o debate entre profissionais e gestores, almejando atenção na saúde de acordo com as demandas específicas, faz-se indispensável (BRASIL 2015; FALKENBERG, et al 2014). Ainda, o entendimento de um usuário como sujeito social, político e histórico, no que tange a integralidade no cuidado, tem-se a educação em saúde como estratégia integradora que se traduz em garantia da autonomia e emancipação da população com TEA (CONCEIÇÃO et al., 2020; FALKENBERG et al., 2014; MACHADO, et al., 2007).

Adicionalmente, o processo político da educação em saúde pressupõe o desenvolvimento de pensamento reflexivo que transpassa a simples comunicação entre as esferas assistenciais marcadas, invariavelmente, pela lógica biologistica e cartesiana (BRASIL, 2015; CONCEIÇÃO et al., 2020). Tal meto-

dologia engloba profissionais incumbidos de endossar a prevenção, a promoção e a manutenção das práticas curativas, gestores que apoiem e incentivem esses profissionais, bem como a população que deve atuar como interface entre o meio de prestação em serviços de saúde e a sociedade civil, com fito de acolher, integrar e auxiliar na autonomia e qualidade de vida das comunidades alvo, com ênfase nessa abordagem, dos indivíduos com TEA (BRASIL, 2015; CONCEIÇÃO et al., 2020; MACHADO et al., 2007). Logo, o intercâmbio de saberes entre prestadores de serviço, famílias, sociedade e paciente contribui para tornar esse em personagem ativo no processo de cuidado, sendo tal fato importante ferramenta de promoção de saúde (BARRETO et al, 2019).

As equipes e serviços de saúde devem se inscrever na lógica da pluralidade de atendimentos e no trabalho em rede, evitando-se pensamentos unívocos ou hegemônicos, adaptando-se as demandas existentes em virtude dos multifatores etiológicos e prognósticos envolvidos no TEA.

Quando observado sem as devidas minúcias, o cenário de disputas em torno das políticas públicas brasileiras para o TEA tende a ser reduzido exclusivamente às discordâncias teóricas e clínicas entre as partes envolvidas, em relação a modelos díspares de terapêuticas e concepções em torno do autismo. Porém, pode-se notar que existem pontos de convergência no debate em questão, que possibilitaram uma aproximação e mediação das diferenças, em direção a um mínimo consenso (OLIVEIRA, 2017, p. 721).

Dessa maneira, em razão da fragmentação do cuidado, observa-se in experiência das equipes multiprofissionais da AB em identificar, acompanhar e dar suporte aos usuários e às famílias. Tal fato evidencia fragilidades de políticas públicas voltadas para esses usuários no Brasil que, embora sigam ideologicamente a assistência em rede, são prejudicadas pela falta recursos para sua aplicação efetiva. Assim, o conhecimento científico profissional é torna-se um meio necessário para a garantia de tomada de decisões acertadas, tanto em relação aos trabalhadores em contato com usuários quanto nas relações profissionais internas (MACIEL, 2020).

O Profissional da Saúde na Abordagem do Indivíduo com TEA

No panorama da abordagem aos indivíduos com TEA e suas famílias, enfatiza-se a importância do papel do profissional em atenuar as dificuldades enfrentadas por essa população, por meio da escuta ativa, do diagnóstico precoce e do manejo adequado, garantindo o desenvolvimento integral do paciente. Nesse sentido, urge a análise sobre as barreiras atuais no que tange a capacidade dos profissionais da saúde em realizar uma abordagem mais efetiva (CAMPOS et al., 2021).

Nessa perspectiva, o diagnóstico errôneo, em virtude das limitadas definições conceituais acerca do TEA na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e DSM-V, bem como diante da multiplicidade de apresentações clínicas, ocasiona, de maneira frequente, uma gama de pré-diagnósticos que atrasam o reconhecimento precoce do transtorno e seu manejo, fato que eleva os gastos em saúde e retarda as intervenções (ALBORES-GALLO et al., 2008; JENDREIECK, 2014).

Aprofundando-se nessa problemática, com o intuito de analisar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do TEA, verificou-se que em 2021 foi publicado um estudo onde se obteve a estimativa de que dois quintos desses não tiveram proximidade com a temática durante o processo de formação, fato que permite traçar um *continuum* entre propedêutica defasada, diagnóstico fugaz e abordagem ineficiente (CAMPOS et al., 2021).

Nesse viés, salienta-se que a ocorrência desse processo nutre a segregação desses sujeitos, uma vez que a carência de informação sobre o transtorno fortalece os estigmas sociais impostos à essa população, criando um entrave, inclusive, na aceitação da família acerca do diagnóstico, resultando em um diá-

logo entre profissionais e cuidadores menos eficaz. Assim, tal enredo obscurece o estabelecimento de estratégias de auxílio ao desenvolvimento integral do indivíduo com TEA (SILVA et al., 2020).

Sobre a esfera do acompanhamento aos indivíduos com TEA, a qualificação dos profissionais da saúde sobre a temática é imprescindível para o diagnóstico precoce, o manejo adequado, o desenvolvimento do indivíduo com TEA e a inclusão deste no âmbito social. Nessa lógica, visando o aprimoramento da atuação prática desses profissionais, existem medidas imperiosas a serem realizadas, tanto no processo de graduação e especialização, por meio da aquisição de conhecimento teórico, quanto na área social, no que se refere à inclusão desses indivíduos de maneira efetiva na rede de cuidado (ROCHA et al., 2018).

No âmbito dessa questão, visto que a problemática se desenvolve em torno da superficialidade com que o TEA é abordado durante a formação dos profissionais da saúde, é crucial que as instituições de ensino e serviço em saúde abordam tanto o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, como também as terapias vigentes, as políticas públicas, a dimensão familiar envolvida e as dificuldades de inclusão social desses indivíduos e de suas famílias (CAMPOS et al., 2021). Ainda, os meios de comunicação, como as mídias sociais, por exemplo, devem ser mais explorados por profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e de educação com fim de divulgação, visto que, além de servirem de fonte de aprendizagem para muitos alunos, auxiliam na democratização da informação, levando à população conhecimento sobre assuntos relevantes – como o TEA – e ajudando nos processos de compreensão da sociedade sobre a temática e de inclusão das pessoas que vivem com o transtorno (CAMPOS et al., 2021).

Inferir-se que o progresso na capacitação dos profissionais da saúde e o fornecimento de informações sobre o TEA à população é indispensável para que o diagnóstico seja feito mais precocemente e para que sejam eficientemente articuladas - juntamente com a família e os profissionais da educação - estratégias de abordagem terapêutica, impedindo a evolução do transtorno, garantindo um desenvolvimento satisfatório e, conseqüentemente, promovendo a inclusão da pessoa com TEA (ROCHA et al., 2018; SILVA et al., 2020).

Tecnologias Assistivas

As Tecnologias Assistivas (TA) compreendem produtos, recursos, metodologias e práticas que objetivam promover a funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e inclusão social de pessoas com deficiência (AMADEU et al., 2018). No contexto do TEA as TAs visam potencializar a mediação do processo de aprendizagem e facilitação da desenvoltura comunicacional e interatividade em contextos de ansiedade social (PROENÇA et al., 2019). Assim, o incremento das TA é uma importante etapa na inclusão social das pessoas com TEA, mediando e facilitando o seu desenvolvimento em demandas sociais e no contexto de saúde durante consultas de acompanhamento médico e psicológico (BETTIO; GIACOMAZZO, 2020).

Tecnologias Assistivas baseadas em realidade virtual são o mais alto patamar tecnológico de assistência e eficácia para TEA (MENEZES, 2021). Isso ocorre pela caracterização primordial da aprendizagem em realidade virtual, que se baseia em três aspectos chaves: imersão, interação e envolvimento (MENEZES, 2021). Desse modo, é possível mimetizar contextos de dificuldade social, reconhecimento de emoções e simular ambientes de terapia (AMADEU et al., 2018). Como alternativa de baixo custo e acessível para a população em geral, há uma gama de aplicativos mobiles que auxiliam no desenvolvimento

da linguagem receptiva e expressiva, ortografia, geolocalização e diferentes formas pedagógicas de estímulo estudantil (AMADEU et al., 2018). A utilização desses aplicativos é estendida para profissionais da área da saúde, como psicólogos, fonoaudiólogos e psiquiatras, permitindo a integração e facilitação do atendimento em saúde (ALLIANO et al., 2012).

Assim, os profissionais, na medida em que têm acesso às TA, precisam identificar tal demanda, a fim de que consigam orientar, de maneira adequada, os pacientes. Logo, pode-se relembrar os contextos de educação continuada e permanente em saúde dos profissionais, sendo a primeira o acúmulo de conhecimentos tanto institucionais, quanto a partir de experiências, e a última é reconhecimento das necessidades dos pacientes e, com base nisso, reorganizar a gestão e o trabalho (FALKENBERG, et al 2014). Dessa forma, diante do espectro problemático aludido, confere-se a necessidade de incrementação das TA em ambientes escolares, no atendimento em saúde e na divulgação dessas tecnologias para consumo individual, considerando que são eficientes e trazem melhoras significativas para qualidade de vida e inclusão dos pacientes com TEA.

Encerramento

Com intuito de tornar efeito a garantia da cidadania dos sujeitos com TEA e suas famílias, é necessário que, de forma institucional, promova-se a articulação, aproximação e responsabilização entre os serviços que desenvolvem o cuidado do indivíduo, originando, efetivamente, uma rede de assistência ao indivíduo com TEA (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Nesse viés, tal articulação origina complexa trama, capaz de acolher as demandas da população com TEA e suas famílias, bem como auxiliar em sua emancipação e autonomia, alicerces da inclusão social. Assim, o conceito medular dessa ideia é essa inter-relação

entre atenção básica, psicossocial, hospitalar e reabilitativa, é capaz de confrontar os estigmas e iniquidades associados a essa população (LOWENTHAL, 2019; SILVA, 2019).

Assim, o Transtorno do Espectro Autista requer um atendimento integral à saúde, conforme o documento “Linha de Cuidado para Atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)” menciona, o qual acontece por meio de uma organização em rede, a fim de que se consiga o acesso adequado à saúde. Destaca-se, ainda, a notoriedade das TA no manejo do TEA, uma vez que promovem aumento da qualidade de vida, inclusão social e autonomia dos indivíduos, já que magnificam a comunicação e a interatividade desses, tanto com os serviços de assistência quanto com a comunidade (BRASIL, 2015)

Dessarte, os profissionais devem ter uma abordagem integral aos sujeitos com TEA e seus cuidadores, uma vez que os preceitos em torno dessa população os afasta das redes de cuidado. Nesse sentido, o diagnóstico é retardado, o cuidado é omitido e a autonomia desencorajada. Assim, é indispensável que a equipe, de maneira individual, aproxime-se da linha de cuidado ao indivíduo com TEA, acolhendo-o e auxiliando a família e a comunidade. (BRASIL, 2015). Com pesar, tais medidas não são amplamente difundidas, de maneira que, se aplicadas eficientemente, atenuariam as iniquidades impostas verticalmente a essa comunidade, auxiliando na promoção da saúde e garantindo a emancipação (BRASIL, 2015).

Referências

ALBORES-GALLO, Lilia; HERNÁNDEZ-GUZMÁN, Laura; DÍAZ-PICHARDO, Juan Antonio; CORTES-HERNÁNDEZ, Beatriz. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. **Salud Mental**. 2008; 31:37-44

ALLIANO, A. et al. A Review of 21 iPad Applications for Augmentative and Alternative Communication Purposes. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, v. 21, n. 2, p. 60–71, 2012. Disponível em: <<https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/aac21.2.60>>. Acesso em 10/06/2022.

AMADEU, E. et al. Tecnologia assistiva e autismo. Projeto Developer Academy, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

ARAUJO, Jeane AMR; VERAS, André B; VARELLA, André AB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.687>>. Acesso em 13/06/2022.

BARRETO, Ana Cristina Oliveira et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>>. Acesso em 13/06/2022.

BETTIO, T. DE; GIACOMAZZO, G. F. A tecnologia assistiva e a aprendizagem dos alunos com transtorno do espectro autista: análise das pesquisas. **Revista do Curso de Graduações de Pedagogia - Unesc**, v. 59, p. 260–280, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18616/rsp.v4i1.5745>>. Acesso em 11/06/2022.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; PEREIRA-SANTOS, Marcos; SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 177-186, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>>. Acesso em 10/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em 10/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em 31/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. SUS Princípios e Conquistas. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 10/06/2022.

CAMPOS, Thalita Ferreira et al. Análise da importância da qualificação dos profissionais de saúde para o transtorno do espectro autista (TEA). **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, pág. e32910615667-e32910615667, 2021.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-383>>. Acesso em 13/06/2022.

FALKENBERG, Mirian Benites 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. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em 13/06/2022.

JAFARABADI, M,A. Disparities in the quality of and access to services in children with autism spectrum disorders: a structural equation modeling. *Archives of Public Health*, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33902706/>>. Acesso em 11/06/2022.

JENDREIECK, Céres de Oliveira. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 77, p. 153-158, abr./jun. 2014

LOWENTHAL, E. et al. Autistic spectrum disorders in Brazilian primary care: Telehealth and face-to-face training method. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 501-516, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p501-516>>. Acesso em 11/06/2022.

LIMA, P. R. P. Jornalismo e Realidade Virtual: Análise da série The Daily 360 do The New York Times. p. 1–106, 2018. Disponível em:<<https://run.unl.pt/handle/10362/37602?locale=en>>. Acesso em 11/06/2022.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, n. 2 [Acessado 13 Junho 2022] , pp. 335-342. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em 10/06/2022.

MACIEL, Nadine Gabryella Pontes. Abordagem do Autismo Infantil na Atenção Básica: Revisão Integrativa. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 7 (único): 466-481, 2020, ISSN: 2358-7490.

MENEZES, S. V. Realidade Virtual como Tecnologia Assistiva para desenvolver habilidades de vida diária em crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Programa de pós-graduação em computação, 2021. Disponível em:<<http://repositorio.furg.br/handle/1/9987>>. Acesso em 11/06/2022.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação¹. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 707-726, 2017. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>>. Acesso em 10/06/2022.

PAIVA, Francisco. EUA publica nova prevalência de autismo: 1 a cada 44 crianças, com dados do CDC. Canal Autismo, 2021. Disponível em:<<https://www.canalautismo.com.br/noticia/eua-publica-nova-prevalencia-de-autismo-1-a-cada-44-criancas-segundo-cdc/>>. Acesso em: 04/06/2022

PROENÇA, M. F. R. et al. A tecnologia assistiva aplicada aos casos de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 31, p. e541, 2019. Disponível em:<<https://doi.org/10.25248/reas.e541.2019>>. Acesso em 11/06/2022.

ROCHA, A. N. D. C.; CAPOBIANCO, N. A. N.; BRITO, L. B.; SANTOS, A. R. dos. Intervenção junto a indivíduos com transtorno do espectro do autismo: a percepção do profissional. **Revista Educação Especial** | v. 31 | n. 61 | p. 417-430 | abri./jun. 2018

SILVA, C. O.; OLIVEIRA, S. A.; SILVA, W. C.; MENDES, R. C.; MIRANDA, L. S. C.; MELO, K. C.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, T. M. P.; OLIVEIRA, C. J. P.; SANTOS, M. E. J. (2020). Benefícios no uso de intervenção precoce em crianças com transtorno do espectro autista (TEA): uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, 9(7):1-8, e256972474.

SILVA, L.S. FURTADO, L.A.R. O sujeito autista na Rede SUS: impossibilidade de cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. 2, p. 119-129, 2019. Disponível em:<: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5635>>. Acesso em 10/06/2022

CAPÍTULO 6

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA INCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR DA PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN

Ana Carolina dos Santos Soares

Fábia Alessandra Giehl

Joana Guterres de Almeida

Luiza Maciel Fuentes

Milena Carolina Maciel

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-5

Introdução

A Síndrome de Down (SD), conhecida como Trissomia do 21, é uma condição humana geneticamente determinada. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas (baixa estatura, olhos oblíquos, rosto arredondado, mãos menores) e atraso no desenvolvimento. Entretanto, sabe-se que as pessoas com Síndrome de Down, quando atendidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, nasce uma criança com Síndrome de Down a cada 600 e 800 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Por esse motivo, torna-se necessário compreender os desafios encontrados pelos portadores dessa cromossomopatia e seus familiares em relação à saúde, à educação e à inclusão social na sociedade.

Para que se consiga ultrapassar as barreiras e os desafios enraizados no Brasil, como o preconceito e a exclusão, a Educação em Saúde se torna uma ferramenta importante e de grande valia para conseguir resultados positivos, visto que, atualmente, sabe-se que o desenvolvimento da criança e do adulto depende fundamentalmente da estimulação precoce, do enriquecimento do ambiente no qual ela está inserida e do incentivo das pessoas que estão à sua volta. Além disso, é importante salientar que Educação em saúde não se limita a transmitir conhecimentos; preocupa-se em motivar o aprendiz, analisar, avaliar as fontes de informações gerando autonomia dos indivíduos sobre suas ações (MARCONDES, 1972 *apud* CARVALHO, 2015).

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foram utilizados os principais bancos de dados - LILACS e SCIELO - para a seleção de artigos e revisões de literatura publicados entre os anos 2012 a 2019, bem como a consulta de diretrizes do Ministério da Saúde, sobre atenção às pessoas com Síndrome de Down, publicada em 2013. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: Síndrome de Down; Inclusão e Educação em Saúde. Além disso, foram analisados ebooks, artigos de revisão e estudos exploratórios sobre o tema Educação em Saúde.

Educação em Saúde

O Ministério da Saúde define educação em saúde como

“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Educação em Saúde origina-se do encontro de duas grandes áreas de conhecimento e prática, onde apresentam objetivos, conteúdos e metodologias distintas e próprias a cada uma delas (VENTURI; MOHR, 2013).

A escola, por exemplo, é um espaço que deve promover ações de educação em saúde. Sendo assim, ela deve possibilitar a utilização de novas metodologias e alternativas de ensino que proporcionem oportunidades de diálogo e educativas para todos os estudantes. Atualmente, é um importante desafio a inclusão de alunos com necessidades especiais, sabendo-se que é dever da escola assegurar uma aprendizagem inclusiva, que proporcione a cada um o desenvolvimento de habilidades, aprendizados importantes para sua vida social, intelectual e prática (CARVALHO et al., 2017).

Nesse sentido, é preciso educar para incluir os indivíduos na sociedade, portanto, desde o início da vida, a educação em saúde tem papel fundamental para a inclusão de pessoas com síndrome de Down na sociedade. É necessário que a cada dia, mais ferramentas e metodologias possam ser empregadas com o objetivo de desenvolver o bem-estar das pessoas com necessidades educacionais especiais. Tais processos devem ocorrer por meio de espaços de debate e escuta das demandas deste grupo de sujeitos e familiares, de modo a se definir ações adequadas.

A Inclusão de Pessoas com Síndrome de Down no Âmbito Escolar

No Brasil, a educação inclusiva fundamenta-se na Constituição Federal de 1988, na qual assegura no artigo 5º a todos o direito à igualdade. Ademais, no seu artigo 205, trata do direito de todos à educação, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, CONSTITUIÇÃO, 1988). Somando-se à Constituição, o Congresso Nacional, por meio do Decreto Legislativo no 198, de 13 de junho de 2001, aprovou nova lei que trata da eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa portadora com deficiência e deixa clara a impossibilidade de tratamento desigual aos deficientes (BRASIL, 2004).

Diante disso, estudos mostram que a inclusão escolar beneficia as crianças com deficiência em muitas particularidades como nas habilidades relativas à fala, ao comportamento social e aos benefícios acadêmicos. (ANHÃO et al., 2010). Isso pode estar relacionado à diversidade de estímulos dados na escola, pois segundo Silva e Kleinhans (2006), um ambiente solicitador, que promova diferentes possibilidades de descobertas, permitirá a reorganização e a plasticidade cerebral dos indivíduos. Embora esteja evidente a colaboração da escola regular para o desenvolvimento global das crianças com Síndrome de Down, a inclusão favorece também as crianças com desenvolvimento típico, já que a convivência dos colegas com essa síndrome acarreta interação, construção de vínculos afetivos e diminuição de preconceitos (LUIZ, 2012).

Desse modo, para se efetivar a inclusão é indispensável que exista preparo da escola para atender os alunos com Síndrome de Down, já que a educação inclusiva propõe um processo de humanização e de respeito às diferenças (MELERO, 2008). Sendo assim, para que o ambiente escolar inclusivo tenha êxito,

é fundamental que aconteçam mudanças profundas, desde atitudes de profissionais da educação e de pais até a organização das escolas e das salas de aula que o compõem, nas suas dimensões físicas, sociais e pedagógicas (LUIZ, 2012).

Perante o exposto, somando-se às práticas pedagógicas, o ambiente escolar também permite à criança com Síndrome de Down a possibilidade de aprender sobre cuidados de saúde. Ele é o lugar ideal para se desenvolverem programas de promoção e educação em saúde de amplo alcance e repercussão, visto que tem influência sobre seus alunos em etapas formativas e importantes da vida. Nesse sentido, a articulação com os profissionais do setor saúde é fundamental e desejada (LUIZ, 2008).

Portanto, para que o país consiga ultrapassar os obstáculos e adversidades enraizados, como a inclusão, a Educação em Saúde se torna uma ferramenta importante e de grande valia para se conseguir resultados positivos.

Articulação da Educação em Saúde aos Jogos Educativos e Inclusivos

A educação em saúde visa o desenvolvimento de atividades elaboradas por muitos agentes, em diversas instituições como: os profissionais que atuam e focam na prevenção e promoção de saúde, os gestores que auxiliam dando o suporte para os profissionais e a população que irá produzir a forma de conhecimento, adquirindo práticas de autonomia e cuidado (FALKENBERG et al., 2014).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) existem os três níveis de atenção à saúde, os quais, vão agir com a finalidade de proporcionar à população a saúde de forma integrada, (BARRETO *et al.*, 2018). O SUS usa instrumentos que facilitem e melhorem esse processo, tendo em vista que diferentes aspectos mudam a condução para adquirir o crescimento do profissional por meio de di-

nâmicas aplicadas para formação de especialistas, ou seja, um instrumento que acaba moldando o formato de atenção e cuidado que os profissionais terão na abordagem e comunicação (SANTOS *et al.*, 2013).

O conjunto entre ensino e prática dos serviços necessita ser acordada de forma a assentar um campo comum de troca e de práticas, saberes e poderes dos envolvidos, objetivando no entrelaçamento desses recursos, que é denominado ateliê pedagógico em saúde (KHALAF *et al.*, 2019), conforme ilustrado na Figura 1. Esse processo conjunto entre ensino-serviço se mostra simples quando lido na teoria, mas vem acompanhado de dificuldades no caminho tais como a precarização do ambiente de trabalho, resistência dos usuários a atuação dos estudantes, resistência dos profissionais para atuar como preceptores, dentre outros (GARCIA *et al.*, 2019).

Figura 1. Processo de integração de ensino e prática para o ensino



Fonte: Adaptado de Khalaf *et al.*, 2019.

Diante de tudo, o trabalho realizado deve ser aplicado em qualquer situação, seja individual ou em equipe. A busca da interdisciplinaridade, da autonomia, da cidadania, a compreensão de um conhecimento e a reflexão crítica são algumas das aplicações da educação em saúde que auxiliam no desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas, tendo em vista que não se limita a dar conhecimento, mas também em fomentar o aprendizado, analisar, avaliar as fontes de informação propiciando autonomia dos indivíduos sobre suas ações.

As escolas já vêm possibilitando a utilizando novos métodos que se mostram cada vez mais eficientes, tendo em vista o desafio que é a inclusão dos alunos que precisam de alguma necessidade especial e sabendo que é dever da escola assegurar a cada aluno o desenvolvimento de habilidades e aprendizados que auxiliem na vida social, intelectual e prática de cada um.

Jogos educativos estão sendo implementados para serem utilizados como objeto de ensino-aprendizagem para os alunos. São uma possibilidade de brincadeira, competição, distração, manipulação de materiais variados (PADILHA, 2000), assim como propiciam aos jogadores imersão, atenção, conhecimento funcional, definição de objetivos, autocontrole, e tomada de decisão (THOMPSON et al., 2008). As características fundamentais do jogo são: ser uma atividade livre; possibilitar uma evasão para a esfera temporária de atividade com orientação própria; ser “jogado até o fim” dentro dos limites de tempo e espaço, possuindo um caminho e um sentido próprio; criar ordem e ser a ordem, uma vez que quando há a menor desobediência a esta, o jogo acabe (CARVALHO et al., 2017).

Jogos voltados para as pessoas com Síndrome de Down foram criados. Destaca-se o Jecripe, que é um jogo de estímulo criado para pessoas especiais em idade pré-escolar, baseado em pesquisas realizadas por equipes multidisciplinares. Nesse jogo o personagem Betinho possui feições de uma criança com Síndrome de Down, o que o torna inédito.

Os jogos trazem um encanto para os jogadores e, se criados com objetivo de ensino-aprendizagem são uma ferramenta essencial para incorporar uma metodologia eficiente e ao mesmo tempo prazerosa em sala de aula. A estimulação precoce pode reduzir o atraso de desenvolvimento e o estímulo com o uso dos jogos exploram a parte motora, sensorial e cognitiva dos alunos.

Nessa direção, argumentamos que jogos didáticos, referentes aos conhecimentos que permeiam o campo da saúde podem ser de grande utilidade para pessoas com síndrome de down e, ainda, para as demais. Seria uma forma eficaz de potencializar conhecimentos sobre a saúde de maneira a oportunizar uma maior autonomia dos estudantes no que se refere aos comportamentos e demandas do dia a dia.

A Educação em Saúde, neste contexto, desdobra-se a partir de atividades lúdicas que favorecem linhas de compreensão e de debate sobre práticas de saúde, especialmente em contextos escolares e inclusivos.

Encerramento

As Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) preconizam que o cuidado com a saúde da criança e do adolescente com SD deve ser focado no desenvolvimento de autonomia para as atividades diárias, no autocuidado, na socialização, na aquisição de habilidades sociais e na escolaridade. Além disso, sabe-se que a estimulação precoce e constante pode reduzir o atraso no desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down, quando elas são expostas a estímulos adequados de aprendizagem. Diante dos fatos expostos, portanto, a inclusão da pessoa com SD nas escolas é imprescindível para assegurar a inclusão social e, por conseguinte, a qualidade de vida a longo prazo desses indivíduos, além das crianças com desenvolvimento típico também se beneficiarem com a convivência com crianças com SD.

Como a Educação em Saúde tem como objetivos a busca da autonomia, da cidadania, a compreensão de um conhecimento e a reflexão crítica, sua aplicação se faz fundamental e facilitadora para a inclusão das pessoas com SD. Através de suas ações, com práticas educativas, que busquem educar para in-

cluir os indivíduos em sociedade, é possível garantir à criança com SD melhor aceitação e inclusão nas escolas e na sociedade como um todo.

Ainda são escassos os estudos acerca de quais práticas educativas em Educação em Saúde são, de fato, benéficas para a inclusão social e escolar dos estudantes com SD. Por isso, pesquisas futuras precisam ser feitas para averiguar quais metodologias seriam efetivas para garantir maior inclusão das pessoas com SD nas escolas e no dia a dia em sociedade.

Referências

Anhão, P. P. G., Pfeifer, L. I., & Santos, J. L. (2010). **Interação social de crianças com Síndrome de Down na educação infantil.** *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(1), 31-46.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 60 p. : il.

Brasil . Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

CARVALHO, Marla Dore et al. **Ferramentas aplicadas à Educação e Saúde em crianças com Síndrome de Down.** Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3828>>. Acesso em 13 jun. 2022.

DARSIE, Camilo. et al. **Formação em saúde: olhares sobre práticas educativas.** 1. ed. Santa Maria RS: Arco editores, 2022.

GITIRANA, Jose Valdeci Almeida. Et al. **Educação em saúde para a prevenção de doenças: uma revisão da literatura.** *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano. 06, Ed. 11, Vol. 08, pp. 134-147. Novembro 2021. ISSN: 2448- 0959, Link de acesso:<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/educacaoem-saude>>.

LUIZ, Flávia Mendonça Rosa et al. **A inclusão da criança com Síndrome de Down na rede regular de ensino: desafios e possibilidades.** Revista Brasileira de Educação Especial, v. 14, p. 497-508, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbee/a/7MT8XR7d83GG4zZyBjVn7ns/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 13 jun. 2022.

LUIZ, Flávia Mendonça Rosa et al. **Inclusão de crianças com Síndrome de Down.** Psicologia em estudo, v. 17, p. 649-658, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/4GQSqJT5y6H5Tf7G3H9jrzg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 13 jun. 2022.

LUIZ, Flávia Mendonça Rosa; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. **Inclusão escolar de crianças com síndrome de down: experiências contadas pelas famílias.** Revista brasileira de educação especial, v. 18, p. 127-140, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbee/a/GBtH7zpyFNMqns6kPPMS5PB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 13 jun. 2022.

MORAIS, Kamila de Castro et al. **Educação em Saúde – Manual de Aprimoramento e Qualificação para o Processo de Ensino.** 1. ed. 1. vol. - Irati: Pasteur, 2021

CAPÍTULO 7

FALHAS NO ENSINO ACADÊMICO EM RELAÇÃO À ABORDAGEM DE PACIENTES SURDOS EM AMBULATÓRIOS HOSPITALARES NO BRASIL

Ellen Lilian Englert

Bruna Carvalho Spode

Maria Eduarda Ferreira Zanin

Laura Prochnow

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-6

Introdução

A deficiência auditiva e a surdez são termos constantemente confundidos, porém é importante pontuar que existem distinções entre eles. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), a deficiência auditiva pode ser definida como redução na capacidade de ouvir sons em um ou ambos os ouvidos, e a comunicação é feita através da linguagem oral e do uso de dispositivos auxiliares. Já a surdez é a ausência ou perda total da capacidade de ouvir em um ou

ambos os ouvidos e, normalmente, usa-se a língua de sinais para comunicação. No Brasil, os deficientes auditivos adotam a língua portuguesa oral, com o auxílio ou não de aparelhos auditivos, implantes cocleares ou próteses, enquanto os surdos utilizam a Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Ao fazer uma análise de dados epidemiológicos, a OMS (2021) concluiu que a comunidade surda pode chegar a quase 360 milhões de pessoas no mundo e a estimativa é que cerca de 2,5 bilhões de pessoas terão algum grau de perda auditiva em 2050. Em nível nacional, o Censo de 2010 mostrou que 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, sendo que 5,1% destes são surdos (OLIVEIRA, 2012). Assim, observa-se que a comunidade surda se apresenta como uma minoria na sociedade, tanto linguística, quanto culturalmente, o que faz com que precisem enfrentar obstáculos e barreiras na acessibilidade a diversos serviços, principalmente os relacionados à saúde.

No âmbito da saúde, a comunicação entre profissional e usuário se mostra como uma ferramenta imprescindível para a criação de vínculos, a identificação de necessidades de saúde e a construção de planos terapêuticos individualizados. No entanto, percebe-se que os surdos ainda vivenciam situações excludentes, principalmente em relação à comunicabilidade, devido ao desconhecimento da língua de sinais por muitos profissionais e a falta de intérpretes nas unidades de saúde (ABREU; FREITAS; ROCHA, 2014). Embora possam ser adotadas estratégias como mímica, gestos, leitura labial e escrita, observa-se que nem sempre são eficazes para a comunicação, sendo frequentemente comprometida (SANTOS; PORTES, 2019). Portanto, é de suma importância que sejam apresentadas as principais problemáticas no ensino acadêmico em relação à abordagem de pacientes surdos nos serviços de saúde.

Metodologia

A pesquisa bibliográfica foi baseada na análise sistemática de artigos produzidos cientificamente, com uma revisão orientada pela sentença “Falha no ensino acadêmico em relação à abordagem de pacientes surdos em ambulatórios hospitalares no Brasil”. A busca foi guiada pelos descritores: surdez e Língua de Sinais e medicina, correspondentes na língua inglesa “deafness” and “sign language” and “medicine”, localizados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde, disponível no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>). Assim, foram utilizadas bases de dados como BVS, Google Acadêmico, PubMed, Redalyc, MEDLINE, SciELO e The Lancet. A partir delas, foram identificados cerca de 3.606 artigos potenciais, sendo feita a seleção de 16 artigos pelos integrantes do presente estudo, com base nos critérios da metodologia empregada.

Contextualização

Ao considerarmos os dados propostos pela OMS (2021), que prevê um grande contingente da comunidade surda mundialmente, deve-se pensar como essa parcela populacional acessa os serviços de saúde no Brasil. Apesar de serem minoria, também são usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e demais redes de saúde, buscando aplicação de vacinas, consultas de rotina e/ou urgência e acolhimento. Nesse sentido, observa-se que o principal obstáculo dos surdos é a comunicação com as demais pessoas que não dominam o conhecimento de Libras. Não obstante, apesar de hospitais e de UBS serem ambientes multidisciplinares em sua maioria, grande parte dos profissionais atuantes não domina as Libras e geralmente não há intérpretes disponíveis, o que dificulta o atendimento humanizado, preciso e eficiente ao paciente surdo (SASSAKI, 2004).

A Libras é reconhecida legalmente na Lei Federal nº 10.436/02 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Nesse, o artigo 25 detalha que o serviço público de saúde deve garantir atendimento e tratamento adequados aos surdos e as instituições devem disponibilizar apoio e capacitação na formação de profissionais da rede do Serviço Único de Saúde (SUS) para o uso de Libras, sua tradução e sua interpretação. Apesar dessa garantia, nota-se o despreparo das equipes multidisciplinares na rede de saúde diante dos pacientes com deficiência auditiva, e isso é um reflexo da falta de ensinamento aos estudantes durante a graduação e, também, devido a capacitação continuada dos atuantes da rede (MAGRINI; SANTOS, 2014).

Dessa maneira, é necessário discutir a origem da falha no ensinamento de Libras com os profissionais operantes na rede de saúde e visualizar as maneiras de mudar essa carência presente no ensino de saúde brasileiro, principalmente nas universidades, onde se inicia sua formação acadêmica (SILVA; PRADO; PEREIRA, 2020). Também, avaliar o impacto, a longo prazo, da inclusão do ensino de Libras nos cursos da área da saúde com a população portadora de deficiência auditiva e surda na busca de atendimento nos ambulatórios médicos e serviços integrais de saúde e como, conseqüentemente, refletirá no tratamento desses pacientes.

Discussão

A surdez, como perda da acuidade e percepções auditivas, pode ser classificada em dois grandes grupos: surdez de condução e neurossensorial. A surdez de condução, menos comum, afeta o ouvido externo ou médio, e acontece quando as ondas acústicas não são conduzidas corretamente até o ouvido interno. Já a surdez neurossensorial é quando a cóclea não converte a energia mecânica da vibração do som em energia elétrica para transmiti-la ao cérebro. Tendo isso, muitas causas podem acarretar distúrbios auditivos. No período intraúte-

ro, pode-se destacar alterações genéticas, doenças infectocontagiosas, substâncias ototóxicas; perinatais, por parto prematuro, anoxia cerebral, traumas; ou pós-natais, por doenças infectocontagiosas, substâncias ototóxicas, problemas metabólicos (diabetes), tumores, traumas ou avanço de idade (LEVINO, 2013).

As deficiências de audição podem ser congênitas ou adquiridas. Quando a surdez ocorre antes do nascimento ou antes da obtenção da linguagem oral, esta é definida como pré-lingual. Dessa maneira, a linguagem de sinais torna-se a primeira forma de comunicação desses indivíduos, devido à dificuldade de aquisição da linguagem oral de forma habitual. Quando a surdez ocorre ao longo da vida, classifica-se como pós-lingual, pois a aquisição da oralidade já estava estabelecida (BARNETT, 2002), podendo ter opções como a Língua Brasileira de Sinais (Libras), o Aparelho de Amplificação Sonora Individual e as Próteses Auditivas Implantáveis, dentre elas, o implante coclear para tentativa de restabelecimento de oralidade (SALVATO et al., 2020).

As barreiras nos serviços de saúde são, principalmente, entraves comunicativos que prejudicam tanto o entendimento entre médicos não sabedores de Libras quanto a independência de pessoas surdas que buscam atendimento. Com isso, as práticas em saúde exigem habilidades de comunicação interpessoal para que haja o apoio integral a esse paciente (NÓBREGA, 2014). Porém, a dificuldade de prestar a assistência necessária para essas pessoas pode comprometer o cuidado e a inclusão. Sendo assim, somente pela comunicação efetiva, o profissional da saúde pode compreender o problema do paciente e o ajudar (PAGLIUCA, 2007).

No momento da consulta entre médico e paciente surdo, muitas vezes, sentimentos como angústia, medo, insegurança e impaciência se manifestam por ambos, devido ao despreparo profissional (SHEPPARD, 2013). Ademais,

mesmo que exista um acompanhante-ouvinte na consulta que auxilie o paciente, ocorre impedimentos de o surdo protagonizar e tomar decisões pertinentes a sua saúde (CARDOSO, 2006), estreitando sua posição de independência e privacidade. Por essa razão, algumas das proposições a fazer seria a inserção de intérpretes de língua de sinais ou maior capacitação dessa língua pelos profissionais. Vale ressaltar que, por mais que se obtenha esses requisitos, muitos surdos ainda não possuem o conhecimento pleno de Libras. Desse modo, diferentes estratégias de conversação devem estar disponíveis, como a linguagem oral, a leitura labial, a escrita e os gestos, rompendo a ideia de homogeneidade de comunicação (NÓBREGA, 2014).

Na prática, o que ocorre é a escassez de profissionais que consigam dialogar adequadamente com pessoas surdas. A maioria dos médicos não conhece a língua de sinais, tampouco a cultura e peculiaridades da comunidade surda. Com isso, conclui-se que há um despreparo de médicos para atenderem surdos (NÓBREGA, 2014). Por esse motivo, a lacuna de formação de estudantes de medicina deve ser preenchida para que a relação médico-paciente possa ser construída de maneira satisfatória.

Resultados

Os resultados deste estudo foram ao encontro das demais referências bibliográficas e revelaram que os profissionais da saúde no Brasil não estão preparados para oferecer serviços a uma população heterogênea, considerando apenas o modelo clássico de ensino ao qual foram formados. Na maioria das faculdades de Medicina, está disponível a disciplina de Libras, com grades de horário curtas e optativas, precisando partir do estudante o interesse de ter ou não a formação. Porém, essa pequena carga horária, quando comparada com o

intenso currículo médico, ainda não é suficiente para a fluência necessária, já que – assim com todas novas línguas – o ensino de Libras precisa ser constante, atualizado e, principalmente, praticado mediante contato com essa população (MAZZU-NASCIMENTO, 2020). Assim, essa comunicação imprescindível na relação médico-paciente é notável em apenas determinados segmentos sociais, contribuindo com a invisibilidade dos surdos na saúde.

O atendimento médico eficaz integra a anamnese e o exame físico, os quais necessitam clareza de informação para alcançar a melhor assistência ao usuário. Para os surdos, essa relação é prejudicada, seja pela falta de protagonismo percebida na presença de um intérprete/acompanhante, seja pelo abandono total da busca desse serviço. Estudos constataram que a falta de contato direto com o diálogo médico gera desconforto nesses pacientes, que ficam apreensivos na sensação de não transparecer todas informações necessárias para o profissional entender sua condição de saúde por meio do acompanhante. Também, esses pacientes sofrem com constantes erros de tratamento, pois a consulta pode ser pouco explicativa ou com erros de interpretação, não atingindo o objetivo principal de satisfazer suas necessidades (SANTOS, 2022).

Além disso, muitos deficientes auditivos não estão acompanhados durante a consulta – por preferência ou, na maioria das vezes, por não ter um intérprete disponível – agravando ainda mais esse problema e tornando o abismo entre uma consulta da população geral e de surdos ainda maior. Nesses casos, o constrangimento é muito presente, já que a tentativa de diálogo leva os profissionais despreparados a tratarem esses usuários de maneira errônea e, até mesmo, desrespeitosa. Levando-se em conta o que foi observado, mímicas, gestos e falsas leituras labiais não só são maneiras ineficazes de comunicação, como geram o sentimento de desimportância, diminuindo a adesão e afastando o surdo do sistema de saúde.

Diante disso, foram analisados os posicionamentos de médicos e estudantes de medicina frente a esses contrastes. A quase unanimidade reconhece o pouco preparo durante a graduação para que se tornem fluentes, porém confirmam que não demonstram interesse suficiente do mesmo modo (PEREIRA, 2020). Dessa forma, o pouco que se oferta desse aprendizado ainda é perdido, tendo em vista que um número mínimo de estudantes busca o conhecimento opcional, que, para agravar, é pouco difundido. Motivar os alunos também deve ser função da universidade, abordando com mais frequência o tema nas aulas e unindo os ensinamentos teórico-práticos (MAZZU-NASCIMENTO, 2020). Esse contato prévio, estendido das aulas aos ambulatórios, seria um primeiro passo para a padronização dos atendimentos, integrando a população surda desde a formação do médico.

Contudo, em uma grade curricular de seis anos, o que se observa é o inaceitável contato quase nulo com esses pacientes, que são tidos como surpresa quando buscam consultas de novos médicos. Tem-se, então, um ciclo vicioso de estudantes desinteressados – que reconhecem a falta de preparo, mas são inertes à mudança – e recém formados despreparados ao ingressarem no mercado de trabalho, cujos serviços serão mais uma barreira na promoção da saúde para esse grupo.

Discutir modelos curriculares é, portanto, analisar a origem de um problema de maior extensão, que afeta a maneira como a saúde é ofertada para milhões de pessoas, as quais necessitam, urgentemente, de inserção nesse sistema. Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde está a principal premissa: integralidade. As modificações das bases de ensino devem visar compreender e incluir a população surda no serviço em questão, almejando prevenção e promoção da saúde de forma digna e benéfica, iniciando esses atendimentos desde

o momento em que os alunos têm contato com pacientes. Acrescentar a disciplina de Libras na carga horária obrigatória e inserir os estudantes na cultura dos surdos ao tornar esses atendimentos rotina, são estratégias para aproximar os dois segmentos e, conseqüentemente, estimular o interesse do estudante e futuros médicos. Assim, pode-se transformar um ciclo de apatia em consciência constante da necessidade de entender, buscar e acolher os surdos para o serviço de saúde com o devido cuidado.

Conclusão

Conforme o estudo das obras selecionadas, pode-se concluir que se apresentando como minoria na sociedade, a comunidade surda, historicamente, enfrenta obstáculos na acessibilidade dos serviços de saúde. O principal causador disso é a dificuldade de comunicação entre surdos e não surdos devido à falta de profissionais capacitados em Libras.

A carência de uma equipe profissional que seja fluente na língua de sinais dificulta o atendimento de pessoas surdas nos serviços de saúde, fazendo com que haja falha em diagnósticos e em planos terapêuticos. Dessa forma, é necessário que seja discutida a origem da falha do ensino de Libras e que sejam elaboradas maneiras de preencher essa lacuna, como, por exemplo, tornar obrigatória uma carga horária satisfatória da disciplina de Libras nas faculdades de Medicina. Aliado a isso, a sistemática de aulas dos cursos da saúde devem oferecer um maior contato com o atendimento de pessoas surdas nos ambulatorios, fazendo com que os alunos coloquem em prática o conhecimento da língua aprendido em aulas teóricas e se familiarizem com o atendimento a essa comunidade.

Referências

ABREU, JC; FREITAS, JMR; ROCHA, LLV. Percepção do surdo em relação ao sistema de comunicação da Unidade Básica de Saúde - UAPS. **Braz J Cirurgia Clin Res.** 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_223912.pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.

BARNETT, S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. **Acad Med.** 2002;77(7). Disponível em: <https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2002/07000/Communication_with_Deaf_and_Hard_of_hearing.9.aspx>. Acesso em 08 jun. 2022.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em 15 jun. 2022.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Secretaria de Educação Especial. Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos [online]. 2ª ed. Brasília: MEC; Secretaria de Educação Especial; 2006. 116 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/alunossurdos.pdf>>. Acesso em 08 jun. 2022.

CARDOSO, AHA.; RODRIGUES, KG, Bachion MM. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ago 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/p5_jqym3LKHPTLd7VDFfnhZL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 jun. 2022.

DO CARMO SANTOS, Júlia et al. Assistência ao paciente surdo pelos profissionais de saúde por meio da comunicação de LIBRAS: Uma revisão de literatura integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 6402-6415, 2022. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/43174/pdf>>. Acesso em 20 jun. 2022

LEVINO, Danielle A. et al. Libras na graduação médica: o despertar para uma nova língua. **Rev. bras. educ. med.** med. 37 (2). Jun 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/gYMdRfpj44CZ9WfWS5MKyXk/?lang=pt>>. Acesso em 15 jun. 2022

MAGRINI, A.M.; SANTOS, T.N.M. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? **Distúrb. Comum**, São Paulo. 2014; 26(3):55 0- 558. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14880>>. Acesso em 20 jun 2022.

MAZZU-NASCIMENTO, Thiago et al. Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology-Communication Research**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/acr/a/dY4cCXTnjwZvVSRPmYJ6RWL/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 21 jun. 2022.

MIRANDA, RS; SHUBERT, CO; MACHADO, WCA. A comunicação com pessoas com deficiência auditiva: uma revisão integrativa. *Rev. pesquis. cuid. fundam.* (Online). 2014;6(4):1695-706. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770037.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

NÓBREGA, Juliana D.; MUNGUBA, Marilene C.; PONTES, Ricardo J.S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Prom. Saúde**. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6176/pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

OLIVEIRA, Luiza Maria Borges. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://inclusao.enap.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido-original-eleitoral.pdf>>. Acesso 07 jun. 2022.

PAGLIUCA, LMF; FIUZA, NLG, REBOUÇAS, CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm**. 2007;41(3):411-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5jBZVSbpTFY4X3qXKt-NNWFn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 jun. 2022.

PEREIRA, Antonio Augusto Claudio et al. “Meu Sonho É Ser Compreendido”: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/jWsw9bn6YC8Lj3C6Wxp48LB/?lang=pt&-format=html>>. Acesso em 20 jun. 2022.

SALVATO, Carolina de Santos et al. Correlação entre reconhecimento de fala, tempo de privação auditiva e tempo de uso de Implante Coclear em usuários com surdez pós-lingual. **Distúrb Comun**, São Paulo, 32(3): 396-405, setembro, 2020. Acesso em: 23 jun. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p396-405>>

SANTOS, Alane Santana; PORTES, Arlindo José Freire. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>>. Acesso em 08 jun. 2022.

SASSAKI, R.K. Pessoas com deficiência e os desafios da inclusão. **Rev. Nac. Reabil.** 2004. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/17430776-Pessoas-com-deficiencia-e-os-desafios-da-inclusao.html>>. Acesso em 20 jun. 2022.

SHEPPARD, K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. **J Am Assoc Nurse Pract.** 2013;26(9):504-10. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24259249/>>. Acesso em 08 jun. 2022.

SILVA, E.S.P; PRADO, R.F.S; PEREIRA S.A et al. Elaboração de um instrumento educativo para atendimento de surdos nas unidades básicas de saúde: relato de experiência. **Braz. J.of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 42378 - 42385, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/artic le/view/12495/10482>>. Acesso em 20 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Deafness and hearing impairment. Geneva: **World Health Organization**; 2021. Disponível em: <<https://www.who.int /news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>>. Acesso em 07 jun. 2022.

CAPÍTULO 8

ATENDIMENTO MÉDICO DE DEFICIENTES AUDITIVOS: DESAFIOS NA ACESSIBILIDADE E NA INCLUSÃO

Isabela Lazaroto Swarowsky

Marcelle Montagna Saxer

Mayara de Arruda Tomaz

Renata Manzke

Samantha Frantz

Thaísa Cardoso

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-7

Introdução

Conforme o Censo populacional do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem 24,6 milhões de pessoas com deficiência no país, sendo que cerca de 6 milhões de pessoas têm alguma forma de deficiência auditiva (de OLIVEIRA *et al.*). Apesar da Constituição Federal de 1988 garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), somente no ano de 2002 foi implementada a Lei da Libras (Língua Brasileira de Sinais). Assim, embora o Artigo 3º da Lei da Libras oriente que as institui-

ções públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devam garantir o atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva (de OLIVEIRA *et al.*), percebe-se que infelizmente essa não é a realidade - de forma homogênea - no país. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é revisar e discutir acerca do atendimento médico de deficientes auditivos, tendo em vista os inúmeros desafios enfrentados por esta população quando necessitam de assistência médica. A partir disso, pretende-se revisar acerca de ferramentas para o atendimento do paciente deficiente auditivo, com ênfase na melhora da acessibilidade e inclusão desses pacientes.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática acerca do atendimento médico de deficientes auditivos, com ênfase nos desafios enfrentados tanto na acessibilidade como na inclusão dessa população. Para a realização deste trabalho, utilizou-se as bases de dados PubMed, Google Acadêmico, JAMA Network e SciELO, onde foram encontrados 16 artigos sobre o assunto. Foram selecionados apenas 9 artigos, levando em consideração: data de publicação (foram escolhidos apenas aqueles publicados nos últimos 5 anos), título do artigo e leitura do resumo (foi observado se havia pertinência à temática escolhida, se as informações estavam completas e não repetitivas).

Resultados

Acessibilidade e inclusão de deficientes auditivos nos serviços de saúde

Os serviços de saúde, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser orientados pela universalidade de acesso, integralidade e igualdade da assistência à saúde, participação, descentralização, direito à informação e, sobre-

tudo, na preservação da autonomia do usuário sem preconceitos ou privilégios (NEVES *et al.*, 2020).

Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde pela população é fundamental para garantir a assistência à saúde eficiente e satisfatória. A acessibilidade e o acesso em saúde são termos complementares, já que a acessibilidade possibilita as pessoas chegarem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos mesmos serviços para se obter os melhores resultados possíveis. Assim, há entre as necessidades de saúde e sua satisfação, a questão da acessibilidade, a qual se não for plenamente garantida, poderá gerar obstáculos e repercussões na saúde pública, inviabilizando o acesso aos serviços de saúde (NEVES, FELIPE e NUNES, 2016).

Portanto, como qualquer outro grupo populacional, as pessoas com deficiência auditiva devem obter e usufruir de maneira plena o de acesso à saúde bem como os serviços de saúde ofertados, além de serem assistidos adequadamente através de medidas de prevenção, feitas em nível populacional na forma de políticas ou campanhas de divulgação na mídia e em nível individual, nas consultas com profissionais da saúde (NEVES, FELIPE e NUNES, 2016).

Diante dessa realidade, para que esses usuários possam ser assistidos adequadamente em sua saúde, seu atendimento foi regulamentado pelo Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005, onde foi estabelecido necessidade de profissionais capacitados para o uso de Libras para tradução e/ou interpretação tanto no Sistema Único de Saúde como em empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde (NEVES *et al.*, 2020). Contudo, assim como outros decretos implementados no país, este infelizmente continua muito mais teórico do que prático, visto que são poucos os profissionais habilitados para atender essa população efetivamente.

A Atenção Básica se constitui como primeiro nível de complexidade e porta de entrada do usuário para os serviços do Sistema Único de Saúde e, infelizmente, com frequência é permeada por dificuldades para inclusão social da pessoa com deficiência. Entretanto, a assistência à pessoa com surdez deve ser garantida sem nenhum tipo de segregação ou diferenciação no atendimento, sendo os serviços da Atenção Básica corresponsáveis pelo desenvolvimento de práticas de cuidado à saúde direcionada para os indivíduos portadores de deficiências (NEVES *et al.*, 2020).

Diante das dificuldades que o usuário surdo enfrenta, um dos grandes obstáculos impostos a eles é o de usufruir de serviços de saúde com recursos eficientes para atendê-los, respeitando suas deficiências. Isso os leva a depender de outras pessoas para ter acesso aos serviços de saúde, comprometendo até mesmo sua cidadania, o que torna esses pacientes sujeitos passivos em seu próprio processo de assistência à saúde (NEVES, FELIPE e NUNES, 2016).

Desse modo, estudos acerca dos problemas de acesso à saúde enfrentados por pessoas com deficiência auditiva podem servir como uma importante ferramenta para o planejamento de ações voltadas para o treinamento e capacitação de recursos humanos no atendimento de pessoas com esse tipo de deficiência, bem como adaptar os métodos já utilizados na transmissão de informações a essa população. Assim, os direitos de uso e acesso integral aos serviços de saúde, instituídos pela Constituição Federal e pelo SUS, poderiam lhes ser garantidos (NEVES, FELIPE e NUNES, 2016).

Desafios no atendimento médico do paciente com deficiência auditiva

A surdez vem sendo considerada um problema de saúde pública devido ao aumento da incidência de indivíduos com deficiência auditiva no país, o que justifica a necessidade de ações voltadas para esse assunto. Diante disso, atra-

vés de pesquisas e estudos, percebeu-se que profissionais que atuam na área da saúde não possuem conhecimento básico da Língua Brasileira de Sinais e que estes, em sua grande maioria, são despreparados para receber um paciente com deficiência auditiva e traçar seu plano terapêutico, limitando, as consultas, os tratamentos, diagnósticos e prevenção (LIMA e LIMA, 2019).

Nesse sentido, nota-se que as falhas de comunicação aumentam as chances de diagnósticos equivocados, erros de prontuário, não adesão ao tratamento, sofrimento e insatisfação do usuário (PEREIRA *et al.*, 2020). Ademais, um constrangimento por parte do paciente por não conseguir se expressar durante o atendimento promove um desafio para a relação médico-paciente, e o vínculo necessário entre ambos é quebrado (LIMA e LIMA, 2019).

De tal modo, destaca-se que a comunicação é essencial para melhorar a qualidade do atendimento e estabelecer uma boa relação médico-paciente e, para que isso seja possível, o profissional de saúde precisa ter o mínimo de conhecimento das Libras. Logo, entende-se que a acessibilidade dos deficientes auditivos nos serviços de saúde no Brasil é precária (LIMA e LIMA, 2019), uma vez que o acolhimento e vínculo, além de qualificação dos profissionais de saúde, são fundamentais para o acesso e a reorganização das ações; já que a “escuta qualificada” apresenta a barreira da linguagem (TEDESCO e JUNGUES, 2013).

Educação em saúde para os profissionais de saúde no atendimento de pacientes deficientes auditivos

Em relação à educação em saúde dos profissionais da área, percebe-se que uma medida necessária é a adequação da formação, durante a graduação, sendo uma possibilidade fazer a Língua Brasileira de Sinais ser uma disciplina obrigatória nos cursos da área da saúde, para que se consiga, consequentemen-

te, melhorar o atendimento e acolhimento dos pacientes com surdez. Outra alternativa consiste na contratação de um profissional intérprete de Libras nos centros de saúde (LIMA e LIMA, 2019).

Diante do exposto, faz-se necessário que os profissionais, tenham uma formação adequada, adquirindo o conhecimento da Língua de Sinais, a fim de proporcionar um vínculo e uma assistência adequada dentro do que é estabelecido pelas leis e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscando um tratamento mais digno e humanizado (LIMA e LIMA, 2019).

Além do conhecimento da Libras, a preparação e o entendimento acerca atendimento de uma pessoa surda tornam-se fundamentais; mostra-se evidente que os profissionais da saúde se sentem desconfortáveis ao atender pessoas surdas, referem o sentimento de ansiedade e de angústia como fatores presentes durante os atendimentos. Esses sentimentos surgem porque se sentem despreparados para um atendimento não rotineiro (TEDESCO e JUNGUES, 2013).

Dessa forma, para assegurar uma efetiva acessibilidade do paciente surdo aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, é necessário que seja feito um planejamento multidisciplinar, com incentivo ao desenvolvimento de competência em Libras entre os trabalhadores da área, preparação do profissional, contratação de intérpretes, e inclusão e familiarização com ferramentas de tecnologias digitais para interpretação/tradução entre Libras e português (PEREIRA *et al.*, 2020).

Ferramentas para o atendimento do paciente deficiente auditivo

A Língua de Sinais passou a ser o meio oficial de comunicação das pessoas com deficiência auditiva, regulamentada através da Lei da Libras, criada em 2002. Entretanto, a Libras ainda não está totalmente propagada no Brasil,

resultando na impossibilidade do exercício pleno da cidadania desse público (de OLIVEIRA *et al.*).

Em relação ao acesso dos indivíduos com deficiência auditiva à saúde, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que tem como finalidade garantir a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a Atenção Básica até a reabilitação, proporcionando uma maior qualidade de vida, melhoria dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços e prevenindo deficiências. Além disso, o SUS também promove a acessibilidade e a inclusão social, com objetivo de garantir maior autonomia e mobilidade aos pacientes deficientes auditivos, a fim de impedir ações discriminatórias (de OLIVEIRA *et al.*). A necessidade de acesso à saúde não é associada apenas com a deficiência, mas também com a procura da promoção e proteção da saúde. Por isso, é essencial a existência de profissionais habilitados para receber a comunidade de surdos no SUS e no âmbito privado.

Em muitos casos, os pacientes com deficiência auditiva conseguem descrever com muita dificuldade apenas seus sintomas, como se esse fosse o único objetivo do atendimento (BARBOSA e CHAVEIRO, 2005). Ademais, relatam que as imposições para se adaptarem ao sistema de saúde são tão grandes que, por vezes, sentem-se completamente excluídos, levando em consideração que os desafios começam na sala de espera (BARBOSA e CHAVEIRO, 2005).

Entre algumas ferramentas para o atendimento desses pacientes estão os profissionais que saibam Libras ou um intérprete nas instituições de saúde (de OLIVEIRA *et al.*). Entretanto, um dos contrapontos ao coletar informações com o acompanhante/intérprete, é a falta de sigilo das informações do paciente e, por vezes, de forma inconsciente o profissional tende a ignorar o real paciente em situações como essa. Face a isso, ficam nítidas as barreiras na interação

desses grupos. O comprometimento do vínculo e na assistência prestada, sem dúvidas, interferem no processo de diagnóstico e tratamento, o que sinaliza a importância das instituições, gestores e profissionais se adequarem para uma apropriada assistência aos pacientes (ARGÃO *et al.*, 2014).

Além disso, outros meios de comunicação específicos na interação com o surdo são: a leitura labial, fala pausada e direcionada, os sinais das mãos, a escrita ou através de acompanhantes ou familiares (IANNI e PEREIRA, 2009). Ademais, uma equipe de saúde voltada para a reabilitação/habilitação do surdo é de suma importância, tendo uma abordagem multidisciplinar composta por fonoaudiólogos, psicólogos, médico otorrinolaringologista e assistente social no ambiente em que o surdo está inserido a fim de promover a interdisciplinaridade no atendimento deste público (de OLIVEIRA *et al.*). Com isso, é necessário o aprimoramento das ferramentas de atendimento ao paciente deficiente auditivo, entre elas maior domínio (pelos profissionais) da comunicação não verbal e reformulação de projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, de forma a inserir as Libras com o enfoque de entender melhor sinais e sintomas expressos na língua de sinais (ARGÃO *et al.*, 2014).

Além da capacitação em Libras aos profissionais de saúde, é de extrema importância que os profissionais desenvolvam uma mentalidade inclusiva, levando em conta as particularidades das questões dos deficientes auditivos, respeitando os limites, os valores e princípios do público, do mesmo modo que qualquer outro paciente (de OLIVEIRA *et al.*). Ademais, é fundamental a criação de estratégias visando a melhoria do atendimento aos surdos, através do curso de Libras e do treinamento aos profissionais de saúde, além de orientação e educação continuada e investimentos tecnológicos e arquiteturas para a garantia do acesso à saúde da população surda (IANNI e PEREIRA, 2009).

Conclusão

É notória a existência de muitos desafios dos profissionais de saúde no momento de consultas com pacientes deficientes auditivos. A maioria desses desafios é devido a limitação de comunicação, desde a recepção do paciente até passar as orientações sobre os cuidados e/ou tratamento indicados. Dessa forma, sentimentos como angústia, insegurança e impaciência são muito recorrentes em atendimentos que os profissionais mostram-se completamente despreparados para conduzir uma comunicação, principalmente quando não é possível que o paciente compreenda o seu diagnóstico e tratamento de forma clara.

Infelizmente, mesmo com aparato legal, os surdos enfrentam muitos obstáculos na socialização e na inclusão dos serviços de saúde. Dessa forma, é pertinente investigar quais são esses obstáculos encontrados, para que possa haver um planejamento em saúde e uma reformulação de políticas públicas, com o intuito de melhorar os serviços prestados a esse grupo. Ademais, é notório que as dificuldades de acesso geram mais fragilidades na promoção e na educação em saúde, no âmbito da atenção primária, em comparação com os demais usuários da rede, uma vez que a falta de comunicação não possibilita um atendimento humanizado (ARGÃO *et al.*, 2014). Além disso, a comunicação efetiva tem papel fundamental no compartilhamento de experiências de forma a reconhecer a percepção de dor individual de cada paciente (BARBOSA e CHAVEIRO, 2005).

Portanto, é perceptível a dificuldade da formação de um vínculo efetivo entre o paciente deficiente auditivo e o profissional, por isso, torna-se essencial que haja a inserção do aprendizado de Libras na formação dos profissionais de saúde, cabendo às faculdades o importante papel de capacitar seus egressos para essa realidade (BARBOSA e CHAVEIRO, 2005).

Referências

ARGÃO, J. da S. *et al.* Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa e Cuidado é Fundamental Online**, v.6, n.1, p. 1-7, jan./mar., 2014.

BARBOSA, M. A.; CHAVEIRO N. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p. 417-422, mar./jul., 2005.

IANNI, A.; PEREIRA, P. C. A. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p.89-92, São Paulo, 2009.

LIMA, R. F. de F.; LIMA, R. de F. Comunicação com o deficiente auditivo: dificuldades na prática do profissional da saúde. **GEPNEWS**, v.2, n.2, p. 375-382, abr./jun., 2019, Maceió.

NEVES, A. G. A. *et al.* Inclusão do paciente surdo nos serviços de saúde no âmbito da atenção primárias e suas interfaces com o cuidado de enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v.6, n.2, p. 73-86, out., Alagoas, 2020.

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.

de OLIVEIRA, C. da S. S. *et al.* Saúde e surdez: limites, possibilidades e desafios. **IV Jornada internacional de políticas públicas**. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/saude-e-surdez-limites-possibilidades-e-desafios.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2022.

PEREIRA, A. A. C. *et al.* “Meu sonho é ser compreendido”: uma análise da interação médico-paciente surdo durante assistência à saúde”. **Revista brasileira de educação médica**, v.44, n.4, p.1-9, jan./jul., Maringá, 2020.

TEDESCO, J. dos R.; JUNGUES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.8, p. 1985-1689, ago., Rio de Janeiro, 2013.

CAPÍTULO 9

INCLUSÃO DE PESSOAS TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – BREVE APRESENTAÇÃO DO “AMBITRANS”, DE SANTA CRUZ DO SUL, RS

Carla de Oliveira

Carolina Frantz

Fabício Borges Pereira

Kananda Bevilacqua da Silva

Stéphanie Nascente Nunes

Doi: 10.48209/978-65-5417-118-8

Introdução

Em virtude da diversidade de gênero e de práticas relacionadas à sexualidade é importante adequar os atendimentos médicos oferecidos a pessoas da comunidade LGBTQIA+, de modo a respeitar pacientes de acordo com as formas como preferem ser identificados/as e tratado/as. Ter conhecimento das particularidades dessa população é imprescindível para individualizar suas de-

mandas, praticar cuidados inclusivos e reconhecer riscos e potencialidades relacionadas à saúde.

Visto isso, é importante que sejam conhecidas as terminologias que, apesar de estarem em constante transformação, representam importantes marcadores identitários. Assim, a definição de “sexo biológico”, se refere ao órgão reprodutor com o qual a pessoa nasce, determinando suas características anatômicas, hormonais e fisiológicas. Portanto, o sexo biológico diz respeito às características anatômicas identificadas no nascimento – feminino ou masculino, tornando-se um marcador clínico, bastante técnico e limitado.

De forma mais ampla, o gênero relaciona-se aos aspectos sociais atribuídos ao sexo, ou seja, é associado à construção social oriunda das expectativas que as sociedades têm sobre os comportamentos, tanto de homens quanto de mulheres. “É uma forma de entender, visualizar e referir-se à organização social da relação entre os sexos” (GUEDES, 1995). Desse modo, quando nos referimos ao que se reconhece como identidade de gênero, devemos considerar o modo como cada indivíduo se identifica em relação às posições de homem, mulher ou demais manifestações. Além desses conceitos, destaca-se a orientação sexual, que diz respeito aos aspectos que envolvem, entre outros, o que entendemos por atração sexual de cada indivíduo, suas emoções e ligações afetivas vinculadas a outras pessoas, podendo ser classificada como heterossexual ou homossexual, por exemplo.

Nesse contexto, algumas pessoas não encontram verossimilhança entre os seus sexos biológicos e os gêneros que lhes foram atribuídos. Assim, emergem as diversas identidades de gênero que incluem o masculino, o feminino, o transgênero, o neutro, o não-binário, o agênero, o pangênero, o *genderqueer*, o *two-spirit*, o terceiro gênero, entre outros. Identifica-se, contudo, que tais sujeitos, muitas vezes, evitam procurar atendimento médico devido à discriminação que pode ocorrer em ambientes clínicos.

Partindo disso, neste texto, são apresentadas questões relativas, mais precisamente, à população transgênero e aos desafios enfrentados por essas pessoas no que se refere aos atendimentos em saúde. Ainda, descreve-se o serviço apresentado pelo Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTQIA+ (Ambitrans), localizado na Universidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande dos Sul.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo em que foram compiladas e discutidas informações relativas ao funcionamento do Ambitrans e, a partir disso, analisadas as dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ na atenção básica de saúde e a importância dos ambulatórios especializados para inclusão desse público.

Para tanto, as informações foram aproximadas aos conhecimentos apresentados em cartilhas de saúde, artigos e reportagens referentes ao tema abordado. Em um primeiro momento, foram selecionados três descritores para pesquisar e analisar materiais: “pessoas transgênero”, “saúde” e “educação em saúde. Com base nisso, foram selecionadas cinco cartilhas, uma diretriz, três portarias e um decreto referentes ao tema.

Após, a base de dados *Scielo* foi utilizada para complementar as informações já obtidas, por meio dos mesmos três descritores. Foram selecionados cinco artigos que corroboraram o objetivo do trabalho. Além disso, em um terceiro momento, foram pesquisadas reportagens referentes ao tema para ampliar o conhecimento e atualizá-lo. Agregaram-se oito notícias ao material.

Aspectos Gerais Acerca dos Atendimentos Oferecidos a Transgêneros

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, sem dúvidas, essencial para a oferta de saúde a todos/as brasileiros, uma vez que de acordo com a Lei 8080/90, que regulamenta as ações e serviços de saúde em território nacional, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ou seja, o direito pressupõe atendimentos de saúde dignos e equitativos, porém, observa-se que há uma demanda de pessoas trans relativa à diminuição de dificuldades de acesso ao SUS, causadas por constrangimentos e obstáculos para agendar consultas e cirurgias.

No Brasil, um estudo estatístico feito pela Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), realizado em 2020, demonstrou que aproximadamente 1,9% da população é composta por pessoas transgênero ou não binárias, cerca de 4 milhões de indivíduos. Tais resultados sugerem a urgência de políticas de saúde voltadas para esse público (JORGE, 2021).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, reconhece as demandas desta população, considerada vulnerável, e serve como documento norteador e legitimador das suas necessidades específicas. Como objetivo, a política LGBT é uma iniciativa para a construção de maior equidade no SUS e tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Está voltada, portanto, para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Essa Política visa reafirmar os compromissos do SUS com os princípios da universalidade, da integralidade e da participação popular. Assim, contempla a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, além de incentivar a produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. As ações propostas pela política LGBT são a qualificação do atendimento adequado à população LGBT, garantindo a integralidade da atenção e a ampliação do Processo Transsexualizador em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No entanto, é imprescindível a implantação de práticas de atendimento em saúde, efetivamente, livres de preconceito e discriminação e equitativas, como cita o documento.

Uma das dificuldades encontradas são os casos de trans/travestifobia nos serviços de saúde. Ao se desrespeitar o nome social e se fazer uso inadequado dos pronomes de tratamento nos atendimentos à população transgênero, por exemplo, os trabalhadores da saúde produzem situações vexatórias e de humilhação pública dos/as usuários/as transgênero, violando o direito à autodeterminação da identidade de gênero previsto pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS. Além disso, tal violação desloca a população transgênero para as construções de gênero das quais buscam se desvencilhar, negando dessa forma o direito à vida e ao reconhecimento das identidades de gênero (ROCON et al., 2019). Essa realidade tem contribuído para quadros de adoecimento e morte da população transgênero, na medida que dificulta o acesso aos serviços públicos de saúde.

Um bom exemplo de prática diz respeito ao Comitê Técnico de Saúde Integral à População LGBT, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo, que dá suporte às Coordenadorias Regionais de Saúde do município que estão implementando referências para o atendimento das especificidades

de pessoas transexuais e travestis. Além disso, realiza a capacitação das equipes de gestão e de profissionais da Atenção Básica, avaliação contínua da assistência oferecida a essa população, organização de rede para cuidados específicos, oferta de espaço para discussão técnica entre profissionais e para criação de redes locais, além de suporte a dificuldades vivenciadas pelos serviços e pela população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2020).

O Protocolo para o atendimento de Pessoas Transexuais e Travestis de 2020 oferece fluxos de atendimento na Unidade Básica de Saúde e atribuições por categoria profissional, conceitos importantes como os direitos dessa população e as áreas técnicas a serem pensadas no atendimento às pessoas transexuais. Dessa forma, os profissionais da saúde são responsáveis por zelar pelos direitos, pela segurança e assistência de saúde adequadas. Sendo assim, na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS), o profissional deve perguntar se o usuário deseja ser chamado por nome social e declarado preferência por um nome diferente de seus documentos oficiais, o profissional deve cadastrar o nome social, imprimir o cartão SUS com o nome social e registrar no prontuário (O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, 2020).

Ademais, o agendamento de homens transgêneros e pessoas transmasculinas, para consultas com ginecologistas, deve ser oferecido e realizado sem dificuldades e discriminações. Também, deve acontecer acolhimento através de visitas domiciliares com o intuito de cuidados gerais e específicos. Além de atender as demandas trazidas pelos pacientes, deve-se oferecer cuidados específicos em relação à transexualidade – avaliação das vulnerabilidades individuais, explicações das disponibilidades do serviço local e do serviço de referência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2020).

As consultas médicas devem identificar questões gerais quanto à transexualidade e travestilidade e ofertar avaliação em saúde mental nas consultas ou

através de encaminhamento para psicologia. De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2020), a pessoa deve ser atendida integralmente pela UBS e muitas das ações desenvolvidas por profissionais médicos no cuidado das pessoas transexuais e travestis são compartilhadas e podem ser desenvolvidas por outros membros da equipe. As especificidades médicas se encontram principalmente na prescrição de hormônios e na avaliação das condições relacionadas à harmonização, assim como diagnósticos clínicos e encaminhamentos pertinentes. É necessário, também, oferecer espaço de diálogo sobre os desejos de transformação corporal e as possibilidades ofertadas pelo sistema.

Contudo, infelizmente, a maioria dos cursos de graduação e de ensino técnico ainda não inclui em seus currículos as especificidades de cuidado de pessoas transgênero. Portanto, além de ampliar a formação dentro dos cursos formais, é necessário oferecer treinamento para profissionais que já se encontram em serviço.

Alguns cursos *on-line* sobre Saúde da População LGBTQIA+ são esporadicamente disponibilizados gratuitamente e podem ser utilizados com o objetivo de colocar profissionais em contato com o assunto, mas a necessidade de formação precisa ser considerada entre os temas de Educação Continuada e Permanente oferecidos a trabalhadoras(es) da saúde, dentro de momentos programados e com garantia de tempo suficiente para que os conceitos e as necessidades de saúde de pessoas transgênero possam ser abordados e trabalhados. Uma estratégia muito utilizada e que demonstra grande capacidade de sensibilização de profissionais é a presença de pessoas transgênero experientes em formações profissionais, de forma a aproximar trabalhadoras (es) da saúde da realidade desta população (BORGES, 2015).

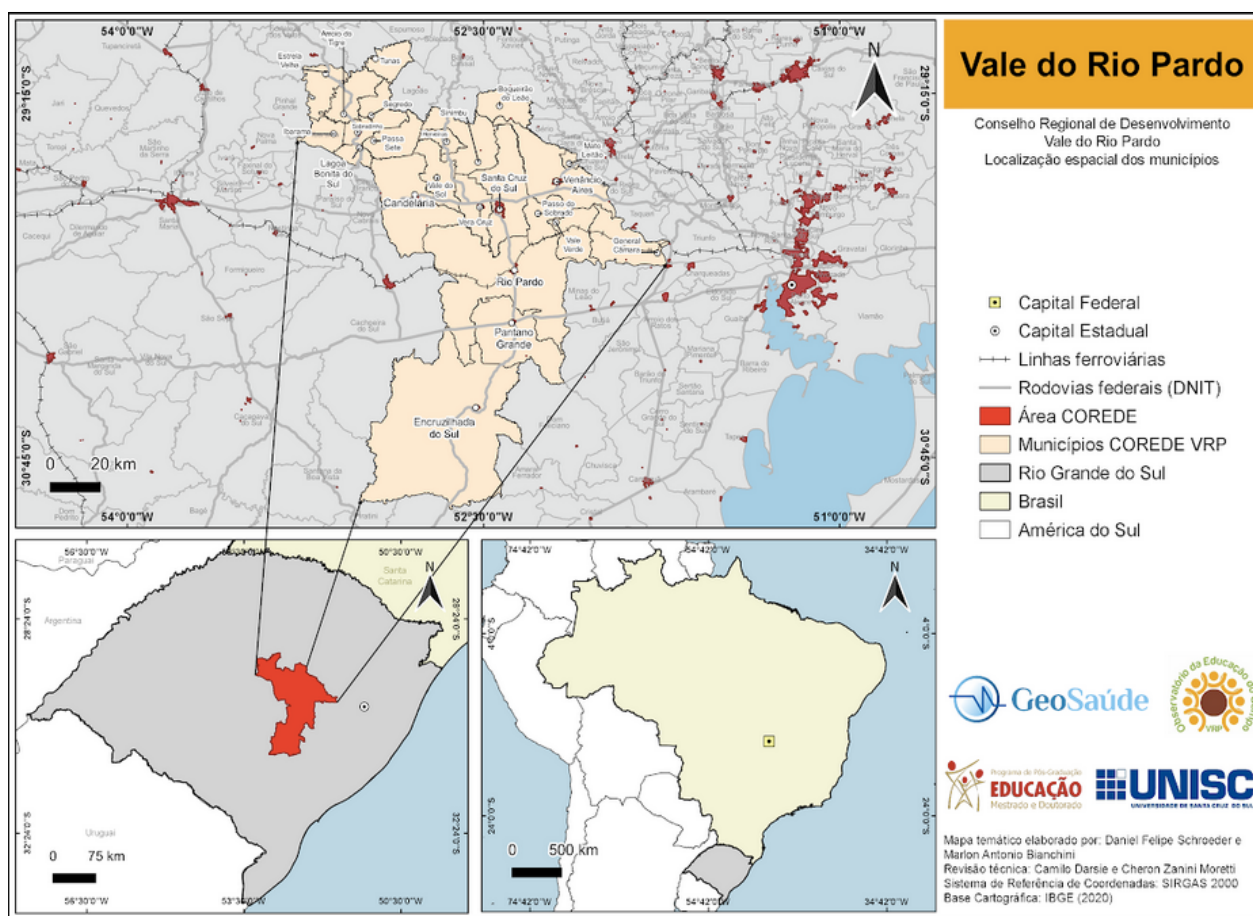
Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTQIA+ (Ambitrans)

O estado do Rio Grande do Sul apresenta 15 serviços de atendimento especializado para transexuais que seguem a cartilha nacional de serviços públicos de saúde para pessoas transgênero (CLEMENTE, 2022). Esses ambulatórios contam com profissionais capacitados para atenderem, ampararem e orientarem pessoas transgênero e seus familiares, entre os profissionais estão enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e médicos. Além disso, esses ambulatórios também contam com conversações em grupos que ajudam a essas pessoas a compartilharem vivências e histórias formando uma rede de apoio (O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, 2020).

Entretanto, apesar do estado seguir a cartilha nacional de serviços públicos, o que difere os ambulatórios da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, dos outros municípios brasileiros é o fato de que o serviço está ligado à Atenção Primária à Saúde e não à Atenção Especializada. Este é um importante diferencial por facilitar o acesso das pessoas trans, sendo mais acolhedores e abrangentes, visto que os usuários podem ter como porta de entrada, no Sistema Único de Saúde, um ambulatório de atendimento especializado (CONTE, 2021).

Diante dessa necessidade, foi criado o Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTQIA+ (Ambitrans), um projeto de extensão realizado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), na cidade de Santa Cruz do Sul, localizada na região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul (Mapa 1).

Mapa 1: Localização dos Municípios do Vale do Rio Pardo



Fonte: <https://geosaudevrp.org/2021/09/26/localizacao-espacial-dos-municipios-do-vale-do-rio-pardo/>, 2023

O serviço foi fundado em 2019, e executado por meio do Serviço Integrado de Saúde (SIS) no campus da Unisc. Conta com a parceria da 13ª Coordenadoria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, da Secretaria Municipal de Saúde, do Programa de Identidade de Gênero (PROTIG), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Organização Não Governamental Diversidade e do grupo de pesquisa Gênero e Biotecnologias da Unisc.

Garantir um acesso democrático à saúde para a população LGBTQIA+ é o objetivo do Ambitrans ao pregar o acolhimento, o cuidado e o respeito à integralidade em saúde de pessoas transgênero. Dessa maneira, o ambulatório realiza ações voltadas ao bem-estar e conta com uma equipe multiprofissio-

nal que atua de forma integrada: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e médicos. Além das consultas individuais, o Ambitrans conta com um grupo de apoio, pautado em rodas de conversa, que acontece semanalmente.

Ademais, não apenas os/as transgênero/as são favorecidos/as com o ambulatório, mas também seus familiares, já que são formados grupos de mães e demais parentes que trocam reflexões e vivências de forma que as adversidades sejam encaradas de forma menos traumática e direcionadas à educação em saúde (SCHILD, 2020). Essas atividades focam em práticas de educação em saúde, especialmente no que se refere ao fortalecimento da vida dessas pessoas, em lugar de orientações exclusivamente relacionadas ao controle de doenças.

Vale destacar, neste sentido, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se como Educação em Saúde o conjunto de ações de ensino de forma ativa realizadas por profissionais da saúde com o objetivo de habilitar as pessoas a obterem conhecimento sobre fatores determinantes e comportamentos em relação à saúde (BRASIL, 2009). Além disso, a Educação em Saúde tem como meta fazer com que cada pessoa tenha capacidade de escolher e discernir sobre aspectos da saúde para a vida individual e em conjunto. Dessa forma, a Educação em Saúde é de extrema importância, pois tal processo educativo acarreta melhorias na qualidade de vida dos/as indivíduos/as e da população, evitando, assim, consequências negativas (FALKENBERG et al., 2014).

Por fim, articular Educação em Saúde e Inclusão Social de determinada minoria social pode significar um avanço nas práticas de promoção de uma vida pensada coletivamente e de uma sociedade transformadora, ao proporcionar mais inclusão social através da integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado.

Conclusão

Os ambulatorios para atendimento de pessoas transgênero existentes no território brasileiro são fundamentais para maior inclusão dessa parcela da população tão marginalizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo um método eficiente para garantir às pessoas transgênero um ambiente seguro e com profissionais capacitados a orientá-los, tratá-los e acolhê-los.

Nesse sentido, foi constituído o Ambitrans, ambulatório especializado no atendimento de pessoas transexuais da cidade de Santa Cruz do Sul, por meio de suas consultas, reuniões e rodas de conversas, cumpre sua função de acolhimento e atendimento especializado, sendo de extrema importância para garantir os direitos estabelecidos pela constituição à essa população no interior do estado. Além do acolhimento inicial, o local fornece cuidado longitudinal, que é o estabelecimento da relação terapêutica duradoura entre usuário e profissionais de saúde, disponibilizando acompanhamento com médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O público que faz uso do serviço demonstra satisfação com o atendimento, o que corrobora para comprovar o bom funcionamento do ambulatório e o cumprimento do seu papel.

No entanto, apesar dos ambulatorios funcionarem e exercerem seu papel constituinte, o ideal seria que esses não precisassem existir e que a população transgênero tivesse amparo e atendimento qualificados nas suas unidades de saúde sem que fosse necessário um lugar mais protegido, simplesmente para garantir o mínimo de direito e de respeito. Para isso, é imperial o acolhimento inicial das pessoas no serviço e deve ser o foco das capacitações multiprofissionais. As situações de transfobia vivenciadas nos diversos setores de serviços de saúde, inclusive na recepção das UBS, são violências banalizadas por

profissionais, que não atentam para direitos e necessidades das pessoas transgênero (O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, 2020).

Dado o exposto, a instituição de ambulatórios especializados de pessoas transexuais é fundamental para a inclusão desse público no Sistema Único de Saúde e muitos ambulatórios, como o Ambitrans, cumprem de forma exímia seu papel institucional. Entretanto, é necessário que essa medida seja provisória e que seja substituída por capacitações que visam o acolhimento desse público na atenção primária de atendimento de forma adequada e respeitosa tanto quanto o restante da população.

Referências

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Relatório Final Brasília, 2016. Disponível em: <<https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

BORGES, Rebeca. Ministério da Saúde e UNA-SUS lançam o curso Saúde da População LGBT. UNA-SUS, 11 maio 2015. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-lancam-o-curso-saude-da-populacao-lgbt>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário oficial da União, Brasília-DF, página 1, 29 abr. 2016. Seção 1. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm>. Acesso em: 9 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 80, 14 ago 2009, Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/1LMfQJJ>. Acesso em: 7 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 63 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 25 set. 2022.

CFM atualiza regras para aperfeiçoar o atendimento médico às pessoas com incongruência de gênero. CFM – Conselho Federal de Medicina, 09 jan. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-aperfeicoar-o-atendimento-medico-as-pessoas-com-incongruencia-de-genero/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

CLEMENTE, Gabriela. RS inaugura 15º ambulatório LGBTQIA+; veja cidades e endereços. G1 RIO GRANDE DO SUL, 28 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2022/06/28/rs-inaugura-15o-ambulatorio-lgbtqia-veja-cidades-e-enderecos.ghtml>. Acesso em: 25 set. 2022.

CONTE, Vanessa. Ambulatório Trans ampliará atendimento em novo endereço a partir desta quarta-feira. PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 31 ago. 2022. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-ampliara-atendimento-em-novo-endereco-partir-desta-quarta-feira>. Acesso em: 25 set. 2022.

CONTE, Vanessa. Ambulatório Trans faz mais de 830 atendimentos no primeiro quadrimestre. PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 17 maio 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-faz-mais-de-830-atendimentos-no-primeiro-quadrimestre>. Acesso em: 25 set. 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>>. Acesso em: 25 set. 2022.

Gender Affirming Health Program. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. UCSF - Transgender Care, 17 jun. 2016. Disponível em <<https://transcare.ucsf.edu/guidelines>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GUEDES, M. E. F. Gênero, o que é isso? Psicologia: Ciência e Profissão, v. 15, n. 1-3, p. 4–11, 1995.

GUETERRES, Évilin Costa; ROSA, Elisa de Oliveira; SILVEIRA, Andressa da; SANTOS, Wendel Mombaque dos. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. Enfermeria Global, Murcia [Espanha], v. 16, n. 46, p. 464-499, abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>. Acesso em: 7 jul. 2022.

GUIMARÃES, Stéphanie da Selva et al. Saúde da População Trans: edição comemorativa ao dia 29 de janeiro, dia da visibilidade trans. Disponível em <https://www.pucrs.br/wp-content/uploads/2021/01/cartilha_pucrs_dia_da_visibilidade_trans.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

JORGE, Marcos do Amaral. Estudo pioneiro na América Latina mapeia adultos transgêneros e não-binários no Brasil. 2021. Disponível em: <<https://jornal.unesp.br/2021/11/12/estudo-pioneiro-na-america-latina-mapeia-adultos-trans-generos-e-nao-binarios-no-brasil/>>. Acesso em: 25 set. 2022.

MALDINI, Giovana. Pessoas transgênero enfrentam barreiras para acolhimento em saúde. Faculdade de Medicina – UFMG, 26 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/pessoas-transgenero-ainda-enfrentam-barreiras-nos-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 11 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília-DF, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde. SBMFC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 31 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

ROCON, Pablo Cardozo. RODRIGUES, Alexsandro. ZAMBONI, Jéssio, PEDRINI, DIAS, Mateus. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. Interface, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/V3t4XwP5dNGDHkcfXSfJDcj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 jun. 2022.

ROCON, Pablo Cardozo. RODRIGUES, Alexsandro. ZAMBONI, Jéssio, PEDRINI, Mateus Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zG-JyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

ROCON, Pablo Cardozo. SODRÉ, Francis. RODRIGUES, Alexsandro. ET. ALL. - Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transsexualizador do Sistema Único de Saúde, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/KfsPfJt3kBvPky8CVcSy5wL/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SCHILD, Marcela. Muito além de um dia: o acolhimento de pessoas trans no projeto Ambitrans. UNISC. Santa Cruz do Sul, 29 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.unisc.br/pt/noticias/muito-alem-de-um-dia-o-acolhimento-de-pessoas-trans-no-projeto-ambitrans>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SCHROEDER, D. F.; BIANCHINI, M. A.; DARSIE, C.; MORETTI, C; Z. **Localização espacial dos municípios do Vale do Rio Pardo.** 2021. 1 mapa. Escala 1:10. Disponível em: <<https://geosaudevrp.org/2021/09/26/localizacao-espacial-dos-municipios-do-vale-do-rio-pardo/>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. 2020. Disponível em: <<https://nucleotrans.unifesp.br/noticias/protocolo-para-o-atendimento-de-pessoas-transexuais-e-travestis-no-municipio-de-sao-paulo>>. Acesso em: 25 set. 2022.

SILVA, Victor Nathan Fontes; SOUZA, Antônio Vital Menezes. Pessoas trans: Processos de exclusão e inclusão social. SEMIOSES: Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade. Rio de Janeiro. jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.15202/1981996x.2019v13n1p130>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Camilo Darsie

Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Educação, na Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Coordenador do Internato de Saúde Coletiva e Professor no curso de Medicina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa sobre Políticas Públicas, Inclusão e Produção de Sujeitos (PPIPS) e Editor-gerente da Revista Reflexão e Ação, do PPGEduc, na mesma instituição. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com Doutorado Sanduíche na Universidade de Minnesota (EUA), concluiu Pós-doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo desempenhado atividades de campo na Costa Rica, por meio da Universidad de Costa Rica (UCR). Atualmente, desenvolve atividades de pós-doutoramento em Educação, junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em pesquisa desenvolvida com a COVID Health Literacy Network. Desenvolve pesquisas nas áreas de Educação, Saúde e Geografia.

Betina Hillesheim

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1989), mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2001) e doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Membro do comitê assessor da Fapergs, nas áreas de Educação e Psicologia (2013-2014, 2015-2016). Professora adjunta e pesquisadora do departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Professora do Mestrado Profissional de Psicologia (UNISC). Coordenadora adjunta do Mestrado Profissional de Psicologia (gestão 2020-2021). Membro do GT “Territorialidades, violências, políticas e subjetividades” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Atua principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, inclusão, território, nomadismo, infância, literatura infantil. Líder do grupo de pesquisa “Políticas públicas, inclusão e produção de sujeitos” (PPIPS).

Vera Elenei da Costa Somavilla

Professora adjunta do Departamento de Ciências da Saúde Da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui mestrado em Desenvolvimento Regional pela UNISC, graduação em Enfermagem e Obstetrícia e Licenciatura em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1994). Atua como docente nos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e no Programa de Mestrado em Psicologia na Universidade de Santa Cruz do Sul, Coordenadora Técnica da área de Enfermagem do Serviço Integrado de Saúde - SIS. Com experiência na área de Saúde Pública e Saúde da Mulher. Membro integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (GEPS) e Faz parte do grupo de pesquisa Identidade e Diferença na Educação UNISC. Atuou como pesquisadora em parceria com a Universitat Rovira I Virgili - Facultat DInfermeria (campos de Tortosa Catalunha - Espanha)UNISC. Desenvolve a pesquisa - A crise como potência para prospeção de ações na atenção básica em tempos de COVID 19.

Matheus Santos de Souza

*Graduado em Geografia pela Universidade de Santa Cruz do Sul e
mestrando do Programa de pós-graduação em Educação da mes-
ma Universidade. Participante da linha de pesquisa Educação,
Cultura e Produção de Sujeitos*

SOBRE OS AUTORES

Ana Carolina dos Santos Soares

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: anacsoaresss@gmail.com

Anna Lya Assmann

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: annalya@mx2.unisc.br

Bruna Mallmann Specht

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: brunaspecht@hotmail.com

Bruna Carvalho Spode

Acadêmica do Curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: bruna.spode@gmail.com

Carla de Oliveira

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: carlinhadeoli@hotmail.com

Carolina Frantz

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: carolina.frantz@hotmail.com

Caroline de Moraes

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: cmoraes@mx2.unisc.br

Ellen LÍlian Englert

Acadêmica do Curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul,
Departamento de Ciências da Vida, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: ellenlilianenglert70@gmail.com

Eduardo Marmitt Adams

Curso de Medicina - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: adams@mx2.unisc.br

Francieli Markoski

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: franmarkoski@gmail.com

Felipe Yorhan Nunes

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: felipen@mx2.unisc.br

Fábia Alessandra Giehl

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: fabia.agiehl@gmail.com

Fabrício Borges Pereira

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: fabricio_bp@yahoo.com.br

Isabela Lazaroto Swarowsky

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul
(UNISC). E-mail: isabelas@mx2.unisc.br

Isadora Fussiger Theissen

Curso de Medicina - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: iftheissen@mx2.unisc.br

Janaína Carine Beling

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: jcbeling@yahoo.com.br

Jennifer Paloma Dreissig

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: jjenniferpaloma@gmail.com

Jéssica Regina Giacomelli

Curso de Medicina – Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

E-mail: jessica_giacomelli@outlook.com

Juliana Limberger Heinze

Curso de Medicina - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: jheinze@mx2.unisc.br

Joana Guterres de Almeida

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: almeida6@mx2.unisc.br

Kananda Bevilacqua da Silva

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: b.kananda@hotmail.com

Laura Prochnow

Acadêmica do Curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul,
Departamento de Ciências da Vida, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: laura-prochnow@hotmail.com

Luiza Costa de Miranda

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: luizamiranda679@gmail.com

Luiza Maciel Fuentes

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: luizafuentes@mx2.unisc.br

Milena Carolina Maciel

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: milena-maciel18@hotmail.com

Mariana Wallauer Reinheimer

Curso de Medicina - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
E-mail: marianareinheimer@mx2.unisc.br

Marcelle Montagna Saxer

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: marcelle3@mx2.unisc.br

Maria Eduarda Ferreira Zanin

Acadêmica do Curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
E-mail: duda.zanin@hotmail.com

Mayara de Arruda Tomaz

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: tomazzmayara@gmail.com

Nikolas Mateus Pereira de Souza

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: nikolas1@mx2.unisc.br

Paloma Caroline Helfer

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: paloma5@mx2.unisc.br

Rafaela Heloísa Rabuske

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: rafaelaheloisarabuske@gmail.com

Renata Manzke

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: manzke2@mx2.unisc.br

Roberta Paludo Custódio

Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: robertacustodio@mx2.unisc.br

Sara Ester Paes

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC/Graduada em Geografia pela Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC. Bolsista PROSUC/CAPES modalidade II.

Email: sarapaes781@gmail.com

Samantha Frantz

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: samanthafrantz@mx2.unisc.br

Stéphanie Nascente Nunes

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: stephanienascente@outlook.com

Stéfhani Rehbein

Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

E-mail: stefhanirehbein@gmail.com

Thaísa Cardoso

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: thaisacardoso@mx2.unisc.br

Tomaz Mazuco Rodriguez

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e Acadêmico do curso de Nutrição da Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: tmrodriguez@mx2.unisc.br



FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Perspectivas da Inclusão Social

www.arcoeditores.com
contato@arcoeditores.com
(55)99723-4952

ARCO
EDITORES ● ● ●