

ACCOLHER



Figuras: Freepik

um livro sobre inclusão

ORGANIZADORES:

Claudia Yamada Utagawa

Beatriz Cristina Silva dos Reis

Débora Loureiro Cintra

Douglas Barros Corrêa

Guilherme de Mesquita Rodrigues Figueiredo

Izadora Garcias Araújo Abreu

Thayla Mascarenhas Pelayo



Expediente

FOA

Presidente

Eduardo Guimarães Prado

Diretor Administrativo Financeiro

Iram Natividade Pinto

Diretor de Relações Institucionais

Júlio César Soares Aragão

Superintendente Executiva

Josiane da Silva Sampaio

Editora FOA

Editor chefe

Laert dos Santos Andrade

Projeto Gráfico e Diagramação

Patrícia Soares Rocha Alves

editora.unifoa.edu.br

UniFOA

Reitora

Procuradora Educacional Institucional

Ivanete da Rosa Silva de Oliveira

Pró-reitor Acadêmico

Bruno Chaboli Gambarato

Pró-reitora de Extensão

Ana Carolina Callegario Pereira

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação

Igor Dutra Braz

Pró-reitor de Educação a Distância e Tecnologias de Ensino

Rafael Teixeira dos Santos

Pró-reitor de Planejamento e Desenvolvimento

Marcio Frazão Guimarães Lins



<https://doi.org/10.47385/FOA9786588877739med270923>

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

R375a Reis, Beatriz Cristina Silva dos.
Acolher: um livro sobre inclusão [e-book]. Beatriz
Cristina dos Reis; Douglas Barros Corrêa; et al. / Volta
Redonda: FOA, 2023. 138 p.

Organizadores: Claudia Yamada Utagawa; Beatriz Cristina Silva dos
Reis; Débora Loureiro Cintra; Douglas Barros Corrêa; Guilherme de
Mesquita Rodrigues Figueiredo; Izadora Garcias Araújo Abreu; Thayla
Mascarenhas Pelayo.

ISBN: 978-65-88877-73-9

1. Saúde - humanização. 2. Saúde – Inclusão. 3. Integração social. I.
Organizadores. II. Título.

CDD 610.696



Você está navegando em páginas interativas.

- Clicando nos títulos do sumário você acessa diretamente os capítulos.
- Em cada capítulo há um retorno para o sumário.
- Clicando no e-mail, você pode entrar em contato com o autor.
- Clicando nos links você será redirecionado para páginas web.

ACOLHER

um livro sobre inclusão

CURSO DE MEDICINA

ORGANIZADORES

Claudia Yamada Utagawa, Beatriz Cristina Silva dos Reis, Débora Loureiro Cintra

Douglas Barros Corrêa, Guilherme de Mesquita Rodrigues Figueiredo

Izadora Garcias Araújo Abreu, Thayla Mascarenhas Pelayo

AUTORES

Alice Lopes Prado dos Santos, Alício Michel de Almeida Lira Teixeira, Amanda Ferreira Pavone, Amanda Nogueira Salgado Cariêlo, Ana Carolina Nobrega de Carvalho Howard, Andrea Oliveira Almeida, Ângela Schachter Guidoreni, Arthur da Fonseca Falcão, Arthur Leal Guimarães, Arthur Selles del Rio Peres da Silva, Beatriz Cristina Silva dos Reis, Beatriz Siqueira Braga, Camila Midori Bet-suyaku, Carlos Alexandre Nogueira Affonso Siqueira, Carolina Aparecida Ribeiro Carvalho, Carolina Kristoschek Mayer, Cauã Alves Honório, Cecília da Silva Pereira, Cecilia Maria de Paiva Xavier dos Santos, Claudia Yamada Utagawa, Daniel José Moreira de Barros Machado, Davi Bernardo Alves Campissi de Souza, Dayana da Silva, Débora do Nascimento Leopoldino, Débora Loureiro Cintra, Diogo Pellini Sarkis, Douglas Barros Corrêa, Eduarda Machado da Silva, Emylly Mendonça dos Santos, Felipe Lima da Silva, Flávia Borges Pires, Gabriela Fernandes Costa Duarte, Georges Marcel Canavese, Geovanna Gomes Pires, Giovanna Monteiro de Barros Martins, Glauber Macêdo Matos, Guilherme de Mesquita Rodrigues Figueiredo, Isabella Rosario Marcondes, Isadora Clemente Dias, Ivan Paes Almada Andrade, Izadora Garcias Araújo Abreu, João Victor Silva Arantes, Júlia Vane Grant de Assis, Karen Pereira Ribeiro, Kelly Coimbra de Mendonça Vicentini, Laís de, Oliveira Marques, Lara Diniz Salviano, Larissa Guizalberth Barbosa, Leiza Arnt Gonçalves Veiga, Letícia Cardoso Soares Pereira, Luiz Antonio dos Santos Toledo, Luiz Antônio Neves, Luiz Gabriel da, Cunha Barcelos Lopes, Marcela de Almeida Santos Ferreira, Marcelle Monteiro Saléh, Márcia Dorcelina Trindade Cardoso, Marco Antonio Borges Kalume, Maria Eduarda Feijolo Gracioso, Maria Eduarda Lopes Pinella, Maria Eduarda Moutela Ferreira Nascimento, Maria Luiza Toledo, Marina Wey Tavernari, Matheus Coimbra Marcelino, Mirella Teixeira Mendes Fernandes, Naara de Paula Rocha, Nathan Perrut Ferreira Assunção, Odete Alves Palmeira, Paula Cassila Rios da Silveira, Raíssa Cruz Maia, Renan Candreva Rizzo, Rodrigo Lima de Souza Silva, Sarah Gabrielly Mendes Dinapolis, Sônia Cardoso Moreira Garcia, Thamiris Linhares Marques, Thayla Mascarenhas Pelayo, Victor Pires Faria, Victória Aparecida Netto Barboza, Weliton Sampaio dos Santos Júnior, Yasmin Marques Haddad

FOTOS

Victória Aparecida Netto Barboza

Débora Loureiro Cintra

CONSELHO EDITORIAL

Angela Schächter Guidoreni

Sônia Cardoso Moreira Garcia

Márcia Dorcelina Trindade Cardoso

Sumário

CAPÍTULO 1

O QUE FAZEMOS E POR QUE FAZEMOS 7

CAPÍTULO 2

HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINAGEM NA EDUCAÇÃO MÉDICA 13

CAPÍTULO 3

**O QUE É O ACOLHIMENTO?
O QUE SONHAMOS?** 24

CAPÍTULO 4

UM JEITO DIFERENTE DE OUVIR 30

CAPÍTULO 5

ACOLHECAST – ACOLHENDO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 47

CAPÍTULO 6

TRANSFORMAR O MUNDO POR RESPEITO 62

CAPÍTULO 7

VOCÊ SABERIA ACOLHER UM INDÍGENA NA CONSULTA MÉDICA? 73

CAPÍTULO 8

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA: DESVENDANDO ESSE QUEBRA-CABEÇA 85

CAPÍTULO 9

AGENDAUBS 98

CAPÍTULO 10

POSITIVOU! E AGORA? 107

CAPÍTULO 11

**TEM CERTEZA DE QUE VOCÊ NÃO É
GORDOFÓBICO?** 114

CAPÍTULO 12

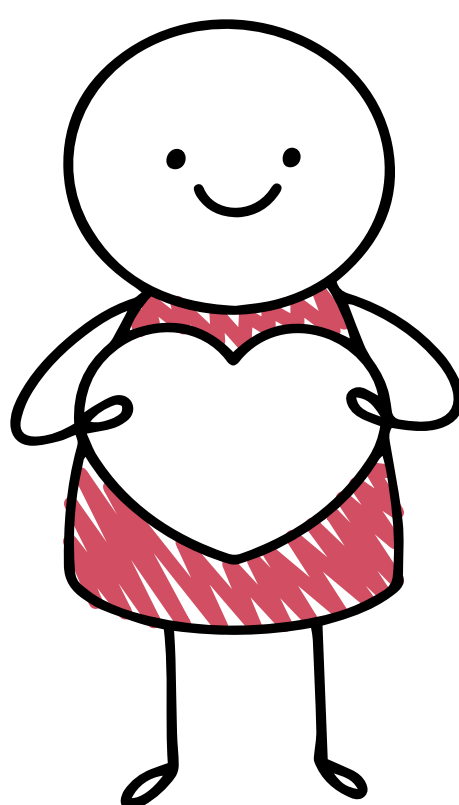
RECEITA MÉDICA EM PICTOGRAMA 123

CAPÍTULO 13

ACOLHIMENTO LGBT 130

CAPÍTULO 1

O QUE FAZEMOS E POR QUE FAZEMOS



Claudia Yamada Utagawa

Márcia Dorcelina Trindade Cardoso

Este livro é um relato de experiência, uma entre tantas que vivenciamos como docentes numa trajetória de mais de 20 anos na instituição. É um relato que se diferencia de outros porque traz, para nós, professores, o frescor e a esperança de novos tempos, construindo e compartilhando saberes com futuros médicos mais críticos, reflexivos e, principalmente, mais humanos.

No início do primeiro semestre de 2022, iniciamos o Aprendizado Baseado em Projetos (Project Based Learning), nos módulos 1 a 8, que correspondem aos quatro primeiros anos de formação dos alunos do curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA. Este livro relata a trajetória e a experiência de 73 alunos do 2º período do curso de Medicina (Módulo 2), realizada entre os meses de março a junho de 2022. Eram alunos provenientes de diversas partes do país que iniciaram a graduação em meio às dificuldades e incertezas da pandemia de COVID-19 e que traziam consigo histórias e experiências acadêmicas, profissionais e pessoais muito diversas. Essa diversidade, com certeza, contribuiu muito na construção coletiva dos produtos resultantes desses projetos.

Quando iniciamos a atividade, muitas preocupações assolaram os professores: a falta de experiência nessa metodologia, o receio da rea-

ção negativa dos alunos numa nova atividade, a sobrecarga de trabalho que isso poderia gerar tanto para professores como para alunos.

Logo no início do processo, o primeiro desafio foi escolher o tema central para o trabalho. E, de imediato, percebemos que o tema “Acolhimento na Atenção Primária” era a escolha correta. Porquê? Para compreendermos isso, precisamos contextualizar como pensamos o nosso Projeto Pedagógico.

O Eixo Saúde e Sociedade é um eixo transversal no curso de Medicina do UniFOA, que perpassa do primeiro até o oitavo módulo (semestre). Nesse eixo, os alunos têm, como atividade semanal, visitas às Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF dos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa e Pinheiral, durante os três primeiros módulos. Semanalmente, eles participam e vivenciam as atividades das unidades de saúde, da Rede de Atenção à Saúde, da comunidade, integrando ensino, serviço e comunidade às atividades teóricas.

Nos outros módulos, essa experiência se mantém nas Policlínicas e Hospitais da Rede de Atenção à Saúde dos municípios, dando continuidade ao aprendizado em serviço. No Módulo 2, o Eixo Saúde e Sociedade aborda os ciclos de vida e as políticas de saúde específicas para essas populações, como as de crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, grupos vulneráveis (população de rua, indígenas, população encarcerada, negros...), políticas para a população LGBTQ+, população com doença mental, entre outras.

A aprendizagem Baseada em Projetos (Project Based Learning – PjBL) foi introduzida como proposta pedagógica em março de 2022, no Módulo 2. Foram cinco encontros com os alunos, divididos em grupos de 7 a 8 alunos, num total de 10 grupos. Na primeira reunião (figuras 1 e 2), foi apresentado o tema central: Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. Durante esse encontro, os grupos trabalharam os conceitos e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, Política de Humanização e Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e grupos vulneráveis. Após essa etapa, cada grupo deveria escolher uma questão central vinculada à temática. Nos três encontros que se seguiram, os alunos apresentaram a questão central escolhida pelos grupos, a justificativa da escolha e a proposta do projeto para abordar a questão elencada. Ao final, os alunos escolheram questões de acolhimento voltados a pessoas surdas, em situação de rua, transexuais e LGBTQ+, transtorno de espectro autista, população indígena, trabalhadores, portadores de HIV, gordofobia médica e idosos. No último encontro, os alunos deveriam apresentar suas propostas de projetos a um grupo de professores (figura 3).

Após as apresentações dos grupos, foi perceptível, para nós, professores, a grandeza e dedicação do grupo. Havia ali mais do que “apresentações de projetos”. As reflexões, o processo de amadurecimento e o orgulho dos alunos desencadearam a ideia da publicação dos relatos dessas experiências. O resultado desses traba-

lhos está descrito em cada capítulo deste livro, do capítulo 4 ao 13. Este capítulo e o capítulo 2 são os relatos e a visão dessa experiência contados pelas professoras envolvidas no processo. O capítulo 3 é dedicado ao olhar dos alunos participantes para a compreensão, não só da temática escolhida, mas da metodologia praticada.

A ideia do livro foi, inclusive, abraçada por um grupo de alunos que se empenhou na organização, revisão e confecção de capítulos, a quem agradecemos muito o empenho! Agradecemos também ao Curso de Medicina, à Pró-reitoria de Pesquisa de Pós-graduação, à Editora FOA, à Direção do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA e à Fundação Oswaldo Aranha – FOA, pelo apoio incondicional a este trabalho.

Figura 1 – Orientações dos projetos, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza

Figura 2 - Orientações dos projetos



Fonte: Arquivo de Débora Loureiro Cintra

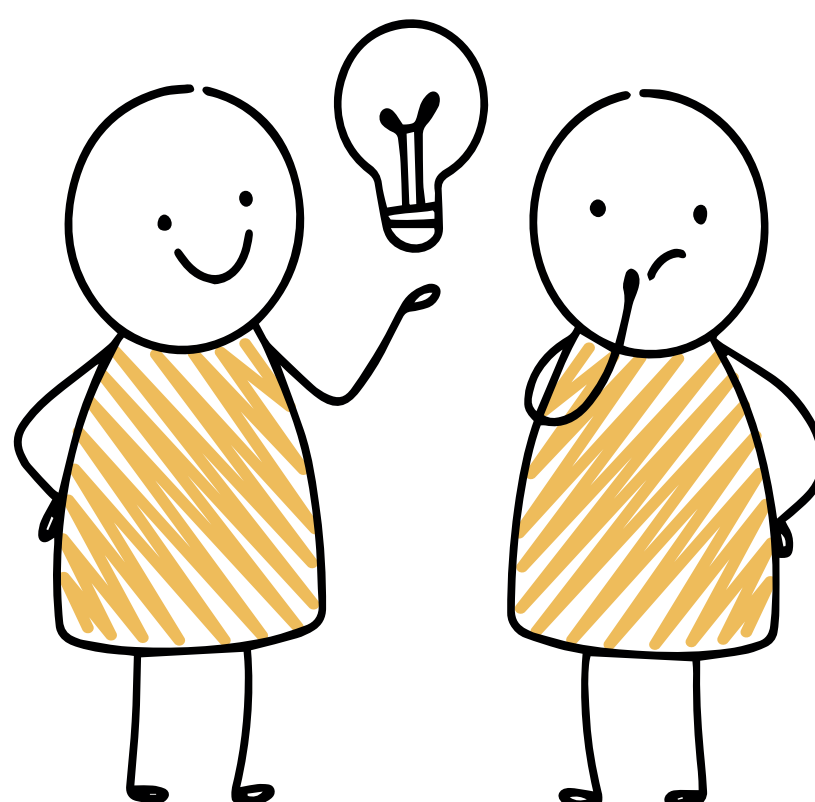
Figura 3 – Dez produtos resultantes do PjBL no 1º semestre de 2022



Fonte: Arquivo de Débora Loureiro Cintra

CAPÍTULO 2

HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINAGEM NA EDUCAÇÃO MÉDICA



Angela Schächter Guidoreni

Sônia Cardoso Moreira Garcia

O processo da formação médica veio sendo construído ao longo dos tempos, entrecortando contextos religiosos e mitológicos, nos quais a visão acerca do adoecer era resultante de infrações de natureza individual ou coletiva, agenciadas em prol do reatar do enlace com as divindades, o exercício de rituais que admitiam os mais diversos ares e feições conduzidos pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs presentes desde a antiguidade na vida das pessoas, sendo intimamente relacionados com as crenças e a cultura de cada população.

Segundo Barros (2002), as relações que eram estabelecidas com o mundo natural se repousavam em uma cosmologia que incluía deuses caprichosos e espíritos bons e maus. Assim, os indivíduos discorriam sobre a doença em termos desses específicos agentes, cabendo, aos responsáveis pela prática médica da época, aplacar tais forças, então, sobrenaturais. Esse enfoque é, ainda hoje, aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica.

O tempo correu e constatou-se importante avanço no pensamento médico, que veio realizando mudanças acerca da concepção de saúde, doença e humanidade. Relevante se dá o momento quando acontece a mudança de foco de

interesse das forças sobrenaturais para o portador da doença, passando esta, gradativamente, a ser vista como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e liberado da intromissão de forças divinas ou malévolas e, assim, inserindo o sujeito da doença em um protagonismo que, de alguma forma, vem responsabilizá-lo. Nesse sentido, cuidamos da ideia de que o homem veio assumindo outros rumos em relação ao processo saúde e doença, partindo de um ser/objeto de estudo e dotado de um órgão adoecido, para um sujeito/pessoa com um adoecimento e, junto a ele, todas as outras dimensões que o compõe.

Seguindo os passos evolutivos das concepções e da prática sobre a saúde e a doença, poderiam ser considerados alguns paradigmas que começaram com a visão mágica e religiosa, na antiguidade, e culminaram na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos de hoje. Para a elaboração da contextualização de caráter histórico, essencial à reflexão sobre o modelo biomédico aqui pretendida, nos inspiramos, em grande medida, nos textos de Benet (1981), Capra (1982) e Lain Entralgo (1989).

O modelo biomédico, também conhecido como mecanicista, tem suas origens históricas ligadas ao conjunto do Renascimento e da revolução artística e cultural que ocorreu nessa época da história da humanidade, no mundo ocidental. Conexa ao projeto expansionista de dois países, Portugal e Espanha, cuja consecução exigiu o surgimento de instrumentos técnicos que via-

bilizaram as grandes navegações, observou-se a influência do paradigma cartesiano (1637) sobre o pensamento médico, no qual as certezas passaram a ser absolutas, ficando evidente a excessiva ênfase dada à fragmentação do pensamento e do sujeito, ao reducionismo na ciência e à crença de que para se conhecer os fenômenos dever-se-ia reduzi-los as suas partes constituintes. Tal modelo, proposto por René Descartes, distanciou-se da visão do homem como sujeito e impediu o médico de considerar a dimensão humanista das doenças. Nesse sentido, o papel do médico ficou restrito ao órgão adoecido e limitado à intervenção física e química para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. A ideia central era a dicotomia entre mente e corpo. O modelo biomédico, portanto, trouxe, em sua essência, o olhar voltado para o homem como máquina e a saúde, sendo representado pela ausência de doença e, ainda, enalteceu a fragmentação do sujeito, não o reconhecendo em sua singularidade e subjetividade.

Cada vez mais, os olhares se voltavam, na medicina moderna, para partes menores do corpo e a pessoa era perdida de vista, além de partida e repartida. A tecnologia médica despontava e, junto com ela, o afastamento da pessoa do cuidado. As formas de produção do conhecimento médico influenciaram o pensamento médico e sua relação da prática com o doente e com a doença, reforçando o afastamento do médico em relação ao doente e intensificando a teorização dos discursos.

Nesse sentido, o relatório de Flexner, de 1910, marco histórico que consolidou o modelo biomédico na medicina moderna, propôs reorganizar as escolas de medicina e um novo modelo de educação médica que enfatizava a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano, resultando, no decorrer dos tempos, nas múltiplas especialidades que confirmavam a ideia materialista do homem e, nele, o processo saúde e doença.

A medicina alargou suas ações e seguiu buscando o entrosamento e a compressão de problemas de saúde que podiam ser tratados com remédios. Nesse tratamento, a repercussão da subjetividade do paciente era deixada de lado e distante de qualquer consideração. Assim, o modelo biomédico foi se consolidando e o interesse pela experiência do adoecimento foi subestimada. Esse citado modelo, o biomédico, baseou o papel do médico, exclusivamente, na eliminação de doenças e lhe conferia grande autoridade e poder, que se manifestavam na relação estabelecida entre ele e o paciente, na qual o único sujeito do saber era o técnico, o médico. O encontro que acontecia durante a consulta médica era situado no médico e na doença, e a perspectiva do paciente era considerada desprezível e pouco relevante.

Com o passar do tempo e diante de outros questionamentos, surge a proposta pós-moderna, que toma a saúde como um processo em constante mudança e evolução, concebendo-a em múltiplas dimensões oriundas da complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos

e sociais da natureza humana. Paralelamente ao avanço do modelo biomédico associado à crescente tecnologia, surgem correntes de oposição a esse modo de prática médica. Nas últimas décadas, observa-se o imperativo de mudança na forma de atenção à população nos serviços de saúde. Isso se deve a um conjunto de fatores, tais como o desagrado da clientela, mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, considerações acerca dos fatores de risco, novos modelos assistenciais e, ainda, o crescente desenvolvimento resultante da IV Revolução Industrial.

A sociedade e a cultura seguem seus fluxos de desenvolvimento e o surgimento de novas morbidades, novas demandas e necessidades que trazem, para os cenários de encontro médico e paciente e para as consultas médicas, queixas vagas ou expressas de forma inespecífica, na forma de sintomas orgânicos que podem ser vistos como expressão de uma aflição da vida diária e habitual das pessoas. Tudo passou a girar ao redor de um não inespecífico, necessitando, portanto, encontrar novas formas de organização da prática médica, de maneira viável para atender a essa demanda.

O exposto evidencia que o momento da consulta se torna essencial no processo diagnóstico e terapêutico e que a abordagem do paciente, na perspectiva do modelo biomédico, estava insuficiente e escassa para resolver a maioria das queixas referidas. Seria preciso, então, adotar um modelo em que a compreensão da subjetividade do indivíduo e a influência nas queixas dos determinantes

psicossociais, educacionais e culturais, fosse basal na concretização desse encontro. E mais, não seria suficiente apenas compreender tais determinantes, era preciso abrangê-los no processo diagnóstico e terapêutico, testemunhando sua importância.

Surge, então, a década de 1970, com diferentes dimensões pertinentes à perspectiva da pessoa no seu processo de adoecer, observando-se o aparecimento de outros padrões de atenção no cuidado integral das pessoas, que destacam diferentes elementos de abordagem no encontro com o médico. O modelo biopsicossocial e o método clínico centrado na pessoa são exemplos disso e destacam a importância da compreensão e da inclusão da perspectiva da pessoa sob cuidado, na realização da consulta médica. Com tal reconfiguração do modelo de atenção à saúde, o biopsicossocial passa a ser a representação do adeus à dicotomia corpo e mente. Tal modelo tem suas raízes advindas dos avanços das ciências sociais e da saúde, que estudam a interação dos fenômenos culturais, econômicos, psicológicos, espirituais e sociais sobre a dinâmica do processo saúde e doença nas pessoas e coletividades. Inicia-se, assim, o processo de valorização do sujeito como pessoa dotada de história de vida singular e subjetiva e, com tal visão, observa-se o processo de humanização sendo ressignificado na relação médica e pessoa sob cuidados.

Historicamente, o século XX trouxe marcas importantes para a formação de médicos, presentes até os dias de hoje. A organização das escolas médi-

cas, debate deflagrado no início do século passado, o modelo hegemônico vigente, os métodos de ensino-aprendizagem-avaliação, o perfil do egresso, as exigências sociais e mercadológicas, as necessidades das pessoas são alguns dos pontos que subsidiam a discussão que adentra o século XXI, sobre a integralidade da formação do médico no Brasil.

Nessa perspectiva, os modelos e métodos não tradicionais propostos devem atender às expectativas das Instituições de Ensino Superior (IES) quanto aos caminhos a percorrer, rumo à contemporaneidade, rompendo com o modelo biomédico e tradicional de ensino e aproximando-se de uma escola socioconstrutivista, com uma visão biopsicossocial que traz, em seu núcleo, as metodologias ativas de aprendizagem. Se por um lado essa discussão transversaliza o ambiente acadêmico e busca contribuir para a adequação da educação médica à realidade de um mundo em permanente transformação, contraditoriamente, seja por parte da sociedade, seja por parte de gestores e docentes da área da educação médica, pode-se perceber que muitas mudanças pretendidas não encontram o eco necessário a essa adequação.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014), desde 2002, propõem estratégias que visam contribuir para a tomada de decisões dos gestores dos cursos de medicina e buscam consenso sobre as diferentes disciplinas/saberes e metodologias que integram os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), permitindo a construção de um novo perfil de egresso.

so, considerando a integração desse profissional a um sistema de saúde universal e equânime.

Dentre os conhecimentos identificados como fundamentais nessa formação, estão as humanidades médicas que, ao se constituírem como campo de conhecimento com vários pontos de relação entre as ciências humanas e sociais em saúde, pressupõem integração teórica e metodológica capaz de contribuir para a educação médica, tendo por base a medicina centrada na pessoa e o cuidado integral em saúde (BRASIL, 2003).

Se por um lado, o foco no cuidado integral em saúde e a medicina centrada na pessoa objetiva, dentre outros, possibilitam que os estudantes desenvolvam competências compatíveis com a boa prática médica, por outro, nos permite rever processos de ensinagem (ANASTASIOU, 2002), no que diz respeito aos aspectos ético-relacionais com esses mesmos estudantes, ou seja, refletir sobre uma educação médica centrada no estudante de medicina.

E é nesse sentido que o Curso de Medicina do UniFOA propôs, a partir do primeiro semestre de 2022, a renovação de práticas de ensinagem, ao iniciar a construção de um conjunto de atividades utilizando a Aprendizagem Baseada em Projetos (PjBL), metodologia propícia para organização do pensamento e integração de componentes curriculares do curso médico, com foco no sujeito aprendiz e sua autonomia.

Ao integrar as Humanidades Médicas ao PjBL, pretendeu-se ir além da construção de co-

nhecimento e habilidades técnicas, permitindo que as atitudes ético-relacionais de estudantes e professores estivessem voltadas para a ensinagem que, segundo Anastasiou (2002), é “uma prática social complexa, efetivada entre professores e alunos e que engloba a ação de ensinar tanto quanto à ação de aprender”. Para essa autora, o aprender supera a simples memorização e “tem a ver com o enredar, estabelecer os nós necessários entre os fios a serem tecidos”.

Em linhas gerais, isso significa que, ao nos aproximarmos de uma metodologia voltada para um processo formativo socioconstrutivista, a Instituição de Ensino (IES) possa delinear seu próprio caminho, ao observar as inúmeras possibilidades que o campo pedagógico permite, para que as competências necessárias ao médico não fiquem restritas aos domínios do conhecimento ou das habilidades, mas integrem atitudes e valores necessários à formação humanística, crítica e reflexiva do profissional médico (BRASIL, 2014).

É nesse sentido que acreditamos ser não somente relevante, mas também, fundamental que o contexto da formação médica, como ninho e nascedouro, possa ser circundado pelo viés irrevogável e decisivo da humanização e de suas práticas. Isso significa que é durante a construção dos médicos que poderemos trazer ideias e conceitos que poderão, por sua vez, fazer parte da sua constituição como sujeitos sociais e sujeitos médicos.

Referência

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. **A ensinagem como desafio à ação docente.** Revista pedagógica, v. 4, n. 8, p. 65-77, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. **Humanidades como disciplina da graduação em Medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, p. 455-463, 2013.

BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade,** v. 11, p. 67-84, 2002.

BENNET, G. **The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine.** London, Martin Secker and Warburg, 1981.

BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União, p. 8-11, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: política nacional de humanização.** 2003.

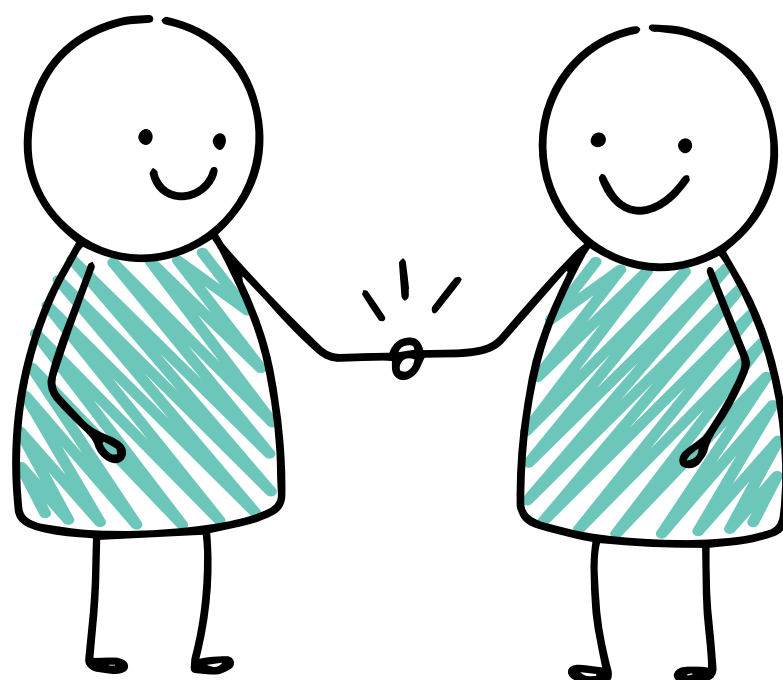
CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 1982.

LAIN ENTRALGO, P. **História de la Medicina,** Barcelona, Salvat, 1989.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** Artmed Editora, 2010.

CAPÍTULO 3

O QUE É O ACOLHIMENTO? O QUE SONHAMOS?



Beatriz Cristina Silva dos Reis

Débora Loureiro Cintra

Douglas Barros Corrêa

Izadora Garcias Araújo Abreu

Guilherme de Mesquita Rodrigues Figueiredo

Thayla Mascarenhas Pelayo

Diante do processo de humanização da área de saúde, consolidado por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, entendemos o conceito de acolhimento como sendo o *modus operandi*, por excelência, dos processos de trabalho no campo da saúde brasileira. Pode-se pensar em acolhimento como uma competência ética a ser seguida por todos os colaboradores e profissionais de saúde. É, justamente, através do acolhimento que é possível um atendimento verdadeiramente humanizado, que tenha como princípio o respeito à dignidade do ser humano. Ouvir atentamente e com cordialidade, respeitar as crenças e individualidades de cada paciente, bem como suas opiniões, é de fundamental importância para o sucesso no vínculo médico-paciente. Por isso, o acolhimento é uma das diretrizes adotadas de maior impacto e relevância em gestão de saúde, pois, através dela, potencializamos o compromisso com o outro, dando a ele o protagonismo diante das possibilidades

de tratamento, reconhecendo-o como sujeito corresponsável de seu próprio processo de cura.

Pelas razões acima destacadas, os alunos do curso de medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) possuem, em sua matriz curricular, desde o primeiro período da faculdade, os eixos transversais de Saúde e Sociedade e Medicina e Humanidades. Esses eixos, também entendidos como referência do projeto político pedagógico, tem como escopo facilitar o diálogo humanizado e centrado na pessoa, além de possibilitar aos discentes a construção de um olhar clínico de maior empatia e interesse à história biopsicossocial do paciente. Por meio dessa abordagem, conseguimos ir além dos estudos estritamente tecnicistas da saúde humana, permitindo-nos conhecer novos modelos para compreender tanto o processo de adoecimento, quanto o processo de cura. O fato é que ambos os processos, necessariamente, perpassam pela realidade e discurso do outro, pois encontram, nesse processo, a história da doença atual e, concomitantemente, as possibilidades de cura e adesão ao tratamento.

O Acolhimento foi o tema escolhido para este projeto, no qual deveríamos elaborar um produto, com o intuito de ajudar os grupos vulneráveis no nosso cenário de prática a serem acolhidos adequadamente nas unidades básicas de saúde - UBS. Traçamos um objetivo claro, no qual o público-alvo pudesse se sentir parte e atuante, quando necessitassem de atendimento na UBS.

Quando decidimos fazer medicina, estávamos cientes que seria um desafio conseguir promover uma saúde de qualidade e integral, que pudesse inserir, nas ações, as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Percebemos que, para ajudar a população, é necessário iniciar a faculdade com propostas e projetos que possam fazer a diferença na qualidade do serviço prestado ao público. Ao cursar medicina, conseguimos ter uma visão mais holística da atuação preventiva da nossa profissão, para promover a saúde com foco na pessoa e não somente na doença.

A vivência, desde o primeiro período nas UBS do município, permitiu-nos ver as necessidades da população na atenção básica, juntamente com as aulas dos eixos Saúde e Sociedade e Medicina e Humanidades, que trabalharam diversos temas para que pudéssemos ser inseridos no contexto, como: determinantes de saúde, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde dos povos indígenas, dentre outros, nos proporcionou conhecimentos para escolher os temas trabalhados neste projeto. Além disso, tais temáticas nos prepara para lidar com os pacientes, percebendo a necessidade de cada indivíduo, mesmo que não se trate de alguma patologia.

A Aprendizagem Baseada em Projetos (Project-Based Learning - PjBL) e o Programa de Saúde e Sociedade – PSS nos proporcionou experiências que possibilitaram maior aproximação das práticas médicas, dentro das Unidades Básicas de Saúde. E, a partir dessa observação cotidiana,

fez-se possível uma análise mais reflexiva sobre o acolhimento ofertado e, de maneira geral, sobre o processo de humanização em nossa jornada acadêmica. A realidade, nas UBS, contempladas em nosso projeto, representa não somente o cenário local, mas sim toda estrutura de saúde. Assim, nossa experiência nos trouxe uma perspectiva pragmática sobre o acolhimento que, de fato, é ofertado na rotina dos atendimentos à comunidade, bem como a capacitação da equipe multiprofissional para acolher os pacientes. Ocorre que, a percepção recorrente, por nós levantada ao longo do processo de aprendizado, nos sugeriu certos pontos de maior fragilidade frente a ação técnico-assistencial prestada pela equipe de saúde. Nesse sentido, o projeto pôde fomentar ideias e propostas de intervenção, construídas pelos alunos do segundo módulo do curso, de forma a satisfazer as carências encontradas no processo de acolhimento das Unidades de Atenção Primária.

O presente relato de experiência somente foi viabilizado, com tamanho detalhamento, pela oportuna participação dos alunos no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde. E, diante da efetiva vivência, iniciou-se um processo de estruturação de um sonho compartilhado por todos nós, alunos, no qual o acolhimento humanizado seria compreendido, em toda sua premissa, por todos os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atendem os usuários do Sistema Único de Saúde. Nossa aspiração, como turma e futuros médicos (figura 1), é desenvolver nosso crescimen-

to pessoal e profissional a partir de uma conduta que valorize o paciente, oferecendo a ele uma assistência médica com resolutividade e responsabilidade. Dessa forma, seria possível a produção de vínculos tangíveis com a comunidade, tendo em vista a utilização de padrões humanitários de cidadania, solidariedade e humanização das relações entre todos os profissionais de saúde e os usuários.

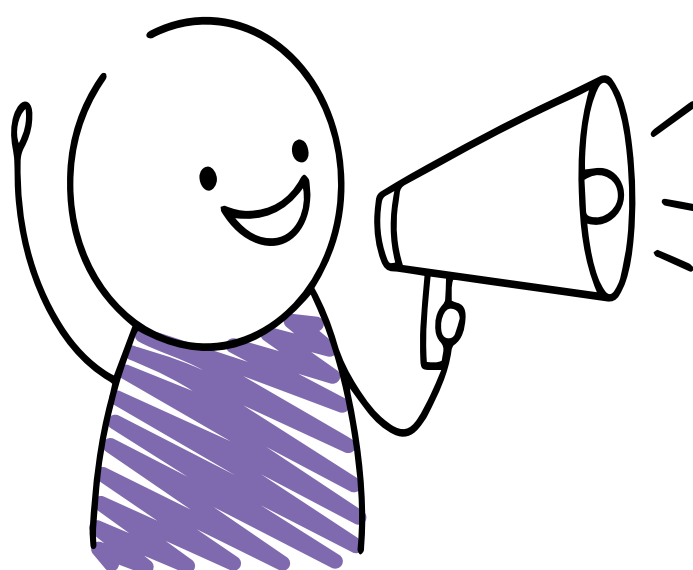
Figura 1 - Alunos do Módulo II do Curso de Medicina do UniFOA, 2022



Fonte: os autores

CAPÍTULO 4

UM JEITO DIFERENTE DE OUVIR



Déborá Loureiro Cintra

Gabriela Fernandes Costa Duarte

Kelly Coimbra De Mendonça Vicentini

Letícia Cardoso Soares Pereira

Maria Eduarda Moutela Ferreira Nascimento

Odete Alves Palmeira

Sarah Gabrielly Mendes Dinapolis

Weliton Sampaio Dos Santos Júnior

Claudia Yamada Utagawa

Andrea Oliveira Almeida

Márcia Dorcelina Trindade Cardoso

ACOLHIMENTO A PESSOAS SURDAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

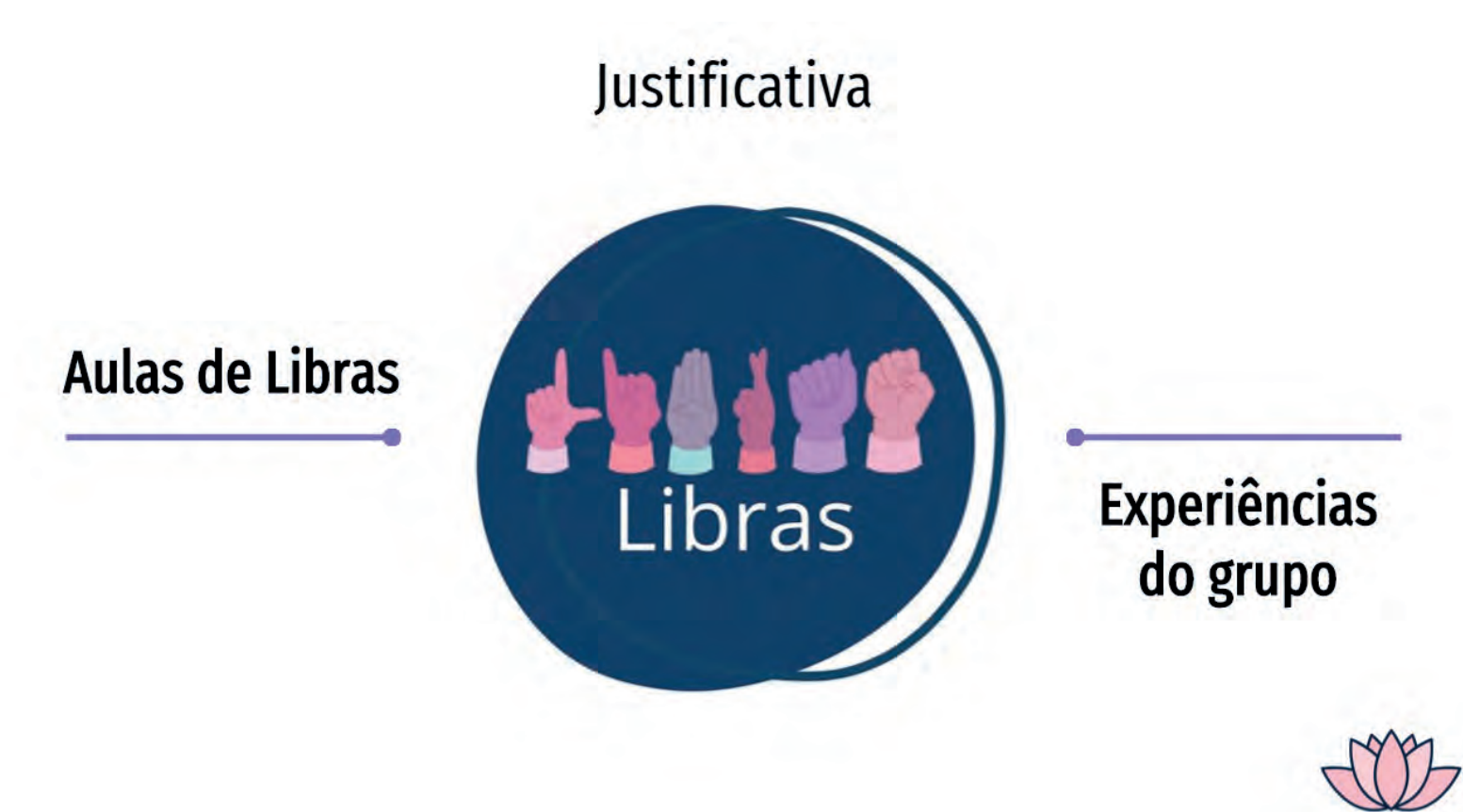
Figura 1 - Apresentação final do grupo 1, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza.

A barreira comunicacional que dificulta o acolhimento das pessoas surdas na atenção primária.

Figura 2 – Slide 1 da apresentação do projeto, 2022



Fonte: os autores

Projeto/Produto proposto

Um vídeo que promova a sensibilização dos profissionais ouvintes da atenção primária (UBS com Estratégia Saúde da Família) para o acolhimento das pessoas surdas, estimulando também o interesse para o aprendizado em Libras.

Figura 3 - Slide de explicação sobre o produto, 2022

Produto

Vídeo de sensibilização

- Conceitos importantes;
- Visão de um surdo na unidade, sensibilização;
- Sinais básicos para auxílio no acolhimento.





Fonte: os autores

Descrição do Produto

O produto consta de um vídeo para sensibilizar os profissionais ouvintes que trabalham nas UBS com Estratégia Saúde da Família - ESF a entenderem a importância da utilização de Libras no atendimento aos usuários surdos, além de demonstrar alguns sinais em Libras para incentivar esses profissionais a aprenderem a linguagem (figura 3).

O vídeo é dividido em duas grandes seções: (1) *storytelling*, com simulação do atendimento de um usuário surdo na UBS e; (2) demonstração de sinais em Libras, relacionados à realida-

de dos profissionais. Além dessas duas grandes seções, o vídeo também possui explicações de conceitos importantes e cenas de transição e reflexão para facilitar a transmissão da mensagem aos espectadores. Vale ressaltar que o vídeo foi legendado e as legendas que não representassem algo falado foram narradas, para que os profissionais que não pudessem ou não soubessem ler também conseguissem compreender o vídeo (figura 3). Segue a descrição do vídeo.

No início do vídeo, é apresentada a definição de surdo, de acordo com o Art. 2º do Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005:

Considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras. (BRASIL, 2005)

Posteriormente, é explicada a importância da utilização de Libras para o acolhimento à pessoa surda na UBS, enfatizando tanto o bem-estar do paciente quanto a maior eficiência comunicativa. Após essas explicações iniciais, o espectador já está mais familiarizado com a temática e relativamente ciente de sua importância. Assim, inicia-se uma encenação com o intuito de sensibilizá-lo ainda mais sobre o tópico.

A cena começa com uma pessoa ouvinte que, por estar com intensa dor de cabeça, caminha em direção à Unidade Básica de Saúde. Contudo, antes de entrar na referida unidade, o vídeo pausa, a cena

desfoca e aparece uma escrita na tela: “E se você parasse de ouvir agora?”. Logo em seguida, um som de estalido ocorre e, a partir desse momento, o vídeo não possui mais áudio e nem legendas.

Retoma-se a história, mas diferentemente do início, o paciente ouvinte é substituído por um paciente surdo e, é pelo ponto de vista dele que o vídeo prossegue seu curso. O paciente entra na unidade e pede ajuda, em Libras, para o profissional que o recebe naquele momento. No entanto, a mensagem não consegue ser entendida pelo colaborador, o qual tenta utilizar linguagem falada para se comunicar com o paciente que – por ser surdo – não consegue compreender. Essa tentativa de diálogo somente terá legendas nas falas em Libras, para que o espectador consiga viver – de certa forma – a angústia que a barreira comunicacional pode causar aos usuários surdos.

O vídeo, então, é pausado novamente. A imagem é desfocada e, na tela, aparece escrito: “Mas e se...”. Em seguida, o vídeo é rebobinado até o momento que o paciente entra na UBS e, desse momento em diante, a história segue um rumo diferente. O paciente entra na unidade e pede ajuda – em Libras – para o profissional que o recebe, que o responde utilizando a mesma linguagem de sinais, gerando um sentimento de alívio e acolhimento.

Com esse doce desfecho, finaliza-se a história e aparece na tela uma frase do filme *A chegada* (2016), com o intuito de levar o espectador a uma reflexão sobre a importância da comunicação: “A

língua é o alicerce da civilização, é a cola que une as pessoas”. Posteriormente à apresentação da frase, o narrador trará um pensamento que resume a intenção dessa reflexão e da história encenada, além de introduzir a próxima seção do vídeo: “Que melhor maneira de acolher do que unir, que melhor maneira de unir do que compreender o outro?”.

Assim, inicia-se a próxima seção dos vídeos, constituída pela demonstração de alguns sinais em Libras, feitas por pessoas vestidas com jalecos. Os sinais foram separados em seis grupos, para melhor entendimento do espectador:

Alfabeto manual e números;

Alfabeto de “A” a “Z”;

Números de “0” a “9”.

Saudações

Olá;

Bom dia/ Boa tarde / Boa noite;

Tchau.

Identificação

Nome;

Idade;

Onde mora?

Direções

Direita/ Esquerda;

Venha comigo;

Sala/ consultório.

Outros sinais úteis

Por favor;

Com licença;

Obrigado;

De nada;

Aguarde um pouco;

Posso ajudar?

Sente-se;

Deite-se;

Levante-se.

Sintomas

Dor;

Dor de cabeça;

Dor de dente;

Dor no corpo;

Vômito;

Diarreia;

Falta de ar;

Febre;

Tontura;

Alergia;

Tosse.

Por fim, apresentamos o encerramento do vídeo: “As mãos rompem o silêncio e fazem a comunicação de quem não ouve, mas vê, sente e se emociona”, seguida pelos símbolos do SUS do UniFOA.

Figura 4 – Storyboard cenas 1 a 6, 2022



Fonte: os autores

Figura 5 – Storyboard cenas 7 a 12, 2022



Fonte: os autores

Figura 6 – Storyboard cenas 13 a 17, 2022



Fonte: os autores

Relatos ouvidos em sala de aula e experiências pessoais de alguns integrantes do grupo permitiram a identificação dessa barreira comunicacional no acolhimento às pessoas surdas.

Um trabalho de faculdade que parecia comum como qualquer outro, mas que nos ensinou mais do que achávamos que aprenderíamos.

Fazer um projeto como esse, com pessoas que não estávamos acostumadas a trabalhar, dialogar e interagir, exigiu muito de nós, como: amadurecimento, entendimento de trabalho em equipe e organização. Assim, em pouco tempo, pudemos experienciar uma amostra do que será o mercado de trabalho, mesmo que de uma forma mais simples.

No primeiro dia, quando o tema do trabalho foi exposto, “Acolhimento na Atenção Primária”, e a nossa orientadora explicou como seria realizado

o projeto (precisaríamos encontrar um problema e depois criar um produto para resolvê-lo), várias ideias nos vieram à mente. O interessante dessa parte inicial foi observar como a experiência de vida de cada um influenciou na detecção de um problema e como nossa vivência dentro das UBS foram essenciais e nos motivaram para o trabalho.

Assim, vários temas foram idealizados até chegarmos ao tema selecionado: “Acolhimento da População Surda na Atenção Primária”, por votação. Então, após a seleção do tema, precisávamos formular o produto e, para isso, decidimos realizar um brainstorming, do mesmo modo que fizemos para a escolha do tema. Mais uma vez, várias ideias apareceram, desde utilização de intérpretes até propostas legislativas. Como gostamos de várias delas, decidimos que, para conseguirmos apresentá-las, precisaríamos dividir as propostas de acordo com o tempo que levariam para serem cumpridas. Assim, no dia dezoove de abril, apresentamos a nossa orientadora o tema escolhido e as seguintes propostas de produtos: (1) a curto prazo, poderia ser inserido um intérprete de Libras nas unidades de saúde, ao menos uma vez por semana; (2) a médio prazo, fornecer um curso de capacitação em Libras aos profissionais que trabalham nas unidades básicas e; (3) a longo prazo, inserir uma carga horária mínima obrigatória de Libras no ensino médio.

Após a apresentação, nossa orientadora nos deu dois pontos para ponderar: o primeiro, em relação ao trabalho em equipe, em que seria ouvi-

da a opinião de cada estudante sobre a própria participação e a contribuição dos outros integrantes do grupo. Apesar da ideia parecer simples, não é algo que estamos acostumados a fazer e, por isso, foi difícil. O segundo ponto estava relacionado à proposta do produto em si. O parecer da professora foi de que, embora as ideias fossem interessantes, ela gostaria que fizéssemos um produto que fosse produzido pelos discentes, para solucionar (ou ajudar a amenizar) um problema do sistema de saúde do país. Ficamos apreensivos com isso, pois todas as ideias que tivemos necessitariam de ser produzidas por órgãos governamentais e não acreditávamos – no princípio – que poderíamos executar algo bom o suficiente para resolver o problema proposto.

Contudo, assumimos o desafio e, após a aula, tivemos a ideia de um produto que poderíamos realizar: um vídeo com dois objetivos principais: sensibilizar os profissionais da UBS sobre o acolhimento de pessoas surdas em Libras e demonstrar alguns sinais em Libras, para incentivá-los a aprender a língua. Foi difícil, trabalhoso e bem desafiador, mas o grupo, com muita coragem, abraçou a ideia e passamos a desenvolver o produto. Durante as reuniões seguintes, percebemos que, apesar de sermos bem diferentes na forma de agir, falar, interagir e trabalhar, conseguíamos trabalhar bem em equipe.

Com o produto definido, começamos a esboçar como ele seria realizado e, inevitavelmente, alguns conceitos que deveríamos defi-

nir e questões que precisaríamos decidir antes de aprofundarmos mais na construção do produto. São eles: qual definição de surdo e o porquê da importância do acolhimento em Libras.

Em seguida, já com essas definições, conseguimos delinear o que deveríamos inserir no vídeo.

Na parte de sensibilização, pensamos em fazer com que o espectador vivenciasse – o mais próximo possível – o acolhimento, pelo ponto de vista de uma pessoa surda. Para tanto, decidimos realizar uma encenação de como seria uma pessoa surda tentando se comunicar na UBS, para que o espectador pudesse compreender melhor como é a realidade desses pacientes e ficasse mais propenso a se sensibilizar com sua situação.

Já a parte de demonstração dos sinais, foi um pouco mais delicada, tanto no sentido de delimitação da quantidade de sinais, quanto na decisão de quais sinais seriam demonstrados. Essa preocupação nos levou a refletir sobre a quantidade de sinais seria adequada para demonstrar um contexto comunicacional abrangente, sem que isso fosse cansativo para o espectador. Com o intuito de resolver tal situação, pesquisamos como funciona o acolhimento na Unidade Básica de Saúde, sua rotina e quais são os serviços ofertados. Assim, desenvolvemos sete questões orientadoras para decidirmos quais sinais seriam apresentados. São elas:

- a) Quais os sinais relacionados aos cumprimentos (boas-vindas)?

- b) Quais os sinais relacionados à identificação do paciente?
- c) Quais os sinais relacionados às respostas da identificação?
- d) Quais os sinais relacionados aos serviços oferecidos na unidade?
- e) Como os profissionais indicariam as direções para os pacientes?
- f) Quais os sinais relacionados a sintomas que comumente são descritos pelos pacientes?
- g) Quais os sinais relacionados às boas maneiras?

Com o esboço do que queríamos realizar, precisávamos começar a dar forma ao nosso produto. Optamos por montar um storyboard (figuras 4, 5 e 6), para que a visualização do vídeo facilitasse a compreensão, o que foi essencial para a boa organização do vídeo, pois detectamos – imediatamente – duas questões.

A primeira foi que não havia nada antes que introduzisse o espectador ao tema, para que ele não se deparasse com um vídeo sem conhecer sua motivação. Em vista disso, decidimos que apresentar a importância da utilização de Libras para o acolhimento de pessoas surdas e a definição de surdo, logo no início, seria uma maneira interessante e eficaz de introduzir o espectador ao tema e torná-lo mais sensibilizado ao restante do conteúdo do vídeo.

A segunda questão estava relacionada aos sinais, pois não sabíamos como apresentá-los no vídeo, sem que ficasse confuso para o espec-

tador. Então, utilizando como base as perguntas orientadoras para a escolha dos sinais e elaboramos sete categorias para os agrupar. São elas: (1) alfabeto manual e números, (2) saudações, (3) identificação, (4) serviços na unidade, (5) direções, (6) outros sinais úteis e (7) sintomas.

Assim, conseguimos montar o storyboard completo do nosso vídeo, que chamamos de “Um jeito diferente de ouvir” e conseguimos chegar à apresentação final (figuras) da melhor forma possível.

Além de fazer o storyboard, fizemos também uma amostra do vídeo (da parte da demonstração dos sinais) com narração do Wellington, integrante do grupo. Contamos com a participação também nos vídeos das discentes demonstrando os sinais, Maria Eduarda e Débora, além da edição da Gabriela.

E o nosso sonho é que possamos realmente fazer esse trabalho sair do papel, fazermos o vídeo, transformar em um projeto de extensão e ajudar a população surda a ser mais bem acolhida nas UBS.

Consideramos que a experiência foi enriquecedora não só a respeito de conhecimento sobre Libras, a comunidade surda e seu acolhimento na UBS, mas também a respeito do próprio SUS. Isso ocorreu, pois durante o trabalho foi necessário pesquisar sobre os profissionais que compõem a equipe da UBS, como também sobre os serviços fornecidos nessas unidades.

No trabalho, também pudemos contar com a ajuda da professora de Libras, que a todo momento, esteve disposta a nos aju-

dar nos aspectos técnicos da linguagem de sinais, nos incentivando na realização do projeto.

A iniciativa de fazer os alunos de medicina do 2º módulo pensarem sobre inclusão, atenção primária e acolhimento é indispensável, pois é o que vai fazer a diferença quando nos formarmos. Tudo isso faz parte do processo de humanização. Agradecemos ao UniFOA e a nossa orientadora pela preocupação em nos preparar para a vida.

Referências

A CHEGADA. **Direção de Denis Villeneuve. Estados Unidos da América:** Paramount Pictures, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde de A a Z.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 18 abr. 2022.

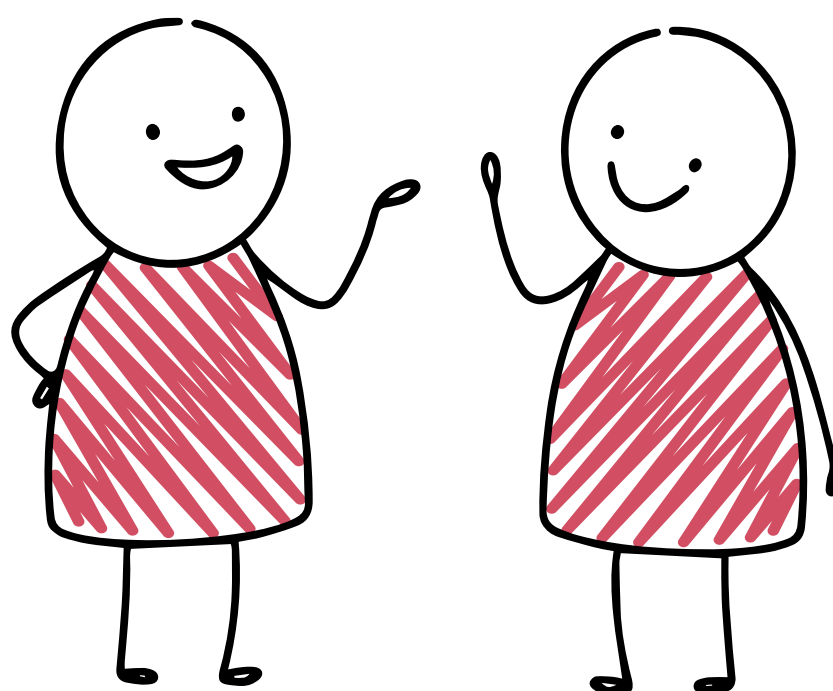
SECRETARIA DE JUSTIÇA, FAMÍLIA E TRABALHO, PARANÁ. **Deficiência Auditiva.** Disponível em: <https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Deficiencia-Auditiva> Acesso em: 20 abr. 2022

TEDESCO, JANAINA DOS REIS; JUNGES, JOSÉ ROQUE. **Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n.8, p. 1685-1689, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a21.pdf>.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Surdo(a)**, artigo 2º do Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/surdo-a>. Acesso em: 15 abr. 2022

CAPÍTULO 5

ACOLHECAST – ACOLHENDO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



Alice Lopes Prado dos Santos

Beatriz Cristina Silva dos Reis

Daniel José Moreira de Barros Machado

Flávia Borges Pires

Isabella Rosario Marcondes

Lara Diniz Salviano

Maria Eduarda Feijolo Gracioso

Victor Pires Faria

Claudia Yamada Utagawa

ACOLHIMENTO A PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA

Figura 1 – Apresentação final do grupo 2, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza

A Política Nacional de Humanização - PNH tem por objetivo melhorar a atenção e gestão do SUS. Nesse sentido, uma das suas diretrizes é

o acolhimento, uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde-doença e na responsabilização pela resolução, com compartilhamento de saberes.

Dentro da PNH, a classificação de risco acaba sendo um dispositivo de organização para oferecer um atendimento prioritário àqueles que mais necessitam no momento. Nesse critério, se enquadram pessoas em maior vulnerabilidade, que sofrem com a discriminação, e a não compreensão da realidade em que vivem, como, por exemplo, pessoas em situação de rua.

A definição de “pessoa em situação de rua”, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (ano) é

um grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem, em comum, a sobrevivência por meio de atividades desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular.

Projeto/Produto proposto

Acolhecast é o nome do nosso *Podcast* informativo que tem como objetivo sensibilizar os profissionais da saúde que têm, frequentemente, o primeiro contato com a população em situação de rua em Volta Redonda. É um produto destinado espe-

cificamente a profissionais da recepção e portaria, médicos e enfermeiros da rede de atenção primária.

Descrição do Produto

Trata-se de um *podcast*, cujo nome escolhido foi *Acolhecast*, dividido em quatro episódios: o primeiro episódio é introdutório e aborda assuntos como políticas sociais e centros de apoio para as pessoas em situação de rua; o segundo episódio é direcionado aos funcionários da recepção e portaria; o terceiro episódio é destinado a enfermeiros; o quarto e último episódio é direcionado aos médicos que atuam na rede de atenção primária (figura 2).

Para cada um dos episódios, foi construído um texto-base de autoria do próprio grupo, para guiar o áudio gravado. Os capítulos foram projetados com o objetivo de informar e sensibilizar sobre a importância do acolhimento humanizado pelos profissionais que têm o primeiro contato com a população em situação de rua, possibilitando que essa parcela social, tão vulnerável, tenha seus direitos assegurados (figura 3). O *podcast* foi publicado na plataforma *Spotify*. Para acessar o conteúdo, é necessário possuir um dispositivo (*smartfone*, computador) conectado à internet.

O grupo optou por utilizar um *QRcode*, capaz de direcionar os usuários para a plataforma *Spotify*. Depois de muita discussão, concluímos que seria mais vantajoso para a propagação do nosso projeto, se existisse um meio palpável de disseminar o conteúdo e o *QRcode*. Então, criamos um *fôlder* para divulgar o produto.

O fôlder foi elaborado na plataforma digital *Canva*, contendo uma breve introdução sobre a população em situação de rua, a fim de inteirar o leitor sobre o assunto e direcioná-lo ao *podcast*. O fôlder foi desenvolvido para que fosse o mais atrativo possível, com letras grandes, cores e pictogramas. Nele, foram inseridas as instruções de como fazer a leitura do *QRcode* e acessar o *podcast* (figura 4).

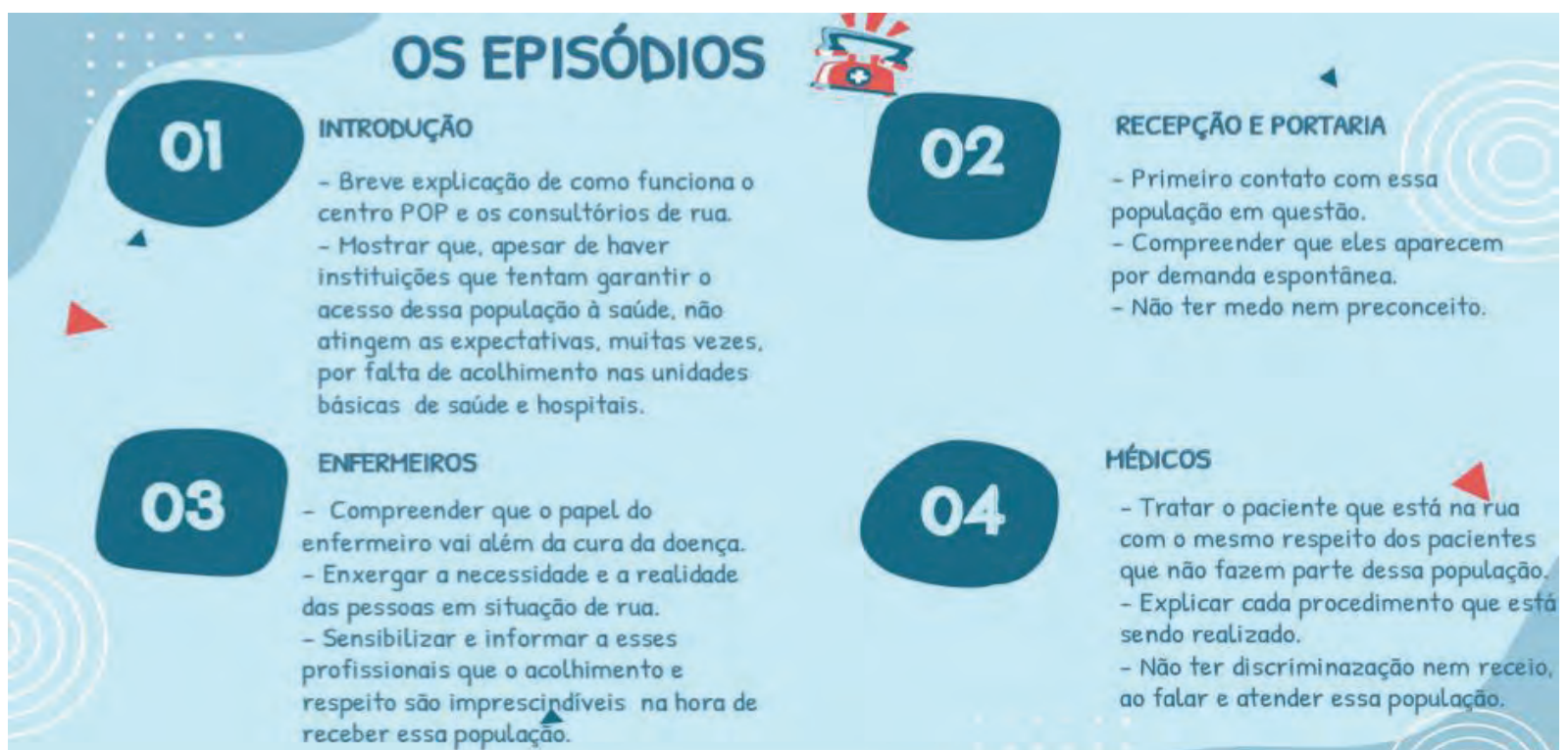
Episódios do *podcast*

- **Episódio 1-** Introdução e problematização do acolhimento de pessoas em situação de rua: contém uma breve explicação sobre o Centro POP e os Consultórios de Rua, com dados que comprovam que, apesar de haver instituições que tentam garantir o acesso à saúde dessa população, não atingem as expectativas, principalmente, devido ao acolhimento defasado.
- **Episódio 2-** Acolhimento de pessoas em situação de rua pelos porteiros e recepcionistas: aborda a importância do tratamento humanizado à população em situação de rua, principalmente porque são esses funcionários que têm, em geral, o primeiro contato com o paciente, tanto em UBS quanto em Unidades de Emergências.
- **Episódio 3-** Acolhimento de pessoas em situação de rua por enfermeiros: aborda a importância de enxergar não apenas a doença do paciente, e sim a pessoa

como um todo, assistindo-o de forma integral. Tem também a finalidade de sensibilizar esse grupo de colaboradores para o acolhimento no momento da triagem.

- **Episódio 4-** Acolhimento de pessoas em situação de rua por médicos: o conteúdo fala sobre respeito ao paciente, evitando discriminação de qualquer natureza.


Figura 2 – Slide de apresentação dos episódios



Fonte: os autores

Figura 3 – Roteiro de construção do projeto

ACOLHIMENTO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



Proposta:

Utilização de uma série de episódios de *podcast* para sensibilizar profissionais da área da saúde acerca do acolhimento de pessoas em situação de rua no município de Volta Redonda. O *podcast* será divulgado por meio de um fôlder que será distribuído nas unidades básicas de saúde, UBSFs e hospitais públicos de Volta Redonda-RJ.

Etapas do projeto:

Etapa 1:

O primeiro passo foi compreender as variáveis que interferem no acolhimento desse público. Isso foi realizado através de pesquisa bibliográfica em bases de dados sobre a temática e através de uma entrevista com pessoas que estão em contato direto com essa população, como o Centro POP e voluntários que oferecem auxílio e atenção a esse público.

Etapa 2:

O segundo passo foi a elaboração do conteúdo que será abordado no *podcast*. Foi determinado que o *podcast* terá como **objetivo** sensibilizar os profissionais que mais estão em contato com essa população, portanto, serão criados episódios para os funcionários da portaria, recepção, enfermeiros e médicos. Além disso, o primeiro episódio vai introduzir o assunto, mostrando, sua relevância política social e também a respeito dos centros de apoio.

Etapa 3:

Ainda na etapa 2, foram criados o conteúdo dos episódios do *podcast*.

Episódio 1 - Introdução ao acolhimento de pessoas em situação de rua por profissionais da área da saúde.

Episódio 2- Acolhimento das pessoas em situação de rua pelos funcionários da recepção e portaria de hospitais e unidades básicas de saúde.

Episódio 3- Acolhimento das pessoas em situação de rua por enfermeiros(as).

Episódio 4- Acolhimento das pessoas em situação de rua por médicos.

Etapa 3:

Gravação do conteúdo redigido para os episódios pelos membros do grupo, utilizando um celular. As gravações serão baixadas para um canal da plataforma "Spotify", que será renomeada com o título "Acolhecast", assim como cada áudio, será intitulado com o termos descritos na etapa anterior. Será gerado um link para acessar os *podcasts* e esse será disponibilizado no fôlder.

Etapa 4:

Elaboração do fôlder, contendo uma breve introdução sobre o assunto e disponibilização do link do canal do *podcast*, sendo que esse link também será disponibilizado na forma de QR Code.

Fonte: os autores

Figura 4 – Apresentação do projeto



ACOLHIMENTO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Quem são as pessoas em situação de rua?

São pessoas que sobrevivem e desenvolvem suas atividades nas ruas, apresentam vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e não referência de moradia regular.

O número de pessoas em situação de rua no Brasil cresceu 140% entre 2012 e março de 2020, chegando a quase 222 mil pessoas.

O acesso dessa população aos serviços de saúde é desafiador devido à invisibilidade desse público por grande parte da sociedade e, principalmente, pelos preconceitos e estigmas que a cercam.

Dessa forma, se torna fundamental **sensibilizar os profissionais de saúde** sobre a situação desse grupo e erradicar qualquer impasse que possa comprometer seu acolhimento.

Sobre o AcolheCast

Com o objetivo de melhorar o acolhimento, foi desenvolvido o ACOLHECAST, que consiste em um compilado de episódios de áudios gravados, de poucos minutos com tópicos que visam auxiliar o acolhimento efetivo entre diversos profissionais, fornecendo dicas para um atendimento mais humanizado e efetivo a esse grupo.

Como acessar o AcolheCast?



Para acessar o QR Code:

- 1- Entre no aplicativo "câmera" do seu eletrônico.
- 2- Aponte a câmera para o QR code.
- 3- Toque no *link* que aparecerá na tela e você será direcionado para o *Podcast*.

Caso não consiga acessar pelo QR Code, acesse a plataforma do Spotify e busque pelo "AcolheCast".

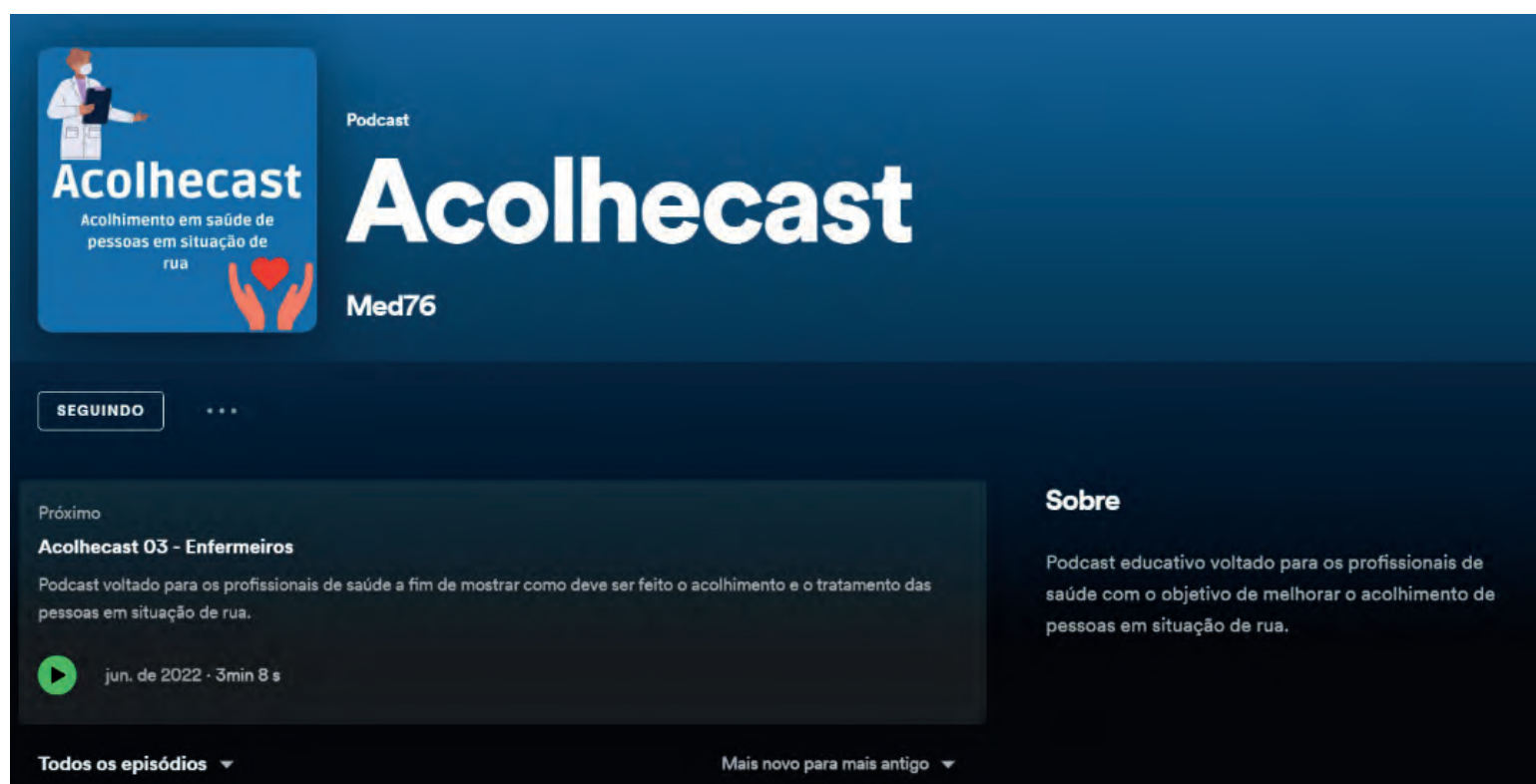
Fonte: os autores

Acesso o link do QRCode:



https://open.spotify.com/show/26GiUvSDvLW2kphqP1bYJ?si=-DL93xd7nRp-plGqbsnrfuA&utm_source=whatsapp

Figura 5 – Acolhecast no Spotify



Fonte: os autores

Relato da experiência

Com o desenvolvimento e a urbanização no séc. XX, a desigualdade se enraizou na sociedade, gerando situações de pobreza, desemprego e vulnerabilidade. Os números são crescentes, de acordo com as pesquisas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Como consequência desse crescimento, o grupo escolheu abordar no projeto o acolhimento à população em situação de rua, por ser uma parcela social de risco que convive e sobrevive a inúmeros agravos à saúde e em situação de vulnerabilidade, em diversos âmbitos.

Na segunda etapa de produção do nosso projeto, buscamos fontes embasadas de pesquisa que pudessem nos guiar até o real problema do acolhimento à população de rua, no que se re-

fere à saúde. Consultamos fontes bibliográficas, realizamos visitas ao Centro Pop e entrevistas a voluntários de projetos sociais. Concluímos que as duas grandes dificuldades para que o acolhimento humanizado dessa população ocorresse de maneira plena era a defasagem de uma política transversal que contemplasse as diferentes necessidades e também a falta de sensibilização, compreensão e respeito de alguns profissionais de saúde para com as pessoas em situação de rua. Portanto, definimos que o público-alvo do nosso projeto seriam os profissionais da saúde, que têm o primeiro contato com essa população.

A terceira etapa do nosso projeto era determinar qual seria a proposta de produto para que mudássemos o cenário do acolhimento na saúde. Devido à extrema globalização presente no mundo contemporâneo, chegamos ao consenso de que um *podcast* informativo seria o ideal. Essa ferramenta consiste em um programa de áudio dividido em episódios (figura 5). O ouvinte pode escutá-los na hora que desejar, garantindo flexibilidade em um mundo onde a grande massa não tem disponibilidade para adquirir informação da maneira tradicional.

PODCAST:

- Baixo custo;
- Amplo acesso;
- Não necessita de um conhecimento técnico avançado;

- Grande potência no processo de ensino;
- Flexibilidade espacial e temporal;
- Maior dinamização no processo de aprendizagem.

Acolhecast foi o nome escolhido para o nosso produto. Selecionamos os assuntos mais pertinentes, pesquisamos sobre eles e, após muita discussão, determinamos que criaríamos um episódio introdutório, apresentando assuntos de relevância, como políticas sociais, centros de apoio e leis sobre a obrigatoriedade do atendimento humanizado; o segundo episódio seria direcionado aos funcionários da portaria e recepção das unidades básicas de saúde; o terceiro episódio, para os enfermeiros; e o quarto episódio, apenas para os médicos.

Debruçados no projeto, decidimos concretizá-lo de fato, gravando os episódios do *podcast*, com base em um texto de apoio de própria autoria do grupo. Optamos por divulgar o *podcast* por meio de um *QRcode* (um código de barras), a fim de facilitar a propagação. Inferimos que seria mais eficaz para a disseminação, se utilizássemos um meio palpável que transportasse nosso *QRcode*, portanto aderimos ao fôlder como subproduto; que, por ser um impresso de pequeno porte, mesmo apresentando um conteúdo informativo, se torna atrativo e acessível.

No entanto, nos deparamos com alguns embates, como a diversidade de habilidade para lidar com a tecnologia e a desigualdade socioeco-

nômica. Com a evolução tecnológica do mundo moderno, mecanismos facilitadores são desenvolvidos a todo o momento. O *QRcode* é um deles, uma novidade tecnológica capaz de transferir as pessoas de um lugar a outro dentro do mundo virtual. Todavia, sabemos que a acessibilidade tecnológica ainda não foi alcançada por todos, portanto, para ampliar a possibilidade de acesso ao *QRcode*, inserimos, de maneira clara e simples, as instruções sobre a utilização desse mecanismo no próprio fôlder. Com a elevada desigualdade socioeconômica presente no atual cenário nacional, nos questionamos sobre a não possibilidade de alcance deste conteúdo informativo por funcionários detentores de um menor poder aquisitivo, uma vez que é necessário um dispositivo eletrônico com acesso à internet.

USO DE FÔLDERES PARA DIVULGAÇÃO DO PODCAST

- Fonte criativa de informações;
- Melhor e mais objetiva compreensão;
- Prende a atenção;
- Aprendizado contínuo.

A participação neste projeto foi enriquecedora para todos os participantes em variados aspectos, principalmente no que tange ao conhecimento profissional e o crescimento pessoal. A realização do projeto, a busca ativa por mais informações sobre essa parcela da popu-

lação nos mostrou uma realidade que era desconhecida por grande parte dos integrantes. Tivemos a oportunidade de aprender sobre inúmeras variáveis que cercam essa população, como:

- Os motivos que levam esses indivíduos a estarem em situação de rua;
- Os principais riscos aos quais estão expostos;
- As doenças e agravos de saúde que mais afetam essa população;
- Sobre os empecilhos enfrentados para ter acesso aos serviços de saúde;
- Políticas públicas criadas direcionadas ao atendimento dessa população.

Além do conhecimento científico, tivemos a oportunidade de crescer pessoalmente e aprimorar nossas relações, visto que houve troca de saberes e experiências entre os integrantes para o delineamento e aprimoramento do projeto. Dessa forma, a elaboração deste trabalho contribuiu em grande parte para a nossa formação profissional como também para a pessoal, despertando um interesse expressivo em tentar combater os obstáculos que essa população enfrenta para alcançar um atendimento humanizado, efetivo e de qualidade (figura). Acreditamos que podemos colaborar para que isso se torne realidade através da execução do nosso projeto.

Referências

ASSIS, P.; SALVES, D.; GUANABARA, G. **O podcast no Brasil e no mundo: democracia, comunicação e tecnologia.** Simpósio Nacional ABCiber, v. 4, p. 1-15, 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria de Direitos Humanos e Instituto de Desenvolvimento Sustentável. **Primeira Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua.** Brasília, 2011.

BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde:** a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS.** 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288. Acesso em: 04 mar. 2022

BRASIL. **Consultório na Rua.** Portal da secretaria de atenção primária à saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>. Acesso em: 20 maio 2022.

GOMES, R.M.C.M. *et al.* **Café com Saúde: Podcast como Ferramenta de Ensino nos Cursos de Saúde.** In: Anais do IV Congresso sobre Tecnologias na Educação. SBC, 2019. p. 155- 163.

LUIZ, L.; ASSIS, P. **O Podcast no Brasil e no Mundo: um caminho para a distribuição de mídias digitais.** In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2010. p. 1-15.

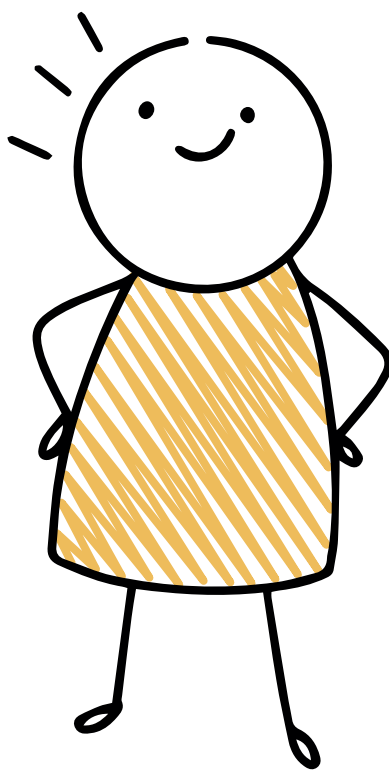
NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020).** In: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). 2020. p. 13-13.

PAIVA, I. K, S. et al. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

RODRIGUES, M. A. N. **Estratégias de leitura aplicadas ao gênero folder.** # Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia, v. 3, n. 2, 2014.

CAPÍTULO 6

TRANSFORMAR O MUNDO POR RESPEITO



Ana Clara de Carvalho Vilela
Giovanna Monteiro de Barros Martins
João Victor Silva Arantes
Marcelle Monteiro Saléh
Naara de Paula Rocha
Paula Cassila Rios da Silveira
Thamiris Linhares Marques
Thayla Mascarenhas Pelayo
Claudia Yamada Utagawa

ACOLHIMENTO A PESSOAS TRANSEXUAIS

Figura 1 - Apresentação final do grupo 3, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza.

No tocante à atenção de saúde das pessoas transexuais e travestis, nosso grupo notou certa precariedade, tanto no acompanhamento desses pacientes quanto no acolhimento ofertado nas UBS, *lócus* diário de prática estudantil. Através de ponderações e pesquisas pertinentes ao tema, foi possível elaborar discussões e possíveis causas para tais falhas, como: inaptidão da equipe sobre a temática, percepções pessoais ou de cunho moral/religioso sobre questões de gênero e abordagem generalizada aos pacientes.

De maneira geral, evidenciamos a falta de vínculo médico-paciente, com esse público, principalmente em virtude da deficiência no acolhimento inicial. E essa situação leva ao afastamento/resistência da pessoa transexual em buscar os serviços de saúde disponíveis, acarretando negligência de sua saúde e da não-adesão ao tratamento médico necessário.

A discriminação sofrida pelas pessoas transexuais é evidenciada, também, através do desrespeito ao seu nome social, que acontece, principalmente, no momento de primeiro contato com a unidade de saúde, ou seja, na recepção (momento inicial de coleta de dados do paciente). Outra dificuldade enfrentada pelas pessoas transgênero é a falta de acolhimento por parte do próprio profissional de saúde, que trata como patologia a questão e desconhece os termos e formas de tratamento adequados, em relação à identidade de gênero do paciente.

Todas essas questões, abordadas em nosso trabalho, foram queixas recorrentes trazidas por pacientes transexuais, que relataram seus pontos de vista em artigos sobre a temática e uma pesquisa de opinião, levantada por nosso grupo. E, portanto, devem ser enfrentadas como um problema emergencial a ser superado por todos os profissionais da saúde pública.

Cumpre salientar que, embora almejássemos atingir toda a equipe de saúde da Atenção Primária, de forma específica, escolhemos como público-alvo os recepcionistas e/ou aqueles que cumprem funções similares dentro da UBS. Tal escolha tem como foco e razão a importância de se garantir o acolhimento humanizado, ao longo de todo o processo de atendimento, o que somente é possível se, desde o primeiro contato, tal premissa for verdadeira.

Projeto/Produto proposto

Criamos um pôster explicativo/informativo, a fim de corroborar com a construção de um atendimento humanizado e adequado às pessoas transexuais. O nosso intuito é melhorar e ampliar o vínculo entre a UBS e a população transexual, através de uma maior capacitação da equipe de saúde, em especial, os profissionais que trabalham recepcionando a comunidade local.

Descrição do Produto

O produto proposto para a conscientização do nosso público-alvo (recepcionistas) foi um pôster informativo, disponibilizado de forma impressa e colorida. Em nosso pôster, prezamos pelo uso

da linguagem simples e objetiva, o que nos possibilitou criar um conteúdo de fácil compreensão e acessível a diferentes níveis de escolaridade.

O produto proposto conta com apenas uma folha, frente e verso, com dobraduras que o separam em seis partes que abordam os tópicos descritos a seguir. Na parte um, trabalhamos com uma frase de impacto, que representa a forma empática que gostaríamos de tratar o tema, qual seja, *Transformar o mundo por respeito*; na parte dois, discorreremos sobre orientações para o atendimento de pessoas transexuais e travestis, explicando a diferença de expressão e identidade de gênero e exemplificamos, de forma didática, o que é o nome social e quem o utiliza; na parte três, utilizamos um símbolo de inclusão a toda população transgênero e discorreremos, de forma sucinta, sobre o respeito ser um valor indissociável ao tratamento humanizado (figura 2); na parte quatro, abordamos os direitos, respaldados por lei, deste público e, ainda, o pronome correto usado caso a caso; na parte cinco e seis, verso do pôster, organizamos de forma a disponibilizar o uso de *QR Code*, para que o leitor interessado possa obter mais informações sobre o tema proposto, que o direciona à cartilha do Ministério Público sobre Transsexualidade e Travestilidade na Saúde (figura 3).

Vale lembrar, ainda, que as cores escolhidas e as formas iconográficas e simbologias contidas no pôster foram pensadas em nossa temática, uma vez que a cor da bandeira que representa a comunidade transgênero consis-

te, justamente, em cinco faixas horizontais: duas azuis claras, duas rosas e uma branca no centro, cores utilizadas ao longo de todo o trabalho.

Dessa forma, nosso produto pretende trazer as informações pertinentes a um tratamento adequado a essa população, dentro da atenção primária, podendo, assim, fomentar a conscientização do acolhimento correto aos pacientes transexuais e travestis, por toda equipe de saúde. Assim, é possível fazer jus ao conceito de Integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde, permitindo que a saúde transcenda a prática meramente curativa e seja possível tratar o indivíduo como um todo, uma vez que o tratamento se dá de maneira individualizada e respeitosa.

Figura 2 – Fôlder Transformar o mundo por respeito



Fonte: os autores
Acesso ao QRCode:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf

Figura 3 – Conteúdo do pôster Transformar o mundo por respeito



Fonte: os autores

Relato da experiência

Chegamos na proposta do nosso trabalho e da escolha do tema, por meio de relato de experiência vivido por alguns participantes do grupo, em uma Unidade Básica da Saúde da Família, do município de Volta Redonda. O caso consistia em uma má abordagem, por parte da equipe de recepcionistas da Unidade, que se recusavam a utilizar o nome social da paciente transexual. Além do desrespeito ao direito da paciente em utilizar o nome

que melhor a define, a equipe de recepcionistas também ofertou tratamento vexatório, ao abordá-la com desdém diante de todos os pacientes que se encontravam no local. Segundo as informações da própria paciente, ela se sentiu profundamente constrangida e, ainda, revelou que a maneira desrespeitosa como foi recepcionada não teria sido a primeira vez, naquela Unidade de Saúde. Tal situação, obviamente, prejudicava sua frequência na Unidade, o que a fazia deixar de lado alguns tratamentos de grande importância para sua saúde.

Diante do caso, surgiu a ideia de desenvolvermos o projeto visando à saúde das pessoas transexuais e travestis, considerando também todas as discriminações sofridas por esse público. Para isso, nos debruçamos em artigos científicos sobre o tema e levantamos, com pessoas próximas, opiniões e novos relatos de experiências que pudesse enriquecer nossa pesquisa.

Inicialmente, foi difícil compreender quem de fato seria o público-alvo, visto que, por muitas vezes, confundimos o objetivo final do projeto, induzindo o produto ao erro. Entretanto, depois de nos encontrar com a orientadora do projeto, conseguimos compreender que o produto se destinava aqueles a quem gostaríamos de ofertar uma melhor capacitação profissional, no caso, a todos os recepcionistas que fazem o primeiro acolhimento dos usuários dos serviços de saúde. Com as novas orientações, o projeto tornou-se mais claro, sendo possível trabalhar em um produto objetivo e coerente com nossas aspirações.

A discussão e resolução de todos os problemas surgidos, ao longo do trabalho, foram realizadas em grupo. Não houve desavenças e agimos de acordo com a opinião do grupo, utilizando metodologias como: votação, discussão do ponto de vista e separação de tarefas. Nosso grupo, de maneira geral, agiu de forma objetiva e concisa, prezando pela entrega de cada etapa com excelência, tanto do ponto de vista da apresentação e exposição do trabalho para a classe, quanto pela busca de referencial bibliográfico que possibilitasse a construção de um produto robusto. A experiência foi muito importante para o grupo, pois, apesar de ser uma questão pouco abordada pela literatura médica, tem fundamental impacto na vida em sociedade e, especificamente, para nossas futuras condutas médicas.

Referências

ANGONESE, Monica; LAGO, Mara. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, p. 256-270, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html Acesso em 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Garantia da utilização do nome social para as pessoas Travestis e Transexuais**. Brasília, DF, 2016.

CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+**: práticas de cuidado transdisciplinar. Editora Manole, 2021.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019.

ROCON, Pablo Cardozo. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 8, p. 2517-2525, 2016.

SANTOS, Emerson. FEITOSA, Cleyton. 2017. Políticas Públicas LGBT e Construção Democrática no Brasil. Curitiba: Appris. **Revista Latinoamericana - Sexua-**

lidad, Salud y Sociedad. Rio de Janeiro, n. 32, p. 152-158, ago, 2019.

SOLKA, Anna Caroline; DE ANTONI, Clarissa. Homens trans: da invisibilidade à rede de atenção em saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 8, n.1, 2020.

UNAIDS. **Cartilha de Saúde LGBTI+**: Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19. Brasília – DF, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. **Cartilha nacional de serviços públicos de saúde para a pessoa trans**. Rede de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. Bahia: Itabuna, 2021.

CAPÍTULO 7

VOCÊ SABERIA ACOLHER UM INDÍGENA NA CONSULTA MÉDICA?



Carolina Kristoschek Mayer

Davi Bernardo Alves Campissi de Souza

Georges Marcel Canavese

Guilherme de Mesquita Rodrigues Figueiredo

Ivan Paes Almada Andrade

Marcela de Almeida Santos Ferreira

Maria Eduarda Lopes Pinella

Raíssa Cruz Maia

Claudia Yamada Utagawa

ACOLHIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA

Figura 1 - Apresentação final do grupo 4, 2022



Fonte: Arquivo de Victória Barboza

O problema principal que motiva a escolha pelo tema é o preconceito ainda existente entre profissionais da saúde em relação à população indígena, de forma a dificultar o atendimento.

Por meio de discussões em grupo e analisando as propostas e sugestões de outros colegas durante a dinâmica da atividade do PjBL, decidimos que temas relacionados à população indígena eram pouco debatidos entre os estudantes de medicina. Então, para quebrar esse paradigma, focamos o trabalho para conscientização em relação ao atendimento de grupos indígenas.

Tal motivação partiu da leitura, durante as pesquisas, de um protesto veiculado no *Instagram* de uma indígena pataxó, respondendo a um questionamento de uma componente do grupo sobre qual seria sua principal crítica ao atendimento nos postos de saúde. Em sua resposta, a crítica principal foi o desrespeito à sua cultura na abordagem inicial, gerando, como consequência, um despreparo da grande maioria dos médicos na atenção primária.

O objetivo do nosso projeto foi, então, propor uma abordagem que minimizasse o estigma e o preconceito presentes no atendimento e no tratamento a indígenas, visando educar, principalmente, os futuros médicos no aprimoramento da relação médico-paciente (figuras 3 a 7).

Projeto/Produto proposto

Elaboramos, como produto principal uma cartilha disponível em formato digital (acesso via *QR Code*), com possibilidade também de ser

impresa. Além disso, como subproduto, para maior visibilidade e objetivando reforçar o produto principal, realizamos postagens quinzenais no *Instagram* através da página da turma (@medvr76), entre os meses de junho e julho de 2022. O intuito foi divulgar e instruir o estudante de medicina na atenção primária nos seguintes tópicos: dificuldade de atendimento ao indígena, preconceito linguístico e respeito à cultura.

Descrição do Produto

Na cartilha, optamos por fazer algo que não fosse muito extenso, de forma que os estudantes pudessem ler em menos de cinco minutos, com acesso pelo *smartphone*, de maneira simples e clara. Acreditamos que atingimos esse objetivo.

A cartilha tem dez páginas (figura 2 e 3), sendo seis páginas de conteúdo propriamente dito. Optamos por usar, em todas as páginas, um mapa do Brasil com a imagem de um cacique em um fundo de cor amarela, pois tal cor refere-se à identidade indígena em grande parte de suas pinturas corporais, fazendo alusão à argila amarela.

Após a capa, há a identificação de todos os componentes, bem como o nome da professora orientadora, seguido pelo sumário e tópicos abordados.

Na primeira página de conteúdo, abordamos o preconceito linguístico, a partir de um dado do IBGE em destaque, inserido numa espécie de *post it*: “Segundo dados do IBGE, existem mais de 300 etnias indígenas, com mais de 270 línguas distintas”.

Sabe-se que, no Brasil, existem diversos povos

indígenas, cada um com sua singularidade. Nesse contexto, os nativos praticam diversas línguas, fazendo com que a comunicação durante a consulta venha a ser um possível entrave. Ainda nesse tópico, mas na página seguinte, elaboramos um glosário para apresentar aos colegas alguns dos termos pejorativos usados por muitas pessoas, como “índio” e “tribo”. O termo “índio” reforça que os povos indígenas são selvagens, fortalecendo o etnocentrismo e ideias coloniais. A partir dessa premissa, devemos optar pelo termo “povos indígenas”; já o termo “tribo” faz alusão a algo primitivo, que necessita de uma civilização para se manter íntegro, devendo, assim, ser usado, de maneira correta, os termos “aldeia” ou “comunidade indígena”. Também trouxemos a diferença entre “pajé” e “cacique”, valorizando a real importância dos termos corretos para a comunidade, a saber: Segundo o Moderno Dicionário de Língua Portuguesa – Michaelis, “Cacique” é o chefe político e administrativo da aldeia; e “Pajé” é a liderança espiritual que exerce a função de curandeiro e conselheiro. Pajé e Xamã, na prática, realizam a mesma função.

Seguindo, na sexta página, aborda-se o respeito à cultura. Nosso objetivo foi reforçar que os futuros profissionais da saúde devem considerar o conhecimento da medicina indígena e dar um atendimento diferencial, baseando-se no respeito cultural aos povos indígenas. Devemos lembrar que os povos indígenas têm concepções distintas acerca de saúde, doença e morte. Com isso, é imprescindível um diálogo

go do profissional da saúde com o paciente indígena, sempre buscando a sincronia de pensamentos para alcançar um bom atendimento.

Ainda no respeito à cultura indígena, optamos por inserir, na página seguinte, a brilhante frase da Sofia Mendonça, a então coordenadora do projeto Xingu. Encerramos nosso trabalho com essa citação, apresentando-a projetada no quadro da sala, durante a apresentação. Abaixo da citação, inserimos um *QR Code* para acessar o PNASPI (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas).

Encerrando a cartilha, nas páginas oito e nove, abordamos a dificuldade de atendimento, uma vez que a maior parte das aldeias indígenas se encontram geograficamente distantes da área urbana, tornando difícil o acesso das pessoas às unidades de saúde. O profissional da saúde deve respeitar a cultura e os costumes da população indígena, buscando a integração da medicina indígena com a medicina ocidental. Para os profissionais que atuam na saúde indígena, a disponibilidade de dialogar é uma das habilidades mais importantes a serem construídas e exercitadas. O médico deve também integrar ao atendimento o apoio do pajé e de outros membros da comunidade com formação da área de saúde, transmitindo, assim, maior segurança para o paciente e conferindo maior efetividade no atendimento.

Figura 2 – Apresentação da cartilha Atenção Básica voltada aos povos indígenas para estudantes de medicina



Fonte: os autores

Acesso ao link do QRCode:



https://www.canva.com/design/DAFBd974kVv/vJEHEEG19U5EDehJdZz33Q/edit?utm_content=DAFBd974kVv&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Figura 3– QR Code da cartilha Atenção básica voltada aos povos indígenas para estudantes de medicina



Fonte: os autores

Acesso ao link do QRCode:



https://www.canva.com/design/DAFBd974kVv/vJEHEEG19U5EDehJdZz33Q/edit?utm_content=DAFBd974kVv&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Figura 4 – Apresentação do conteúdo da cartilha



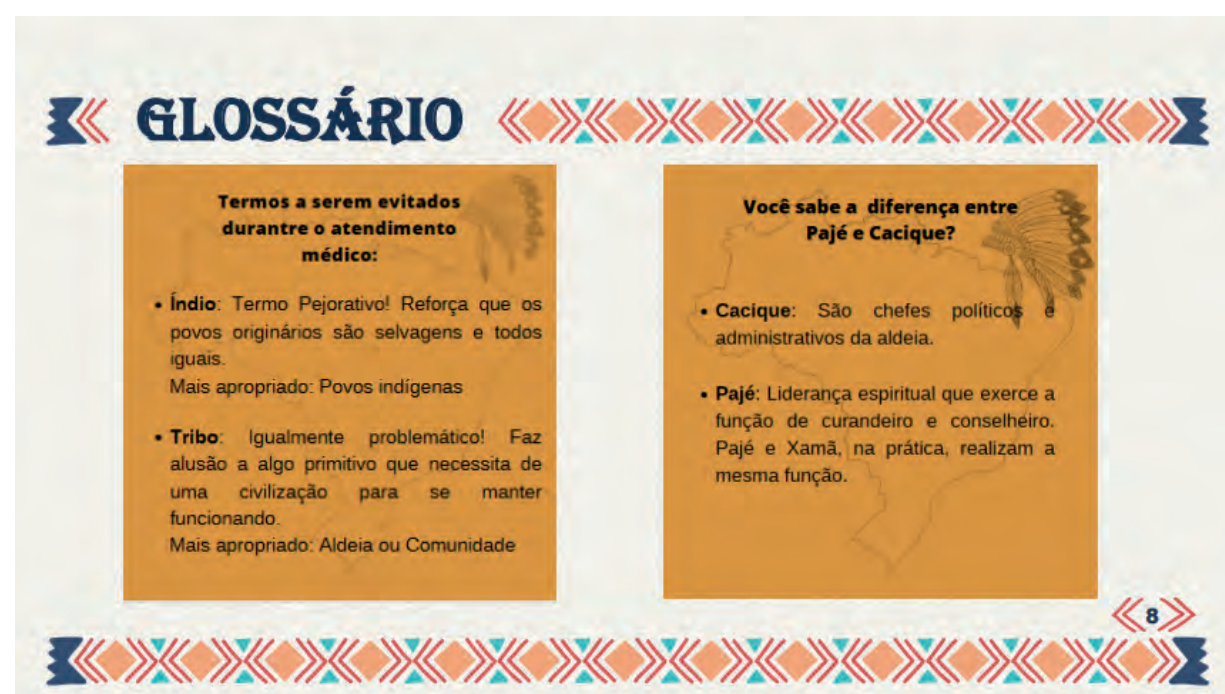
Fonte: os autores

Figura 5 - Apresentação do conteúdo da cartilha



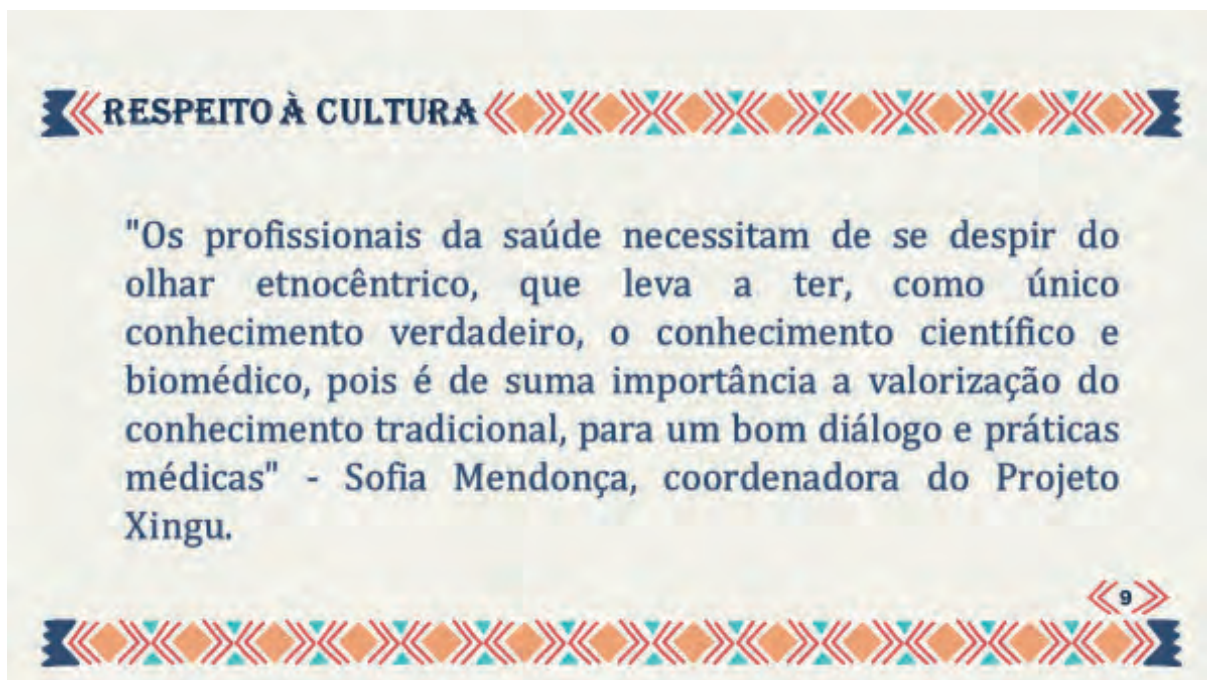
Fonte: os autores

Figura 6 - Apresentação do conteúdo da cartilha: Glossário



Fonte: os autores

Figura 7 - Apresentação do conteúdo da cartilha: respeito à cultura



Fonte: os autores

Figura 8 – Postagens no Instagram



Fonte: os autores

Relato da experiência

Quando definimos o público-alvo com o qual trabalharíamos no projeto, tivemos, como principal desafio, para quem apresentaríamos nossa proposta, pois, na nossa região, não encontramos comumente indígenas nas UBSF. O ponto-chave foi entender quão extensa é nossa área de atividade e, posteriormente, auxiliar

algum estudante que lesse a cartilha e precisasse utilizá-la futuramente, para se atentar às necessidades de um povo culturalmente distinto.

Mesmo sendo um grupo que nunca nos deparamos, concluímos que seria interessante estudar sobre a necessidades de se preparar e se conscientizar para um eventual atendimento a essa população, uma vez que vivemos no Brasil, um país que tem, por origem, populações indígenas. Todavia, tivemos algumas dificuldades para definir o público-alvo para o material educacional que seria confeccionado, e ficamos em dúvidas se englobaríamos todos os profissionais da saúde ou alguma categoria em específico. Diante desse impasse, em uma das primeiras apresentações para a turma, muitas dúvidas ficaram pairando sobre a classe. Afinal, para quem é o projeto? Dessa forma, a professora orientadora sugeriu que o público-alvo fosse os estudantes de medicina, uma vez que, durante as discussões, percebeu-se o grande desconhecimento entre os alunos sobre o tema (figura 1).

A elaboração do projeto foi de grande aprendizado, pois o objeto principal acabou tornando-se o acolhimento, no primeiro atendimento, ao paciente indígena, alertando o estudante de medicina que existem diversas culturas e conceitos, além do difundido no mundo ocidental urbano, cabendo a eles conhecê-los e respeitá-los. Além disso, levá-lo a compreender que alguns termos pejorativos podem abalar a relação médico-paciente, devendo ser evitados, pois a comunicação adequada valoriza o paciente indígena.

Referências

ARAÚJO, Carla. **Saia da Bolha! Expressões relacionados a indígenas que NÃO devemos usar.** Instituto Identidades do Brasil, 2022. Disponível em: <https://simaigualdaderacial.com.br/site/saia-da-bolha-expressoes-relacionados-a-indigenas-que-nao-devemos-usar/>. Acesso em: 03 maio 2022.

AZEVEDO, Roanna. **Índios ou indígenas: qual a maneira correta de se referir aos povos originários e por quê.** Hypeness, 2022. Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2022/02/indios-ou-indigenas-qual-a-maneira-correta-de-se-referir-aos-povos-originarios-e-porque/>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

MENDONÇA, Sofia apud COCOLO, Ana Cristina. **Há 50 anos cuidando da saúde dos povos indígenas. Universidade Federal do Estado de São Paulo.** Disponível em: <https://www.unifesp.br/edicao-atual-entreteses/item/1913-ha-50-anos-cuidando-da-saude-dos-povos-indigenas>. Acesso em: 04 maio 2022.

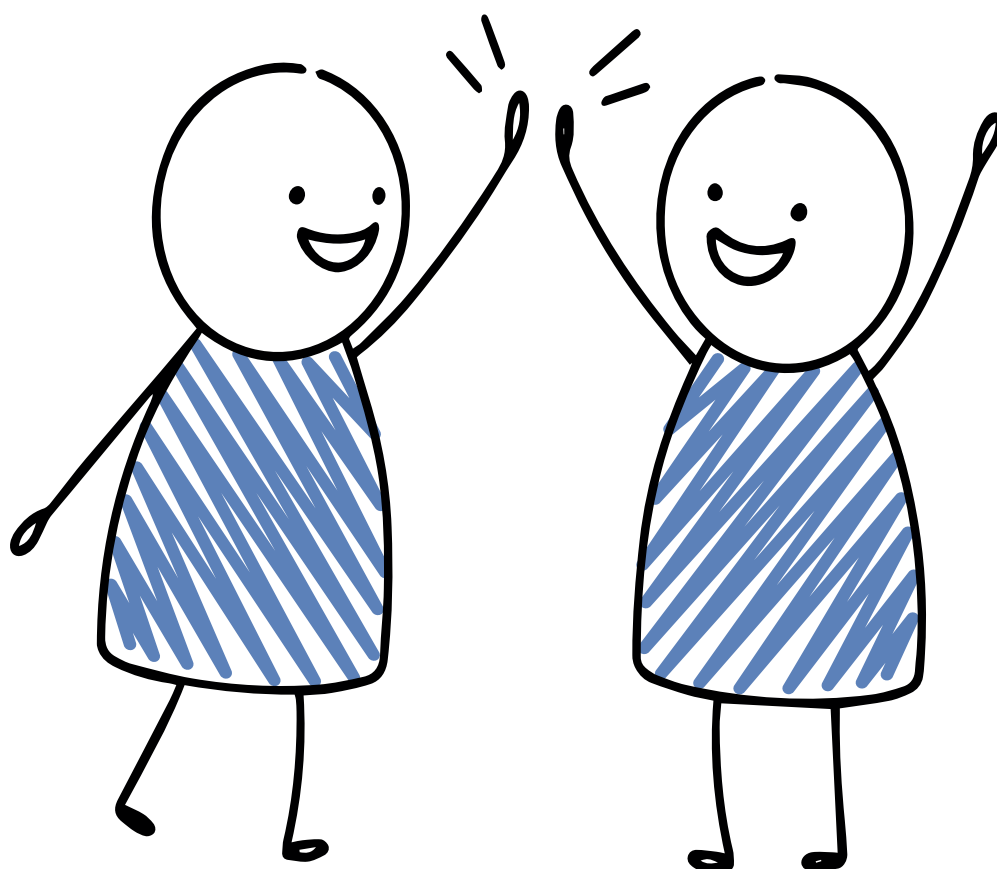
MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 1998. Dicionários Michaelis, 2260 p.

PEREIRA, Érica Ribeiro et al. **A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas.** Saúde Soc. São Paulo, v23. N. 3, p. 1077-1090, 2014.

SILVA, Edivania Cristina da Silva et al. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. **Revista Eletrônica Acervo Saúde. / Electronic Journal Collection Health.** Vol. 13. E 5431

CAPÍTULO 8

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA: DESVENDANDO ESSE QUEBRA- CABEÇA



Alício Michel De Almeida Lira Teixeira

Camila Midori Betsuyaku

Douglas Barros Corrêa

Izadora Garcias Araújo Abreu

Laís De Oliveira Marques

Renan Candreva Rizzo

Yasmin Marques Haddad

Claudia Yamada Utagawa

Luiz Antônio Neves

Cecília da Silva Pereira

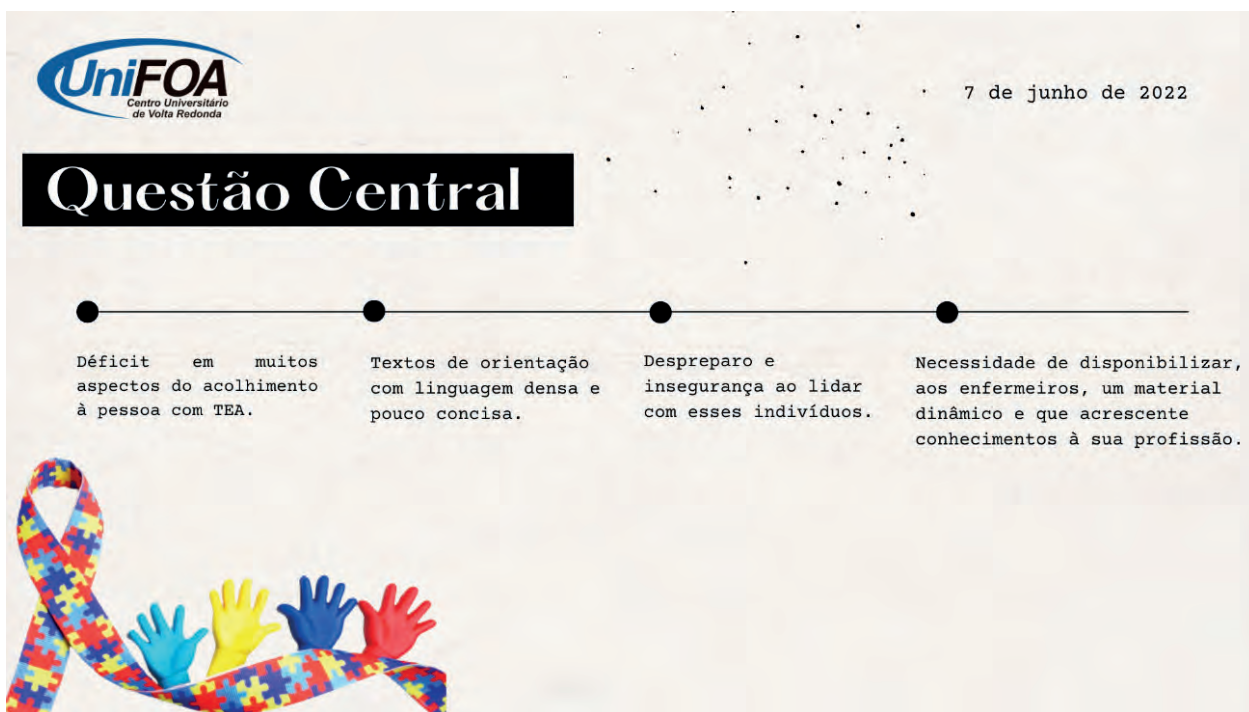
Acolhimento a pessoas com Transtorno de
Espectro Autista (TEA)

Figura 1 – Apresentação final do grupo 5, 2022



Fonte: Arquivo de Victória Barboza

Figura 2 - Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Figura 3 - Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Figura 4 - Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Descrição do Produto

A cartilha foi elaborada para ser a mais intuitiva e de fácil leitura possível, diagramada em uma folha A3, frente e verso, e com dobraduras, totalizando 16 páginas. Cada página simula uma peça de um quebra cabeça colorido, que é o símbolo do autismo, uma peça (página) se encaixando na outra, dobrado em formato de livreto.

Ao manusear a cartilha, o profissional de saúde pode observar na capa (figura 5) o tema do assunto abordado no produto e, na parte de trás o conteúdo e o referencial bibliográfico consultado.

Ao abrimos a cartilha, nos deparamos com mais duas páginas: na terceira, há uma breve orientação do que é o TEA e um dado importante sobre o expressivo aumento de diagnósticos nos últimos 20 anos; na quarta página (figura 6), são expostos os possíveis sinais que o paciente pode apresentar, na comunicação, comportamento, sensibilidade sensorial e interação social.

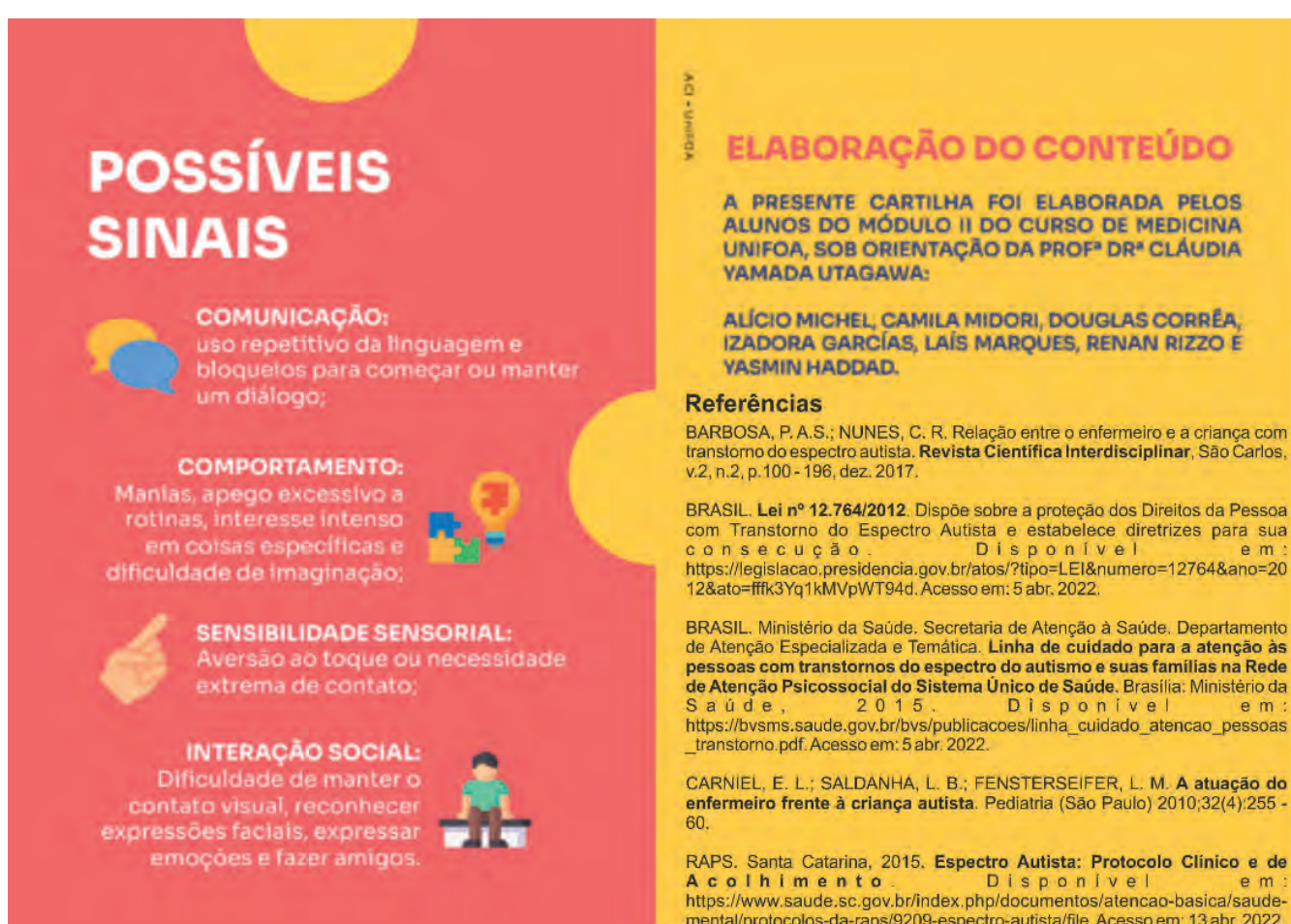
Figura 5 – Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS



Fonte: os autores

Quando a cartilha é aberta mais uma vez, observamos mais quatro páginas: na quinta página, o leitor pode se inteirar sobre os graus do TEA e a importância da sua compreensão; nas três páginas seguintes, as informações são sobre como suspeitar do diagnóstico e algumas perguntas que podem ser feitas para os familiares e as respostas relacionadas ao risco de o paciente ter o transtorno (figura 7).

Figura 6 – Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS



Fonte: os autores

Nas páginas seguintes, são exibidos: alerta sobre a necessidade de o diagnóstico ser realizado por médico e orientações sobre o encaminhamento do paciente (figura 8) para o acompanhamento por especialistas de uma equipe multiprofissional.

Figura 7 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS

QUAIS SÃO OS GRAUS DO TEA?

Os graus do Transtorno do Espectro variam de acordo com o nível de funcionalidade e dependência de cada indivíduo. São, no geral, três graus, de modo que:

Grau

- 1** A pessoa é mais funcional e exige pouco apoio.
- 2** Precisa de apoio, apresenta maior dificuldade na comunicação, déficits na interação social e frequentes comportamentos restritivos e repetitivos.
- 3** O indivíduo é muito mais dependente e precisa de um suporte substancial.

É muito importante compreender que, em cada grau de TEA, há grande diversidade na manifestação dos sinais e sintomas. Todo indivíduo merece atenção especial de acordo com suas necessidades.

COMO SUSPEITAR DO DIAGNÓSTICO?

O diagnóstico de TEA é essencialmente clínico, feito por meio de observações do indivíduo e entrevistas com pais e outros familiares. O profissional enfermeiro possui crucial papel no possível prognóstico, podendo se fazer valer de algumas ferramentas:

PERGUNTAS	RESPOSTAS RELACIONADAS AO RISCO DE TEA.
Seu filho tem iniciativa de olhar para seus olhos? Tenta olhar?	Não
Seu filho tenta chamar sua atenção?	Sim
É muito difícil captar a atenção do seu filho?	Não
Seu filho tenta provocá-lo para ter uma interação com você e lhe divertir? Ele se interessa e tem prazer numa brincadeira com você?	Sim
Quando seu bebê se interessa por um objeto e você o guarda, ele olha para você?	Não

Fonte: os autores

Figura 8 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS

PERGUNTAS	RESPOSTAS RELACIONADAS AO RISCO DE TEA.
Enquanto joga com um brinquedo favorito, ele olha para um brinquedo novo se você o mostra?	Não
É muito difícil captar a atenção do seu filho?	Não
O seu filho mostra um objeto olhando para seus olhos?	Não
Seu filho, quando brinca, demonstra a função usual dos objetos? Ou, em vez disso, coloca-os na boca ou os joga fora?	Não
O seu filho se interessa por outras crianças?	Não
Seu filho responde pelo seu nome, quando você o chama sem que ele lhe veja?	Não
O seu filho usa, algumas vezes, seu dedo indicador para apontar, para pedir alguma coisa ou mostrar interesse por algo? (É diferente de pegar na mão, como se estivesse usando a mão).	Não

PERGUNTAS	RESPOSTAS RELACIONADAS AO RISCO DE TEA.
O seu filho sempre traz objetos até você para mostrar-lhe alguma coisa?	Não
O seu filho parece sempre hipersensível ao ruído? (Por exemplo, tampa as orelhas).	Sim
Responde com sorriso ao seu rosto ou ao seu sorriso ou mesmo provoca seu sorriso?	Não
O seu filho imita você? (Por exemplo, você faz uma careta e seu filho o imita?)	Não
Seu filho olha para as coisas que você está olhando?	Não
Alguma vez você já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim
Será que o seu filho entende o que as pessoas dizem?	Não
A sua criança olha o seu rosto para verificar a sua reação, quando está confrontando algo estranho?	Não

Fonte da tabela: 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.

Fonte: os autores

Nadécimaedécimaprimeirapáginas,háinformações sobre acolhimento (figura 9), escuta ativa, atenção humanizada e a necessidade de escolher a técnica, tendo em vista a singularidade de cada caso. Devem ser observadas as demandas e características específicas, de maneira ética e humana.

Figura 9 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS



Fonte: os autores

O artigo 3º da Lei Berenice Piana (Lei 12.764/2012) é apresentado na décima segunda página (figura 10), lembrando o leitor sobre os direitos que a pessoa com TEA tem. Na página seguinte, é discutida a dificuldade e desafio dos profissionais para tratar crianças portadoras de TEA.

As páginas quatorze e quinze são para orientações sobre acolhimento adequado e humanizado, estratégias que o profissional pode adotar, considerando as necessidades específicas de cada paciente (figura 11). A última página (figura 12) traz as considerações finais sobre o trabalho desenvolvido.

Figura 10 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS

É evidente que a integralidade na prática do cuidado associa-se à superação do olhar centrado na problemática.

A pessoa com TEA não é um indivíduo com uma doença que limita a sua capacidade de interagir socialmente, mas, sim, **alguém que vive em seu próprio "mundo"**.

Dessa forma, suas demandas e características específicas (como objetos, interesses e pessoas privilegiadas ou escolhidas pela criança, adolescente ou adulto autista) **devem ser sempre consideradas e valorizadas, de maneira ética e humana.**

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

(Lei 12.764/2012)

Fonte: os autores

Figura 11 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS

AS DIFICULDADES E DESAFIOS PROFISSIONAIS PARA TRATAR CRIANÇAS COM TEA:

Dificuldades de comunicação, incapacidade cognitiva, dificuldades de interação social, dificuldades sensoriais, alteração de comportamento, movimentos estereotipados, seletividade, interesses restritos.

A grande dificuldade é que cada criança tem sua característica individual e conforme o grau de dependência do autismo: leve, moderado ou severo.

Existem inúmeras características que definem o indivíduo autista, porém o atraso na aquisição da linguagem é um dos pontos que mais dificultam o processo terapêutico.

O profissional deve estar atento aos maneirismos e deixar-se também ser guiado por eles, quando possível, em vez de tentar eliminá-los. Muitos atos "sem sentido" podem nos servir de brechas de entrada a um possível diálogo com a pessoa com TEA.

Se, como profissionais, conseguirmos acompanhar o que cada indivíduo faz, podemos nos servir desses atos como parceiros para que possamos nos **aproximar** e mesmo estabelecer laços com essas pessoas. Para tanto, é necessário superar o entendimento de comportamentos apenas pelo seu valor aparente e estar ciente de que nem sempre o que se apresenta pode ser o mais óbvio, o mais usual.

Cada membro da equipe deve se aproximar da pessoa com TEA, **acolhendo** suas construções, sem se ocupar de forma invasiva, mas oferecendo-lhe opções.

COMO ACOLHER?

Atos que se apresentam muitas vezes sem lógica, de forma repetitiva, estereotipada podem ser formas possíveis de estabelecer contato com o outro, não devendo ser necessariamente suprimidos.

O ideal é fazer o atendimento em algum ambiente calmo, sem barulho, e despertar o interesse para assuntos que lhe agradem. Ao falar com o paciente, procure modular sua voz, fazendo entonações que o ajude a identificar emoções.

Fonte: os autores

Figura 12 - Cartilha Acolhimento à pessoa com TEA na UBS



Fonte: os autores

Relato da experiência

Gostaríamos de realizar um projeto diferente dos outros grupos e, ao mesmo tempo, que realmente atendesse a uma necessidade da população. Chegamos a um acordo que o tema ideal seria atenção básica aos pacientes neurodivergentes, entretanto, na primeira reunião com a professora orientadora, ela situou o grupo de que se tratava de um tema muito extenso. Então, tivemos nosso primeiro desafio: dentro do grupo de condições clínicas neurodivergentes, qual delas deveríamos direcionar o foco dos nossos estudos?

Após pesquisa, acompanhamento da realidade das UBS onde cada componente do grupo frequenta semanalmente e entrevistando enfermeiros e familiares de pessoas com TEA, pudemos observar que os pacientes com o referido trans-

torno necessitavam de uma atenção diferenciada no seu acolhimento, pois, em alguns casos, isso se dava de forma inadequada, podendo levar ao afastamento do paciente das UBS e, considerando essa realidade, foi decidida a temática do nosso projeto.

Não tínhamos como mensurar o desafio que nos aguardava a seguir. Com o tema definido, chegou a hora de escolher qual produto projetaríamos para conseguir atingir o nosso objetivo: possibilitar que o acolhimento as pessoas com TEA fosse mais humanizado. Iniciamos com a ideia de confeccionar um fôlder, entretanto observamos que não teríamos espaço suficiente para conseguirmos apresentar ao nosso público-alvo todo o conhecimento que deveria ser trazido à tona. Logo em seguida, nossa opção foi fazer uma cartilha, contudo tínhamos um outro objetivo claro no grupo: apresentar a informação da forma mais didática e de fácil leitura possível. Dessa forma, decidimos que o formato ideal seria uma cartilha com dobras.

Com o projeto tomando forma, já que tínhamos decidido sobre o produto e sobre a demanda de quais pacientes seriam estudados. O próximo passo era definir quem seria o público-alvo. Temos que admitir que isso, a princípio, parecia fácil, mas nos tomou alguns dias, pois a ideia inicial seria direcionar, como público-alvo, todos os funcionários das UBS. Mais uma vez, nossa orientadora foi de suma importância e com paciência nos fez enxergar que um público-alvo não tão específico acarretaria dificuldades na elaboração do texto da cartilha. Como nos estu-

dos preliminares, para direcionar o tema do projeto, observamos que os enfermeiros da atenção básica necessitavam de mais orientações. Considerando isso, nosso público-alvo foi definido.

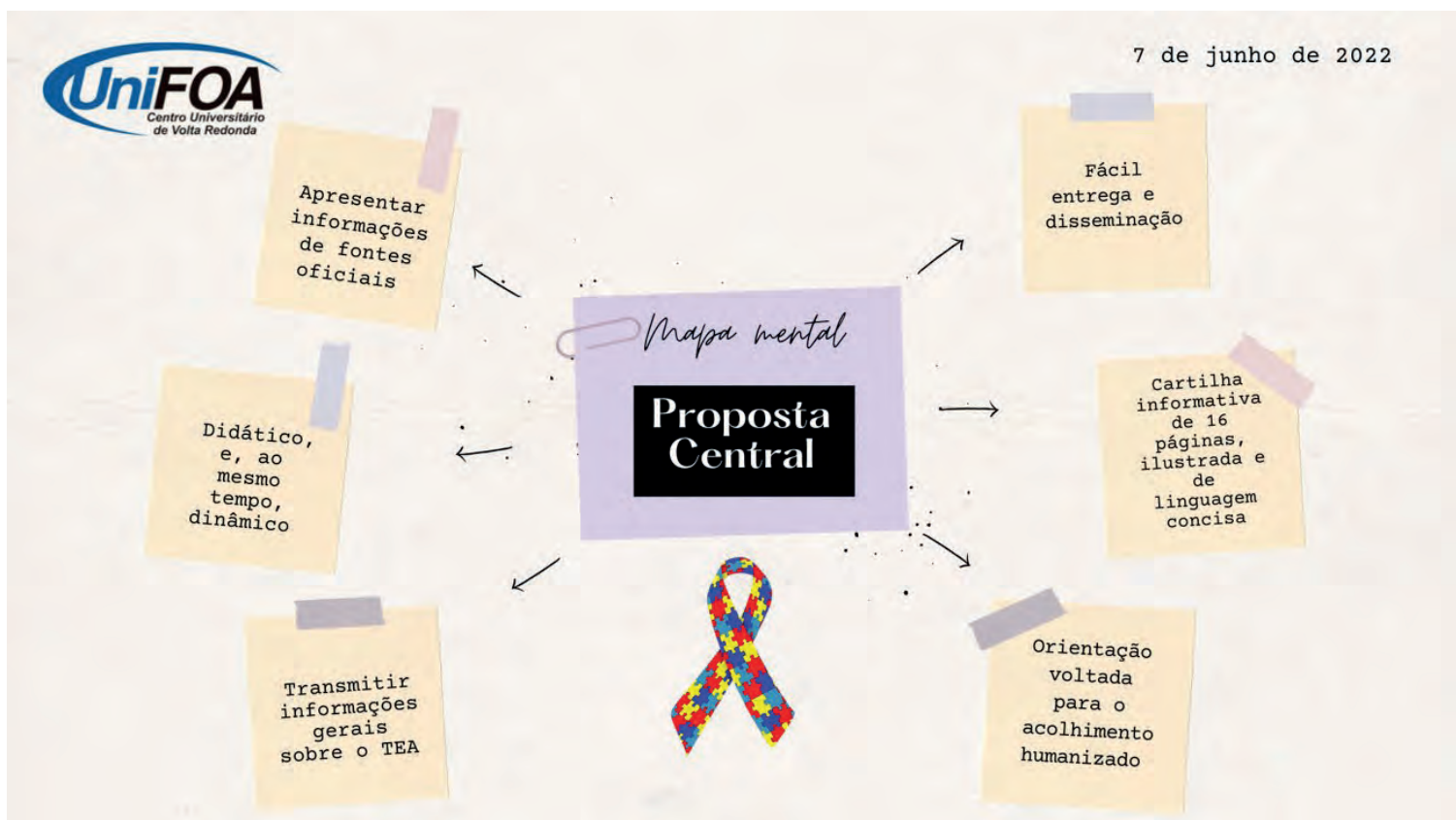
Durante o desenvolvimento do produto muita pesquisa foi realizada. Encontramos muito material interessante do Ministério da Saúde e alguns artigos científicos, contudo os documentos eram extensos, o que, como base de pesquisa, era ótimo, pois pudemos aprofundar nossos conhecimentos sobre o tema. Dessa forma, seria necessário selecionar o que julgávamos como mais importante para o acolhimento humanizado aos pacientes com TEA, para compor o corpo da cartilha.

No método do PJBL optado pelo curso de Medicina do UniFOA, o grupo é constituído por membros escolhidos de maneira aleatória (figura 1), não cabendo aos alunos escolherem sua equipe. Dessa forma, o trabalho foi realizado com pessoas que não escolhemos, o que, claro, acarretou algum desentendimento no início, principalmente problemas de gerenciamento do projeto, porém conseguimos e juntos trabalhamos satisfatoriamente para alcançar o tão almejado produto final (figura 2, 3 e 4).

Como primeira experiência em um PJBL, aprendemos bastante, não só sobre a temática escolhida pelo grupo (figura 13), como também sobre gestão de projetos e de equipe. Acreditamos que estamos preparados para que, na próxima experiência, todo esse aprendizado contribua para propormos um produto que pos-

sa atender às necessidades da comunidade.

Figura 13 – Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Referências

BARBOSA, P. A.S.; NUNES, C. R. Relação entre o enfermeiro e a criança com transtorno do espectro autista. **Revista Científica Interdisciplinar**, São Carlos, v.2, n.2, p.100 - 196, dez. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.764/2012**. Dispõe sobre a proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12764&ano=2012&ato=fffk3Yq1kMVpWT94d>. Acesso em: 5 abr. 2022.

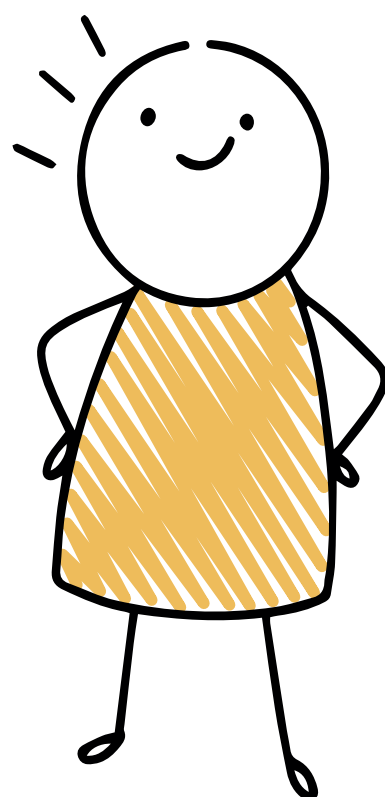
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 5 abr. 2022.

CARNIEL, E. L.; SALDANHA, L. B.; FENSTERSEIFER, L. M. **A atuação do enfermeiro frente à criança autista**. *Pediatria (São Paulo)* 2010;32(4):255 - 60.

RAPS. Santa Catarina, 2015. **Espectro Autista: Protocolo Clínico e de Acolhimento**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9209-espectro-autista/file>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CAPÍTULO 9

AGENDAUBS



Beatriz Siqueira Braga
Carolina Aparecida Ribeiro Carvalho
Dayana Da Silva
Eduarda Machado Da Silva
Júlia Vane Grant De Assis
Leiza Arnt Gonçalves Veiga
Mirella Teixeira Mendes Fernandes
Claudia Yamada Utagawa
Márcia Dorcelina Trindade Cardoso
Angela Guidoreni

ACOLHIMENTO AOS TRABALHADORES

Figura 1 - Apresentação final grupo 6, 2022



Fonte: Arquivo de Victória Barboza

O problema identificado foi a dificuldade que os servidores das UBS enfrentam para marcar as consultas dos usuários.

O objetivo seria otimizar o tempo por parte do paciente que não precisaria comparecer à UBS presencialmente para o agendamento da consulta. Isso diminuiria também o fluxo e sobrecarga na recepção e reduziria o absenteísmo.

Projeto/Produto proposto e público-alvo.

O produto proposto é um aplicativo de marcação de consultas: o AGENDAUBS, para os usuários das UBS.

Descrição do Produto

O aplicativo consiste numa ferramenta para o agendamento de consultas de forma remota (figuras 4, 5 e 6).

O usuário que possui alguma dificuldade para ir até a UBS para marcar uma consulta, ou que tem preferência em fazer seu agendamento *on-line* poderia fazê-lo por meio do aplicativo. Para utilizar o aplicativo, é necessário fazer o cadastro, com suas informações pessoais; escolher a UBS de sua preferência dentro de sua região, respeitando o processo de territorialização do SUS; e escolher um dos horários que estiverem disponíveis. Os dados preenchidos no cadastro serão disponibilizados à UBS em questão, que pode adiantar o preenchimento da ficha desse paciente, caso ele ainda não seja cadastrado ou simplesmente conferir os dados. A partir do momento em que o usuário seleciona a UBS de sua

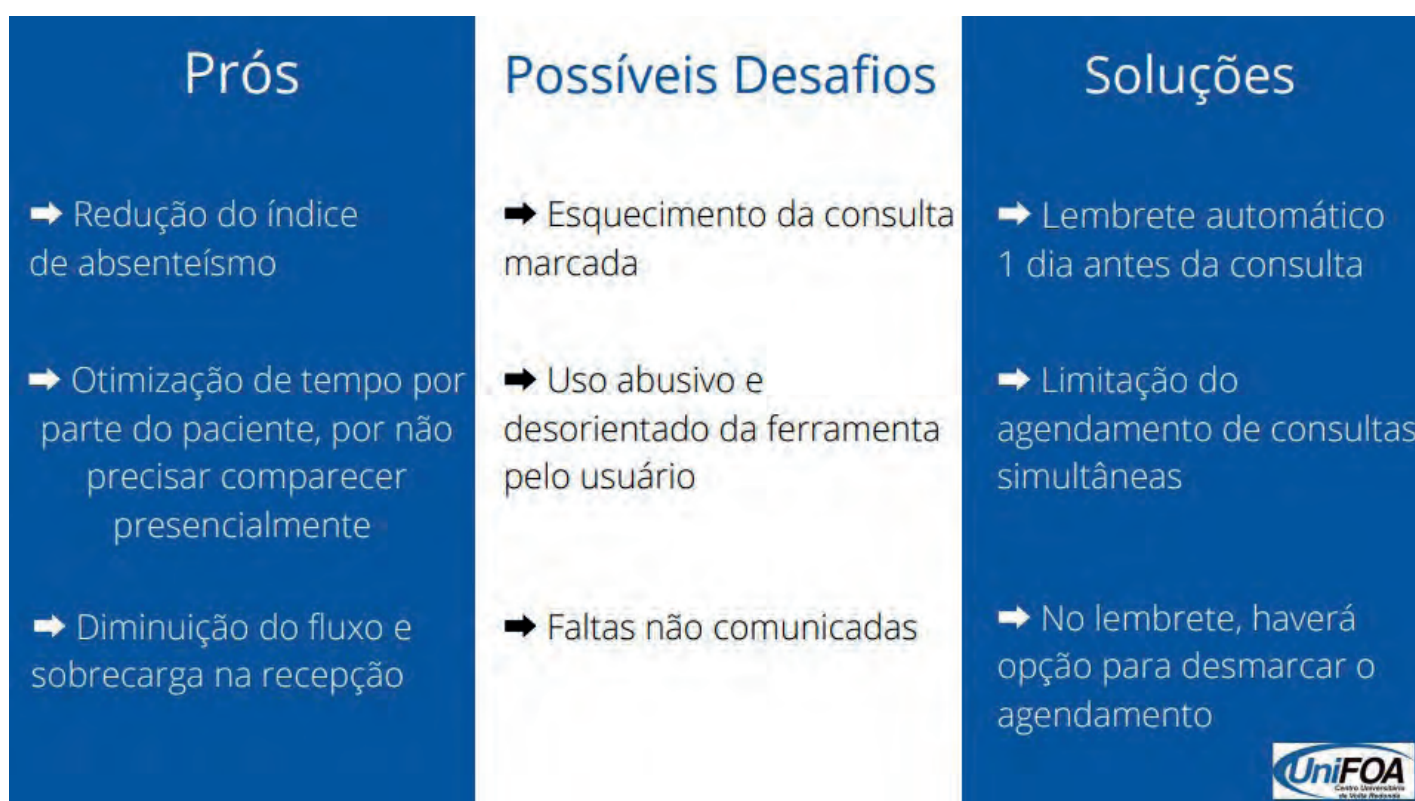
preferência, ele poderá entrar em contato via *chat* com um profissional dessa unidade, responsável pelas questões referentes ao aplicativo, para tirar alguma dúvida ou pedir alguma informação.

Após a marcação da consulta, o aplicativo emite um aviso de que a marcação está em análise, até que o profissional da UBS confirme o agendamento. A partir daí, o aplicativo exibe os dados da consulta e emite um lembrete com 24 horas de antecedência, e o usuário precisa confirmar ou cancelar a consulta.

Elaboramos as vantagens do aplicativo e pensamos nos possíveis desafios que ele pode conter, o que nos fez desenvolver também possíveis soluções para cada um deles, que se encontram na imagem abaixo (figura 2).

Lista de Prós e Desafios

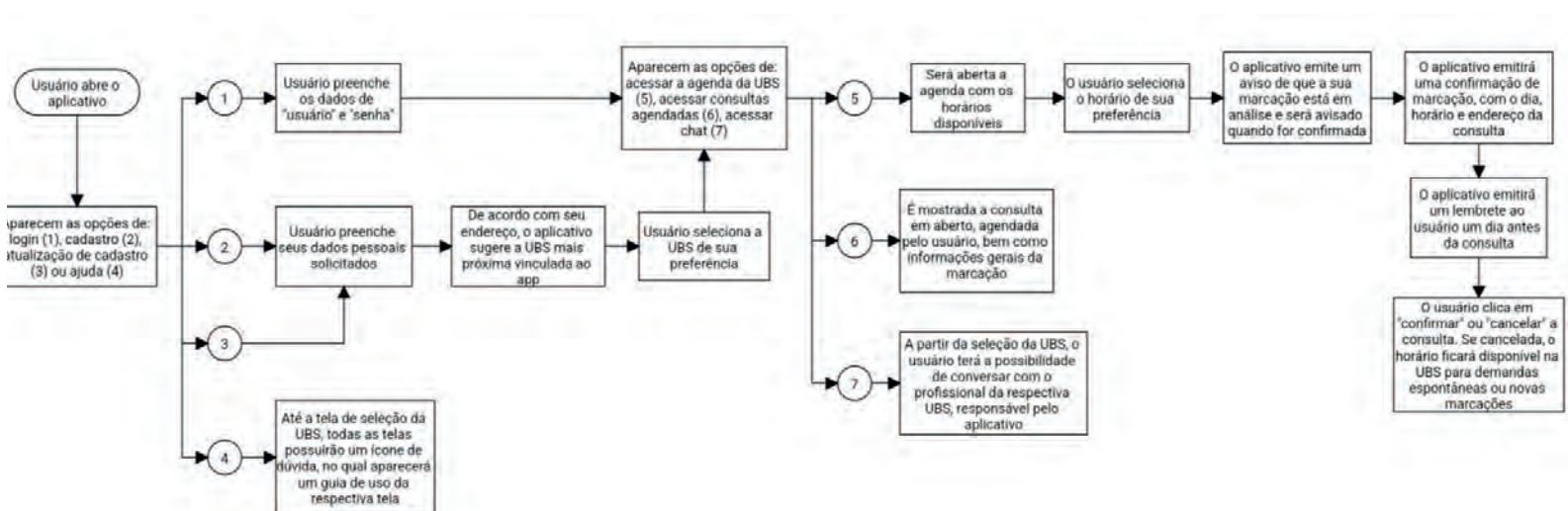
Figura 2 - Apresentação do projeto: Prós e Desafios do Projeto



Fonte: os autores

O fluxograma abaixo (figura 3) explica o passo a passo das funcionalidades do produto de forma detalhada, a partir do momento em que o usuário acessa o aplicativo. Além disso, as telas que idealizamos para cada etapa do processo, que ilustram essas funcionalidades, são mostradas nas figuras, na sequência.

Figura 3 – Fluxograma proposto para agendamento da consulta via Agenda SUS



Fonte: os autores

Requisitos do produto

Para que o produto seja aplicável na prática, é necessário que os seguintes requisitos sejam atendidos:

Deve ter aprovação da prefeitura e do Conselho Nacional de Saúde (CNS);

A UBS que aderir ao uso do aplicativo deve disponibilizar sua agenda ao aplicativo e atualizá-la de acordo com o sistema interno da unidade (semanalmente, mensalmente);

O usuário deve baixar o aplicativo em seu celular e realizar cadastro e login;

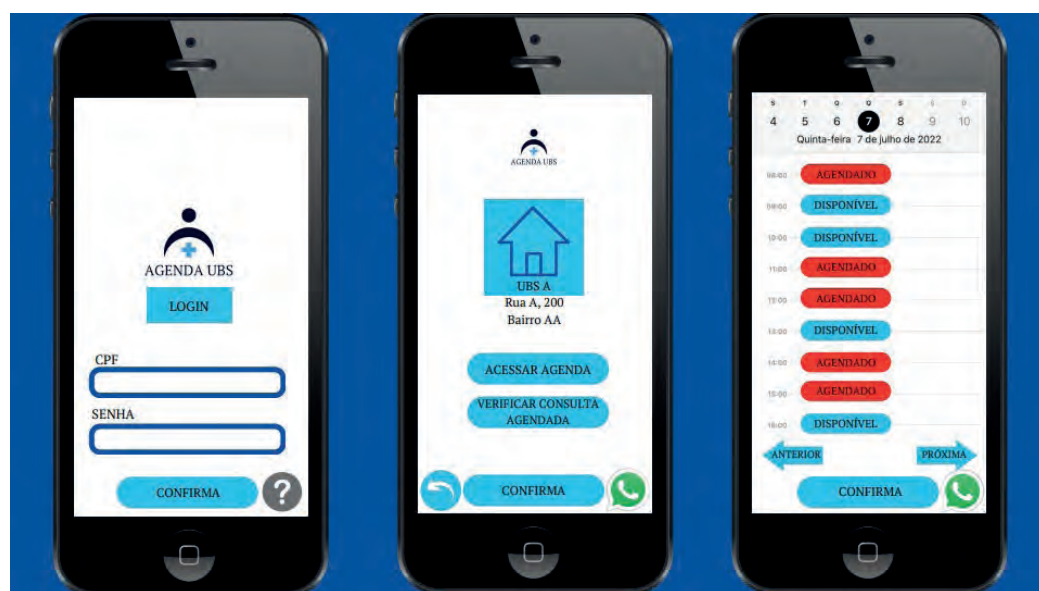
Deve ser feito um manual de orientação de como seria aplicado à UBS.

Figura 4 – Layout do aplicativo Agenda SUS



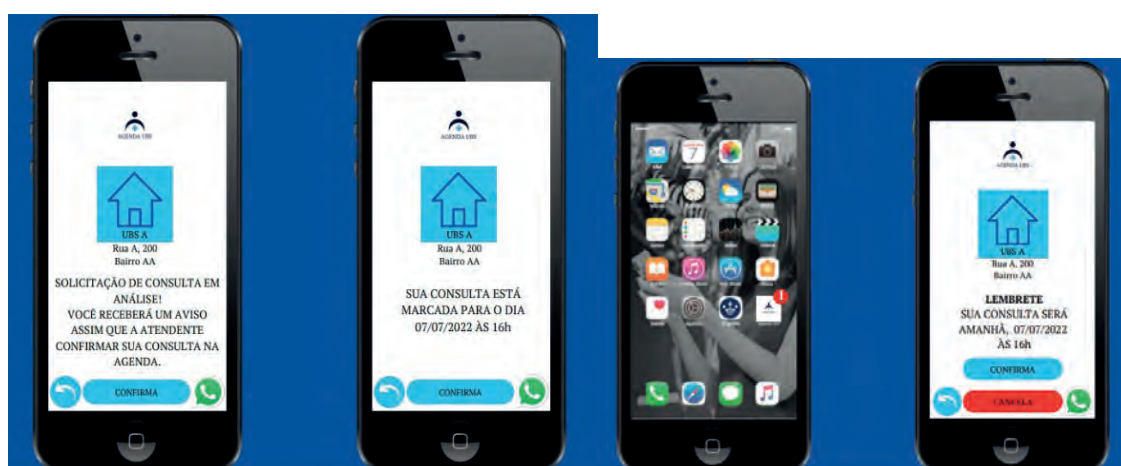
Fonte: os autores

Figura 5- Layout do aplicativo Agenda SUS



Fonte: os autores

Figura 6 -Layout do aplicativo Agenda SUS



Fonte: os autores

Relato da experiência

Identificamos o problema de agendamento de consultas pelos servidores, na maioria das UBS que frequentamos e obtivemos relatos de funcionários dessas Unidades. A principal experiência que nos motivou a escolher nossa proposta foi a vivida pela aluna Beatriz Braga, no programa PET SAÚDE na UBS de Três Poços, em que observado alto percentual de falta em consultas e grupos de educação permanente. O motivo se dava pela convergência do horário de funcionamento da UBS e do horário de trabalho dessa população.

Além disso, como embasamento teórico, realizamos pesquisa no *Google Acadêmico*, utilizando as palavras-chave: “agendamento”, “consulta”, “SUS” e lemos artigos sobre o assunto. Idealizamos o aplicativo com base nas pesquisas feitas e relatos obtidos.

Para o desenvolvimento do projeto, utilizamos o *site Canva* para elaborar as telas que idealizamos para o aplicativo, mostradas nas imagens acima (figuras 4, 5 e 6), a fim de concretizar as funcionalidades que gostaríamos que o aplicativo tivesse.

Acreditamos que nossos acertos foram: a escolha da ferramenta adequada para elaborar as telas; organização de um cronograma para a execução das tarefas de forma gradual e; busca por auxílio de profissionais da área, que nos ajudaram a direcionar o projeto e a construí-lo com base nas necessidades reais da Assistência Primária à Saúde. Os principais desafios foram: saber o que poderia

ser de fato aplicado a um aplicativo, por não termos conhecimento acerca da formulação de aplicativos de forma geral e; entender a forma como ocorre a marcação de consultas nas UBS, para aplicá-las ao produto. Para resolver essas questões, buscamos o auxílio de professores que atuam em UBS e entrevistamos alguns funcionários, que nos explicaram como funciona o processo de marcação.

Por fim, nossa experiência (figura 1) no desenvolvimento do projeto foi enriquecedora, pois nos deu a oportunidade de conhecer melhor as necessidades da Assistência Primária à Saúde, em relação ao acolhimento dos pacientes e de contribuirmos com um produto que facilite o acesso dos pacientes à assistência médica.

Referências

BRASIL, Manual PEC - **Saúde E-SUS** / Atenção Básica. Capítulo 5 - Agenda. SAS/MS. Disponível: http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo5. Acesso em: 30 abr. 2022.

CORREA, C. R. S; BONELLO, A. A. L. M. **Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional**. Ciênc. saúde coletiva 19 (11) Nov 2014. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.13922013>. Acesso em: 01 maio 2022.

POSTAL, L.; CELUPPI, I.C et al. **Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva 26 (6) 02 Jul 2021 Jun 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>. Acesso em: 01 maio 2022.

SILVA, T.L; DIAS, E.C; PESSOA, V.M et al. **Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família**. DOI: 10.1590/1807-57622013.0227. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FPB6h5Yx4N4bcR-GzFNmYRZj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

SPEDO, S. M; PINTO, N. R. S; TANAKA, O. Y. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil**. Physis 20 (3), 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>. Acesso em: 02 maio 2022.

CAPÍTULO 10

POSITIVOU! E AGORA?



Amanda Ferreira Pavone

Ana Carolina Nobrega de Carvalho Howard

Diogo Pellini Sarkis

Larissa Guizalberth Barbosa

Luiz Gabriel Da Cunha Barcelos Lopes

Marco Antônio Borges Kalume

Victória Aparecida Netto Barboza

Claudia Yamada Utagawa

Acolhimento na Atenção Primária aos pacientes portadores de HIV

Figura 1 - Apresentação final do grupo 7, 2022



Fonte: Arquivo de Débora Loureiro Cintra

A problemática central utilizada para a escolha do tema foi resultado de diversos fatores observados em consultas em UBS acerca da carência do acolhimento na atenção primária aos pacientes portadores de HIV, tendo em vista que, ainda, nos dias de hoje, observa-se tabu, quando se discute sobre a doença.

Fatores como falta de confiança entre portadores de HIV e os profissionais de saúde, rigor na questão ética e profissional do sigilo e precariedade na humanização na comunicação de diagnósticos geram transtornos aos pacientes. Isso acarreta dificuldade no tratamento e no cuidado pleno da saúde do paciente, além de distanciar ainda mais a população em risco.

Projeto/Produto proposto

A ideia de produto para reduzir o problema (figura 2) foi uma capacitação direcionada aos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros e, de maneira indireta, nos pacientes que serão beneficiados com a nossa proposta.

Descrição do Produto

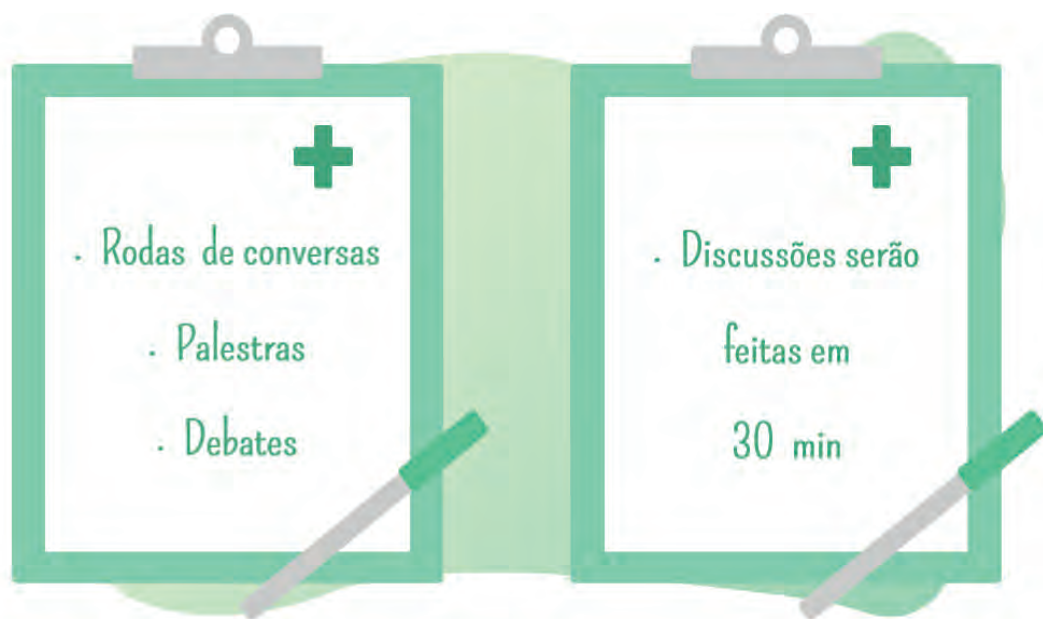
A capacitação pode ser definida como um processo de aprendizagem para desenvolver competências institucionais por meio do desenvolvimento de competências individuais de maneira contínua e permanente.

Dessa forma, elaboramos, em formato de *PowerPoint*, contextualizando a situação-problema e os fatores que motivaram a proposta do projeto. Ainda assim, compondo a capacitação, apre-

sentamos o público-alvo, médicos e enfermeiros.

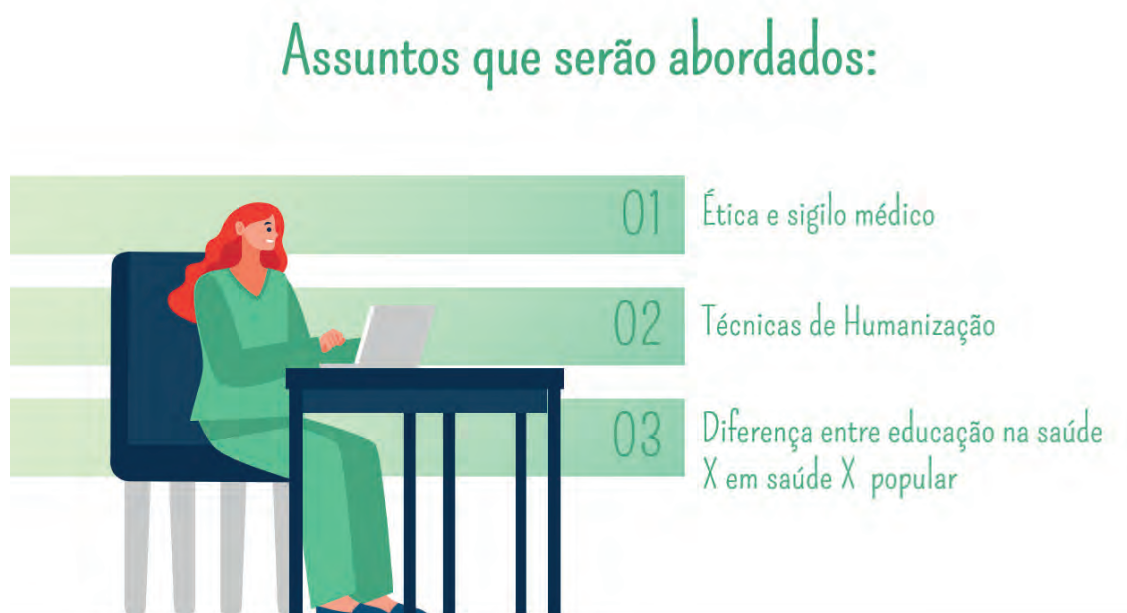
Além disso, também foram apresentados os locais onde supostamente ocorreriam as capacitações, os assuntos que seriam abordados e seus benefícios, com enfoque maior na “ética e sigilo médico” (figura 3). Dessa maneira, tivemos a ideia de realizar os encontros da capacitação em formato de palestras, rodas de conversas/debates, nos quais apresentariamos diversos casos clínicos, de modo a incentivar os profissionais a refletirem sobre novas e boas posturas em suas práticas (figuras 4 e 5).

Figura 2 – Apresentação: Proposta do projeto



Fonte: os autores

Figura 3 – Assuntos abordados na capacitação



Fonte: os autores

Figura 4 – Casos clínicos para utilização na capacitação

Caso Clínico 2

Paciente J.C.T, 58 anos, xantoderma, vereador do município de Volta Redonda, casado, morador do bairro Jardim Amália, procurou a UBS para consulta de rotina, e relatou à médica na consulta, ter tido relação extraconjugal com um homem, e pediu para realizar um exame de HIV. O exame de teste rápido foi realizado por uma enfermeira, na própria unidade e o teste deu reagente para o vírus. Por ser uma pessoa pública, o paciente pediu sigilo. Porém, a enfermeira por ser muito comunicativa, acabou relatando o caso do vereador para algumas pessoas da UBS, e em pouco tempo o assunto sobre o diagnóstico viralizou no Twitter. Em virtude dos fatos que antecederam 2 meses antes da eleição municipal, o vereador foi o menos votado, devido a sua história que foi exposta. Revoltado o paciente, processou a enfermeira e pediu a prisão da mesma. Mediante ao exposto, cite o delito que a enfermeira cometeu e as consequências deste ato.

Fonte: os autores

Figura 5 - Apresentação do projeto

Educação em saúde: “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”

Educação Popular: Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

Educação na Saúde: consiste 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.

Fonte: os autores

Relato da experiência

Para a realização deste projeto, chegamos ao tema por meio de relatos de uma integrante do nosso grupo que presenciou momentos na UBS em que o acolhimento foi muito instável, pois a enfermeira não soube lidar com a condição do paciente e foi a partir dessa experiência que surgiu o nome do nosso trabalho: “Positivou! E agora?”

Decidimos iniciar o projeto realizando pesquisas em artigos de universidades, revistas e sítios

eletrônicos do Ministério da Saúde. Cada membro da equipe contribuiu com pesquisas e nos dividimos para a realização da montagem dos *slides* e da apresentação.

Tivemos algumas dificuldades na organização da divisão das tarefas, mas nos reunimos para solucionar os problemas. Nosso maior desafio foi decidirmos sobre as reuniões e planejarmos a melhor maneira para desenvolver a capacitação, pois não sabíamos como formular o objetivo, de forma que o projeto contemplasse atividades mais didáticas e que todos pudessem aproveitar e interagir. Dessa forma, tivemos que nos reunir com a orientadora, o que foi muito satisfatório, pois ela nos deu uma direção e conseguimos realizar com sucesso nossa produção.

A nossa apresentação ocorreu de forma fluída e clara. As apresentadoras conseguiram passar para a turma, de forma compreensiva, todos os pontos que o grupo trabalhou. No momento da apresentação dos casos clínicos (figura 1), tivemos a participação da turma de uma forma bem dinâmica, na qual os alunos opinavam sobre a atitude do profissional da saúde, se fora correta ou inadequada, o que contribuiu para uma avaliação positiva da turma e da professora.

Pudemos avaliar nossa experiência neste projeto como uma montanha russa, em que, no começo, ainda estávamos um pouco perdidos, lentos, sem direção, mas, em um determinado ponto, tudo foi engatado e tivemos uma explosão de emoções.

Referências

CESAR, Maria Rafaela Perillo de Moraes; YAGNI, Jucimara Sadahiro; ALMEIDA, João Benício; CHAGAS, Luciene Reginato. **Acolhimento do paciente HIV em uma unidade de referência do vale do Paraíba Paulista.** [s. l.], 5 ago. 2022. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0484_0115_01.pdf. Acesso em: 28 abr.2022.

COSTA, Cássia Patrícia Jorge. **Acolhimento ao paciente do Serviço de Assistência Especializada (SAE): proposta de implantação de um folder educativo.** A, [s. l.], 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5626604.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022.

DOS SANTOS, Silvia ferrão. **O acolhimento como prática na oferta do diagnóstico do HIV/AIDS na rede de atenção básica do município de Jabotão Dos Guararapes-PE.** O, [s. l.], 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28376/1/357.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; DE MORAES, Eliane Pedrozo; DE SOUZA, Elza Maria. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para saúde coletiva.** E, Scielo, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3Vn-tDm/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. **Cuidados, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde.** C, [s. l.], 23 out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151/>. Acesso em: 28 abr. 2022.

CAPÍTULO 11

TEM CERTEZA DE QUE VOCÊ NÃO É GORDOFÓBICO?



Arthur Leal Guimarães

Cauã Alves Honório

Débora do Nascimento Leopoldino

Glauber Macêdo Matos

Isadora Clemente Dias

Luiz Antonio dos Santos Toledo

Maria Luiza Toledo

Claudia Yamada Utagawa

GORDOFOBIA MÉDICA

Figura 1 - Apresentação final do grupo 8, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza

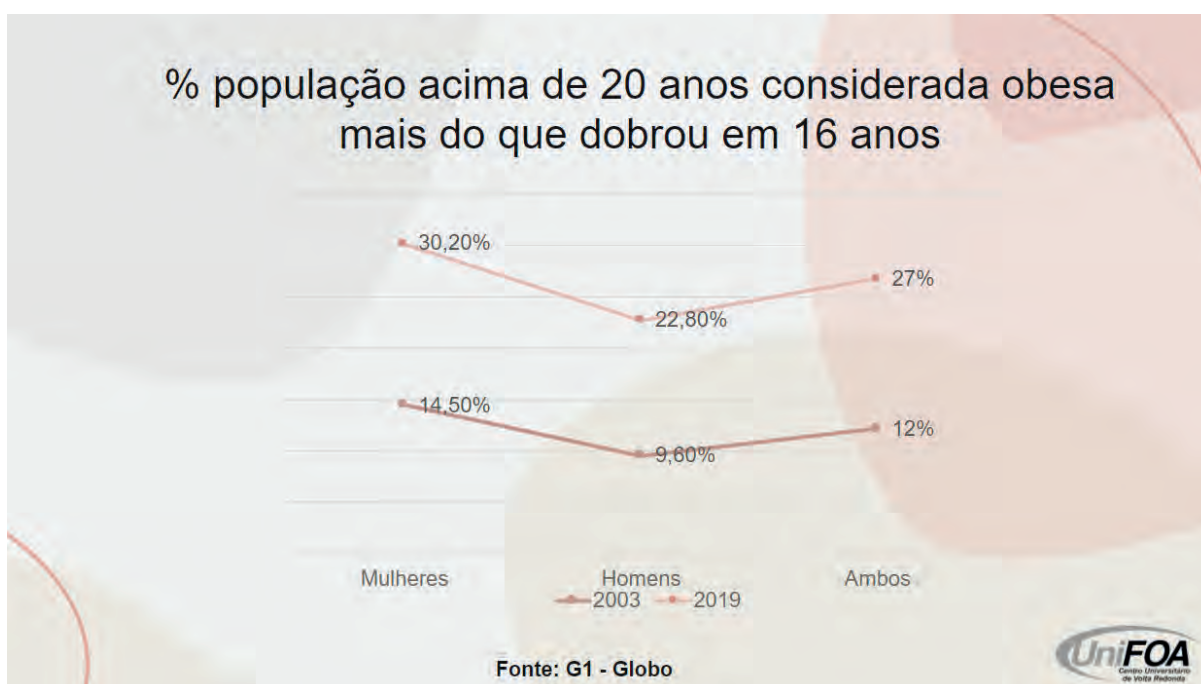
A gordofobia médica apresenta-se como uma pauta de relevância no processo de formação acadêmica, dada a frequente e reiterada queixa de indivíduos que se sentem subjugados por profissionais de saúde, que realizam julgamentos e análises superficiais, utilizando a aparência de pacientes que fogem aos padrões, como subterfúgio à manifestação de preconceitos (figura 2).

Figura 2 – Apresentação do projeto: Justificativas



Fonte: os autores

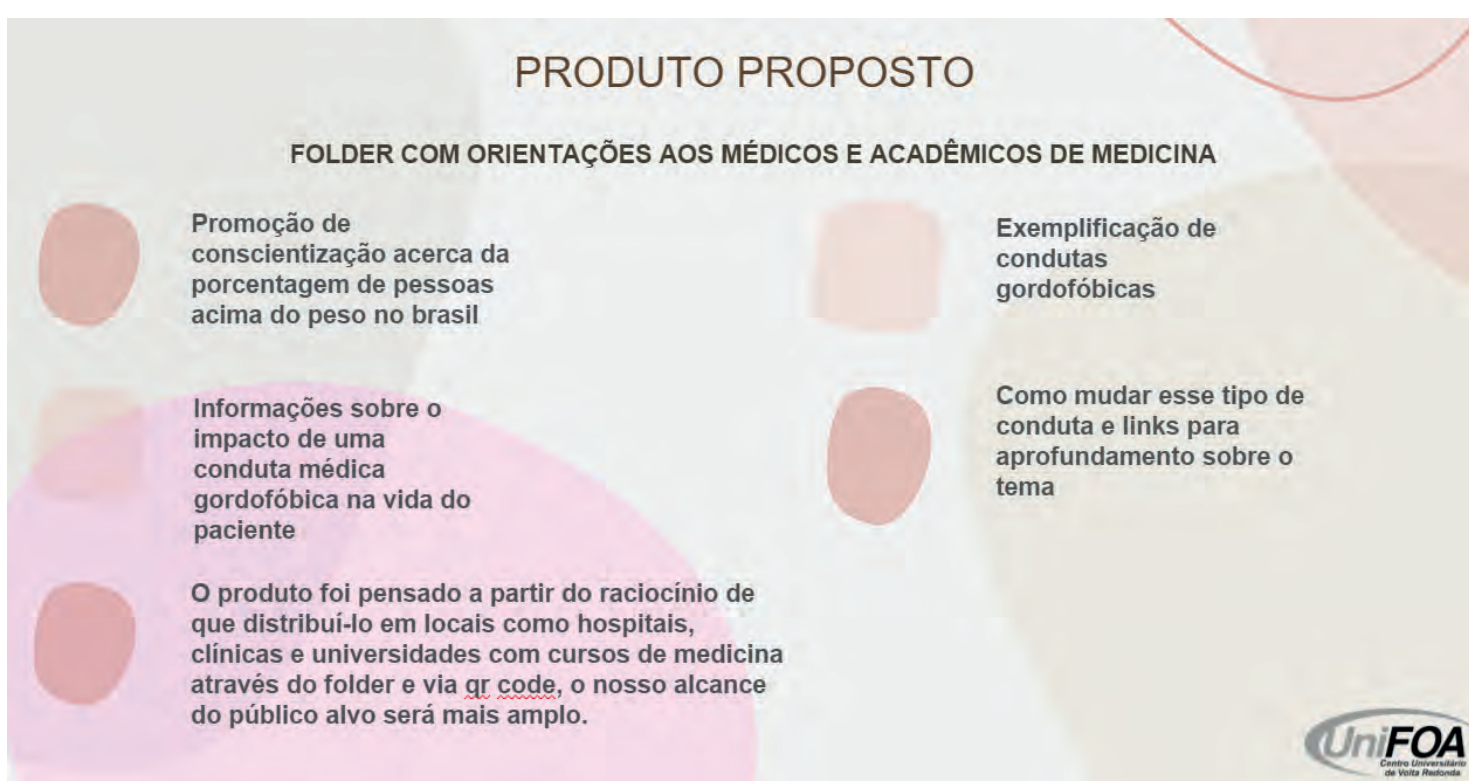
Figura 3 - Apresentação do projeto: Justificativas



Fonte: os autores

O objetivo do presente projeto foi elaborar um roteiro que promova atendimento humanizado, acolhedor, integral e centralizado nas queixas do paciente, visando reduzir e, em última instância, eliminar julgamentos e estereótipos da conduta médica. O cuidado, portanto, é pautado na compreensão do indivíduo como ser biopsicossocial, partindo de sua individualidade, subjetividade e contextualização sociopolítica. Pretende-se, logo, integrar os indivíduos ao sistema de saúde, partindo de suas perspectivas e demandas, para criar um ambiente acolhedor, resolutivo e democrático.

Figura 4 - Apresentação do projeto: proposição do produto



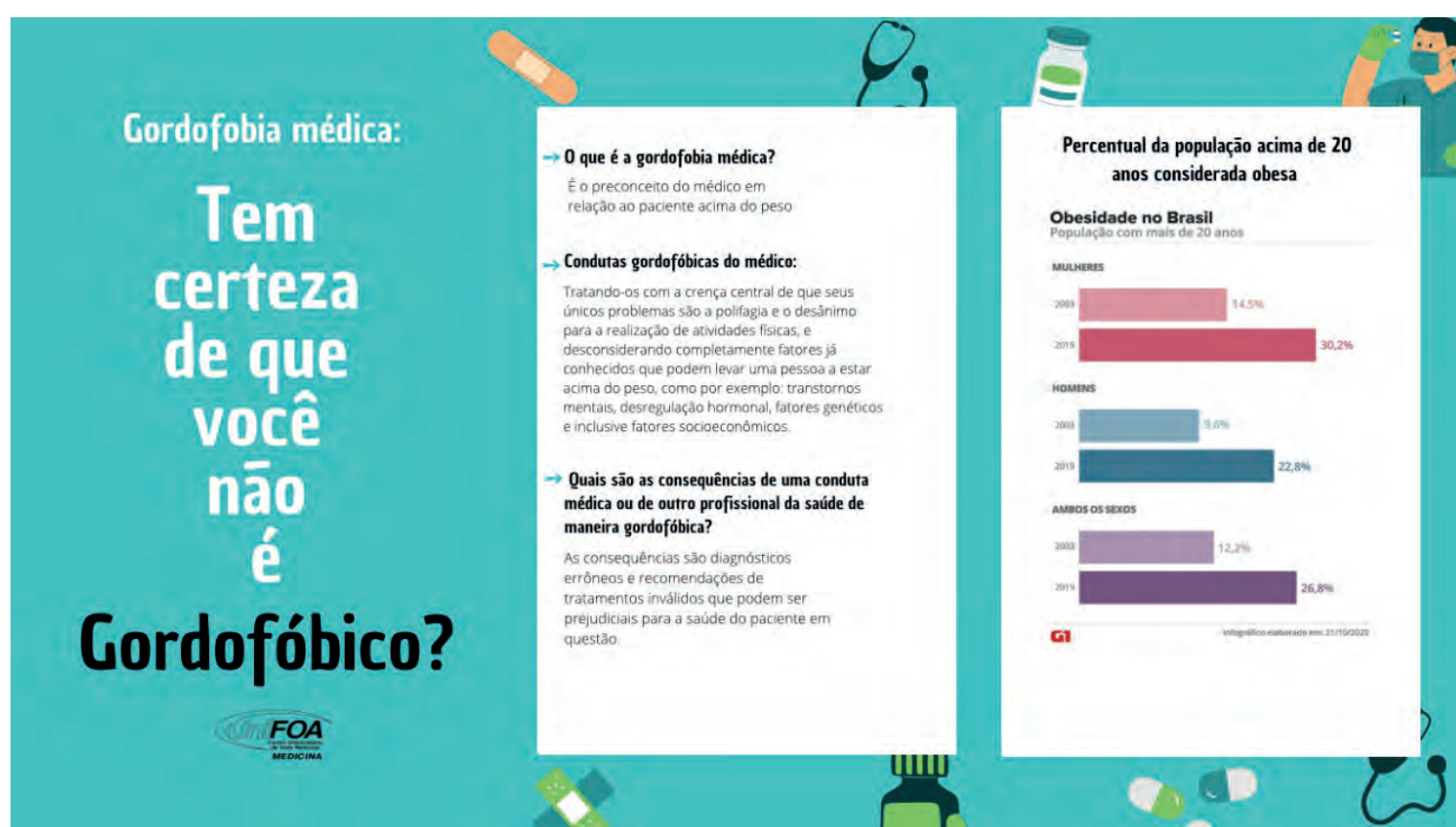
Fonte: os autores

Descrição do Produto

O produto foi um fôlder disponibilizado de forma impressa e digital, contendo explicação do que é a gordofobia médica, como ela pode ser identificada pelas ações dos profissionais e o impacto que este tipo de preconceito pode ter na vida do paciente e na sociedade, tanto nos aspec-

tos emocionais quanto na adesão do tratamento (figura 4). No fôlder, também foram inseridas informações para que os profissionais da saúde, principalmente médicos, se atualizassem a respeito da porcentagem e evolução da população obesa no Brasil. Foram abordadas, também, formas de tratar o paciente de maneira acolhedora e integrativa. No verso do produto, estão presentes dois QR codes, contendo *links* para o aprofundamento do assunto gordofobia médica, contendo notícias e artigos científicos sobre o tema, como também acesso ao fôlder digital (figura 5 e 6).

Figura 5 – Fôlder Tem certeza de que você não é gordofóbico?



Fonte: os autores

Figura 6 - Fôlder Tem certeza de que você não é gordofóbico?



Fonte: os autores

Acesso ao link do QRCode 1:



https://linktr.ee/gordofobiamedica?utm_source=qr_code

Acesso ao link do QRCode 2:



https://www.canva.com/design/DAFBdoxKWu8/SXefqcOCTS8aJ8k0fmDbWw/view?utm_content=DAFBdoxKWu8&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Relato da experiência

O tema foi escolhido a partir de observações de como algumas UBSF que visitamos não possuem estrutura física para pessoas com corpo fora do padrão: macas e cadeiras estreitas, esfigmomanômetros com braçadeiras apenas no tamanho padrão. A partir desta observação estrutural, chegamos ao consenso de que se trata de um preconceito arraigado na sociedade e buscamos informações a respeito da temática da gordofobia médica, pois, recentemente, foi noticiado o caso de uma mulher que sofreu preconceito, que, por sua vez, geraram movimentos coletivos nas redes sociais. A

partir dessa constatação, buscamos fundamentação teórica e dados em artigos científicos (figura 3).

O grupo, desde o início, trabalhou cooperativamente. Todos apresentaram suas ideias e opiniões a respeito do projeto sempre de forma respeitosa. O maior desafio foi aprendermos sobre os paradigmas que envolvem gordofobia médica e como isso pode estar enraizado na mentalidade da população. Buscamos fontes científicas que demonstrassem como esse preconceito é prejudicial à população e refletimos sobre como isso poderia ser mudado e a forma com que esse aprendizado seria transmitido no produto escolhido. Avaliamos a experiência de forma positiva, com um grande aprendizado, não apenas a partir do conteúdo do trabalho, mas também em relação aos projetos dos outros grupos que também trouxeram conhecimento para todos (figura 1).

Referências

G1 Globo. **Percentual da população acima de 20 anos considerada obesa mais que dobrou em 16 anos, aponta IBGE.** Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/10/21/percentual-da-populacao-acima-de-20-anos-considerada-obesa-mais-que-dobrou-em-16-anos-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 4 jun. 2022.

G1 Globo. **Mulher descobre câncer avançado meses após procurar ajuda e médico dizer que era gordura em Cuiabá.** Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2022/03/17/mulher-descobre-cancer-avancado-meses-apos-procurar-ajuda-e-medico-dizer-que-era-gordura-em-cuiaba.ghtml>. Acesso em: 4 jun. 2022.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. **Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia:** DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n1/e190227/pt/>. Acesso em: 9 ago. 2022.

KROLL, Rebeca; WOBETO, Samara; TREULIEB, Luciane; DIAS, Maurício. **Gordofobia médica: saúde não tem tamanho: Atendimentos preconceituosos afastam pessoas gordas dos consultórios e as privam de cuidados básicos com a saúde.** In: **Gordofobia médica: saúde não tem tamanho: Atendimentos preconceituosos afastam pessoas gordas dos consultórios e as privam de cuidados básicos com a saúde.** <https://ufsm.br/r-601-9037>, 4 mar. 2022. Disponível em: <https://www.ufsm.br/midias/arco/gordofobia-medica-saude-nao-tem-tamanho/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

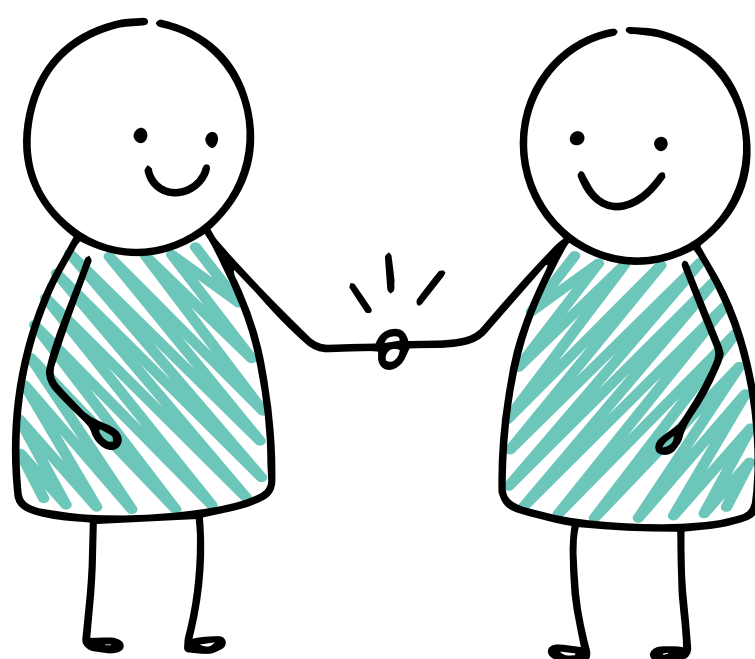
RISSATO, Laís. **Precisamos falar sobre gordofobia médica: Relatos de atendimentos carregados de preconceito, violência e falta de acolhimento fazem parte do cenário que pessoas gordas enfrentam todos os dias na busca por cuidados básicos com a saúde.** ELLE, [S. l.], p. 1-1, 26 ago. 2021. Disponível em: <https://elle.com.br/amp/gordofobia-medica-2654801876>. Acesso em: 10 ago. 2022.

G1 Globo. **Percentual da população acima de 20 anos considerada obesa mais que dobrou em 16 anos, aponta IBGE: No período, a prevalência da obesidade feminina passou de 14,5% para 30,2%, enquanto a masculina subiu de 9,6% para 22,8%. G1 Globo, Brasil,** p. 1-1, 21 out. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/10/21/percentual-da-populacao-acima-de-20-anos-considerada-obesa-mais-que-dobrou-em-16-anos-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SILVA, Sílvia Elaine da; SANTOS, Paloma Rosa dos. **Direitos sociais e efetividade: gordofobia médica: manifestação de um estigma social como violação de direitos humanos.** In: JUNIOR, Aluísio Gomes Silva; MARÇAL, Felipe; SILVA, Leonardo Rabelo de Matos; REIS, Vanessa Velasco Hernandez Brito (org.). Direitos sociais e efetividade. 1. ed. rev. Rio de Janeiro: [s. n.], agosto/2019 2019. p. 709-728. ISBN 978-85-8273-771-2. Disponível em: https://www.caedjus.com/wp-content/uploads/2019/08/Direitos_sociais_e_efetividade_miolo.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.

CAPÍTULO 12

RECEITA MÉDICA EM PICTOGRAMA



Amanda Nogueira Salgado Cariêlo
Cecilia Maria de Paiva Xavier dos Santos
Karen Pereira Ribeiro
Marina Wey Tavernari
Matheus Coimbra Marcelino
Rodrigo Lima de Souza Silva
Claudia Yamada Utagawa
Ângela Schachter Guidoreni

ACOLHIMENTO A PESSOAS IDOSAS

Figura 1 – Apresentação final do grupo 9, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza

A população idosa é uma das mais vulneráveis a problemas de saúde, conforme abordado em diversos artigos científicos. Muitos idosos apresentam diminuição da percepção visual e auditiva que pode prejudicar o correto entendimento das orientações médicas, principalmente do uso de medicamentos. Uma receita prescrita corretamente, mas pouco explicativa pode levar o paciente a utilizar o medicamento de forma incorreta. Da mesma forma, isso pode acontecer com pacientes pouco instruídos.

O desafio proposto pelo grupo foi tornar as receitas médicas mais acessíveis ao entendimento de pessoas idosas ou com baixo grau de escolaridade, utilizando pictogramas para ilustrar e facilitar esse entendimento (figura 1).

Projeto/Produto proposto

A proposta do projeto é elaborar um receituário médico em pictograma.

Os pictogramas são figuras uniformizadas utilizadas para transmitir informações de forma simples e objetiva. Destacam-se na memorização e interpretação de fármacos. Sendo assim, pode ser muito útil para os usuários que apresentam algum grau de deficiência cognitiva, de alfabetização ou até mesmo dificuldade de interpretação das receitas convencionais escritas, incluindo idosos e pessoas com baixa instrução escolar (figura 3).

Descrição do Produto

Elaboramos um receituário-base que, com a ajuda dos pictogramas e adesivos, pode ser fa-

cilmente elaborado e feito de maneira exclusiva, de acordo com as necessidades do paciente. Essa receita conteria ilustrações para representar os horários em que se deve utilizar o medicamento, a posologia e forma de uso da medicação (via oral, injetável, solúvel, ...). Vale lembrar que criamos a receita com o fim de auxiliar e facilitar a compreensão por pessoas idosas, pessoas com baixo nível de escolaridade e até mesmo crianças, já que estas, sob supervisão dos pais/filhos, conseguiriam interpretar a utilização dos medicamentos. Seu uso, portanto, não substitui a receita médica convencional, sendo necessária para a formulação da receita adaptada.

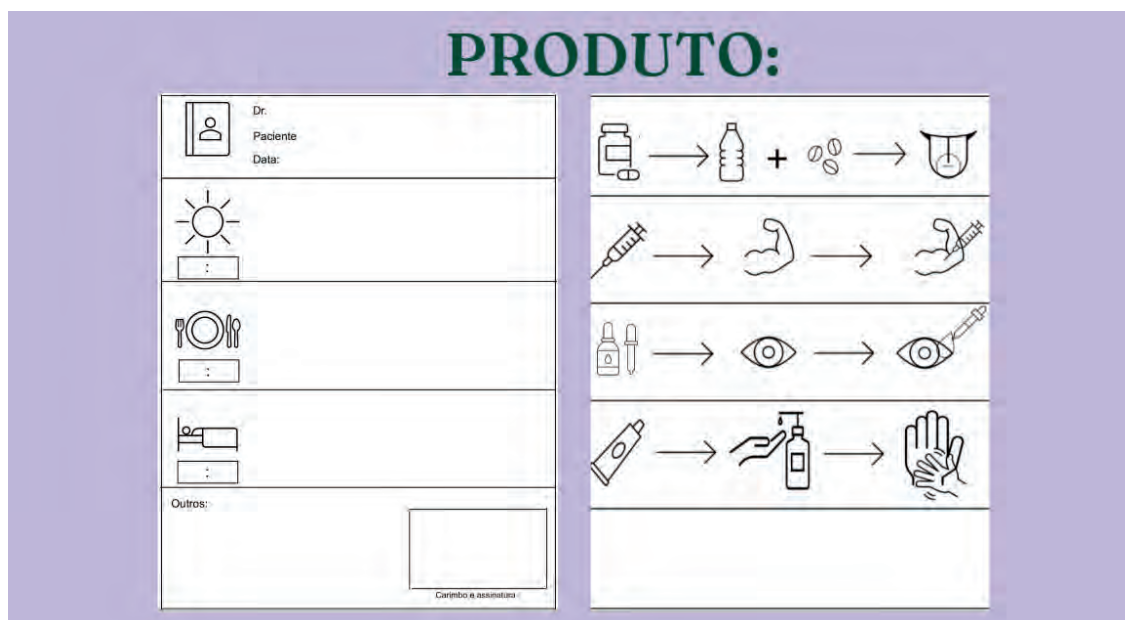
O pictograma é utilizado para simbolizar um objeto ou conceito por meio de desenhos figurativos. No cotidiano, pode ser observado na sinalização de locais públicos, como nas placas, guias, manuais, mapas e na infografia, com o objetivo de transmitir alguma informação por um meio ilustrativo que facilite a compreensão humana (figura 2). Nesse viés, utilizar os pictogramas como forma de ilustração médica facilitaria o entendimento, para que os medicamentos fossem utilizados de forma correta, alcançando sua verdadeira eficiência farmacológica.

Figura 2 – Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Figura 3 – Apresentação do produto: receituário em pictograma



Fonte: os autores

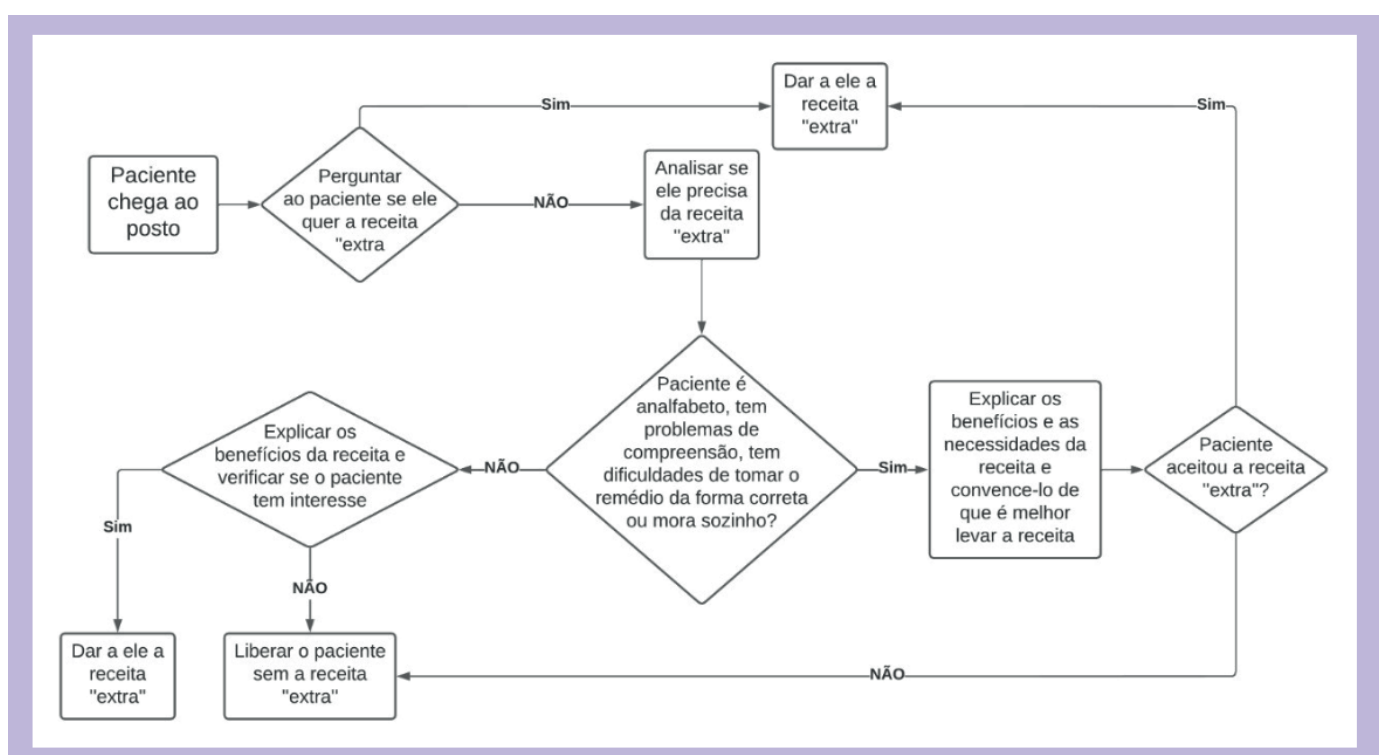
Relato da experiência

Chegamos à proposta observando a dificuldade de muitas pessoas em entender as orientações médicas nas receitas convencionais. Isso foi percebido pelos alunos do grupo em suas visitas às UBS. As primeiras dificuldades observadas foram no quesito da adesão e da utilização da receita. De que maneira podemos introduzir o uso de pictogramas nas Unidades Básicas de Saúde? Cabe exclusivamente ao médico o papel de introduzir esse método de acolhimento ou ele pode ser feito

também pela equipe que compõe a UBS? Como seria o manejo e a produção dessa receita? Além da questão de gestão da UBS, será que todos os pacientes necessitam da receita em pictograma?

Sendo assim, com as devidas orientações, chegamos à conclusão de que é preciso que seja feita uma triagem, que pode começar até mesmo na recepção da unidade, a fim de que a receita tenha o seu papel funcional em pacientes que realmente necessitam de maior atenção. Após debates, foi acordado com o grupo de que o médico precisa realizar os seus atendimentos em um certo limite de tempo e que a utilização da receita pictográfica poderia impactar negativamente na otimização na fila de espera, sendo, então, necessário um preparo da equipe que compõe a unidade, para que seja de sua responsabilidade a orientação e utilização da receita pictográfica. Foi proposto, inclusive, um fluxograma para o uso do receituário num atendimento médico na UBS (figura 4).

Figura 4 – Proposta de fluxo para utilização do receituário em pictograma



Fonte: os autores

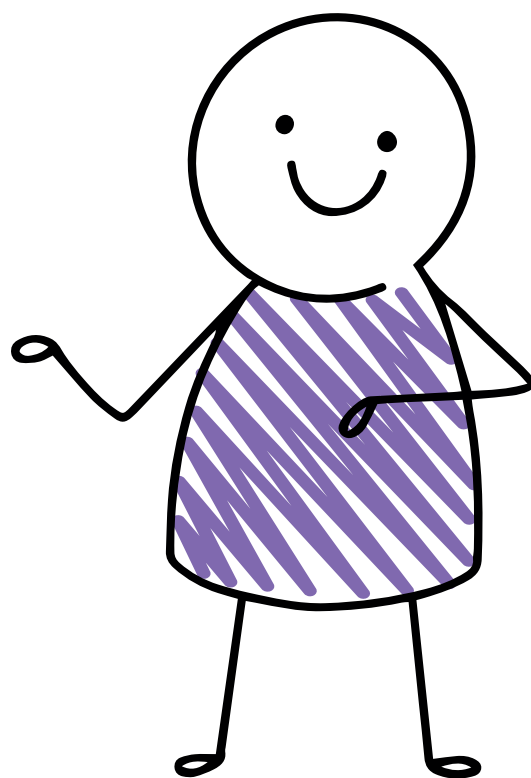
Referências

RODRIGUES, R. et al. **Comunicação e percepção de risco: diferentes modos de comunicar, diferentes modos de partilhar a decisão clínica.** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 31, n. 2, p. 125–133, 1 abr. 2015.

SLETVOLD, H.; SAGMO, L. A. B.; TORHEIM, E. A. **Impact of pictograms on medication adherence: A systematic literature review.** Patient Education and Counseling, v. 103, n. 6, p. 1095–1103, jun. 2020.

CAPÍTULO 13

ACOLHIMENTO LGBT



Carlos Alexandre Nogueira Affonso Siqueira

Arthur Da Fonseca Falcão

Arthur Selles del Rio Peres da Silva

Emylly Mendonça dos Santos

Felipe Lima da Silva

Geovanna Gomes Pires

Nathan Perrut Ferreira Assunção

Claudia Yamada Uttagawa

ACOLHIMENTO LGBT

Figura 1 - Apresentação final do grupo 10, 2022



Fonte: Arquivo de Victoria Barboza

Conhecer e usar adequadamente os termos LGBT é uma forma de interromper um ciclo de discriminação, além de demonstrar respeito com essa comunidade (figura 2). Dessa forma, faz-se

fundamental a disseminação dessas informações e o uso das terminologias corretas, visando ao estímulo e à utilização de uma linguagem não violenta, parte essencial de uma estratégia de gestão e acolhimento para a inclusão da comunidade LGBT.

Figura 2 - Apresentação do projeto: Justificativa

Justificativa

Por que estudar e nos preocupar especificamente com essa parcela da população?

Fonte: os autores

Fonte: os autores

- Preconceito (social e institucional)
- Baixa representatividade
- Prevenção de IST's
- Promoção da saúde
 - Mental
 - Física
- Relatos de maus tratos

Figura 3- Apresentação do projeto: Produto e Público-alvo

Produto e Público Alvo

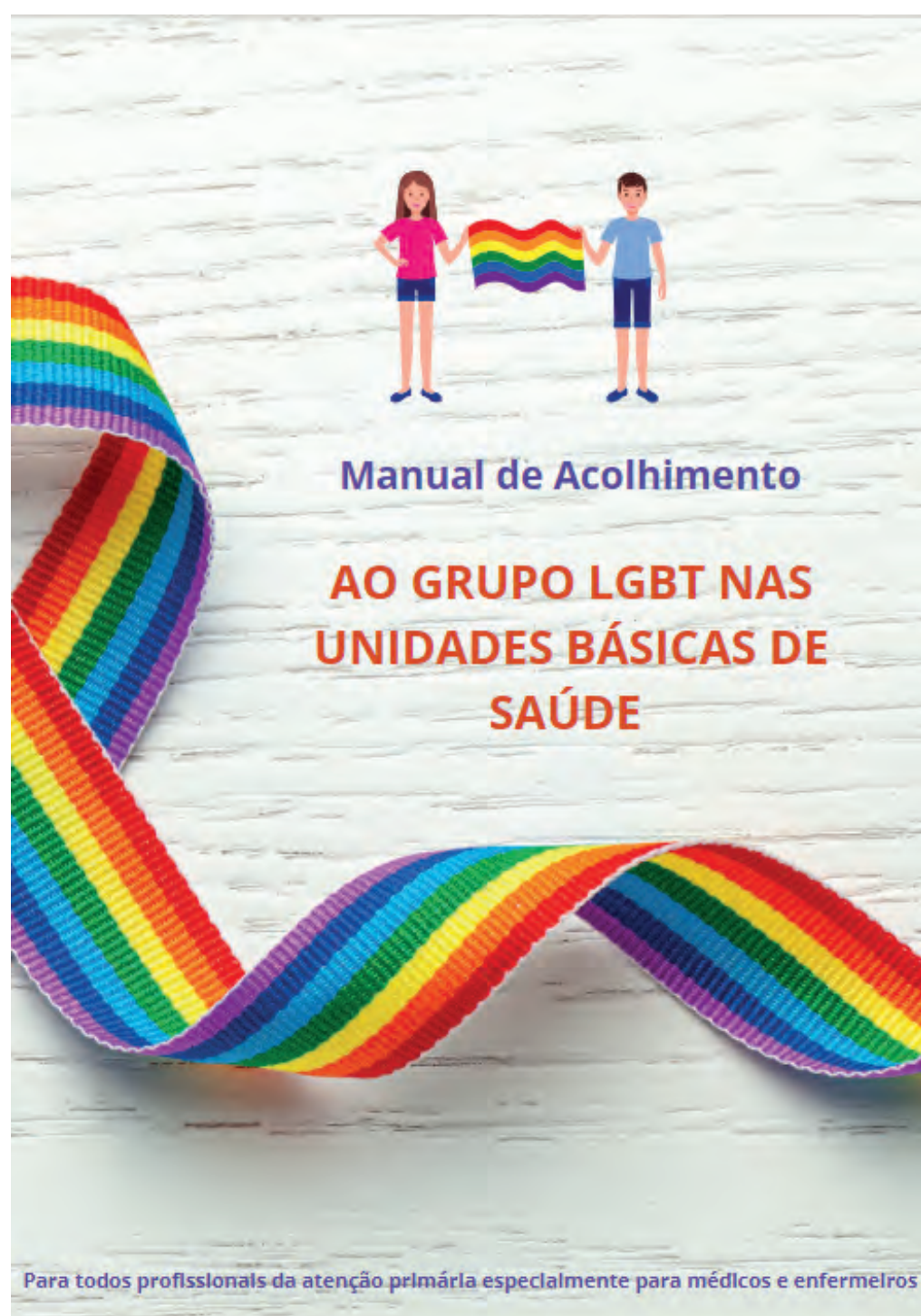
 Cartilha instrutiva

Voltada para os profissionais de saúde das unidades de atenção primária, que lidam com essa população todo dia, com foco em médicos e enfermeiros.

Manual de Acolhimento
AO GRUPO LGBT NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Para todos profissionais da atenção primária especialmente para médicos e enfermeiros

Figura 4 – Cartilha Manual de Acolhimento ao grupo LGBT nas Unidades Básicas de Saúde



Fonte: os autores

Descrição do Produto

O produto proposto foi uma cartilha destinada a profissionais de saúde para o acolhimento do grupo LGBT (figura 3 e 4). Os tópicos abordados foram a importância de conhecer os termos LGBT e o glossário dos termos. Também foi abordado como acolher individualmente cada grupo: lésbicas, gays, bissexuais e transexuais e transgênero (figura 5).

Figura 5 – Apresentação do projeto



Fonte: os autores

Relato de experiência

O grupo escolheu a temática devido à percepção da dificuldade de acolhimento e abordagem de pessoas LGBT nas UBS, vivenciada pelos membros. Como exemplo, vivenciamos a consulta de um paciente gay numa UBS e percebemos a dificuldade do médico em abordar com clareza a IST, o relacionamento com o parceiro e as estratégias para a prevenção de contágio. Também foi percebido pelo grupo o desconforto do paciente em conversar sobre o assunto e ser ouvido em suas necessidades.

A literatura científica descreve a baixa adesão à procura de atendimento em saúde das pessoas LGBT, que deixam de consultar por experiências anteriores e receio de discriminações que já ocorreram no passado; medo de discriminação futura; do profissional de saúde não reconhecer a orientação sexual ou a identidade de gênero própria da pessoa, com um aten-

dimento baseado em práticas heterossexuais.

O principal desafio encontrado pelo grupo foi conseguir conciliar as ideias de todos os membros sobre quais temas abordar na cartilha e como desenvolver um projeto que poderia ser útil e que passasse uma mensagem clara, informativa e não cansativa. Aprendemos que o trabalho em equipe e a conciliação de ideias podem ser complexos, mas é possível quando temos a abertura para troca de ideias e um objetivo comum.

Percebemos que essa temática trouxe ao grupo possibilidades de reflexão tanto do ponto de vista pessoal, relacionada a preconceitos estruturais, quanto ao profissional, por auxiliar a pensarmos em como agir diante de um paciente LGBT. Temos consciência de que uma única cartilha pode não modificar o cenário atual do acolhimento LGBT, mas acreditamos que é o início para a construção de projetos futuros que contribuam para essa causa.

Referências

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Saúde LGBT**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todosnos/saudelgbt/>. Acesso em: 17 maio 2022.

BARBOSA, Lúcia; ABADE, Erik. SALVADOR, Prefeitura. **Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT**. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/03/45-AP_MS_2018_final_pdf.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria Nº 2.836, de 1o de dezembro de 2011. Santa Catarina. Núcleo de Telessaúde, 10 de novembro de 2017. **Como acolher a população transexual na Atenção Primária em Saúde?** Disponível em: <https://apsrepo.bvs.br/aps/como-acolher-a-populacao-transexualna-atencao-primaria-em-saude/>. Acesso em: 26 maio 2022.

DHANIREDDY, Shireesha. Primary care of gay men and men who have sex with men. **Uptodate**, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-gaymen-and-men-who-have-sex-with-men>. Acesso em: 17 maio 2022.

FERNANDES, Alexandre. **Acolhimento e Fluxo de Atendimento a Diversidade**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/249332/>. Acesso em: 17 maio 2022.

MAGALHÃES, Luiza. **Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS)**. Orientadora: CHIESA, Anna. 2018. 29 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/>

Acolhimento_Transsexuais.pdf. Acesso em: 24 maio 2022.

SPRUNG, Luiza; FAGUNDES, Maria; Coletivo Cássia. **Saúde da mulher lésbica e bissexual.** Disponível em: http://coletivocassia.org/Saude_Mulher_LBT.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

TREE. **Glossário de termos LGBTQI+: informação para incentivar o respeito.** Disponível em: <https://tre-ediversidade.com.br/glossario-de-termoslgbtqi/>. Acesso em: 19 maio 2022.

