



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA–UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS-DCH – CAMPUS IV
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - PPGED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE (MPED)

DENISE VASCONCELOS MOREIRA MARQUES

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM JACOBINA-BA:
PESSOAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA),
FAMÍLIAS E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Jacobina – BA
2021

DENISE VASCONCELOS MOREIRA MARQUES

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM JACOBINA-BA:
PESSOAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA),
FAMÍLIAS E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade (PPGED), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no âmbito da Linha de Pesquisa II — Cultura Escolar, Docência e Diversidade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Cristina Salvadori.

Jacobina – BA

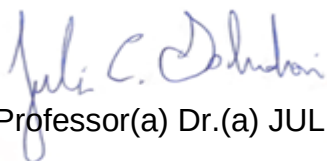
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

"CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM JACOBINA-BA: PESSOAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA), FAMÍLIAS E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE"

DENISE VASCONCELOS MOREIRA MARQUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade – MPED, em 22 de outubro de 2021, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Educação e Diversidade pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

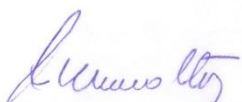


Professor(a) Dr.(a) JULIANA CRISTINA SALVADORI

UNEB

Doutorado em Programa de Pós-graduação em Letras e Linguística

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

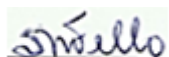


Professor(a) Dr.(a) NICOLETA MENDES DE MATTOS

UNEB

Doutorado em Educação e Contemporaneidade

Universidade do Estado da Bahia



Professor(a) Dr.(a) SANDRA MARIA FERRAZ MELLO

Ufba – UFBA

Doutorado em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas

Instituto de Ciências da Saúde

FICHA CATALOGRÁFICA

Sistema de Bibliotecas da UNEB

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Bibliotecário:

João Paulo Santos de Sousa CRB-5/1463

Marques, Denise Vasconcelos Moreira.

M357c

Concepções e práticas de cuidado em Jacobina-BA: pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), famílias e equipes multiprofissionais de saúde / Denise Vasconcelos Moreira Marques.

Jacobina – BA

201 f.

Dissertação (conclusão do curso de pós-graduação Strictu Senso / Programa de pós-graduação em educação e diversidade da Universidade do Estado da Bahia, MPED.

Departamento de ciências humanas – Campus IV).

Universidade do Estado da Bahia, 2021.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Juliana Cristina Salvadori.

1. Equipes multiprofissionais de saúde. 2. Práticas de cuidado. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Transtorno do Espectro Autista (TEA).

I. Marques, Denise Vasconcelos Moreira. II. Juliana Cristina Salvadori. III. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas/Campus IV. III. Título

CDD – 610

Dedico aos pacientes com o TEA que cruzaram a minha vida, vocês me ensinaram a amar ainda mais a minha profissão.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelas bênçãos derramadas durante esse percurso, proporcionando-me sabedoria e resiliência para enfrentar os obstáculos, força para vencê-los e vontade para continuar;

A minha mãe, Aleíde, por me ensinar a buscar sempre o caminho do bem, lutar pelos meus objetivos, me incentivando e dando forças, sendo um espelho de dignidade e caráter. Mainha, obrigada por ser a minha base, o meu pilar, a minha vida. Obrigada por suas orações, te amo;

Ao meu pai, Antônio (sempre presente), por ter sido exemplo de incentivo, determinação e persistência. Em vários momentos da escrita parei para lembrar de ti, e chorei. Painho, o seu orgulho de me ter como filha era tamanho que consegui seguir minha vida, mesmo sem você para me aplaudir. Em momentos tão importantes como esse chego a escutar sua voz e sentir sua emoção vibrando por minhas conquistas. Meu fã número um. Amor eterno;

Ao meu esposo, Arivaldo, obrigada por ser amor, abrigo, carinho e aconchego. Por ter me incentivado e me ajudado durante essa jornada. Inspirei-me em você;

Ao meu filho, Enzo Luigi, por ser o maior presente que Deus me concedeu. Por ser o ar que respiro, o impulso que faz meu coração bater. Olhar para você é sentir vontade de viver, de caminhar e lutar pelos meus sonhos, você é o grande amor da minha vida, amor imensurável;

Ao meu irmão, Danilo, pelos momentos de desabafo e de atenção, por dividir comigo momentos cruciais da nossa família. Amo você. Obrigada por você existir;

A minha tia, Lucy, por ter sempre me apoiado, obrigada pela torcida;

Ao meu grande amigo, Telmo, tenho um grande carinho por ti, obrigada por tudo;

Aos meus amigos e aos demais familiares, obrigada pelo carinho;

A minha orientadora, Juliana Salvadori, pela escuta sensível no momento que mais precisei, por ter confiado na minha capacidade, pelo carinho, dedicação, apoio, disponibilidade e orientações na construção desse trabalho. Obrigada por me incentivar e me ajudar a concretizar um sonho, nunca lhe esquecerei;

Nesse percurso conheci pessoas especiais, como: Fábiana, a quem agradeço pela sensibilidade, discussão, cumplicidade em todo o percurso e apoio nos círculos focalizados; Ivone, grata pelo carinho, atenção, parceria e diálogos em todo o processo; Jaqueline, pela escuta sensível e debates sobre as normas da ABNT; Mírian, pelos momentos de descontração e afeto e Vasti, pela amizade e compartilhamento de ideias;

As minhas colegas de sala, pelas discussões e aprendizados;

A Lucineide, pelo acolhimento desde o primeiro dia em que cheguei à UNEB;

A banca, professoras Nicoleta e Sandra, por terem aceitado o convite para avaliar meu trabalho, fazendo parte de um momento tão importante e gratificante da minha vida;

A professora, Rúbiana Lapa, pelo compartilhamento de saberes e ideias;

Aos professores e professoras do MPED, obrigada pela partilha do conhecimento. Em especial: professora Ione, por ser essa pessoa tão cativante e delicada; professor Jerônimo, pelo apoio e atenção; professora Ana Lúcia, pela transmissão do saber.

Ao GEEDICE, grupo acolhedor ao qual tenho muito carinho, obrigada pelos diálogos e incentivos;

Ao DIFEBA, obrigada pelas discussões;

Ao bibliotecário, João, pela disponibilidade em fazer a ficha catalográfica com muita precisão;

As profissionais da saúde que compuseram o grupo participante dessa pesquisa, por compartilharem suas vivências e pela troca de experiências, pois sem vocês a pesquisa não teria êxito.

[...] Só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível para os olhos [...]
Você se torna eternamente responsável
por aquilo que cativa [...]
(SAINT-EXUPÉRY, 2015, p. 68).

MARQUES, Denise Vasconcelos Moreira. Concepções e práticas de cuidado em Jacobina-BA :pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), famílias e equipes multiprofissionais de saúde. Texto de defesa. (Mestrado em Educação e Diversidade) – Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Campus IV.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido pauta de estudos acadêmicos no Brasil nas áreas de Saúde e Educação e, dentre os interesses de pesquisa, destaca-se a descrição do espectro a partir de critérios clínicos com ênfase nos déficits de comunicação e interação social, comportamentos repetitivos ou restritos, sensibilidade sensorial, entre outros aspectos diagnósticos. Para além, a literatura sinaliza a necessidade de se implantar ações de assistência pública às pessoas com o TEA, embasadas em práticas de cuidado. No âmbito da Odontologia, campo de atuação da pesquisadora, emergem desafios na prestação de serviço ao público, sobretudo, no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), situado na cidade de Jacobina-BA. Nesta pesquisa, os desafios são tomados como inquietações frente às práticas realizadas pelos/as profissionais atuantes na atenção básica (Estratégias de Saúde da Família-ESF) e de média complexidade (CEO). O objetivo geral deste estudo foi compreender como são realizadas as práticas de cuidado nos espaços multiprofissionais de saúde, assim como, os impactos dessas ações na vida de pessoas com o TEA no município de Jacobina-BA. Além disso, teve como objetivos específicos: 1) Mapear as equipes multiprofissionais de saúde, de baixa e média complexidade do município de Jacobina, que atuam na atenção às pessoas com o TEA; 2) Identificar e registrar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos/as profissionais, nos centros colaborativos de saúde, no atendimento ao referido público. A ação investigativa teve como lócus o CEO e como participantes 11 servidoras públicas. Como delineamento metodológico, o estudo inspirou-se na abordagem qualitativa e no paradigma crítico, tomando como método a pesquisa participante. Para a construção dos dados foram utilizados os seguintes dispositivos: análise documental, observação participante, diários de campo e círculos focalizados – inspirados nos círculos de cultura de Paulo Freire. Os círculos focalizados serviram, ainda, como dispositivo de intervenção e análise de dados. Em função da pandemia da COVID-19, os círculos focalizados ocorreram de forma *online*, e essa adaptação gerou desafios à promoção do processo coletivo direcionado à ação-reflexão-ação das participantes, mas promoveu ganhos quanto à adesão, participação e interação de todas. As categorias teóricas e de análise, construídas ao longo da pesquisa, são: políticas públicas de saúde e o SUS; equipes multiprofissionais de saúde e práticas de cuidado. Os resultados, a partir das narrativas das participantes nos círculos focalizados, apontaram que as práticas de cuidado para esse público precisam ser reavaliadas, ressignificadas e reestruturadas de modo coletivo. Apontaram, também, a precariedade no atendimento às pessoas com o TEA e suas famílias/cuidadoras, devido à ausência de equipes multiprofissionais atuantes nas instituições de baixa e média complexidade. Quanto às práticas de cuidado, embora existentes, são realizadas de forma pontual, sinalizando a ausência de ações integralizadas, por parte das equipes multiprofissionais. Esse quadro se desenha, em parte, devido às concepções que fundam as práticas de cuidado se pautarem no modelo curativista e caritativo-assistencialista, ampliando, desse modo, a exclusão social e a invisibilidade das demandas deste público, abrindo espaço para identificação das profissionais com o sofrimento das cuidadoras e do sentimento de falta de possibilidades e ações para atender devidamente essas pessoas. A partir dos resultados, recomenda-se a alteração e ampliação de ações nos serviços de saúde voltados para a inclusão

das pessoas com o TEA e para suas famílias/suas cuidadoras, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma acolhedora, humanizada e multidisciplinar, especialmente, nas ESF e no CEO. Dentre as dificuldades para ampliar as práticas de cuidado no SUS, está a necessidade de construir um plano de ação/diretrizes, em parceria com as equipes multiprofissionais, e, dentre essas diretrizes, um Documento Referencial Educativo, direcionado às práticas de cuidado para pessoas com o TEA nos espaços de saúde do município. Essa construção de diretrizes a partir da escuta das equipes é necessária para ampliar o debate sobre pautas da diversidade, e implantar efetivamente uma rede de atenção integrada para o atendimento desse público, reafirmando, assim, o compromisso ético da pesquisadora, das participantes, do serviço e da saúde pública brasileira para o desenvolvimento de um trabalho mais humanizado nos espaços público de saúde.

Palavras-chave: Equipes multiprofissionais de saúde. Práticas de cuidado. Políticas públicas de saúde. SUS. Transtorno do Espectro Autista (TEA).

ABSTRACT

Autistic Spectrum Disorder (ASD) has been the subject of academic studies in Brazil in the areas of Health and Education and, among the research interests, the description of the spectrum from clinical criteria with emphasis on communication and interaction deficits stands out. social, repetitive or restricted behaviors, sensory sensitivity, among other diagnostic aspects. In addition, the literature indicates the need to implement public assistance actions for people with ASD, based on care practices. Within the scope of Dentistry, the researcher's field of action, challenges emerge in providing services to the public, especially in the Dental Specialties Center (CEO), located in the city of Jacobina-BA. In this research, the challenges are taken as concerns regarding the practices carried out by professionals working in primary care (Family Health Strategies-ESF) and of medium complexity (CEO). The general objective of this study was to understand how care practices are carried out in multidisciplinary health spaces, as well as the impacts of these actions on the lives of people with ASD in the city of Jacobina-BA. In addition, it had the following specific objectives: 1) To map the multidisciplinary health teams, of low and medium complexity, in the municipality of Jacobina, which work in the care of people with ASD; 2) Identify and record the care practices developed by the professionals, in the collaborative health centers, in the service to that public. The investigative action had the CEO as the locus and 11 public servants as participants. As a methodological design, the study was inspired by the qualitative approach and the critical paradigm, using participatory research as a method. The following devices were used to construct the data: document analysis, participant observation, field diaries and focused circles – inspired by Paulo Freire's cultural circles. The focused circles also served as a device for intervention and data analysis. Due to the COVID-19 pandemic, the focused circles took place online, and this adaptation generated challenges to the promotion of the collective process aimed at the participants' action-reflection-action, but promoted gains in terms of adherence, participation and interaction of all. The theoretical and analytical categories, built throughout the research, are: public health policies and the SUS; multidisciplinary health teams and care practices. The results, based on the narratives of the participants in the focused circles, indicated that care practices for this audience need to be reassessed, re-signified and restructured in a collective way. They also pointed out the precariousness of care for people with ASD and their families/caregivers, due to the absence of multidisciplinary teams working in low- and medium-complexity institutions. As for care practices, although existing, they are carried out in a timely manner, signaling the absence of integrated actions by the multidisciplinary teams. This picture is drawn, in part, due to the conceptions that found care practices based on the curative and charitable-assistance model, thus increasing social exclusion and the invisibility of the demands of this public, opening space for the identification of professionals with the suffering of the caregivers and the feeling of lack of possibilities and actions to properly care for these people. Based on the results, it is recommended to change and expand actions in health services aimed at the inclusion of people with ASD and their families/caregivers, within the scope of the Unified Health System (SUS), in a welcoming manner, humanized and multidisciplinary, especially in the ESF and in the CEO. Among the difficulties to expand care practices in the SUS is the need to build an action plan/guidelines, in partnership with the multidisciplinary teams, and, among these guidelines, an Educational Reference Document, aimed at care practices for people with the TEA in the health spaces of the municipality. This construction of guidelines based on listening to the teams is necessary to broaden the debate on diversity agendas, and to effectively implement an integrated care network to serve this public, thus reaffirming the ethical commitment of the researcher, the participants, the service and Brazilian public health for the development of more humanized work in public health spaces.

Keywords: Multiprofessional health teams. Care practices. Public health policies. SUS. Autistic Spectrum Disorder (ASD).

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Município de Jacobina.

Figura 02 - Centro de Especialidades Odontológicas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Quadro comparativo: autismo no DSM V e no CID-10 e 11.

Quadro 02 - Localização das equipes multiprofissionais de baixa e média complexidade.

Quadro 03 - Participantes da pesquisa.

Quadro 04 - Participantes da pesquisa.

Quadro 05 - Caminhos metodológicos.

Quadro 06 - Publicações disponíveis na plataforma CAPES.

Quadro 07 - Critérios para seleção dos referenciais.

Quadro 08 - Dissertações compiladas no portal CAPES.

Quadro 09 - Teses condensadas no portal CAPES.

Quadro 10 - Trajetória das políticas públicas no processo de construção do SUS.

Quadro 11 - 1ª Década de implantação do SUS.

Quadro 12 - 2ª Década de implantação do SUS.

Quadro 13 - 3ª Década de implantação do SUS.

Quadro 14 - Legislação brasileira sobre os direitos da pessoa com deficiência às redes de educação e saúde.

Quadro 15 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o plano Viver sem Limites.

Quadro 16 - Estatuto da pessoa com deficiência: direitos às redes de saúde e educação.

Quadro 17 - Política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência.

Quadro 18 - Rede de cuidados à pessoa com deficiência.

Quadro 19 - Lei estadual da Bahia assegura tratamento especializado aos autistas.

Quadro 20 - Legislação estadual da Bahia para pessoas com deficiência.

Quadro 21 - Regulamentação dos direitos da pessoa com deficiência no estado da Bahia.

Quadro 22 - Círculo focalizado.

Quadro 23 - Relatos do grupo sobre o cuidado para pessoas com o TEA.

Quadro 24 - II Círculo focalizado.

Quadro 25 - II Círculo focalizado: relatos do grupo.

Quadro 26 - Relatos do grupo sobre a importância do cuidado.

Quadro 27 - Relatos do grupo sobre equipes multiprofissionais.

Quadro 28 - Relatos do grupo sobre avaliação do encontro.

Quadro 29 - III Círculo focalizado.

Quadro 30 - III Círculo focalizado: relatos do grupo.

Quadro 31 - III Círculo focalizado: respostas das questões reflexivas.

Quadro 32 - Relatos sobre práticas de cuidado para as pessoas com o TEA.

Quadro 33 - IV Círculo focalizado.

Quadro 34 - Relatos do grupo sobre políticas públicas de saúde.

Quadro 35 - V Círculo focalizado.

Quadro 36 - Relatos do grupo sobre enfrentamento das barreiras atitudinais.

Quadro 37 - Relatos do grupo sobre discriminação.

Quadro 38 - VI Círculo focalizado.

Quadro 39 - Relatos do grupo sobre a dinâmica das cores.

Quadro 40 - Relatos do grupo sobre a formação leitora.

Quadro 41 - Relatos do grupo sobre políticas públicas.

Quadro 42 - Relatos do grupo sobre círculo focalizado como espaço formativo.

Quadro 43 - Elaboração do Documento Referencial Educativo.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal.

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde.

COVID -19 - Corona vírus disease/ doença do coronavírus.

DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais.

EFTS - Escola de Formação Técnica em Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

FATEC - Faculdade de Tecnologia Internacional.

FUNORT- Faculdades Unidas do Norte de Minas.

GM - Gabinete do Ministro.

HATS - Hospital Antônio Teixeira Sobrinho.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Específico.

ICS - Instituto de Ciências e Saúde.

MPED - Mestrado Profissional em Educação e Diversidade.

PPGED - Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade

RSL - Revisão Sistemática da Literatura.

SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde.

SM - Ministério da Saúde.

SESAB - Secretaria de Saúde da Bahia.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TEA - Transtorno do Espectro Autista/ Transtorno do Espectro do Autismo.

TFCC - Trabalho Final de Conclusão de Curso.

TSB - Técnico de Saúde Bucal.

UNEB - Universidade do Estado da Bahia.

UFBA - Universidade Federal da Bahia.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	19
INTRODUÇÃO.....	25
1.METODOLOGIA.....	29
1.1. Lócus da ação investigativa.....	29
1.2. Participantes da pesquisa.....	33
1.3. Abordagem	37
1.4. Paradigma epistemológico	40
1.5. Método de pesquisa.....	41
1.6. Dispositivo de pesquisa	43
1.7. Imersão no campo	48
1.8. Revisão sistemática.....	52
2.REFERENCIAL TEÓRICO	58
2.1. Políticas públicas de saúde no Brasil.....	58
2.1.1. Instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	63
2.1.2. Inclusão de pessoa com deficiência: Leis, normas e diretrizes nacionais.....	76
2.2. Equipes multiprofissionais de saúde	84
2.3. Práticas de cuidado.....	90
3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS REALIZADAS	97
3.1. Tecendo considerações.....	97
3.2. Produtos.....	159
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS	166
ANEXOS.....	177

PREFÁCIO

Sendo cirurgiã dentista, atuando numa instituição municipal de assistência odontológica na cidade de Jacobina-BA, sou cotidianamente instigada a buscar respostas para os mais diversos problemas que afetam a saúde bucal dos/as pacientes, especialmente, daqueles/as com o TEA, cujas demandas requerem estratégias diferenciadas de atendimento. Uma tarefa que, de certa forma, exige compreender a complexidade do entorno da vida dessas pessoas, pois não basta acessar saberes acumulados ao longo da carreira, haja vista esse acervo nem sempre fornece a resolução almejada, assim, a produção de novos conhecimentos se revela indispensável. Com base nessa percepção, contemplei na proposta do Mestrado Profissional em Educação e Diversidade (MPED) do Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade (PPGED), pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Departamento de Ciências Humanas – Campus IV – Jacobina-BA, a oportunidade de promover um diálogo interdisciplinar entre as áreas da saúde e da educação, vislumbrando a possibilidade de desenvolver processos de formação continuada, em parceria com os/as pares, os quais fomentem mudanças em nossos contextos de atuação, como por exemplo, a possível implantação de uma rede de assistência integral à saúde do referido público, tendo em vista o meu compromisso ético como profissional-pesquisadora do próprio lócus de trabalho.

O entrelaçamento da presente ação investigativa, intitulada *Concepções e práticas de cuidado em Jacobina – BA: Pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), famílias e equipes multiprofissionais de saúde*, com meu percurso acadêmico e profissional emerge, inicialmente, com a formação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA; 2002), seguida por cursos de especialização em Saúde Coletiva, pela Faculdade de Tecnologia Internacional (FATEC; 2005-2007) e em Saúde do Trabalhador, também na FATEC (2008-2009). Dando continuidade ao processo formativo, fiz um curso de aperfeiçoamento em Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFP; 2013-2014), cursando neste mesmo período a pós-graduação em Ortodontia, pela Sociedade Educativa do Brasil (SOEBRAS; 2011- 2014) em parceria com as Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE) e o Instituto de Ciências e Saúde (ICS). Realizei, também, um curso de formação em Deficiência Intelectual e Autismo, pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Jacobina (APAE; 2018-2018); dentre outros.

Além de atuar na área de odontologia, exerci as funções de Coordenadora e Docente do Curso de Habilitação Profissional de Técnico de Saúde Bucal (TSB), por um período de três anos (2009-2012), no Curso de Capacitação Técnico-Pedagógica para Docentes da Formação Profissional, situado no município de Umburanas-Bahia. Convém ressaltar que a experiência profissional desenvolvida nestes processos formativos – promovidos pela Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) em parceria com a Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) – fomentou o interesse em pesquisar as *práticas de cuidado para as pessoas com o transtorno do espectro autista (TEA)*, pois observei que a maior dificuldade dos/as cursistas era justamente lidar com pacientes com este espectro.

Como expressei acima, a pesquisa está vinculada ao exercício da minha profissão, todavia, saliento que a experiência em trabalhar numa unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada no Povoado de Caatinga do Moura (2005-2008), pertencente ao município de Jacobina-BA, estimulou o meu engajamento junto à população em situação de vulnerabilidade, especialmente, as pessoas com deficiência, marginalizadas, segregadas e, na grande maioria dos casos, invisibilizadas pelos órgãos públicos. Esta militância em prol do atendimento odontológico a este público, historicamente discriminado, se tornou uma fonte de satisfação pessoal – pois, de alguma forma, pude contribuir para a saúde daqueles/as residentes – mas, ao mesmo tempo, um desafio profissional, configurado aqui como objeto de estudo, tendo em vista a necessidade de implantar práticas de cuidado nos espaços assistenciais para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação desses/as cidadãos/ãs, a fim de corroborar com a qualidade de vida dos/as mesmos/as.

A partir do ano de 2012 passei a integrar o quadro de funcionários/as efetivos/as do Centro de Especialidades Odontológicas¹ (CEO), em Jacobina-Bahia, serviço de média complexidade, atuando no setor de atendimento a Pacientes Especiais. Neste espaço, trabalho com pessoas com diversas deficiências, estas são referenciadas pelos espaços de saúde da rede municipal de saúde para o CEO, onde são acolhidos/as, atendidos/as e acompanhados/as. Vale salientar que o CEO é um dos serviços/dispositivos integrante do Plano Nacional para

¹ Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] são referência em saúde bucal. Essas unidades contam com equipes formadas por técnicos e auxiliares de saúde bucal e cirurgiões-dentistas. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/centros-de-especialidades-odontologicas-sao-referencia-em-saude-bucal-0>. Acesso em jun. de 2020.

Pessoa com Deficiência², denominado *Viver Sem Limites*, com o objetivo de promover o atendimento integral através de uma rede de cuidado.

A minha trajetória como servidora pública contempla também o Município de Umburanas/Bahia, onde atuo desde o ano de 2008 como funcionária efetiva da ESF – mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta localidade trabalho com uma população adscrita de todas as faixas etárias e com aproximadamente quinhentas (500) Pessoas com Deficiência (com muitas áreas subnotificadas). Com esta população o atendimento é realizado segundo as políticas públicas, referenciando as práticas de cuidado e os fundamentos do SUS, a saber: os princípios da universalidade, integralidade e equidade, como ações afirmativas de trabalho, embora haja dificuldades em termos de infraestrutura, recursos físicos e humanos.

No decorrer da caminhada profissional venho observando as demandas de assistência à saúde apresentadas pelas pessoas com o TEA, pois estes/as pacientes demonstram dificuldades na interação social, especialmente, no que diz respeito à comunicação, haja vista os comportamentos repetitivos, interesses restritos, hipersensibilidade ao toque, sensibilidade sensoriais, dentre outras. Sendo assim, a dinâmica de atendimento a este público precisa ser reestruturada – em espaços com pequenos intervalos de tempo entre uma consulta e outra, por exemplo – para que o mesmo se familiarize e se adapte, gradativamente, ao ambiente e aos procedimentos necessários.

A observação atenta das citadas demandas foi apontando a necessidade de se implantar um atendimento em rede, pois constatei através das anamneses, procedimentos clínicos e acompanhamentos que ao encaminhar os/as pacientes para outros setores da saúde, na maioria das vezes, eu não recebia devolutivas acerca das questões postas. A partir dessa constatação, emergiu a necessidade de estabelecer parcerias com os/as profissionais atuantes noutras especialidades e serviços, com o objetivo de promover melhoria na qualidade de vida das pessoas com o TEA, por meio de uma teia de assistência.

O trabalho cotidiano com estes/as pacientes, mediado pela prática do acolhimento, da escuta sensível deles/as (quando possível) e de seus familiares, associado às demandas emergentes da prática profissional, desencadeou a questão central deste estudo investigativo,

² O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência – *Viver Sem Limites* -, lançado em 17 de novembro de 2011, pelo Decreto presidencial Nº 7.612, com objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência. Esse plano envolve ações desenvolvidas por 15 ministérios, concentradas em 4 eixos de atuação, são eles: 1) acesso à educação; 2) atenção à saúde; 3) inclusão social; 4) acessibilidade. Disponível em: <http://portaldecompras.saude.gov.br/index.php/programa-viver-sem-limites/39-programa-viver-sem-limites>. Acesso em jun. de 2020.

qual seja: *Como as equipes multiprofissionais de saúde de baixa e média complexidade constroem práticas de cuidado no atendimento a pessoas com o TEA na rede municipal de saúde em Jacobina?* Apoiada neste questionamento, a proposta desta pesquisa foi investigar as práticas de cuidado de pessoas com o TEA, realizadas pelos órgãos municipais de saúde em Jacobina-BA, com vistas à formação de uma rede multiprofissional de assistência para esses/as pacientes. Nessa perspectiva, o estudo buscou estabelecer parceria com outros/as profissionais inseridos/as no atendimento da saúde do mencionado público, além disso, almejou o envolvimento de trabalhadores/as de áreas afins, posto que a multiprofissionalidade configura-se como meio eficaz de articulação entre os sujeitos.

Em relação aos propósitos, a pesquisa teve por objetivo geral: *Compreender como são realizadas as práticas de cuidado nos espaços multiprofissionais de saúde, assim como, os impactos dessas ações na vida de pessoas com o TEA no município de Jacobina-BA.* Arelado aos seguintes objetivos específicos: 01- *Mapear as equipes multiprofissionais de saúde, de baixa e média complexidade do município de Jacobina, que atuam na atenção às pessoas com o TEA;* 02- *Identificar e registrar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos/as profissionais, nos centros colaborativos de saúde, no atendimento ao referido público.*

No que diz respeito à proposta de intervenção, buscou-se em parceria com as participantes da pesquisa, construir um Documento Referencial Educativo para a instrução profissional desses/as servidores/as públicos/as municipais sobre as práticas de cuidado que necessitam ser implantadas nos espaços de assistência à saúde das pessoas com o TEA em Jacobina - BA. Para tanto, o CEO, lócus da ação investigativa, matriciou 11 profissionais, todas do sexo feminino, sendo 09 delas de nível médio: (01) Auxiliar de limpeza, (06) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas, além de 02 servidoras públicas de nível superior: (02) Dentistas. Convém salientar que apenas 03 funcionárias de nível médio – (02) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (01) Auxiliar de serviços gerais – atuantes no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) aderiram ao estudo, às 08 restantes que também aderiram à pesquisa – (02) Dentistas, (04) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas – atuam nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF).

No tocante ao delineamento, a pesquisa tomou como base teórica a abordagem qualitativa, haja vista o caráter subjetivo dessa ação investigativa, ou seja, a produção de conhecimento científico a partir das interações sociais estabelecidas entre pesquisadora e participantes. Ademais, nesse processo dialético, cada participante teve a oportunidade de transformar a si e ao outro, à medida que entender as realidades, as particularidades, os

comportamentos e experiências de cada um/a no contexto histórico e social estudado. Além disso, adotou o paradigma crítico, por seu caráter transformador frente a visões emancipatórias. Sendo assim, o estudo recorreu ao método da pesquisa participante sendo utilizados como dispositivos de investigação: a observação participante, os círculos focalizados e os diários de campo, haja vista que, atuando como observadora participante, acompanhando em lócus as experiências cotidianas dos/as profissionais de saúde no atendimento a pessoas com o TEA, favoreceu a compreensão dos significados que esses/as atribuem à realidade e às próprias ações, ou seja, apreender os diferentes aspectos do problema.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar a importância de recorrer aos círculos focalizados como dispositivo na construção dos dados da pesquisa, uma vez que, o mesmo configura-se também como dispositivo de intervenção e de análise, tendo em vista seu caráter coletivo, ou melhor, seu propósito de dialogar com diferentes saberes. Convém ressaltar, igualmente, a relevância dos diários de campo como dispositivo auxiliar nesta pesquisa, haja vista sua versatilidade para o registro detalhado das narrativas do grupo participante, inclusive por meio do WhatsApp.

É importante salientar que a pesquisa transcorreu em meio à pandemia provocada pela COVID-19, doença viral que atingiu o planeta, ocasionando milhares de mortes e contaminados/as, bem como adoecimento mental e físico da população. Destaco que eu, como pesquisadora, assim como as participantes, somos servidoras públicas da saúde, e continuamos exercendo as nossas funções no CEO e ESF. Logo, estávamos com uma carga de estresse muito alta, exacerbada pelo medo, e isso impactou na pesquisa e seus encaminhamentos. Houve reestruturação da intervenção em campo: os círculos focalizados, previstos como círculos de cultura presenciais, precisaram ser reelaborados e realizados no formato *online*, via videoconferências, e a necessidade de estruturar os círculos de forma a garantir que não fossem cansativos no formato *online* e não ultrapassassem mais de duas horas, como recomendado por várias instâncias sobre exposição ao uso de telas, gerou roteiro estruturado, que conferiu caráter focalizado ao círculo; criou-se grupo de *WhatsApp* para registrar participações, grupo que também funcionou como espaço de diário coletivo; a sobrecarga de cuidados com a casa e com a família durante a pandemia, as medidas sanitárias e o fato de todas as participantes serem mulheres mudou o enfoque da pesquisa que deslizou das pessoas com o TEA para suas famílias/cuidadoras, pela identificação das participantes com essas mulheres e também da identificação com o sofrimento das famílias das

participantes, atravessaram alguns dos encontros e podendo ter levado à emergência da vocalização de concepções de cuidado centradas no sofrimento .

Em relação às etapas de desenvolvimento da pesquisa, faz-se oportuno destacar que a primeira etapa contemplou a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), a qual favoreceu uma percepção mais aprofundada acerca do mencionado objeto de estudo, assim como, a constatação da escassez de estudos publicizados na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) referentes a esta temática. Além disso, proporcionou a identificação de problemáticas que ainda precisam ser investigadas, pois segundo os/as autores/as dos estudos analisados na RSL novas investigações se fazem necessárias para atender às demandas postas, a exemplo do problema de pesquisa ora apresentado.

A trilha científica percorrida, através do citado mapeamento bibliográfico, na fase inicial deste processo investigativo contribuiu também para a construção do embasamento teórico-metodológico da pesquisa, cujo quadro referencial contempla os estudos produzidos por pesquisadores/as a exemplo de: Saccol (2009); Pesce; Abreu (2013); Denzin (2018); Minayo (2011); Tuzzo; Braga (2016); Faermam (2014); Pozzebon; Petrini (2013); Heidmann *et al.* (2017); Brandão (2006); Peruzzo (2017); Lüdke e André (1986); Correia (2009); Loureiro e Franco (2012); Rosa; Arnoldi (2006); Silva; Gamboa (2011), dentre outros/as, os/as quais, não só subsidiaram o entendimento sobre os conceitos pertinentes ao contexto da produção do conhecimento científico, como igualmente às concepções no âmbito da saúde brasileira, especialmente, no que diz respeito: às políticas públicas nacionais, SUS; à legislação de inclusão/interação social; às equipes multiprofissionais; às práticas de cuidado e ao TEA.

Quanto à organização escrita deste estudo, convém dizer que o mesmo constitui-se em cinco (05) partes, sendo essas respectivamente a **Introdução** e quatro (04) capítulos, a saber: **Capítulo-I**, relativo ao percurso metodológico, o lócus, o grupo participante, a abordagem metodológica, o paradigma, o método, os dispositivos, a imersão no campo e revisão sistemática. **Capítulo-II**, contemplando o referencial teórico, as políticas públicas de saúde, o SUS, a legislação, as equipes multiprofissionais de saúde e as práticas de cuidado. **Capítulo-III**, abordando a análise reflexiva dos dados, os resultados obtidos no processo da pesquisa e o produto. **Capítulo-IV**, apresentando a conclusão da ação investigativa.

INRODUÇÃO

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-11, a ser lançado em 2022, e o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, o DSM-5, de 2013, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno de neurodesenvolvimento caracterizado por diferentes níveis de comprometimento em dois domínios centrais: comunicação social e comportamento repetitivo ou restrito, conhecidos como díade autística. Estes instrumentos agrupam sob uma única classificação guarda-chuva, Transtorno do Espectro Autista (TEA), subcategorias da condição, reconhecendo sua complexidade e multiplicidade de perfis possíveis, conforme a funcionalidade e a necessidade de apoio do sujeito, e garantindo, política e socialmente, que todas as pessoas com o TEA possam ser atendidas por políticas públicas.

Esta nomeação e categorização, com ênfase no termo Espectro, acolhe a variação e diferenciação da manifestação do quadro de pessoa para pessoa (LAMPREIA, 2003) e a complexidade na interação e comprometimento das diversas dimensões: Processamento Sensorial, Processamento de informações, Habilidades motoras, Linguagem e Comunicação verbal e não-verbal, Interação Social e Função Executiva,

Quadro 01 – comparativo: autismo no DSM V e no CID -10 e 11.

Autismo no DSM V (2013) 299.00 – Transtorno do Espectro Autista.	Autismo na CID-10 (2003) F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (TGD)	Autismo na CID-11 (2022) 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
Critérios Diagnósticos do Autismo – A A. Déficits persistentes na comunicação social e interação Critérios Diagnósticos do Autismo – B B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Critérios Diagnósticos do Autismo – C, D e E C. Os sintomas devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento.	F84.0 – Autismo infantil F84.1 – Autismo atípico F84.2 – Síndrome de Rett F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados F84.5 – Síndrome de Asperger F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento	6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada

D. Os sintomas causam prejuízos clinicamente significativos em áreas ou sociais, ou ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento atual. E. Esses distúrbios não são melhor explicados pela deficiência intelectual (distúrbio intelectual do desenvolvimento) ou pelo atraso global no desenvolvimento. agmático). Níveis de Funcionamento para o Transtorno do Espectro do Autismo Comportamentos repetitivos, restritos: Nível 1 LEVE – “Necessidade de pouco apoio” Comunicação social: Nível 2 – “Necessidade de apoio substancial” Nível de severidade: Nível 3 – “Necessidade de apoio muito substancial”.	F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento	6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado
---	---	---

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Novembro/ 2021.

O quadro acima mostra como nos anos 2000, o autismo tem sido tomado a partir da complexidade de fatores que o constitui e como os critérios diagnósticos têm sido reavaliados e ressignificados de forma a compor um quadro multifacetado que não reduza diagnóstico a estereótipo. O DSM, de 2013, indica a direção para ampliação da compreensão do Autismo como Espectro, que emerge e se consolida no CID-11, marcando a presença ou ausência de deficiência intelectual e de linguagem funcional como aspectos diagnósticos.

Essa díade que caracteriza o autismo com enfoque no comportamento, comunicação e linguagem e a assunção da perspectiva do Espectro está presente também em outro instrumento importante, principalmente no contexto brasileiro, que é a Lei Nº 12.764, de 2012, conhecida como Lei Berenice Piana, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.”, a qual afirma “§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.”.

Essa normativa, que funda e regula as políticas públicas para pessoas no Espectro Autista e suas famílias no Brasil, é posteriormente revalidada pela Lei Nº 13.146, de 2015, a

qual “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”, marcando o TEA política e socialmente como deficiência, na perspectiva do modelo social de deficiência, a fim de garantir políticas públicas voltadas a essa população. Segundo a Lei Berenice Piana,

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Diante do exposto, é válido ressaltar que o termo espectro implica um número significativo de características e dimensões que podem compor o Transtorno, entretanto, com diferenças relativas principalmente à intensidade com a qual cada sintoma se manifesta. Sendo este um dos motivos pelos quais o TEA seja concebido, atualmente, como um transtorno do desenvolvimento de base biológica inata, embora sua etiologia ainda permaneça desconhecida.

Considerando o quadro delineado, principalmente no que tange a perfis e comportamentos sensoriais, padrões repetitivos de comportamento e presença ou ausência de linguagem funcional, e como essas características impactam significativamente o cotidiano das pessoas com o TEA no que tange ao acolhimento que recebem ou não nos serviços públicos de saúde, se fazem necessárias condutas clínicas embasadas em práticas de cuidado. Contudo, é preciso reconhecer que, na maioria dos casos, há dificuldade para todos/as que lidam com essas pessoas, principalmente os/as profissionais da saúde, incluindo dentistas, ou profissionais das demais áreas, visto que as políticas de integralidade que conformam as diretrizes dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), precisam ser construídas no dia a dia pelos profissionais. O artigo dois da Lei Berenice Piana estabelece as seguintes diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

A falta de implementação dessas diretrizes no cotidiano dos serviços de saúde, particularmente no que tange à constituição de uma rede e ações intersetoriais, a atenção integral ainda não garantida a esse público e a ausência de gestões e ações participativas em que famílias e pessoas com o TEA sejam ouvidas, constituem as razões que mobilizaram a realização desta pesquisa, visando o atendimento as pessoas com o TEA orientado pela integralidade da assistência, em detrimento das práticas de tratamento pautadas na doença/cura, como ponto de partida para o desenvolvimento de uma intervenção nos espaços municipais de saúde de Jacobina, especialmente, nas instituições de baixa e média complexidade (ESF/ CEO), a qual possa fomentar a implantação de uma possível rede de saúde, orientada para a prática integral de cuidado, entendida aqui como base fundamental para a defesa da vida, pois cuidar é colaborar para gerar apoio, autonomia e liberdade de escolha, a partir da dialogicidade e do acolhimento, buscando identificar as potencialidades desses sujeitos, na lógica da inclusão.

1. METODOLOGIA

Em conformidade com o pensamento de Aires (2011, p.04), o processo investigativo deve ser guiado pela coerência e a interação permanente entre o modelo teórico de referência e as estratégias metodológicas. Embora, de acordo com Denzin (2018, p.111), nas ciências sociais contemporâneas não haja mais “uma visão de Deus que garanta uma certeza metodológica absoluta”. Por esta razão, a metodologia precisa ser entendida como o percurso “do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2011, p.16), tendo em vista que:

Inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas (MINAYO, 2011, p.16).

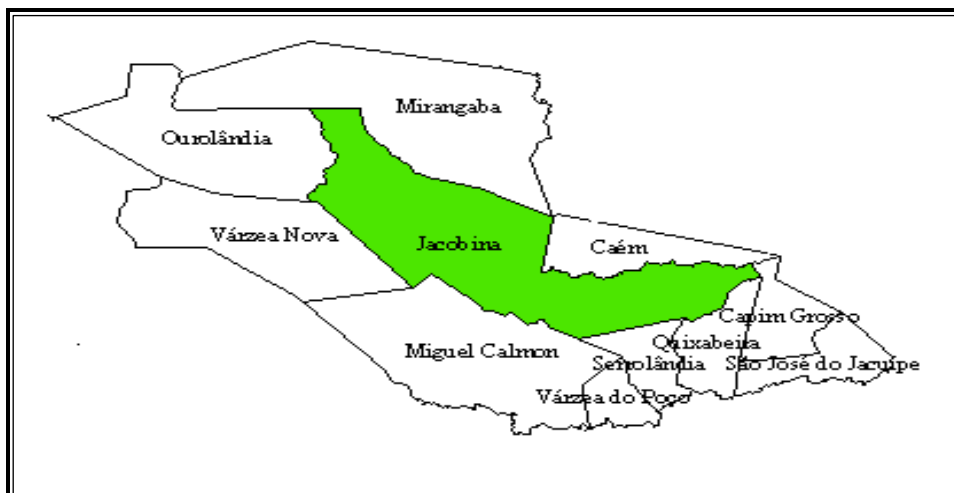
Compartilhando dessa perspectiva, Brandão (2006, p.08) salienta que mesmo quando a pesquisa está a serviço de “uma ação social local e limitada, [...] é o seu todo o que está em questão”. (BRANDÃO, 2006. p.08). Nesse sentido, a pesquisa foi desenvolvida numa instituição de saúde pública, situada na cidade de Jacobina-BA, apresentarei a seguir algumas informações sobre este município e o referido lócus deste estudo.

1.1. Lócus da ação investigativa

Jacobina é um município localizado, geograficamente, no extremo norte da Chapada Diamantina, a 339 km da capital baiana, Salvador.

O distrito foi fundado no ano de 1.722 e ficou conhecido, popularmente, como *Cidade do Ouro*, alcunha originada da exploração aurífera em seu território, cujas fronteiras são delimitadas pelos distritos de Mirangaba, Saúde e Caém (ao norte); Várzea Nova, Várzea do Poço e Miguel Calmon (ao sul); Serrolândia, Quixabeira e Capim Grosso (ao leste) e Ourolândia (ao oeste), conforme o mapa ilustrado a seguir:

Figura 01 - Mapa do Município de Jacobina-BA.



Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/jaco2.png>. Acesso: Agosto/ 2020.

Segundo estimativa disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, a população jacobinense contabilizou 80.518 habitantes, os/as quais dispõem da assistência dos/as seguintes profissionais: enfermeiro/a, dentista, farmacêutico/a, fisioterapeuta, médico/a, nutricionista e psicólogo/a, de acordo com dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao lócus selecionado para a realização desta pesquisa, trata-se de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), implantado na cidade no ano de 2005, em conformidade com as Portarias GM/MS Nº 1.570 e 1.571, ambas publicadas em 29/07/2004. O mesmo foi instalado no prédio onde funcionava a sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), sendo considerado do Tipo I, oferta à comunidade os seguintes serviços: atendimento a pessoas com deficiência; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca; endodontia; odontopediatria; periodontia, prótese dental e radiografias periapicais.

O CEO, situa-se no bairro da Caeira, fica localizado dentro do espaço da antiga SEMUSA. A estrutura arquitetônica do CEO conta com sete (07) espaços bem definidos, a saber: uma recepção mobiliada com balcão, armário, cadeiras, ventilador de parede, televisão, um bebedouro e cadeira de rodas para o transporte de pessoas com deficiência; um banheiro para uso exclusivo dos/as profissionais de nível superior e médio – quando os/as usuários/as precisam utilizar o sanitário, têm que se deslocar até a ESF, localizada, também, no local da antiga SEMUSA; quatro salas destinadas aos seguintes atendimentos: endodontia; pessoas com deficiência; periodontia; odontopediatria; prótese dentária e cirurgia oral menor/diagnóstico de câncer bucal (vide fotos no Anexo-I), todas compostas por bancadas, armários, equipamento

odontológico, ar-condicionado, janela, pias específicas para higienização das mãos e dos instrumentos, além de uma sala para a realização de radiografia, esta é equipada com cadeira odontológica, bancada, aparelho de Raios-X, caixa reveladora e um corredor que dá acesso às outras dependências do prédio.

A sala de atendimento de pessoas com deficiência, por sua vez, situa-se na sala número 02, cujo mobiliário é constituído por um armário horizontal com uma bancada de mármore, um equipamento odontológico (cadeira odontológica, cuspideira e mocho), 02 pequenas bancadas de madeira branca, um armário vertical, uma mesa, quatro cadeiras (profissional, atendente, paciente e acompanhante), caso haja mais de um acompanhante, é disponibilizada outra cadeira proveniente da sala de recepção. Esse espaço dispõe, ainda, de 02 aparelhos de ar-condicionado, um aparelho de ultrassom, um amalgamador, um fotopolimerizador, um negatoscópio, um macro modelo odontológico mais escova, duas lixeiras, além de dois lavatórios: um para higienização das mãos e outro para lavagem dos instrumentos.

Em relação aos agendamentos para consultas, convém ressaltar que tem-se o cuidado de agendar esse público em horários que não os/as faça aguardar por longos períodos na sala de espera, no entanto, cada usuário/a é agendado/a de acordo com a melhor disponibilidade, tanto para ele/a como para o/a cuidador/a, pois cada atendimento depende do diagnóstico. Desse modo, há situações em que um único indivíduo é agendado por turno, haja vista a necessidade de disponibilizar as 04 horas de funcionamento do CEO para o atendimento desse tipo de demanda, noutros casos, é possível agendar um maior número de usuários/as.

Faz-se importante destacar que o tempo mínimo de atendimento disponibilizado para esse público é de uma hora, pois o trabalho é realizado de forma humanizada, priorizando a escuta sensível, tanto do/a cuidador/a quanto do indivíduo, quando possível. Todavia, em alguns casos os procedimentos odontológicos acabam não sendo realizados devido às especificidades comportamentais do sujeito, assim, esgotadas as variadas estratégias de atendimento, como novos agendamentos, por exemplo, esse/a usuário/a é encaminhado/a para o serviço de alta complexidade, nesse caso, ao Hospital Antônio Teixeira Sobrinho (HATS), para que ocorra a sedação. Convém salientar que esse encaminhamento é realizado pela profissional do CEO, após a solicitação de todos os exames necessários e a produção de relatório para o profissional cirurgião-dentista, além de informar pessoalmente, ou por telefonema, a anamnese do usuário/a.

Em relação aos espaços físicos do referido CEO, fica evidente a precariedade das suas estruturas (vide imagem a seguir) para o atendimento de pessoas com deficiência, uma vez que, os corredores estreitos dificultam o acesso e a mobilidade desses sujeitos. Ademais, não há pista tátil, mural em Braille, rampas na parte anterior, dentre outras adaptações essenciais à garantia de assistência para este público.

Figura 02 - Fachada do CEO de Jacobina-BA.



Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2020.

Conforme dito anteriormente, o CEO como lócus dessa pesquisa matriciou a ponte para fomentar a implantação de uma possível rede de cuidado em Jacobina-Bahia. Vale reiterar que o CEO constitui-se como unidade de saúde de média complexidade, cujo quadro de funcionários é composto por 12 profissionais, a saber: 03 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 01 auxiliar de serviços gerais, 07 dentistas e 01 recepcionista.

As unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) são caracterizadas como de baixa complexidade, sendo consideradas, também, como portas de entrada para que os/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS) acessem os serviços disponibilizados nas redes públicas de assistência. Em Jacobina, por exemplo, a sede do município dispõe de 10 EFS

localizadas nos seguintes bairros: Bananeira, Caeira, Caixa D'água, Catuaba, Félix Tomaz, Jacobina III, Jacobina IV, Ladeira Vermelha, Matriz e Serrinha. Cada uma delas é composta pelos seguintes profissionais: 01 ASB, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 enfermeiro/a 01 dentista, 01 recepcionista e 01 técnico/a de enfermagem, totalizando um contingente de 60 servidores públicos.

No quadro a seguir consta a identificação e o endereço das EFS que participaram da pesquisa.

Quadro 02 - Localização das equipes multiprofissionais de baixa e média complexidade.

EQUIPES DE BAIXA COMPLEXIDADE	ENDEREÇO
Estratégia de Saúde da família (ESF)	Av. Nossa Senhora da Conceição S/N, Bairro - Caeira.
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Rua Humberto Cedraz S/N, Bairro - Catuaba.
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Av. Roque Reis S/N, Bairro - Jacobina III.
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Av. Lagoinha S/N, Bairro - Novo Amanhecer - Jacobina IV.
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Praça da Matriz S/N, Bairro - Matriz.
EQUIPE DE MÉDIA COMPLEXIDADE	ENDEREÇO
Centro de Especialidades odontológicas (CEO)	Av. Nossa Senhora da Conceição S/N, Bairro - Caeira.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Julho/ 2021.

1.2. Participantes da pesquisa

Conforme enfatiza Brandão (2006), a prática da pesquisa participante deve ter como ponto de partida “o reconhecimento da contribuição do outro, do diferente e a partilha de seus saberes e experiências” (BRANDÃO, 2006. p.21). Dessa forma, participaram da pesquisa 11 profissionais, todas do sexo feminino, sendo 09 delas de nível médio: (01) Auxiliar de limpeza, (06) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas, além de 02 servidoras públicas de nível superior: (02) Dentistas. Convém salientar que apenas 03 funcionárias de nível médio – (02) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (01) Auxiliar de serviços gerais –

atuantes no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) aderiram ao estudo, as 08 restantes que também aderiram à pesquisa – (02) Dentistas, (04) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas – atuam nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Portanto, apresento no quadro abaixo as parceiras deste estudo, ou seja, as profissionais das ESF e do CEO. Embora seja relevante destacar que foram convidados cerca de 72 servidores públicos atuantes na rede municipal de saúde de Jacobina, no entanto, conforme já sinalizado, apenas 11 profissionais aceitaram o convite e participaram ativamente da pesquisa, como pode ser comprovado nos dados apresentados nos quadros abaixo:

Quadro 03 - Participantes da pesquisa - ESF.

PARTICIPANTES DAS ESF (BAIXA COMPLEXIDADE)	QUANTIDADES
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	04
Dentista	02
Recepcionista	02
TOTAL	08

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Julho/ 2021.

Quadro 04 - Participantes da pesquisa – CEO.

PARTICIPANTES DO CEO (MÉDIA COMPLEXIDADE)	QUANTIDADES
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	02
Auxiliar de Serviços Gerais	01
TOTAL	03

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Julho/ 2021.

Faz-se oportuno ressaltar que foram previamente enviados cerca de 72 convites – através de mensagens via *WhatsApp* e *E-mail* – para os profissionais da rede municipal de saúde de Jacobina, que atuam no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nas 10 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre estes/as: Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Auxiliares de serviços gerais, Dentistas, Enfermeiros/as, Recepcionistas e Técnicos/as de enfermagem, explicitando a proposta, os objetivos e a relevância da

participação deles/as na efetivação da pesquisa nos próprios lócus de atuação. Contudo, uma acentuada parcela dos/as profissionais convidados/as não deu retorno, alguns manifestaram interesse em participar do encontro para maiores esclarecimentos sobre a proposta da pesquisa, outros simplesmente ignoraram as mensagens e muitos/as informaram não ter nenhuma intenção de fazer parte do estudo.

Após contabilizar as confirmações e as recusas ao convite, pode-se comprovar que cerca de 17% dos/as profissionais convidados/as compareceram ao primeiro círculo focalizado, sendo 12 pessoas do sexo feminino. Dado este que põe em perspectiva algumas possibilidades de interpretação quanto a não adesão ao estudo, sendo uma delas, provavelmente, os impactos provocados pelo atual contexto da pandemia da COVID-19 na rotina vivida por estes/as servidores/as públicos/as em seus locais de trabalho, cujas cargas horárias já eram comumente exaustivas e permeadas por situações de muito estresse emocional, fatores estes que se intensificaram diante dos elevados índices de mortalidade pela disseminação desta doença entre os/as profissionais da área da saúde, sobretudo, no âmbito público. Portanto, visando assegurar um maior quantitativo de adesões ao desenvolvimento da etapa em campo, foi proposto ao grupo presente que apontasse as mais adequadas formas de participação, assim, chegou-se à conclusão unânime de que as reuniões virtuais ocorreriam quinzenalmente, às terças-feiras à noite, das 19:00 às 21:00hs (com duração de 2hs).

Quanto a não adesão por parte dos profissionais do sexo masculino, pode-se fazer uma comparação com o comportamento apresentado pela maioria dos genitores das crianças com o TEA, que são atendidas no CEO, ou seja, o desinteresse pelo cuidar, tendo em vista que os pais, normalmente, não acompanham os/as filhos/as nas consultas, tampouco, em seus tratamentos odontológicos, muitos desses homens, inclusive, se separam conjugalmente das suas esposas/companheiras, deixando-as como únicas responsáveis pelo cuidado da prole.

O fato de que as participantes eram majoritariamente profissionais técnicas, e não profissionais da área da saúde, com formação superior e responsáveis pelos atendimentos clínicos, foi um dos motivos que levou a proposta do círculo de cultura a se tornar um círculo focalizado, visto que as mesmas partilham de vivências específicas na recepção e acompanhamento das pessoas com o TEA e suas famílias nos serviços de saúde. A focalização também se deu devido ao fato das intervenções se darem via *online*, visando assegurar adesão e participação no campo. Com esse acordo feito, a pesquisadora optou por estruturar roteiros com temas específicos e recursos disparadores (vídeos, canções, poemas),

o que deixou o encontro mais focalizado e menos aberto a emergências como o círculo de cultura prevê.

Outro acordo firmado com as participantes referiu-se à condução das atividades da pesquisa, pois o grupo só iria aderir ao estudo se não houvesse a intervenção de terceiros na realização dos círculos focalizados, ou seja, a presença de pessoas que não sejam profissionais do CEO ou das ESF. Diante deste impasse, a pesquisadora salientou que somente fariam parte dos encontros formativos os/as servidores/as públicos/as atuantes nas referidas instituições, que aderirem ao estudo. Salientando, contudo, a necessidade da participação de um membro externo, isto é, uma colega da turma do MPED, a coordenadora pedagógica Fábila Alves de Lima, que atuou como ouvinte para auxiliá-la na escrita das falas de cada participante durante as reuniões, havendo ainda a possibilidade da orientadora da pesquisa, a professora Juliana Cristina Salvadori, participar de um dos círculos. No entanto, a orientadora optou por não participar, visto que foi informada pela pesquisadora o combinado entre as participantes de evitar participação de pessoas externas nos círculos e que essa participação teria que ser negociada antecipadamente com as participantes. Entendendo que sua entrada poderia comprometer a confiança entre as participantes, bem como a interação, o acompanhamento da orientadora se deu a partir de sínteses semanais, encaminhadas pela pesquisadora, a partir de cada círculo.

Em conformidade com os dados listados nos **Quadros 03 e 04**, o grupo participante foi constituído por 08 profissionais das ESF e 03 profissionais do CEO. Todavia, cabe salientar que no primeiro círculo houve a adesão de 12 participantes, pois uma profissional de nível superior também fez-se presente, porém desistiu após o segundo encontro, alegando indisponibilidade para comparecer às demais reuniões. Contudo, faz-se importante ressaltar que a inserção no grupo ocorreu em conformidade com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi previamente apresentado a todas as participantes.

1.3. Abordagem

É consenso entre especialistas das diversas áreas do conhecimento que o/a pesquisador/a acadêmico/a, antes de definir uma estratégia ou empregar um determinado método de investigação, compreenda os diferentes paradigmas de pesquisa (SACCOL, 2009,

p.251). Sendo assim, este estudo investigativo norteou-se pelo princípio da abordagem qualitativa, posto que:

Em pesquisas de natureza qualitativa, o pesquisador é como que um “instrumento de pesquisa”, no sentido de que os seus valores e conhecimentos prévios se tornam fatores significativos que irão influenciar os resultados da investigação [...] Nesse sentido, o pesquisador deverá apresentar uma série de habilidades, tais como: capacidade de aprender com novas experiências, habilidades interpessoais, motivação [...] estabelecer um bom relacionamento e ganhar a confiança dos atores pesquisados (SACCOL, 2009, p.264).

Além dos aspectos citados no excerto acima, outro fator importante na escolha desta abordagem refere-se à amplitude de formas investigativas que ela abarca, ou seja, diversos formatos, tais como: a investigação bibliográfica, documental, etnográfica, histórica, a pesquisa-ação, a pesquisa participante, estudos de caso, entre outras (PESCE; ABREU, 2013, p.27), as quais podem ser usadas “para fins de justiça social, incluindo [...] formulação de políticas sociais e transformação comunitária” (DENZIN, 2018, p.106). Transformação essa almejada neste estudo, pois buscou-se compreender como são realizadas as práticas de cuidado para as pessoas com o TEA, nos espaços municipais de saúde em Jacobina. E, a partir dos resultados, propor alternativas de assistência mais adequadas às demandas desse público, a exemplo da possibilidade da prefeitura local implantar uma rede orientada por práticas de cuidados.

Nesse sentido, faz-se oportuno dialogar com Denzin (2018, p.106), posto que a investigação qualitativa contemporânea nos convoca a “mudar o mundo e a transformá-lo de maneira a resistir à injustiça enquanto celebramos a liberdade e a democracia participativa plena e inclusiva”, isto é, não apenas interpretá-lo, como é feito na orientação tradicional.

Reafirmando esta linha de pensamento, Minayo (2011, pp.25-26) enfatiza que “[...] a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular”. Assim, cabe ao/a pesquisador/a construir o delineamento prévio da sua ação investigativa, estabelecendo, sempre que possível, a cadência no cumprimento de cada fase planejada. Nessa perspectiva, compartilho da concepção da referida autora quanto à necessidade de pensar esta ação como um *ciclo*, isto é, “um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações” (MINAYO, 2011, pp.25-26).

Diante disso, convém salientar que o *ciclo de pesquisa*, proposto por Minayo (2011), pressupõe organizar o estudo investigativo em três momentos específicos, quais sejam: 1) fase exploratória; 2) trabalho de campo e 3) tratamento do material advindo do lócus em questão. Organização essa adotada na realização desta pesquisa, cujo planejamento encontra-se especificado no quadro a seguir.

Quadro 05 – Caminhos metodológicos.

DELINEAMENTO	AÇÕES	DISPOSITIVOS
1. Fase exploratória Período: 09/2019 a 03/2021.	Reestruturação do anteprojeto de pesquisa (segundo as indicações da orientadora); Produção do texto para qualificação; Qualificação; Revisão do texto de qualificação; Submissão da proposta de pesquisa ao Comitê de ÉTICA DA UNEB; Consolidação das categorias teóricas.	Revisão Sistemática da Literatura (RSL); Análise documental.
2. Trabalho de Campo Período: 03/2021 a 06/2021.	Apresentação do projeto de pesquisa para o grupo participante; Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os/as participantes (Conforme Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, vide Anexo - III); Aplicação dos dispositivos para construção dos dados da pesquisa.	Observação participante; Círculos focalizados; Diários de campo.
3. Tratamento do material Período: 03/2021 a 09/2021.	Ordenação; Classificação; Análise de conteúdo e interpretação dos dados; Escrita do Relatório de Pesquisa para defesa.	Processo de construção do Referencial de Práticas de Cuidados à saúde de pessoas com o TEA.

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho. Agosto/2020.

As informações contidas no quadro acima estão alinhadas à perspectiva apontada por Minayo (2011), quanto ao aspecto cíclico da pesquisa, uma vez que, o trabalho investigativo suscita a delimitação de um espaço e de um período, por meio de um cronograma. No entanto, conforme a citada pesquisadora:

[...] o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa [...] provoca mais questões para aprofundamento posterior [...], portanto, trabalhamos com um movimento de valorização das partes e da integração no todo; e com a visão de um produto provisório integrando a historicidade do processo social e da construção teórica (MINAYO, 2011, pp.26).

As considerações apresentadas nesta citação ratificam a particularidade dos estudos qualitativos, posto que a “pesquisa qualitativa é analítica, explicativa, ou seja, ela é regida pelos dados que gerarão conclusões e reflexões, baseados na complexidade da sociedade onde a pesquisa foi gerada” (TUZZO; BRAGA, 2016, p.145), isto é, num espaço-tempo situado.

1.4. Paradigma epistemológico

Adentrar o universo da produção de conhecimento científico, ou melhor, trilhar o caminho rumo à carreira de pesquisadora, requer aprofundamento teórico, isto é, familiaridade com as “obras dos diferentes autores que trabalham os temas que nos preocupam, inclusive dos que trazem proposições com as quais ideologicamente não concordamos” (MINAYO, 2011, pp.19-20). Dizendo noutras palavras:

Antes de definirmos uma estratégia de pesquisa ou empregarmos um determinado método de investigação, é fundamental compreendermos os diferentes paradigmas de pesquisa que os embasam. Um paradigma de pesquisa está relacionado a determinadas crenças e pressupostos que temos sobre a realidade, sobre como as coisas são (ontologia) e sobre a forma como acreditamos que o conhecimento humano é construído (epistemologia). O paradigma resultante dessas crenças e pressupostos é que deverá guiar o método de pesquisa a ser adotado, isto é, a estratégia ou desenho geral de pesquisa que irá definir as técnicas de coleta e de análise dos dados a serem empregadas pelo pesquisador (SACCOL, 2009, p. 250).

Em conformidade com as colocações contidas na citação acima e com as informações expressas nesta escrita, este estudo investigativo embasado na abordagem qualitativa e, tratando-se de uma pesquisa participante, alinhou-se ao paradigma crítico e interpretativo, cuja epistemologia pauta-se “nas oposições, conflitos e contradições da sociedade contemporânea, e procura ser emancipatória, buscando eliminar as causas da alienação e da dominação” (POZZEBON; PETRINI, 2013. p.2), uma vez que:

[...]Ao contestar e negar o paradigma dominante da pesquisa tradicional-conservadora, a pesquisa participante propõe novas veredas metodológicas, possibilitando a democratização do saber, [...] regulada por supostos epistemológicos críticos, contribui para conhecer e intervir na realidade social (FAERMAM, 2014, p.55).

Seguindo esta linha de raciocínio, Denzin (2018, p.112), ressalta que o compromisso dos/as acadêmicos/as críticos é demonstrar “como as práticas de pesquisa qualitativa crítica e interpretativa podem ajudar [...] a criar novas formas [...] para o funcionamento de uma

sociedade democrática e livre”. Um pensamento que reflete e corrobora com a finalidade desta pesquisa, qual seja: fomentar práticas de cuidado no atendimento à saúde de pessoas com o TEA, como sinalizado anteriormente. O desenho metodológico adotado neste estudo faz-se pertinente aos propósitos investigativos, a começar pelo âmbito investigado, neste caso, a área de saúde, posto que a pesquisa participante vem contribuindo para o aumento de estudos acadêmicos neste setor “[...] à medida que agrega um potencial pedagógico transformador e conscientizador aos participantes, sejam [...] profissionais da saúde ou usuários” (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.6). Sendo pertinente, ainda, pelo público contemplado, neste caso, membros das equipes multiprofissionais atuantes nas ESF e no CEO, além das pessoas com o TEA, considerando que este método tem possibilitado romper “com as barreiras hierárquicas [...] valorizando os cotidianos, as culturas e as formas de pensar e viver das famílias, grupos e coletividades” viabilizando um constante movimento de ação-reflexão-ação através da “participação ativa dos homens e mulheres, sendo construído e ressignificado ao longo de toda a trajetória de pesquisa” (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.6).

1.5. Método de pesquisa

Como exposto no item 1.4, esta ação investigativa baseou-se pelo método da pesquisa participante, visto que essa se desenvolve a partir da interação entre pesquisador/a e o público da situação investigada, principalmente, quando se busca encontrar, discutir e debater problemas existentes na comunidade, a fim de promover transformação social em benefício da população oprimida, segregada, marginalizada e discriminada, pois de acordo com Brandão (2006):

Deve-se partir da realidade concreta da vida cotidiana dos próprios participantes individuais e coletivos do processo, em suas diferentes dimensões e interações. A vida real, as experiências reais, as interpretações dadas a estas vidas e experiências, tais como são vividas e pensadas pelas pessoas com quem interagimos (BRANDÃO, 2006, p.06).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a pesquisa participante configura-se como metodologia indispensável à realização de estudos investigativos em espaços comunitários – como o CEO e as ESF– ou com grupos específicos – pessoas com o TEA, por exemplo – haja vista o alinhamento dessa com projetos de ações sociais, como este. Nessa perspectiva, o/a investigador/a assume o compromisso social, político e ideológico com a comunidade em

prol da assistência e melhoria das demandas reivindicadas. Isso, segundo Peruzzo (2017), é o que caracteriza este método, ou seja:

[...] a interação ativa entre pesquisador e grupo pesquisado e que o toma como sujeito e não objeto. Esta se realiza, principalmente, na conjugação da investigação com os processos mais amplos de ação social e de geração coletiva do conhecimento que não esgota com a finalização da pesquisa (PERUZZO, 2017, p.172).

A concepção de que o grupo pesquisado seja tomado como sujeito e não como objeto é igualmente defendida por Brandão (2006), quando sinaliza a necessidade de converter “a relação tradicional de sujeito-objeto entre investigador-educador e os grupos populares [...] em uma relação do tipo sujeito-sujeito, a partir do suposto de que todas as pessoas e todas as culturas são fontes originais de saber” (BRANDÃO, 2006, pp.06-07).

No que se refere ao conceito de pesquisa participante, o citado teórico ressalta a existência de algumas denominações, a saber: *autodiagnostico*, *pesquisa-ação*, *pesquisa-ação-participativa*, dentre outros. Mas, propõe o método como modalidade “em que há um envolvimento dialógico e de destinação tão amplo quanto possível, e em que os “sujeitos pesquisados” são também essencialmente co-autores de todo o seu acontecer, sendo também os seus destinatários únicos ou prioritários” (BRANDÃO, 2006, p.05). Sendo justamente essa coautoria, além da atuação das atrizes, consideradas aqui como participantes, que potencializou a realização desse estudo, pois a coletividade do grupo favoreceu uma análise mais ampla da situação-problema apontando, inclusive, alternativas para a solução da mesma.

Diante das considerações postas, cabe dizer que a opção pelo método da pesquisa participante nesse estudo, mostrou-se pertinente, tendo em vista o interesse na resolução de um problema que é comum ao coletivo profissional atuante no CEO. Ademais, por se tratar de uma situação coletiva, a pesquisa transcorreu de forma colaborativa entre os pares, sendo este outro fator determinante para a seleção desse método, o qual alinha teoria e prática, possibilitando ao grupo participante “construir e re-construir a teoria a partir de uma sequência de práticas refletidas criticamente” (BRANDÃO, 2006, p.07).

A adoção do método da pesquisa participante mostrou-se significativa à medida em que viabilizou a autorreflexão a partir do “reconhecimento da contribuição do outro, do diferente e a partilha de seus saberes e experiências” (BRANDÃO, 2006. p.21), pois produzir

conhecimento científico não é “buscar a verdade: é encontrar respostas temporárias para questões que necessitam ser suficientemente resolvidas, a partir da utilização apropriada de métodos científicos de acordo com cada situação - problema levantada” (SILVA; GAMBOA, 2011.p.50).

1.6. Dispositivos de pesquisa

Em concordância com o exposto, convém reiterar que a construção dos dados foi propiciada através da aplicação dos seguintes dispositivos: observação participante, círculos focalizados e diários de campo, pois “[...] os conhecimentos de uma pesquisa participante devem ser produzidos, lidos e integrados como uma forma alternativa emancipatória de saber” (BRANDÃO, 2006. p.21). Além disso,

Nenhuma metodologia pode dispensar procedimentos responsáveis por selecionar as informações necessárias, visto que da escolha correta dos processos é que resultará a verdadeira contribuição científica da pesquisa, sua fidedignidade e validação (ROSA; ARNOLDI, 2006, p. 12).

Partindo dessa compreensão, a inserção da pesquisadora no lócus do estudo tornou perceptível o que está além das palavras, pois “a observação possibilita um contato pessoal e estreito [...] com o fenômeno pesquisado, [...] a experiência direta é sem dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986.p.26). Para tanto, fez-se necessário apreender, interpretar e compreender as perspectivas e vivências dos/as participantes para que “programas aplicados, sólidos, efetivos, sejam criados” (DENZIN, 2018, p.112), como, por exemplo, a criação de um Documento Referencial Educativo de práticas de cuidados nos espaços de saúde para pessoas com o TEA, o qual possa ser implantado em toda a rede pública municipal de Jacobina, haja vista ser este um dos motivos para a realização desta pesquisa, o qual coaduna com o interesse da pesquisadora em disponibilizar um atendimento mais humanizado para pessoas com o TEA.

De acordo com as considerações de Denzin (2018, p.111), “não há possibilidade de conhecimento livre de teoria ou de valor”. Esse pensamento, por si só, configura a observação participante como uma prática carregada de teorias, tendo em vista que o envolvimento direto da pesquisadora exige dela a elaboração de todo um conjunto de estratégias metodológicas alinhadas aos propósitos da sua ação investigativa, para que esta se torne um instrumento válido e fidedigno de produção científica (LÜDKE; ANDRÉ, 1986. pp.25-26).

O alinhamento metodológico dos dispositivos selecionados neste estudo pode ser comprovado por Correia (2009), quando ela sinaliza que a observação participante:

[...] constitui uma técnica de investigação, que usualmente se complementa [...] com outras técnicas como análise documental [...] Para a sua utilização como procedimento científico, é preciso que estejam reunidos critérios, tais como o responder a objectivos prévios, ser planejada de modo sistemático, sujeita a validação e verificação, precisão e controle (CORREIA, 2009, p.31).

Nessa perspectiva, cabe lembrar que devido ao caráter dinâmico e envolvente da observação participante, o/a pesquisador/a desempenha o papel simultâneo de instrumento na construção dos dados e na sucessiva interpretação destes. A complementação entre os dispositivos, ora descritos, se concretizou através dos círculos focalizados, inspirados nos círculos de cultura de Paulo Freire, uma vez que,

Atualmente, este método tem sido utilizado em pesquisas na área da saúde e na prática por profissionais preocupados em transformar a realidade dos usuários e dos locais onde atuam, seja na rede pública ou privada, bem como por docentes, na formação profissional, visto que representam/significam um caminho para promover o cuidado crítico e criativo (HEIDMANN *et al*, 2017, pp.6-7).

Nesse sentido, o círculo focalizado, configura-se como espaço de diálogo entre os participantes, visando à produção de conhecimento e aprendizagem. Por sua amplitude epistemológica tem contribuído para o aumento de pesquisas na área da saúde, principalmente, com foco nas vivências tanto de profissionais, quanto de usuários/as. Cabe destacar, segundo Heidmann *et al.* (2017), que o termo *círculo de cultura* foi criado pelo educador brasileiro, Paulo Freire, para designar o espaço onde um grupo de pessoas se reúne para investigar temáticas de interesse coletivo, além disso:

Por meio desta metodologia podem ser caracterizados os conflitos, as contradições, as diversidades ou positivities que representem uma situação existencial de saúde de uma determinada realidade e que são vivenciadas por homens e mulheres. A concepção dialógica de Freire ampliaria as fronteiras de atuação dos profissionais em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial com maior resolubilidade das ações de saúde e melhores impactos dos indicadores da população assistida (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.3).

Frente ao exposto, faz-se indispensável destacar a relevância do educador brasileiro Paulo Freire (1921-1997), para o desenvolvimento de pesquisas não só o âmbito da educação, como também na área da saúde pública, visto que os círculos de cultura, promovidos por ele, tornaram-se efetivos dispositivos de formação coletiva, tanto de estudantes quanto de profissionais em serviço. Nesse sentido, faz-se indispensável destacar, ainda, que a promoção

de práticas de formação em serviço no setor público de assistência à saúde, por meio desse dispositivo educacional, tem como principal objetivo oportunizar aos servidores/as a ampliação de suas ações numa perspectiva horizontal, ou melhor, interdisciplinar e intersetorial (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.3), favorecendo, desse modo, a melhoria do atendimento aos usuários/as.

Embora não seja foco dessa pesquisa abordar a trajetória pessoal e/ou profissional de Paulo Freire, mencionar, mesmo de forma breve, a importância do seu legado para a realização de investigações acadêmicas constitui-se ato ético de reconhecimento por seu trabalho, especialmente, no corrente ano, haja vista a comemoração pelo centenário do nascimento desse célebre educador brasileiro. Sendo assim, convém ressaltar que uma das maiores contribuições da herança freiriana para a educação pública brasileira diz respeito ao intitulado Método Paulo Freire, ou seja, uma metodologia de ensino centrada nas reais necessidades dos sujeitos oprimidos e na valorização dos saberes prévios desse público.

As reflexões e práticas pedagógicas desse notório pedagogo ecoaram mundo a fora resultando na compreensão de que é possível romper com paradigmas de ensino elitista em prol de uma educação popular. Assim, emergiu o movimento denominado Pedagogia Crítica, embasado na visão humanista de que os/as aprendizes são capazes de transformar político e socialmente suas realidades, pois “os saberes descritos e praticados por Paulo Freire buscam a “transformação” dos homens e mulheres [...] por meio de uma relação ética e humanística pautada no respeito ao ser humano e aos seus valores e crenças” (HEIDMANN *et al.*, 2017, p. 02). Cabe salientar que essa transformação pode ser consolidada, por exemplo, através das reflexões efetivadas nos círculos de cultura, considerando que esse dispositivo pode ser realizado nos diversos campos do saber, pois o objetivo principal deste é promover, por meio do processo coletivo de ação-reflexão-ação, mudanças na realidade vivenciada pelos/as participantes.

Feitas as devidas considerações acerca do legado freiriano, convém ressaltar que em relação às características do círculo de cultura, como dispositivo de pesquisa, Loureiro e Franco (2012) destacam a relevância atribuída à reflexão coletiva do grupo acerca das problemáticas sociais, como estratégia de análise da realidade vivida. A contextualização reflexiva visa o confronto de ideias, cabendo à pesquisadora problematizar as questões em debate, pois “as atividades desenvolvidas no círculo de cultura são momentos de encontro entre a vivência prática e a teoria em que a intenção dada à direção pedagógica se materializa na concretização da teoria em vida, no existenciar-se” (LOUREIRO; FRANCO, 2012, p.23),

ou seja, favorecem o desenvolvimento do pensamento crítico para promover as necessárias transformações sócio-políticas e culturais.

A focalização do círculo ocorreu pela hibridação realizada entre círculo de cultura e grupo focal a partir das condições emergentes no campo de pesquisa, atravessado pela pandemia da Covid - 19 e alta taxa de mortalidade no Brasil durante a realização da etapa de campo da pesquisa, o que acabou por impactar a adesão dos/das participantes e a necessidade de realizar intervenção de forma *online*. As participantes foram mulheres e majoritariamente profissionais técnicas e administrativas, que compartilharam de vivências específicas na recepção e acompanhamento das pessoas com o TEA e suas famílias nos serviços de saúde. Considerando a modalidade *online* via videoconferência, e as orientações internacionais de evitar tempo excessivo de tela e, possível desgaste e abandono das participantes, a pesquisadora, optou por estruturar roteiros com temas específicos e recursos disparadores (vídeos, canções, poemas), o que deixou cada encontro mais focalizado e menos aberto a emergências como o círculo de cultura prevê.

Diante do exposto, cabe afirmar que o uso do círculo focalizado como um dispositivo associado aos demais mostrou-se pertinente ao objetivo de viabilizar diálogos e reflexões entre as participantes, ou seja, “[...] criar formas de lidar com questões para promover a saúde e os seus cuidados [...] gerando impacto social” (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.7) na vida destas pessoas. No entanto, atingir tal impacto pressupõe, antes, que este referencial metodológico seja associado às estratégias “de apreensão, tais como anotações em diário de campo, gravação de áudio e filmagem, para possibilitar uma compreensão mais ampliada das discussões” (HEIDMANN *et al.*, 2017, p.4), bem como, garantir o registro fidedigno dos resultados da pesquisa.

Em consonância com Heidmann *et al.* (2017) quanto à necessidade de associar os círculos focalizados com outras estratégias de apreensão de informações, o uso do diário de campo como um dispositivo auxiliar foi essencial para o registro das narrativas do grupo participante, haja vista os relatos de acontecimentos, fatos, experiências, atitudes, crenças, posições, pensamentos, situações, interações e condutas externados a cada encontro. Ratificando, desse modo, que esse dispositivo caracterizado como ato de fala, evidencia “o cotidiano vivido e refletido pelo autor” (SANTOS; WEBER, 2007, p. 1776 - 1777).

Diante do exposto, convém destacar que o atual contexto de pandemia provocado pelo coronavírus (COVID-19) inviabilizou a realização de encontros presenciais entre a

pesquisadora e o grupo participante. Assim, fez-se necessário recorrer a outra estratégia para a utilização do diário de campo, neste caso, usar ferramentas tecnológicas como celulares, *notebook* e/ou computador para produzir os registros, ou seja, os diários *online*, os quais possibilitaram “[...] mobilizar uma pluralidade de registros e gêneros variados de discursos” (SANTOS; WEBER, 2007, p.1783). Ademais, o uso desse dispositivo proporcionou à pesquisadora a oportunidade de “[...] investigar a própria ação por meio do registro e análises sistemáticas de suas ações e reações, bem como seus sentimentos, impressões, interpretações, explicações, atos falhos, hipóteses e preocupações envolvidas nessas ações” (SANTOS; WEBER, 2007, p. 1780).

Nessa perspectiva, faz-se relevante dialogar com Maristela Barenco C. de Mello (2015) posto que a mesma concebe os diários como “[...] testemunhas cúmplices e companheiras de um processo de constituir-se a si mesmo, mesmo que, inicialmente a forma predomine à ideia, ao campo de forças, ao processo” (MELLO, 2015, p.203). Além disso, em relação à estética e/ou estrutura destes instrumentos, ela autora pontua que:

Coloridos ou não, com fotografias, imagens, desenhos, palavras, poesias, grandes ou pequenos, gordos ou magros, tais diários inauguram exercícios de singularidade, de proposição de estilo, experiências estéticas que se referem mais à existência do que à criação de diários e suas escritas (MELLO, 2015, p.203).

Seguindo nesta linha de raciocínio, Medrado, Spink e Mélo (2014, p.282) salientam que as anotações, sejam estas escritas em cadernos ou noutros aparatos tecnológicos, se constituem num “[...] conjunto de fragmentos (em formato de tópicos, trechos de fala, fluxos), que posteriormente são submetidos a uma organização narrativa”. Ademais,

[...] Nesse processo, de modo deliberado ou não, alguns elementos são suprimidos e outros acrescentados, sob o argumento de tornar o texto mais “compreensível”, num constante e retórico processo de construção discursiva, que resulta invariavelmente na produção de efeitos de verdade (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014, p. 282).

Ainda em consonância com o posicionamento adotado pelos referidos autores, cabe salientar que o ato de pesquisar “[...] requer, por isso mesmo, uma política da narratividade [...]” (BARROS; PASSOS, 2009, p.173), uma vez que “a teoria não é só o domínio do que vem antes para fundamentar nossos caminhos, mas é também um artefato nosso como investigadores, quando concluímos, ainda que provisoriamente, o desafio de uma pesquisa” (MINAYO, 2011, pp.19-20).

Faz-se importante ressaltar que a construção dos dados advindos da aplicação dos dispositivos ora apresentados, foi realizada a partir da análise dos círculos focalizados, uma vez que, através dessa técnica a pesquisadora pôde explorar os diversos temas abordados no contexto em estudo, assim como, avaliar gradativamente o material construído por meio das anotações nos diários de campo e consultas aos demais documentos adquiridos. Vale ressaltar a técnica de análise dos círculos focalizados, tem por objetivo, não só, a interpretação dos dados, mas também, a contribuição destes na produção de conhecimentos do objeto pesquisado. Para tanto, seguiu-se as respectivas etapas: investigação do/s tema/s gerador/es – através dos diálogos no grupo; codificação; decodificação; síntese do encontro e a análise crítica.

Nesse sentido, convém compartilhar do raciocínio de Heidmann *et al.* (2017, p. 06), quanto ao fato de que “este método tem sido utilizado em pesquisas na área da saúde e na prática por profissionais preocupados em transformar a realidade dos usuários e dos locais onde atuam”, posto ter sido esse um dos propósitos dessa pesquisa, assim como, dos estudos qualitativos de modo geral, os quais buscam promover relevantes impactos sociais. Sendo esse o princípio do MPED, cujo compromisso macro se dá com a formação implicada dos/as cursistas, oportunizando-lhes o estudo de “uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance” (TUZZO; BRAGA, 2016, p.142), assim como, apropriarem-se desse conhecimento para trilharem a carreira de pesquisadores/as da própria prática profissional.

1.7. Imersão no campo

Há certo consenso entre a maioria dos/as teóricos/as, assim como Faermam (2014, p.55), quanto à relevância da produção de estudos investigativos inspirados na abordagem qualitativa como, por exemplo, a pesquisa participante, a qual “[...] possibilita e instrumentaliza o pesquisador e os sujeitos envolvidos para uma análise crítica e contundente da realidade social, para a objetivação de suas práticas”. Sendo assim, os círculos focalizados, citados anteriormente, serviram a dois propósitos, primeiro auxiliaram na construção dos dados desta pesquisa, segundo funcionaram como “[...] espaço educativo onde transitam diferentes subjetividades e convivem diferentes saberes [...] de forma coletiva e solidária [...]” (LOUREIRO; FRANCO 2012, p. 21) visando à produção de conhecimentos frente ao

objeto em estudo, neste caso, a elaboração de um Plano de Ação/Diretrizes em parceria com as equipes multiprofissionais, para construção de um Documento Referencial Educativo, direcionado às práticas de cuidado para pessoas com o TEA nos espaços públicos de saúde mantidos pela prefeitura municipal de Jacobina-BA.

Nesse sentido, cabe salientar que a dialogicidade entre as participantes, proporcionada por este dispositivo, atendeu aos referidos propósitos à medida que:

[...] o diálogo não se reduz a instrumento metodológico, é utilizado como forma de comunicação em que a questão da diferença do lugar de enunciação é superada pela questão da diferença como qualidade, como valor de qualificação, como forma de potencializar os saberes que se entrecruzam naquele espaço de aprendizagens, organizando suas práticas e suportando sua articulação na totalidade social onde o que está em jogo é a apropriação social do conhecimento (LOUREIRO; FRANCO 2012, p. 21).

Dizendo noutras palavras, por não se tratar de um método investigativo rígido e fechado, considerando seu caráter flexível, os círculos focalizados mostraram-se adequados às necessidades das participantes da pesquisa em resolver situações-problema do coletivo, através do diálogo e da reflexão acerca de cada tema gerador em análise, especialmente, no que diz respeito ao atendimento de pessoas com o TEA nos espaços públicos de saúde no citado município, tendo vista que o trabalho coletivo:

[...] prioriza o direito de cada um dizer a sua palavra, bem como acredita que só existe transformação, quando esta parte do diálogo-problematizador e da escuta sensível ao outro. [...] E essa escuta, quando feita de maneira atenta e aberta às proposições dos outros, contribui para o aprendizado mútuo e mobiliza à auto(trans)formação permanente (HENZ; FREITAS; SILVEIRA, 2018, p.837).

Em consonância com esta linha de pensamento, convém dialogar com Henz, Freitas e Silveira (2018) sobre a relevância dos círculos focalizados na tomada de decisões coletivas frente ao problema que gerou a efetivação desta pesquisa, pois o grupo participante “[...] em uma ação dialógica, em um trabalho coletivo, coparticipado” pôde externar seus anseios e desenvolver a consciência crítica necessária à reinvenção desses “espaços para que ocorra transformação” (HENZ; FREITAS; SILVEIRA, 2018, p. 840-841). Nesse sentido, cabe ressaltar que o uso desse dispositivo nessa pesquisa atendeu justamente a um de seus propósitos, qual seja: não realizar a mera coleta de dados ou tomar o grupo participante como simples objeto. Dizendo de outro modo, explorar a proposta pedagógica desse dispositivo como “perspectivas do fazer, mas não como fazer” (HENZ; FREITAS; SILVEIRA, 2018, p.

840), tendo em vista as especificidades da realidade vivenciada pelas participantes em seus respectivos lócus de trabalho.

Nesse sentido, é importante salientar que a prioridade dos círculos focalizados foi promover uma relação horizontal entre as participantes e a pesquisadora, assim, priorizou-se o respeito, a confiança e, acima de tudo, a escuta sensível entre as pessoas envolvidas, objetivando a comunicação comprometida com o propósito de humanização e transformação social. É relevante salientar, ainda, que ao longo dos seis encontros *online* cada participante desempenhou um papel singular, compartilhando suas experiências e saberes num processo de construção coletiva de reflexão sobre a própria prática.

Diante do exposto, convém relatar alguns dados importantes acerca da efetivação dos círculos focalizados. O primeiro desses dados refere-se à periodicidade dos encontros *online*, estes ocorreram quinzenalmente entre os meses de março a junho do corrente ano, totalizando seis (06) círculos. Cabe informar, também, que o dia, o horário e o interstício para cada encontro foi acordado coletivamente pelo grupo participante, tendo em vista as demandas pessoais e de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde contempladas neste estudo. Portanto, o primeiro círculo teve caráter exploratório, objetivando aproximar a pesquisadora do lócus para que conhecesse as participantes; apresentasse a proposta da pesquisa; esclarecesse dúvidas/questionamentos sobre os prováveis benefícios da pesquisa, tais como: divulgação dos resultados em meio acadêmico e científico, através de publicações (periódicos, livros, etc.) e/ou apresentações em eventos; fomentar práticas de cuidado; autoconhecimento, assim como, a ressignificação da trajetória pessoal e profissional.

Nesse mesmo encontro, a pesquisadora expôs alguns dos aspectos passíveis de riscos e/ou desgastes individuais para as participantes, embora mínimos, mas que poderiam ocorrer, como por exemplo: sentir-se constrangido/a ou desinteressado/a em falar de questões relacionadas aos temas geradores; revisitar experiências traumáticas e induzir situações de catarse; sentir cansaço no momento da participação enquanto sujeitos colaboradores da pesquisa; recusar-se a explicar pontos de vista optando pelo silenciamento; sentir-se vigiado/a em relação às suas práticas profissionais. Entretanto, foram elaboradas algumas estratégias para minimizar esses prováveis riscos, dentre estas constam:

- Preservar o anonimato das participantes (que escolherão seus pseudônimos);
- Manter sigilo e confidencialidade sobre autoria dos temas e questões levantadas ao longo dos círculos;

- Centrar ações para consolidação de diálogos propositivos e reflexivos para inclusão;
- Redirecionar o diálogo sempre que desencadear um gatilho emocional;
- Abordar os temas a partir de aspectos técnicos, enfocando a superação de barreiras e da exclusão;
- Destacar a agência das participantes sobre a seleção dos temas geradores;
- Garantir as participantes o veto de temas e subtemas que possam causar constrangimento e ativar gatilhos emocionais;
- Socializar diário de campo da pesquisadora e apresentar os resultados de pesquisa por meio de roda antes da submissão do texto final à banca;
- Garantir as participantes que a qualquer momento podem desistir de participar e retirar sua autorização para participação na pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e/ou com a instituição.

Após prestar todos os esclarecimentos necessários, a pesquisadora explanou sobre a dinâmica/objetivos dos círculos focalizados, visto que o propósito desse contato inicial foi propiciar ao grupo, através de um diálogo acolhedor e da escuta sensível do discurso do outro, a troca de percepções sobre suas crenças, saberes e vivências, pois:

O diálogo [...] como palavra-ação além de fazer a crítica em forma de discurso se compromete concretamente com aquilo que denuncia e/ou anuncia. O processo dialógico potencializa o compromisso que assumem de, ao desvelar um tema, romper com sua aparência enganosa para apanhá-lo em sua essência como fenômeno inacabado existente na realidade concreta, assim como inacabado é o conhecimento parcial e incompleto que os constitui aprendentes do mundo e das relações que nele se estabelecem (LOUREIRO; FRANCO, 2012, p.22).

Diante disso, cabe dizer que a realização dos círculos focalizados ocorreu segundo as ações planejadas num cronograma prévio. Todavia, as questões disparadoras para o debate dos temas geradores não foram previamente definidas, considerando que essas emergiram a partir do diálogo com o grupo participante a cada encontro *online*, ou seja, foi o campo quem apontou o caminho a ser trilhado em cada novo círculo.

Nesse sentido, convém salientar que a efetivação dos seis (06) círculos focalizados, juntamente com a produção dos diários de campo e a observação participante, mostrou-se pertinente na busca por respostas para a questão norteadora desta pesquisa, a saber: **Como as equipes multiprofissionais de saúde de baixa e média complexidade constroem práticas de cuidado no atendimento a pessoas com o TEA na rede municipal de saúde em Jacobina?** Além de atender ao objetivo geral de **Compreender como são realizadas as**

práticas de cuidado nos espaços multiprofissionais de saúde, assim como, os impactos dessas ações na vida de pessoas com o TEA no município de Jacobina-BA, assim como, clarificar os objetivos específicos propostos: 01- Mapear as equipes multiprofissionais de saúde, de baixa e média complexidade do município de Jacobina, que atuam na atenção às pessoas com o TEA; 02- Identificar e registrar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos/as profissionais, nos centros colaborativos de saúde, no atendimento ao referido público.

Diante do exposto, deve-se reiterar que os círculos focalizados foram construídos a partir dos citados objetivos específicos, bem como, da perspectiva de elaborar um Documento, que será estruturado no pós-campo, para a orientação profissional do grupo participante, neste caso, as servidoras públicas municipais, sobre as práticas de cuidado no atendimento a pessoas com o TEA em Jacobina. Devendo reiterar, igualmente, que esse dispositivo propiciou a criação de espaços de formação e diálogos coletivos na busca de mudanças no contexto social em análise, contribuindo com a geração de conhecimentos indispensáveis “[...] à elaboração de políticas públicas voltadas para a superação das condições que determinam à existência de “seres da margem”” (LOUREIRO; FRANCO, 2012, p.25), a exemplo das pessoas com o TEA, cujas especificidades ainda não são atendidas adequadamente nos espaços públicos de assistência à saúde.

Conforme já sinalizado em diálogo com Henz, Freitas e Silveira (2018) a relevância dos círculos focalizados – embasados no método desenvolvido por Paulo Freire – como dispositivo de pesquisa, está justamente em seu potencial formativo, ou seja, em sua capacidade de se tornar “[...] um processo permanente de reflexão, (des)construindo práticas e (re)construindo-as, em vistas de uma perspectiva humanizadora comprometida com a conscientização e libertação de todos” (HENZ; FREITAS; SILVEIRA, 2018, p.848). Nesse movimento dialógico, os círculos focalizados foram construídos gradativamente, associados aos registros produzidos nos diários de campo, tanto pelo grupo participante quanto pela pesquisadora.

1.8. Revisão sistemática da literatura (RSL)

Considerando que uma investigação bibliográfica – igualmente denominada *Revisão Sistemática da Literatura* (RSL) – “tem como princípios gerais a exaustão na busca dos

estudos analisados, a seleção justificada [...] por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica” (LIMA; SOARES; BACALTCHUK, 2000. p. 143), é relevante descrever o processo de identificação dos referenciais constantes neste mapeamento bibliográfico. Para esse fim, foram definidos os seguintes filtros: 1) escolha da plataforma *online* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para selecionar dissertações de mestrado e teses de doutorado; 2) delimitação do recorte temporal de 06 (seis anos), ou seja, materiais publicados entre 2013 e 2018; 3) seleção de textos escritos apenas em Língua Portuguesa; 4) emprego de palavras-chave, tais como: 1- Equipes multiprofissionais de saúde AND “TEA”; 2- Equipes multiprofissionais de saúde AND “Autismo”; 3- práticas de cuidado AND “TEA”; 4- práticas de cuidado AND “autismo”; 5- equipes multiprofissionais de saúde AND práticas de cuidado AND TEA; 6- equipes multiprofissionais de saúde AND práticas de cuidado AND autismo.

O processo de busca das produções acadêmicas existentes no portal da CAPES, mostrou-se exaustivo, devido à elevada quantidade de pesquisas indexadas na referida plataforma, cujas temáticas se assemelham ao objeto de estudo em discussão. Contudo, cabe destacar que ao utilizar cada um dos descritores, supracitados, ocorreram variações no número de trabalhos disponibilizados, como pode ser comprovado no quadro a seguir:

Quadro 06 - Publicações disponíveis na plataforma CAPES.

DESCRIPTORES	PERÍODO	DISSERTAÇÕES	TESES	TOTAL
1-Equipes multiprofissionais de saúde AND “TEA”	2014-2017	369	141	510
2-Equipes multiprofissionais de saúde AND “Autismo”	2013-2017	320	101	421
3- Práticas de cuidado AND “TEA”	2014-2018	32	15	47
4- Práticas de cuidado AND “autismo”	2014-2018	65	47	112
5-Equipes multiprofissionais de saúde AND práticas de cuidado AND TEA	2013-2017	13	07	20
6-Equipes multiprofissionais de saúde AND práticas de cuidado AND autismo	2014-2018	15	09	24

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados extraídos do Portal da CAPES. Novembro/ 2019.

Analisando os dados apresentados no **Quadro-6**, nota-se que o ano de 2013 contemplou apenas os descritores: 2- *Equipes multiprofissionais de saúde AND “Autismo”* e

5- *Equipes multiprofissionais de saúde AND práticas de cuidado AND TEA*. Nota-se, ainda, que a aplicação dos descritores relativos às práticas de cuidado (itens 3 e 4) e equipes multiprofissionais de saúde direcionadas ao autismo e/ou TEA (itens 5 e 6) evidenciou um acentuado decréscimo no quantitativo de dissertações e teses publicadas sobre estas temáticas, principalmente, no último quinquênio. Uma constatação que ratifica a importância da RSL, pois o emprego desse recurso, ou melhor, dessa metodologia científica, favorece a detecção de lacunas em diferentes áreas do conhecimento, incentiva a realização de outras pesquisas, além de auxiliar na tomada de decisões relativas à assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004. p.555), sendo esta última, uma das finalidades do projeto de pesquisa elaborado pela autora do presente texto.

Diante do exposto, cabe ressaltar que após identificar as dissertações e teses, elencadas no referido quadro, teve início a etapa de seleção dos referenciais. Para tanto, alguns critérios de inclusão e exclusão foram aplicados, os quais foram organizados no quadro a seguir:

Quadro 07 - Critérios para seleção dos referenciais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
1. Dissertações e teses publicadas integralmente na plataforma da CAPES.	1. Os trabalhos que não estejam disponíveis integralmente nas bases de dados da CAPES serão desconsiderados.
2. Referenciais publicados no período de 2013 a 2018.	2. Serão desconsiderados livros, artigos ou Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC/monografias).
3. Pesquisas cujos objetos de estudos se aproximem das temáticas propostas: <i>equipes multiprofissionais de saúde e práticas de cuidado com pessoas com TEA</i> .	3. Produções publicadas em outro idioma, diferente da Língua Portuguesa, não serão consideradas. 4. Pesquisas que não foram aprovadas por banca examinadora serão excluídas.
4. Dissertações e teses escritas em Língua Portuguesa.	5. Serão descartados trabalhos que não apresentem similaridade com o objeto de estudo proposto.

Fonte: Material produzido pela pesquisadora. Novembro/ 2019.

A aplicação dos referidos critérios culminou na redução considerável dos materiais selecionados, mais de 60% foram descartados nesta fase. Na etapa subsequente, deu-se prioridade à seleção de referenciais cujos títulos mantivessem similaridade com os temas: *equipes multiprofissionais de saúde; práticas de cuidado em saúde, autismo e/ou Transtorno*

do Espectro Autista (TEA). Com isso, foi possível afunilar ainda mais a busca e, desta forma, compilar uma média de trinta (30) produções investigativas – vinte (20) dissertações e dez (10) teses – para leitura posterior.

Os textos selecionados foram submetidos à leitura dos resumos, sumários e, em alguns casos específicos, da introdução para identificar a aproximação temática e metodológica com o objeto de estudo proposto e em alguns a conclusão. Este processo resultou na exclusão de 65% dos materiais, restando para análise oito (08) dissertações e três (03) teses, as quais estão explanadas nos quadros a seguir.

Quadro 08 - Dissertações compiladas no Portal CAPES.

TÍTULO	MATERIAL	AUTORIA	ANO
<i>O autismo e o cotidiano de trabalho na estratégia de saúde da família: uma escuta dos profissionais.</i>	Dissertação	Ana R. A. de Araújo	2018
<i>Trajetória familiar após o diagnóstico e os direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA.</i>	Dissertação	Rosana Ponomavenco	2017
<i>O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil.</i>	Dissertação	Philip M. D. de S Lima	2017
<i>O tratamento de reabilitação do transtorno do espectro do autismo na rede pública de saúde.</i>	Dissertação	Jeane de A. R. M. Araujo	2017
<i>Transtornos do espectro do autismo, estratégia saúde da família e tecnologias de cuidado na rede SUS.</i>	Dissertação	Lucas S. da Silva	2016
<i>Autoestigma entre mães de crianças com transtorno do espectro autista.</i>	Dissertação	Stephanie A. Rubinho	2015
<i>Proposta de cuidado de enfermagem à criança autista: contribuições da psicanálise.</i>	Dissertação	Rebeca B. de P. e Silva	2015
<i>Comportamento de Profissionais de Saúde e Familiares na Abordagem Integral das Necessidades da Saúde Bucal de Autistas em São José do Rio Preto.</i>	Dissertação	Laís David Amaral	2013

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados extraídos do Portal da CAPES. Novembro/ 2019.

Quadro 09 - Teses condensadas no Portal CAPES.

TÍTULO	MATERIAL	AUTORIA	ANO
<i>Relações de cuidado em processos terapêutico-educacionais junto a pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro do autismo.</i>	Tese	Djalma F. C. L. de Freitas	2016
<i>Entre a clínica ampliada e a clínica especializada: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial.</i>	Tese	Clara Feldman	2017
<i>Necessidade de capacitação de cirurgiões dentistas da atenção básica em saúde para os cuidados em odontologia de pessoas com autismo.</i>	Tese	Laís David Amaral	2018

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados extraídos do Portal da CAPES. Novembro/ 2019.

Como a “revisão sistemática da literatura é uma forma de síntese” (LIMA, SOARES; BACALTCHUK, 2000. p. 143) “das pesquisas disponíveis, relativas a um determinado problema, com a finalidade de direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico” (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004.p.555), os referenciais descritos nos **Quadros 08 e 09** foram submetidos à última fase desta RSL, qual seja, a leitura integral e minuciosa do corpo textual, visando uma análise aprofundada e detalhada dos seguintes itens: objetos de estudos, objetivos, metodologia, resultados, além das possíveis lacunas sinalizadas nestas produções. E, a partir disso, identificar as similaridades e/ou as diferenças entre as pesquisas analisadas e a ação investigativa pretendida. Convém salientar que a descrição analítica de cada referencial selecionado encontra-se disponibilizada no **Anexo IV**, apresentada de acordo com a ordem sequencial em que foi listado nos quadros supracitados.

A análise dos referenciais ora mencionados contribuiu para o entendimento do objeto de investigação proposto, pois as discussões teóricas que permeiam o reconhecimento do TEA como deficiência, proporcionaram à pesquisadora uma visão mais acurada sobre esse conceito, além de constatar a escassez de estudos acadêmicos, publicizados na CAPES nos últimos cinco anos, cujas temáticas atrelem autismo e atendimento psicossocial nas redes públicas, ou ainda, discutam práticas de cuidados de pacientes autistas por equipes multiprofissionais de saúde de baixa e média complexidade.

Outras contribuições da RSL dizem respeito às problemáticas que ainda precisam ser investigadas, posto que, segundo os/as autores/as dos estudos consultados/as, novas pesquisas podem ajudar a suprir algumas das seguintes necessidades:

- Desenvolver ações investigativas junto às equipes multiprofissionais de saúde sobre as especificidades do TEA, visando à qualificação da assistência psicossocial na rede pública;
- Favorecer estudos que articulem a formação de uma rede de cuidados para as pessoas com o TEA nos serviços de saúde.
- Estimular pesquisas que aprofundem as práticas de cuidado nas equipes multiprofissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) no tocante à pessoa com o TEA, embasadas na qualidade de vida desses indivíduos.
- Incentivar trabalhos de pesquisas nos Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), as quais sejam voltadas para as práticas de cuidado para as pessoas com o TEA, uma vez que esses locais são espaços de referências para esses indivíduos.
- Realizar estudos mais aprofundados acerca das práticas de cuidado odontológico para pacientes autistas;
- Promover ações de formação continuada em serviço para os/as profissionais atuantes em unidades básicas de saúde para lidar com demandas específicas das pessoas com o TEA;
- Investir na educação dos cuidadores/famílias de pessoas autistas para orientá-los e capacitá-los no cuidado com a higiene bucal dos/as seus/as dependentes a fim de assegurar-lhes saúde odontológica;
- Melhorar a qualidade das intervenções ofertadas pela Rede Pública de Assistência à Saúde, especialmente, nas instituições de atendimento às pessoas com o TEA, isto é, investir na qualificação dos/as profissionais atuantes nesta área;
- Ampliar debates acerca do estigma que persiste na sociedade em relação tanto às pessoas com o TEA quanto aos seus cuidadores/familiares, ou seja, produzir estudos focados na saúde destes/as cuidadores/as e não, apenas, em suas percepções sobre os serviços que utilizam.

Como sinalizado, anteriormente, um dos objetivos da RSL, ou melhor, sua etapa final se dá com “[...] a síntese dos dados resultantes de cada estudo incluído na revisão [...] realizada por meio de uma análise descritiva” (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003.p.46). Portanto, as possibilidades de novos estudos fomentados a partir das problemáticas elencadas acima, não só, demonstram o êxito na realização de tal propósito,

como também, reafirmam a importância desta prática acadêmica para o aprimoramento intelectual e teórico do/a estudante - pesquisadora.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Políticas públicas de saúde no Brasil

Discorrer sobre a produção e conseguinte implantação de políticas públicas na área da saúde, especialmente, em solo brasileiro, exige do/a autor/a o entendimento de que este setor reflete as condições concretas de vida da população, sendo “[...] resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade [...]” (RONCALLI, 2003, p.28). Nesse sentido, as políticas públicas direcionadas à proteção social, fazem parte de um conjunto maior, ou seja, das Políticas de Saúde.

No Brasil, conhecido por ser um país historicamente marcado pelos mais diversos movimentos sociais, a reforma sanitária – iniciada na década de 1970 - exemplifica a relevância das mobilizações sociais frente às estruturas políticas do país, uma vez que “[...] ela representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas [...]” (LUZ, 1991. p.89). Convém destacar em conformidade com o pesquisador Paulo Eduardo Elias, que:

Naquela época o termo reforma tinha o significado de efetivamente buscar minimizar as desigualdades econômicas e sociais produzidas pelo capitalismo [...] na busca da inclusão social e na melhoria das condições sociais para grandes contingentes da população [...] (ELIAS, 1997, p. 193).

Nessa perspectiva, a reforma política da saúde resultou num conjunto de ideias pautadas nas transformações necessárias nesse setor, principalmente, no que tange à defesa e ações da saúde coletiva da população brasileira, ou seja, garantir um sistema de assistência pública embasado nos princípios da justiça social, na igualdade de oportunidades e direitos, até porque “[...] a superação das desigualdades regionais no Brasil é mais do que uma contribuição, constitui-se num compromisso social” (PRADO *et al.*, 2007, p.535). Vale destacar que, os movimentos pela reforma também contribuíram, de acordo com Elias (1997, p. 193-194), para a “[...] desmercantilização da força de trabalho em prol de inscrever o acesso à saúde, à educação, à moradia e a renda mínima necessária para a sobrevivência, no rol dos direitos sociais”. Mobilizações estas que resultaram na criação e instauração do

Sistema Único de Saúde (SUS), considerado como a principal Política Pública de saúde do país.

Diante do exposto, é válido tecer algumas considerações acerca da construção do SUS, haja vista que a instauração dessa política pública perpassou, antes, por uma longa jornada de debates, discussões e entraves. Esse processo histórico, conforme exposto no quadro a seguir, coaduna o pensamento de Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 31) sobre a importância de se analisar os eventos que contribuíram para a implementação deste sistema público de saúde, pois “as datas são marcadas por momentos de definição de políticas governamentais, traduzidas em legislações específicas, que de alguma forma “pavimentaram” o caminho para o SUS. [...]”.

Quadro 10 - Trajetória das políticas públicas no processo de construção do SUS.

Datas	Eventos
1923	Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP): Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), conferindo estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Surgiram as discussões sobre a necessidade de atender a demanda dos trabalhadores. Emergiram as complexas relações entre os setores público e privado que persistiram até o SUS.
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs): no Estado Novo de Getúlio Vargas. Vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.
1965	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS): Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.
1977	Criação do SINPAS e do INAMPS: Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalar do setor privado.
1982	Implantação do PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde, pensado como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios

	racional para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, objetivando racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Nas AIS são conhecidos os pontos programáticos na criação do SUS.
1986	<u>VIII Conferência Nacional de Saúde</u> : Ocorreu logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.
1987	<u>Criação dos SUDS</u> : Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, recebendo recursos financeiros federais seguindo uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. No SUDS verifica-se os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.
1988	<u>Constituição Cidadã</u> : Estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médica sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).
1990	<u>Criação do SUS</u> : Sistema Único de Saúde (SUS). Lei nº 8.080, de 19/09/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Depois, a Lei nº 8.142, de 28/12/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Criou-se o arcabouço jurídico do SUS, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados disponíveis em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 06 de jun. de 2020.

De acordo com os dados elencados no quadro anterior, com o recorte no século XX, percebe-se como as bases para a implantação do SUS foram se estabelecendo, embora elas somente ganhem impulso a partir da redemocratização do país, com foco na descentralização

e municipalização das ações de saúde. Cabe salientar, mais uma vez, que o “[...] Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro [...] em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade [...]” (RONCALLI, 2003, p.28). Todavia, mesmo sendo inegáveis os avanços ocorridos com a implantação desse sistema de assistência pública à saúde, alguns entraves ainda dificultam seu funcionamento, como por exemplo: “[...] a) o subfinanciamento; b) as insuficiências da gestão local do SUS” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012, p. 40).

É válido ressaltar, conforme Roncalli (2003, p.43), que os paradigmas assistenciais brasileiros, cujas características “[...] hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva [...] se constituíram num desafio para a implantação do SUS [...]”, uma vez que este pressupõe uma visão contrária, ou seja, propõe a universalidade, integralidade e equidade, numa perspectiva de coletividade, constituindo-se na ruptura desses modelos, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, a partir das concepções do bem-estar físico e psicológico para, dessa forma, refletir e alavancar resultados promissores. Embora seja preciso reconhecer que tal objetivo ainda não tenha sido efetivamente alcançado, haja vista as muitas lacunas a serem preenchidas. Cabe reconhecer, também, seu legado de conquistas na saúde pública do Brasil.

Conforme salientado, o legado de avanços e conquistas na saúde pública do país, no decurso dos 31 anos de vigência do SUS, é um fato digno de reconhecimento. Contudo, faz-se indispensável sinalizar algumas falhas significativas, como por exemplo, a ausência de efetivação da tríplice universalidade-integralidade-promoção de saúde proposta por esse sistema. Esta falta de efetividade reflete os flagrantes conflitos políticos e administrativos entre os entes federais, estaduais e municipais, os quais têm inviabilizado, ano após ano, o seu aprimoramento operacional. Como resultado disso, perpetua-se a escassez de recursos públicos para o financiamento de equipamentos; para a construção de novos espaços de assistência; para a ampliação do quadro de funcionários, especialmente, no que diz respeito à contratação de profissionais especializados/as em diferentes áreas, como a odontologia, por exemplo, além da desigualdade na concentração de serviços entre as regiões do país e, sobretudo, entre os grandes centros urbanos e o interior dos estados.

Falando-se da desigualdade na concentração de serviços de assistência à saúde entre os grandes centros urbanos e o interior dos estados, convém destacar a realidade enfrentada pela cidade de Jacobina, por situar-se no interior da Bahia, a distribuição de profissionais e equipamentos ainda é muito precária. Sendo exemplo dessa precariedade o constante

encaminhamento de usuários para a capital ou cidades de maior porte para serem atendidos/as por especialistas e/ou se submeterem a exames que não são ofertados no município. Cabe destacar, também, que esta precariedade sobrecarrega o atendimento especializado odontológico de pessoas com deficiência ofertado à população jacobinense, pois a cidade dispõe apenas de uma profissional, no serviço público, para o serviço.

Considerando as discussões tecidas, convém destacar que parte das dificuldades na gestão do SUS, ou melhor, na efetividade das ações desse sistema se deve, em grande parte, aos contrastes regionais do país, cuja extensão territorial torna “[...] mais complexa a organização de rede de serviços que atenda às diferentes necessidades dos brasileiros [...]” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012, p. 45). Sobre essa dificuldade, as pesquisadoras Denise Reis, Eliane Araújo em parceria com Luís Carlos Cecílio (2012, p.45) destacam que até o ano de 2006, o Sistema Único de Saúde tinha como premissa a gestão coletiva das três esferas governamentais, no entanto, com a instituição do programa Pacto pela Saúde houve alteração nas relações entre os entes federativos, assim como, nos mecanismos de financiamento, numa clara tentativa de atualizar e aprimorar o SUS.

Faz-se oportuno destacar, ainda, que os/as gestores/as ao aderirem ao referido pacto, assumem o compromisso “[...] em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012, p. 45), até porque, o SUS toma como base os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Dizendo de outra forma, ou melhor, nas palavras de Roncalli (2003):

A ideia de universalidade, ou seja, a saúde como um direito de cidadania [...] A cidadania, antes regulada, passa a se aproximar mais do princípio de cidadania plena e, pelo menos com relação à saúde, todos os indivíduos passaram a ter esse direito, garantido pelo Estado. O conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde [...] (RONCALLI, 2003, p.34).

Ampliando essa linha de raciocínio, contida no trecho transcrito acima, Elias (1997, p.197) assinala que “[...] deste modo, busca-se, se não erradicar, pelo menos minimizar significativamente as desigualdades e a exclusão social”. Nessa perspectiva, integralidade necessita, igualmente, articular a área da saúde com outros setores de modo a assegurar uma atuação intersetorial com foco na promoção da saúde e conseguinte melhoria da qualidade de vida dos usuários desses espaços assistenciais. Para tanto, esse trabalho intersetorial deve ser realizado através de redes de assistência que agreguem os diferentes setores, assim como, por meio de profissionais das diversas áreas, mas atuantes num mesmo setor, ou seja, através

de equipes de multiprofissionais de saúde. Sendo exemplo disso, a proposta contida nesta pesquisa, isto é, fomentar a partir da parceria com as equipes multiprofissionais atuantes nas ESF e no CEO a implantação de uma possível rede de assistência para promover práticas de cuidado para pessoas com o TEA, na cidade de Jacobina- BA.

O objetivo de formentar a implantação de uma possível rede de assistência fundamenta-se na necessidade de garantir “[...] atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados” (RONCALLI, 2003, p.44). Desse modo, a proposta de se trabalhar em parceria com os colaboradores/as, tomando por base a proposta do SUS, corrobora com a perspectiva de ampliação dos avanços das políticas públicas de saúde como, por exemplo, a consolidação das redes de apoio e a implantação de espaços educativos que viabilizem a formação de profissionais em serviço, assim como, das famílias atendidas.

2.1.2. Instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Conforme já sinalizado, desenvolver pesquisas no âmbito da assistência à saúde pública é um propósito desafiador, especialmente, numa perspectiva interdisciplinar com a área da educação, uma vez que cada um desses campos trata de forma diferente as particularidades inerentes ao atendimento às pessoas com deficiência, a exemplo do TEA, nos espaços públicos de prestação de serviço. Esse trabalho interdisciplinar está atrelado a diversos programas desenvolvidos pelo SUS, como o *Viver sem Limites* (anteriormente citado), o *Saúde sem Fronteiras*³ e o *Programa de Saúde na Escola* (PSE)⁴, dentre outros. No entanto, para que o trabalho tenha êxito, faz-se necessário que os princípios do SUS sejam

³ Programa da Sesab, tem como diferencial o acompanhamento das mulheres com mamografias inconclusivas, com a oferta de exames complementares para o diagnóstico e o encaminhamento ao tratamento, visando a integralidade do atendimento. Disponível em <http://www.bahia.ba.gov.br/2021/07/noticias/saude/saude-sem-fronteiras-chega-ao-municipio-de-central/>. Acesso em set. de 2021.

⁴ Política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=O+que+%C3%A9+o+PSE+nas+escolas%3F&oq=O+que+%C3%A9+o+PSE+nas+escolas%3F&aqs=chrome..69i57j69i64.29273j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em set. 2021.

consolidados. Sendo assim, estabelecer uma ponte entre as fronteiras destes territórios para fomentar, não só, a compreensão de suas especificidades profissionais, como também, entrelaçá-las na produção de conhecimento, em pareceria com os pares, exige da autora desse pleito uma análise acerca do processo histórico em que se deu a implantação de um Sistema Público de Saúde no Brasil.

Como toda política pública, o referido sistema é o resultado de décadas de lutas protagonizadas pela mobilização da sociedade, sendo exemplo disso, a organização do movimento social denominado Reforma Sanitária, cuja principal característica, segundo Paim *et al.* (2011, p. 11), foi ter sido “[...] conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais”, numa resposta contundente da população à progressiva privatização que vinha ocorrendo na área da saúde. Essa reivindicação popular foi determinante para a instituição, via Constituição Federal (CF, 1988), e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis 8.080 e 8.142.

De acordo com Campos (2003), a criação do SUS expôs as fragilidades do país em lidar com as demandas de saúde pública, uma vez que:

As dificuldades não residiam apenas no arcabouço institucional, isto é, no conjunto de leis existentes à época, que dava prioridade ao modelo em que a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Há que se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos (CAMPOS, 2003, p. 571).

Embora o contexto político, econômico e médico no qual o SUS foi criado não tenha sido o mais promissor, a relevância desse sistema é reconhecida por muitos/as pesquisadores/as, como por exemplo, Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa (2010, p.79) ao afirmarem “[...] que hoje o SUS representa, inequivocamente, o sistema mais avançado entre os que já tiveram vigência no País”. Afirmativa compartilhada, do mesmo modo, por Cristiane Gudini (2012), quando sinaliza que:

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988. Seus princípios apontam a democratização nas ações e serviços da saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universalizados, da mesma forma que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização, bem como a equidade, universalidade e integridade (GUDINI, 2012, p.10).

De acordo com o pensamento contido na citação acima, o SUS é considerado como uma conquista das mais importantes para a população brasileira, cuja maioria ainda convive

com os reflexos das desigualdades sociais, ficando às margens dos seus direitos como cidadão/ã. Por isso, para minimizar o risco de agravos à saúde pública, torna-se fundamental efetivar ações de promoção, proteção e recuperação, bem como a integração de práticas assistenciais e preventivas, a fim de assegurar o acesso universal e igualitário a todas as pessoas. Convém salientar, em conformidade com Paim *et al.* (2011, p. 20), que mesmo “as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS, ratificando, desse modo, a universalidade desse sistema”.

Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde do Brasil reafirma, de certa forma, sua relevância para toda a sociedade à medida que preconiza a promoção da justiça social e a superação das desigualdades na assistência à população. Cabe salientar que o SUS se constitui como um sistema unificado devido à integração das ações e dos serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização; Atendimento Integral e Participação da Comunidade, atreladas aos princípios de: universalidade; equidade; integralidade etc. Cabe salientar, no entanto, que o conjunto de ações e serviços públicos de assistência precisa levar em consideração os fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (POLIGNANO, 2001, p.24).

Quanto aos avanços do SUS na Assistência, Santos (2018) destaca que:

[...] aumentou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe [...] não é apenas na atenção básica que há territórios de excelência [...] há ninchos semelhantes nas redes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e dos Hemocentros (SANTOS, 2018, p.1731).

Além dos supracitados avanços nas três esferas de assistência, de acordo com Paim *et al.* (2011, p.20), “o SUS conseguiu [...] atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia [...] para fabricar os produtos farmacêuticos essenciais ao país”.

Quanto aos programas do SUS, Paim *et al.* (2011, p. 21) sinaliza que o setor de atenção básica vem sendo apoiado por programas inovadores, além de ser impulsionado pelo processo de descentralização, objetivando disponibilizar:

[...] acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersectoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB) e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM *et al.*, 2011, p.21).

Diante das colocações dos autores supracitados, cabe ressaltar que desde o ano de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) vem contribuindo para a organização da atenção básica dos sistemas locais de saúde, sendo ponto de referência para o atendimento dos usuários em sua localidade. Ou seja, é um lócus da atenção primária onde o/a usuário/a é acolhido/a, recebe orientações e, a depender da sua demanda, é referenciado/a para outros serviços de assistência especializada ou hospitalar. Dizendo noutros termos, será avaliado/a “[...] segundo critérios como magnitude, vulnerabilidade, transcendência, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas [...] eficácia, efetividade e eficiência comprovadas” (CAMPOS, 2003, p. 571).

Nesses espaços de assistência, embora já se tenha comprovado muitos avanços, ainda é perceptível a ausência de um atendimento alinhado à proposta da integralidade, conforme sinaliza Sandra Maria Spedo (2009):

A integralidade se destaca como princípio que ainda não foi efetivamente incorporado nas organizações dos serviços de saúde e no cotidiano de atenção ao usuário. Entende-se por integralidade da assistência à dimensão relacionada com a continuidade do cuidado em saúde, garantida pelo acesso a serviços que incorporam distintas densidades tecnológicas (SPEDO, 2009, p.22).

De acordo com esta linha de pensamento, fica evidente que assegurar o princípio da integralidade implica, antes, proporcionar às unidades de assistência os recursos humanos e materiais essenciais à promoção, prevenção, restauração da saúde e reabilitação dos indivíduos, em suma, garantir melhores e mais adequadas condições de trabalho às equipes atuantes nesses espaços, pois:

O objetivo é a integralidade como ação resultante da interação dos atores envolvidos, tecendo propostas democráticas, uma vez que a ESF está em constante interação com os processos de viver da comunidade, ou seja, das reais necessidades de saúde das pessoas, projetando dessa forma possibilidades para transformações significativas na qualidade de vida, por ser uma grande ferramenta de transformação, oportunizando a produção de novos acordos coletivos no trabalho e na comunidade, ampliando horizontes para

participação social, para a democratização do saber e para a cidadania (MACHADO; WANDERLEY, 2009, p.10).

Diante das considerações apresentadas no excerto acima, pode-se concluir que promover a assistência pública à saúde, embasada no princípio da integralidade, requer dos serviços de atendimento a ampliação das perspectivas de atenção, isto é, um olhar mais abrangente e direcionado ao desenvolvimento das práticas de cuidado. Para tanto, faz-se necessário investir em processos de formação continuada para as equipes multiprofissionais, a exemplo da proposta contida neste estudo investigativo, em parceria com outras áreas de conhecimento, especialmente, a educação, pois entre estes campos da ciência não há dicotomia visto que ambos “[...] estão em uma relação dialética contribuindo para a integralidade do ser humano” (MACHADO; WANDERLEY, 2009, p. 02). Ou seja, a completude do processo.

Além do exposto até este momento, faz-se relevante apresentar também alguns dados acerca da trajetória do SUS, desde a sua instauração aos dias atuais, a fim de comprovar em seu histórico os avanços na prestação dos serviços públicos de saúde para a população brasileira. Para tanto, foram organizados três quadros contendo informações relativas aos eventos ocorridos três (03) décadas de vigência deste sistema no Brasil. Assim, no primeiro quadro constam os fatos referentes à primeira década de implantação deste sistema, no segundo quadro encontram-se os acontecimentos transcorridos entre os anos 2000 a 2010, já o terceiro quadro contém as ocorrências da última década (2011 a 2020).

Antes da apresentação dos referidos quadros, faz-se indispensável destacar a participação do SUS no combate ao coronavírus, uma vez que, no atual contexto de pandemia, parcerias com institutos de pesquisa como o Butantan⁵ e a Fiocruz⁶ foram estabelecidas, objetivando o desenvolvimento, a fabricação e a distribuição de vacinas em larga escala. Ademais, faz-se relevante salientar, ainda, que as bases do Programa Nacional de Imunização (PNI) foram essenciais para assegurar o processo de imunização da população brasileira.

⁵ O Instituto Butantã surgiu em 1898. Foi fundado na área da antiga Fazenda Butantan com o objetivo de produzir soro para a peste, o grande problema do Brasil na época. O nome BUTANTAN, segundo etimologistas, é originário do tupi e quer dizer “terra dura”, formando o superlativo a partir da duplicação do adjetivo. Disponível em: <http://www.conhecendomuseus.com.br/extra/butantan-ou-butanta/#:~:text=O%20Instituto%20Butantan%20surgiu%20em%201898.%20Foi%20fundado,o%20superlativo%20a%20partir%20da%20duplica%C3%A7%C3%A3o%20do%20adjetivo>. Acesso set. de 2021.

⁶ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição nacional de pesquisa e desenvolvimento em ciências biológicas, localizada no estado do Rio de Janeiro, Brasil, e vinculada ao Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.bing.com/search?q=o+que+significa+Fiocruz%3F&cvid=b11169141d2f4a2b874f0153fb5b10ef&aq=s=edge..69i57j0.10347j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531>. Acesso set. 2021.

A parceria do SUS com os supracitados institutos garantiu, também, o acesso aos kits para testagem do coronavírus (SARS-CoV-2), agente patogênico causador da doença infecciosa popularmente denominada COVID-19, posto que os espaços de assistência mantidos pelo SUS vêm assegurando atendimento às pessoas contaminadas por esse vírus.

Quadro 11 - 1ª Década de implantação do SUS.

Ano	Acontecimento histórico
1988	A Constituição Federal define: Saúde é direito de todos e dever do Estado. A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	É regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS. Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento. Municipalização é o caminho. Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/AIDS. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.

1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
-------------	---

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados disponíveis no Portal da Saúde. Dezembro/ 2020.

Quadro 12 - 2ª Década de implantação do SUS.

Ano	Acontecimento histórico
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.
2001	A Lei n.º10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Lei da Reforma Psiquiátrica, com o propósito de desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, levando à implementação de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de serviços de residência terapêutica (SRT) para egressos de longa internação.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Portaria Nº 336 do Ministério da Saúde dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 599/GM-Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).
2007	13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento. Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz.
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados disponíveis no Portal da Saúde. Dezembro/ 2020.

Quadro 13 - 3ª Década de implantação do SUS.

Ano	Acontecimento histórico
2011	14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS. Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço. Decreto nº 7.612- Plano Viver Sem Limites.
2012	Lei nº 12.681 de 2012, que instituiu o Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas, com a finalidade, entre outras, de “enfrentamento do tráfico de <i>crack</i> e outras drogas ilícitas”. O atendimento tempestivo aos pacientes com câncer estimulou a Lei nº 12.732 de 2012, que fixou prazo para tratamento de pacientes com diagnóstico de neoplasia, e o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), Lei nº 12.715 de 2012, que concedeu incentivos fiscais para instituições privadas e filantrópicas; Lei nº 12.764 (27 de dezembro de 2012) - Institui a política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A pessoa com Transtorno do Espectro Autista é considerada, pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.
2013	Lei nº 12.871 de 2013, com natureza expansionista, mediante alteração da escala da atenção básica e formação dos médicos, que instituiu o Programa Mais Médicos.
2014	Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.
2015	Foram registradas duas frentes: defesa do sistema nacional de auditoria do SUS e doação e captação de órgãos para transplantes.
2016	Foi a vez da reforma psiquiátrica e da defesa do SUS.
2017	Deu-se a frente de defesa da construção do hospital do câncer do Grupo Hospitalar Conceição.
2018	Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018. Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema único de Saúde - no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – Participa SUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS.
2019	Lei 13. 896 que garante aos pacientes com suspeitas de câncer a realização de biopsia em até 30 dias.
2020	Lei nº13. 977 (08 de janeiro de 2020). Altera a Lei nº 12.764 (Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com o Transtorno do Espectro Autista.

Fonte: Material produzido pela pesquisadora com dados disponíveis no Portal da Saúde. Dezembro/ 2020.

Embora a análise atenta dos dados, elencados nos quadros ora apresentados, sinalize os avanços do SUS na promoção da assistência à saúde da população brasileira, ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas. Dentre os muitos caminhos a serem trilhados, ou melhor, os complexos desafios que precisam ser superados, destacam-se segundo Paim *et al.* (2011):

[...] a reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (PAIM *et al.*, 2011, p.21).

Embora ainda sejam muitos os desafios a serem equacionados, ao longo desses 31 anos, o SUS realizou muitas conquistas, mesmo que continue sendo “[...] um processo inacabado e com desvios, que precisa ser, de um lado, consolidado em suas melhores conquistas; e, de outro, permanentemente reinventado para dar conta de cumprir sua missão” (SANTOS, 2018, p. 1729). Uma grande parte disso se deve à persistente crise que assola o sistema público de saúde no país, agravada pelo embate travado entre o paradigma que fundamenta os princípios do SUS e o modelo biomédico. Como resultado desse confronto, tem-se o desafio em desenvolver um trabalho pautado na perspectiva intersetorial, comumente observado no cotidiano dos espaços de assistência pública. Sendo este fato comprovado no âmbito desta pesquisa, posto que, houve baixa adesão de profissionais atuantes nas ESF e no CEO, principalmente, daqueles/as com formação em nível superior.

De acordo com Marcus Vinícius Polignano (2001), os principais desafios enfrentados pelo SUS são: a enorme demanda por assistência médica nos espaços públicos de saúde; leitos hospitalares incompatíveis ao montante de pacientes; recursos financeiros insuficientes para a compra de materiais e manutenção dos serviços; baixo quantitativo de mão de obra para um atendimento mais eficaz e eficiente à população. Ademais, contribui para a ineficiência do sistema: “atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis [...]” (POLIGNANO, 2001, p.01). Processos que precisam ser avaliados.

Outros fatores que dificultam a eficiência do SUS, segundo Sousa (2001), referem-se às gestões estaduais, pois:

[...] ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, [...] traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes

assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (SOUZA, 2001, p.452).

Em conformidade com as colocações expressas na citação acima, Paim e Teixeira (2007) também apontam outras problemáticas que inviabilizam, isto é, dificultam um melhor gerenciamento do SUS, especialmente, em relação ao funcionamento de instituições de saúde como hospitais e/ou serviços de atenção básica. Dentre os problemas, constam:

[...] A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1820).

A lista de problemas enfrentados pelo SUS, segundo Carlos Eduardo Aguilera Campos (2003), contempla ainda:

[...] a falta de treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da atenção primária à saúde, e a baixa remuneração. Em consequência, ao invés do espaço comunitário em que se busca a integração da ação curativa com as de promoção e de prevenção à saúde, é comum a existência de filas de pacientes, desde a madrugada, em busca de “uma ficha” para atendimento com um especialista. Parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde (CAMPOS, 2003, p. 572).

Diante das considerações tecidas pelos/as autores/as nos excertos transcritos ao longo do texto, pode-se afirmar que o SUS é um sistema público de saúde relativamente novo, considerando seus 31 anos de implantação, cujas potencialidades ainda não foram atingidas, isto é, se encontram em construção, pois “[...] implica a mudança do modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários [...] supõe uma Reforma Democrática do Estado para torná-lo realmente público” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1827). Contudo, mais humanizado, ou seja, valorizando a diversidade humana e o reconhecimento das contribuições socioculturais de cada indivíduo.

No que tange às pessoas com o TEA, a garantia de um atendimento mais humanizado requer, dentre várias possibilidades, uma formação profissional – não só inicial, mas também em serviço – que prepare o/a servidor/a para o desempenho de técnicas de manejo adequadas às necessidades desse público, ou seja, a efetivação de práticas e procedimentos condizentes com a individualidade de cada sujeito.

Como o presente estudo propôs-se a investigar as práticas de cuidado ofertadas nas ESF e no CEO de Jacobina para pessoas com o TEA, fez-se indispensável abordar a concepção de usuário atribuída pelo SUS a este público. Convém ressaltar que eles têm os mesmos direitos garantidos pela Constituição Federal (1988) e outras leis nacionais do país. Dessa forma, cidadãos/ãs com esse transtorno possuem todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8.069/90), caso encontrem-se nesta faixa etária, já os/as maiores de 60 anos estão protegidos/as pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). Além disso, essas pessoas foram “contempladas” pela Lei Berenice Piana, no ano de 2012, a qual criou a política *Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com o Transtorno do Espectro Autista*, que determina o direito das pessoas com o TEA a um diagnóstico precoce, acompanhamentos, terapias etc. pelo Sistema Único de Saúde (SUS); o acesso à educação e à proteção social; ao trabalho e a serviços que propiciem a igualdade de oportunidades, estipulando, também, que a pessoa com o TEA seja considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Nessa perspectiva, esses indivíduos como usuários/as do SUS devem ser acolhidos/as e atendidos/as na Atenção Básica (ESF) e, se necessário, referenciados/as para os serviços de média complexidade (como é o caso do CEO) ou para os serviços terciários (hospitais) de forma integral. Quanto ao acompanhamento deles/as, o ideal é que seja realizado por equipes multiprofissionais atuantes em rede de assistência, pois cada especialista trabalhará numa demanda específica do/a usuário/a, tendo em vista que o TEA é um transtorno caracterizado como déficits na comunicação social e no comportamento podendo variar do mais leve ao mais severo.

A recomendação para um acompanhamento multiprofissional da pessoa com o TEA faz-se pertinente devido às características que constituem esse transtorno, cujo indivíduo pode apresentar:

[...] dificuldade de interagir em grupos; demonstrações inadequadas de afeto; ecolalias; fala imatura; dificuldades em iniciar e manter uma conversa; dificuldade em compreender e utilizar figuras de linguagem, piadas e expressões faciais e/ou corporais; entonação monótona; entre outras alterações (SILVA, 2017, p. 20).

Podendo existir, também, deficiência intelectual; falta de contato visual; dificuldades na comunicação oral; desenvolvimento tardio de linguagem; ausência de resposta quando solicitada e desinteresse pelas pessoas em redor; dificuldades em participar de brincadeiras em grupo; acessos de raiva; hiperatividade ou excesso de passividade; necessidade intensa

de repetição; baixa capacidade de atenção; dificuldades para lidar com determinados ruídos, aumento ou diminuição da resposta à dor. Cabe salientar que em relação aos comportamentos repetitivos e incomuns, os sintomas clássicos observados são: balançar o corpo, bater as mãos, reorganizar objetos, repetir palavras e sons.

De acordo com os autores Gadia, Tuchman e Rotta (2004, p. 586) o diagnóstico de autismo requer uma apreciação clínica cuidadosa: avaliações de linguagem e neuropsicologia, bem como exames complementares (por exemplo, estudos de cromossomas incluindo DNA para X-frágil e estudos de neuroimagem ou neurofisiologia, quando apropriados) podem ser necessários em casos específicos, para permitir identificar subgrupos mais homogêneos, de acordo com o fenótipo comportamental e a etiologia. Dessa forma, levando em consideração a importância do diagnóstico precoce, pois, “o diagnóstico pode ser suspeitado nos dois primeiros anos de vida” (DUARTE *et al.*, 2016, p.26), uma vez que, o TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida ou se apresentar após o período inicial de desenvolvimento aparentemente normal, seguido por regressão do desenvolvimento (autismo regressivo), o que ocorre em cerca de 30% dos casos diagnosticados (DUARTE *et al.*, 2016, p. 48).

Devido as características do TEA, o atendimento odontológico, assim como a realização de procedimentos nas demais especialidades, torna-se desafiador, pois além da ausência ou pouca colaboração desse público, a depender do seu nível de transtorno, as intervenções precisam ser realizadas de acordo com a dinâmica comportamental dele/a. Esse desafio se torna mais laborioso para o/a dentista devido à intensa sensibilidade sonora e ao toque que esse público geralmente apresenta. Por esta razão, deve-se sempre levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social do/a usuário/a ou seja, respeitar as características individuais de cada sujeito.

Pelo exposto, fica evidente a necessidade dos/as profissionais que atuam no âmbito da saúde, principalmente em estabelecimentos públicos de assistência, ampliarem o processo formativo, aqui denominado formação continuada, para adquirir conhecimento sobre as demandas de pessoas com o TEA. Um processo almejado nesta pesquisa, o qual tem por embasamento a compreensão de que “[...] não existe dicotomia entre educação e saúde e que ambas estão em uma relação dialética contribuindo para a integralidade do ser humano” (MACHADO; WANDERLEY, 2009, p. 02). Um trabalho realizado de forma interdisciplinar para que a integralidade seja alcançada.

2.1.3. Inclusão de pessoas com deficiência: leis, normas e diretrizes nacionais

Para ratificar o entendimento de que as áreas de saúde e educação estabelecem entre si uma relação dialética, e não dicotômica, no trato das questões sobre a inclusão de pessoas com deficiência nas instituições públicas, faz-se oportuno apresentar, mesmo de forma sintética, alguns dos tópicos mais relevantes da legislação brasileira que resguarda os direitos destas pessoas. Sendo assim, a partir de consultas a documentos pertencentes a cada uma das três esferas da gestão pública: nacional, estadual e municipal (nesta última não foram encontradas fontes acerca do objeto em análise) construiu-se quadros-sínteses, organizando as informações da seguinte forma: os quadros numerados de **14** a **18** contendo dados concernentes à documentação de abrangência nacional e os quadros do número **19** ao **21** contemplando a legislação do Estado da Bahia.

Quadro 14 - Legislação brasileira sobre os direitos da pessoa com deficiência às redes de educação e saúde.

Documento	Saúde	Educação
	Principais Artigos	Principais Artigos
Constituição Federal da República Federativa do Brasil (05 de outubro de 1988).	Artigo 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das peçoas portadoras de deficiência. Artigo 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XIV – proteção e integração social das peçoas portadoras de deficiência. Artigo 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: IV – habilitação e reabilitação das peçoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.	Artigo 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação [...] II – criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados extraídos da CF nacional. Acesso: 03 de junho de 2020.

Quadro 15 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o plano Viver Sem Limite.

Documentos	Saúde	Educação
	Principais Artigos	Principais Artigos
Lei nº 8.069 (13 de julho de 1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.	Art. 11. É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado. § 2º Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.	Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: [...] III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. Capítulo v Do direito à profissionalização e à proteção no trabalho. Art. 66. Ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido.
Decreto nº 7.612 (17 de novembro de 2011). Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limite. Revogou o Decreto no 6.215, (26 de setembro de 2007).	Art. 3. São diretrizes do Plano Viver sem Limite: VI - ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; VII - ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade	Art. 3. São diretrizes do Plano Viver sem Limite: I - garantia de um sistema educacional inclusivo; II - garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado.

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso: 03 de junho de 2020.

Quadro 16 - Estatuto da pessoa com deficiência: direitos às redes de saúde e educação.

Documento	Saúde	Educação
	Principais Artigos	Principais Artigos
Lei nº 13.146 (06 de julho de 2015). Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com deficiência).	Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário. Art. 19. Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis. Art. 20. As operadoras de planos e seguros privados de saúde são obrigadas a garantir à pessoa com deficiência, no mínimo, todos os serviços e produtos ofertados aos demais clientes [...]. Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados [...]. Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência [...]. Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.	Art. 27. A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusive em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida [...] Art. 28. Incumbe ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar: I sistema educacional inclusivo em todos os níveis e modalidades, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida [...]. V adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes com deficiência, favorecendo o acesso, a permanência, a participação e a aprendizagem em instituições de ensino [...] XIII acesso à educação superior e à educação profissional e tecnológica em igualdade de oportunidades e condições com as demais pessoas [...] XVII oferta de profissionais de apoio escolar. Art. 30. Nos processos seletivos para ingresso e permanência nos cursos oferecidos pelas instituições de ensino superior e de educação profissional e tecnológica, públicas e privadas, devem ser adotadas as seguintes medidas [...] III disponibilização de provas em formatos acessíveis para atendimento às necessidades específicas do candidato com deficiência [...] VII tradução completa do edital e de suas retificações em Libras.

Fonte: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em : 03 de jun.2020.

Quadro 17- Política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência.

Documento	Saúde	Educação
	Principais Artigos	Principais Artigos
Decreto nº 3.298 (20 de dezembro de 1999). Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.	Art. 16. Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar [...] tratamento prioritário e adequado, viabilizando [...] III - a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho; IV - a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados; § 2º A deficiência ou incapacidade deve ser diagnosticada e caracterizada por equipe multidisciplinar de saúde, para fins de concessão de benefícios e serviços. § 3º As ações de promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência deverão também assegurar a igualdade de oportunidades no campo da saúde.	Art. 25. Os serviços de educação especial serão ofertados nas instituições de ensino público ou privado do sistema de educação geral, de forma transitória ou permanente, mediante programas de apoio para o aluno que está integrado no sistema regular de ensino, ou em escolas especializadas exclusivamente quando a educação das escolas comuns não puder satisfazer as necessidades educativas ou sociais do aluno ou quando necessário ao bem-estar do educando. Art. 28. O aluno portador de deficiência matriculado ou egresso do ensino fundamental ou médio, de instituições públicas ou privadas, terá acesso à educação profissional, a fim de obter habilitação profissional que lhe proporcione oportunidades de acesso ao mercado de trabalho. Art. 29. As escolas e instituições de educação profissional oferecerão, se necessário, serviços de apoio especializado para atender às peculiaridades da pessoa portadora de deficiência.

Fonte: Disponível em : <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html>. Acesso em: 04 de junho.2020.

Quadro 18 - Rede de cuidados à pessoa com deficiência.

Portaria	Principais Artigos	Principais objetivos
Portaria nº 793, (24 de abril de 2012). Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Art. 12. O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; II - atenção odontológica. Art. 14. O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção [...] III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Art. 20. Os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006. Art. 21. Os CEO deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO.	<u>Gerais:</u> I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. <u>Específicos:</u> I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados disponíveis em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.htm

1. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

Quadro 19 - Lei estadual da Bahia assegura tratamento especializado aos autistas.

Portaria	Principais Artigos Educação	Principais Artigos Saúde
Lei nº 10.553 (23 de março de 2007). Determina a obrigatoriedade do Governo do Estado da Bahia proporcionar tratamento especializado, educação e assistência específicas a todos os autistas do Estado, independentemente de idade.	Art. 1º. É obrigação do Estado manter unidades específicas para o atendimento integrado de Saúde e Educação as pessoas portadoras de autismo, seja por convênio ou através de parcerias com a iniciativa privada, de acordo com a Portaria/GM nº 1635/2002, do Ministério da Saúde, e dissociadas das unidades com finalidade de atender às pessoas com distúrbios mentais genéricos. <u>Parágrafo Único.</u> Para atendimento aos autistas em condições de frequentar a escola regular, a rede pública estadual e escolas conveniadas municipais e da rede privada deverão dispor de Assistentes Sociais e Orientadores Pedagógicos com Especialização no atendimento a autistas. Art. 3º A criação, no âmbito das instituições estaduais, públicas e privadas de nível superior, em especial a Universidade do Estado da Bahia, de Especializações de educadores-pedagogos, voltadas para a Educação Especial direcionada às pessoas portadoras de autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento nas áreas de Pedagogia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em suas respectivas Unidades.	Art. 2º É obrigação do Governo do Estado da Bahia prestar assistência à pessoa com autismo e outro transtorno global do desenvolvimento, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) [...]. Art. 4º O Governo do Estado deve promover o treinamento e capacitação de seus profissionais destinados ao atendimento aos portadores de autismo e de outro transtorno do desenvolvimento e incluí-las no Programa de Distribuição de Medicamentos de Alto Custo do Ministério da Saúde, através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e convênios para distribuição dos medicamentos indicados para transtornos globais do desenvolvimento e suas comorbidades. Art. 5º É dever do Estado arcar com o transporte coletivo específico ou individual de pessoas autistas e outros transtornos globais do desenvolvimento, com vistas a suas necessidades de ensino e/ou assistência à Saúde, seja através de transporte de massa ou ambulâncias específicas.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-10553-de-23-de-marco-de-2007>. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

Quadro 20 - Legislação estadual da Bahia para pessoas com deficiência.

Lei	Principais Artigos Saúde	Principais Artigos Educação
Constituição do Estado da Bahia (02 de agosto de 1947).	Art. 238. Compete ao Sistema Único de Saúde, no Estado, além de outras atribuições: [...] XIII - assegurar a assistência à saúde mental e garantir a reabilitação no aspecto físico, psicológico e profissional das pessoas portadoras de deficiências; XIV - assegurar atendimento odontológico integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das essenciais.	Art. 247. Lei disporá sobre o Sistema Estadual de Ensino, tomando por base o dever do Estado com a educação, a ser efetivado mediante a garantia de: III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino [...] IV - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade, portadores de deficiência física, mental e sensorial, em período regular de oito horas, com programa suplementar de material escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. Art. 251. A educação, para os portadores de deficiência física, mental ou sensorial, mediante o provimento de condições apropriadas, será efetivada em instituições específicas ou na rede regular, incluídos a estimulação precoce e o ensino profissional.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados disponíveis em: http://www.lex.com.br/legis_14128604_CONSTITUICAO_DO_ESTADO_DA_BAHIA.asp
 x. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

Quadro 21 - Regulamentação dos direitos da pessoa com deficiência no estado da Bahia.

Documentos Oficiais	Principais Artigos	Descrição
Lei 8268/02 Lei nº 8.268 (04 de julho de 2002). Revogada pelo Art. 17 da Lei nº 12.593/2012 e pelo Art. 10 da Lei nº 11.629/ 2009. Decreto nº 17.286 (19 de dezembro de 2016). Altera a composição do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - COEDE.	Art. 1º - Fica criado, na estrutura da Secretaria da Justiça e Direitos Humanos, o <u>Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - COEDE/BA</u>, com a finalidade de formular políticas e diretrizes e avaliar os programas e ações governamentais voltados para a defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência. Art. 10. Fica alterada a nomenclatura do Conselho criado pela Lei nº 8.268, de 04 de julho de 2002, de "Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência" para "Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - COEDE".	Trata-se de um órgão colegiado, integrante da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da Bahia (SJDHDS), de cunho consultivo e deliberativo, com sede e foro na cidade do Salvador - BA. Tem por finalidade formular políticas e diretrizes, assim como, avaliar os programas e as ações governamentais direcionadas à defesa dos direitos das pessoas com deficiência.
Lei nº 11.479 (01 de julho de 2009). .	Art. 1º É vedada a concessão e a manutenção de financiamentos e incentivos fiscais pelo Estado da Bahia a empregadores que não adotem práticas de trabalho decente e não atendam à legislação que trata de cotas para pessoas portadoras de deficiência e jovens aprendizes, inclusive quando incursas nas seguintes situações. [...] II - não comprovem o preenchimento de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, quando possuírem 100 ou mais empregados, conforme o artigo 93 da Lei Federal nº 8.213/91.	Institui restrições à concessão e à manutenção de financiamentos e incentivos fiscais estaduais a empregadores que não adotem práticas de trabalho decente e não atendam à legislação que trata de cotas para pessoas portadoras de deficiência e jovens aprendizes, e dá outras providências.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora com dados disponíveis em: https://www.normasbrasil.com.br/normas/estadual/bahia/lei/2009_69_5.html. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

2.2. Equipes multiprofissionais de saúde

O atendimento à saúde de pessoas com o TEA, embasado na avaliação multiprofissional, tem sido pauta de reivindicação de muitos/as profissionais, especialmente, daqueles/as atuantes em instituições da rede pública. Para a maioria destes/as servidores/as públicos/as, a multiprofissionalidade de uma equipe favorece a elaboração de diagnósticos

mais precisos, visto que, diferentes análises possibilitam detectar o melhor tratamento para as enfermidades de cada indivíduo. Por isso, reivindicar a promoção de assistência coletiva e/ou integral à saúde deste público, não só contribui para a cooperação entre profissionais das variadas áreas, como também para a implantação de políticas públicas. Nessa perspectiva, o novo paradigma e a reorganização do sistema público de saúde brasileiro preconizam ações que exigem articulações intra e intersetoriais, ou seja, através do trabalho por equipes multiprofissionais em rede e da participação social.

O que se preconiza, também, na área de assistência à saúde, é a integração disciplinar das profissões, entendida como imprescindível para o desenvolvimento de práticas profissionais embasadas pela concepção biopsicossocial do processo saúde e doença, pois “em uma relação trabalhador-usuário predominantemente vertical, a produção de cuidado dificilmente se configurará como uma prática emancipatória, respeitadora dos direitos e produtora de protagonismo dos sujeitos” (MATUMOTO, 2004, p. 21). Portanto, é preciso que se concretize a desconstrução desta relação, haja vista que de acordo com a mestra em Educação, Maria de Lourdes Feriotti (2009, p. 05), as demandas de saúde são complexas, assim, abordá-las segundo o pressuposto da integralidade, requer tanto das equipes multiprofissionais, quanto das instituições a adoção de práticas metodológicas alinhadas às trocas de saberes entre as diversas especialidades; à horizontalidade; à corresponsabilidade e à auto-organização dos poderes. Embora, seja necessário reconhecer que:

[...] esta é uma árdua tarefa, pois implica a transformação de estruturas institucionais historicamente construídas, de valores e hábitos adquiridos pela cultura da sociedade moderna. Nesse processo é inevitável o enfrentamento Ade obstáculos sociais, pedagógicos, ideológicos, políticos, psicológicos, metodológicos e técnicos, e a transformação da lógica de poder que promove e mantém as dificuldades para uma práxis coletiva, assim como a cisão entre os saberes e entre o saber e o fazer (FERIOTTI, 2009, p. 05).

A perspectiva de transformação do modelo atual das práticas de assistência à saúde, descrita no trecho acima, pressupõe a articulação de diálogos entre os/as trabalhadores/as, uma vez que “[...] seria conveniente investir no diálogo, discutindo as intervenções técnicas, seus antecedentes e suas consequências, não somente entre os pares, mas também entre as diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 1998, p. 09). Pressupõe, do mesmo modo, que não só a dimensão técnica relativa ao contexto da prestação de cuidados ao público será contemplada, como também a dimensão ética, essencial às relações interpessoais, sejam estas entre os/as trabalhadores/as e/ou usuários dos espaços de assistência.

Nesse sentido, “[...] pode-se dizer que esse novo modelo de assistência à saúde [...] tem o potencial de fomentar a eficácia e a efetividade do trabalho em equipe” (PEREIRA, 2011, p.51), visando à resolução das complexas demandas postas aos/as profissionais desse setor. Modelo este alinhado ao pensamento de Feriotti (2009, p. 02-03), pois em sua concepção, a promoção da saúde “[...] baseada numa perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, pretende a superação do modelo centrado na doença [...]” e, em substituição ao mesmo, à implantação de estratégias assistenciais que agreguem “[...] conceitos de qualidade de vida, cidadania e inclusão social ao seu campo de ação”, ou seja, por fim ao reducionismo, tomando como princípio básico a integralidade da atenção (FERIOTTI, 2009, p. 02-03).

Em sua linha de raciocínio, a supracitada pesquisadora ressalta que pensar em práticas interdisciplinares e transdisciplinares direcionadas à integralidade da assistência à saúde, não exclui a multiplicidade das vivências com a diversidade. Explicitando noutras palavras, estas práticas, assim pensadas, colocam em diálogo as variadas maneiras de descrição, análise, explicação e intervenção na realidade, ou seja, apoiam “[...] o desenvolvimento de relações sociais e interpessoais alinhadas aos novos paradigmas. O conceito de diversidade ocupa lugar de destaque na construção dessas relações” (FERIOTTI, 2009, p.04). Cabe salientar que os argumentos de Feriotti são compartilhados por Pereira (2011), especialmente quando defende:

[...] a necessidade de promover mudanças na lógica que orienta os processos de trabalho e a organização do serviço, passando do modelo biomédico e do intenso instrumental tecnocientífico para a lógica da integralidade e do cuidado à saúde (PEREIRA, 2011, p.44-45).

Perspectiva igualmente defendida por Fortuna *et al.* (2005, p. 02), ao sinalizar que “o atual modelo assistencial é caracterizado pela fragmentação da assistência, pela consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores”. Sendo este um dos motivos pelos quais se faz necessária a formação e implantação de redes de cuidado “[...] priorizando o acolhimento, a humanização, o desenvolvimento da responsabilização [...]” (FORTUNA *et al.*, 2005, p. 04), isto é, a articulação do trabalho entre profissionais das mais diversas especialidades, principalmente, no atendimento a pessoas com o TEA, como a proposta neste estudo.

Diante do exposto, convém destacar que as concepções de Atenção Primária da Saúde (APS), assim como, os pressupostos adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) orientam

as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na incorporação dos “[...] princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social, bem como as noções de primeiro contato, coordenação do cuidado, continuidade, vínculo e longitudinalidade” (PEREIRA, 2011, p.25), ou seja, na implementação de um atendimento mais humanizado aos usuários dos sistemas públicos de assistência do país. Convém destacar que o atendimento integrado compreende a criação de vínculos entre os/as servidores/as e os usuários, além de propiciar a “[...] articulação entre trabalhos de agentes da mesma área profissional e também entre trabalhos executados por profissionais de diferentes campos” (PEDUZZI, 1998, P. 01).

Pelas colocações tecidas, nota-se que existe, ainda, a necessidade de mudanças e transformações efetivas nas práticas assistenciais realizadas nos espaços públicos de saúde, embora, essa proposta do trabalho em equipe, com vistas à integralidade das ações de saúde, não seja algo novo, posto que a mesma faz parte da “[...] reforma sanitária brasileira incorporada pelas políticas de saúde [...]” (PEDUZZI, 1998, p. 02) desde a década de 1970. Políticas estas que, segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 5331) se originaram “em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais”, desse modo, “[...] a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas fundamentadas na Atenção Primária da saúde (APS)”. Dizendo de outra maneira, fomentar a implementação de modalidades de trabalho numa perspectiva de coletividade, ou melhor, de construção de redes integradas de assistência à saúde, não só significa promover a interação profissional entre os pares e destes/as com os usuários, como também complementar as ações de cuidado ao público alvo destas práticas.

Em conformidade com o exposto, convém salientar que as práticas de saúde orientadas pela concepção de coletividade, aqui entendida como colaborativa, são resultados dos muitos debates, os quais contribuíram para a constituição do “[...] paradigma que permitiu a articulação de diversos saberes na busca da apreensão do complexo objeto saúde-doença-cuidado” (PEREIRA, 2011, p.12). Nesse sentido, Hartz e Contandriopoulos (2004, p.5332) afirmam ser “[...] indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável. [...] A concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros””, tendo em vista que:

[...] A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no

tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.5332).

Compactuando com tal pressuposto, Feuerweker (1999, p. 1) reafirma que “uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional”.

Em relação ao conceito de interdisciplinaridade das práticas, no campo da saúde, Matos, Pires e Campos (2009, p. 864) ressaltam que “coloca-se como potencializadora da [...] interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres [...] possibilitando deste modo outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos”. Encadeando essa mesma linha de pensamento, Pereira (2011, p.12) pontua que a “[...] a concepção da integralidade como uma dimensão das práticas de saúde, que, além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida”, favorecendo, dessa forma, “[...] a articulação das ações e a interação dos agentes por meio de uma prática comunicativa em que há elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas” (PEREIRA, 2011, p. 33), as quais possam contribuir para a efetividade do trabalho direcionado ao estabelecimento de “[...] vínculo, acolhimento, humanização da assistência e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde” (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009, p. 868).

Diante disso, cabe ressaltar a importância do trabalho realizado em redes “[...] para que a equipe construa processos de comunicação que possam agregar valores individuais e pessoais trazidos por cada paciente, de modo a refletir as suas necessidades reais e a prática do trabalho da equipe [...]” (SILVA; SANTOS, 2012, p. 04). Convém ressaltar, igualmente, que cada equipe multiprofissional deve ser “[...] construída e entendida como uma estrutura em permanente des-estruturação/reestruturação” (FORTUNA *et al.*, 2005, p. 09). Conquanto, essa estrutura configure-se como um dos desafios que os/as profissionais ainda precisam elucidar, pois, necessitam antes “[...] compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução [...] da recomposição dos saberes, da equipe como totalidade” (MATUMOTO, 2004, p. 13), lembrando, evidentemente, que essa totalidade não significa, necessariamente, uma visão uniforme de pensamentos e/ou formas de agir, até porque, o que se busca é o estabelecimento de ações colaborativas, parcerias nas práticas de assistência à saúde e não o agrupamento perfeito de servidores/as públicos/as.

Outro desafio persistente na implantação do referido parâmetro de assistência diz respeito às “[...] práticas que focam o corpo como entidade biológica e que se baseiam na justaposição de saberes, na fragmentação do trabalho e na predominância da abordagem estritamente técnica da interação entre diferentes profissionais” (PEREIRA, 2011, p.13). Um desafio que, de acordo com Pereira (2011, p. 28), reflete “[...] o entendimento de que embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médica centrada do modelo hegemônico atual [...]”.

Diante dessas dificuldades em colocar em prática um modelo de assistência à saúde que acolha o usuário de forma integral e humanizada, movimentos a favor de transformações desse setor foram surgindo, principalmente na década de 70 (setenta), tanto no cenário local quanto no âmbito mundial, ou seja, reivindicações por mudanças “[...] político-sociais [...] que culminaram na ampliação da concepção de saúde, bem como no esforço de reformulação dos sistemas de saúde vigentes” (PEREIRA, 2011, p.17), cujo propósito é garantir o “acesso à população assistida das ações de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde [...]” (PEREIRA, 2011, p. 27). Posto que, seja preciso reconhecer que ainda é flagrante a inabilidade dos espaços de assistência básica em constituir “[...] um fluxo de referência às especialidades e a alguns procedimentos diagnósticos” (PEREIRA, 2011, p.27), isto é, em criar uma rede eficiente em prol das demandas postas.

Faz-se importante salientar que a mobilização em busca de transformações nos sistemas de saúde, especialmente, na esfera pública tem se fortalecido a partir da concepção de rede, aplicada principalmente na perspectiva de práticas coletivas/integradas no atendimento aos usuários desses espaços assistenciais (PEREIRA, 2011, p.44).

Considerando as discussões apresentadas, faz-se oportuno reiterar que a presente ação investigativa pleiteou contribuir para a construção/implantação de uma possível rede de cuidados. Pleito este que, conforme discutido ao longo dessa escrita, coaduna o pensamento de especialistas da área, os/as quais têm apontado a relevância do trabalho das equipes multiprofissionais na avaliação desses usuários, cujas práticas colaborativas favorecem a identificação dos mais diversos diagnósticos, contribuindo significativamente para a tomada de decisões mais adequadas às necessidades de cada pessoa assistida. Além disso, estas ações coletivas podem auxiliar na ruptura de práticas de saúde estereotipadas, posto que, em relação a este público, “[...] as diferenças têm sido tratadas como desigualdades” (FERIOTTI, 2009, p.4).

Sendo assim, de acordo com Feriotti (2009, p.4) faz-se urgente e necessária a construção de “[...] novos referenciais para compreender as relações entre o Eu e o Outro, o uno e o múltiplo, o individual e o coletivo [...]”, tendo em vista que transitar “pelas fronteiras da diversidade implica o desenvolvimento do sentido de alteridade, ou seja, o reconhecimento do valor implícito do outro”. Dizendo de outro modo, percorrer este caminho requer dos/as profissionais da saúde a transformação de práticas homogeneizadoras que, na maioria das vezes, reforçam processos de “competição, exclusão e dominação”, estes por sua vez, naturalizam “a intolerância à diversidade como comportamento social” (FERIOTTI, 2009, p.04).

Nessa perspectiva, as equipes multiprofissionais se tornam essenciais na promoção da saúde a partir de práticas colaborativas de cuidado, pois a multiprofissionalidade, em conformidade com Peduzzi (1998, p.13) agrega duas dimensões desse trabalho. A primeira, denominada objetiva, refere-se, a “organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde”, a segunda, intitulada subjetiva e simbólica, “diz respeito aos sujeitos e à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador em particular e a cada categoria profissional”. Dessa forma, “a integração da equipe demanda, simultaneamente, preservar as diferenças técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais” (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p.2).

Corroborando esse pressuposto e defendendo a relevância do trabalho realizado a partir de redes colaborativas de assistência, os autores Silva e Santos (2012, p. 3) enfatizam que “o trabalho em equipe na saúde indica importância para o atendimento às necessidades e problemas de saúde humana, uma vez que esses nem sempre podem ser atendidos por uma única especialidade nem individualmente”. Além disso, conforme salienta Matos, Pires e Campo (2009, p. 864), os/as profissionais de saúde no exercício de suas funções lidam com o ser humano, cujas “dimensões complementares (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política)” são objetos de trabalho comumente compartilhados. Portanto, o/a dentista cuja especialidade é o cuidado da saúde da pessoa com deficiência tem que ser multiprofissional e trabalhar em parceria com equipes interdisciplinares, objetivando mudar o paradigma, princípios que norteiam, trazendo o cuidado como centralidade dessas práticas multiprofissionais.

Em relação ao atendimento do público com o TEA, faz-se necessário que exista um olhar cuidadoso, pois cada pessoa precisa ser atendida de forma individualizada, tendo em vista que:

[...] dentro do grupo de pessoas com esse transtorno, há uma grande variabilidade sintomatológica e no grau de comprometimento de cada um. Essas diferenças estão presentes: na inteligência, que pode variar entre comprometimentos graves a altos desempenhos em habilidades específicas ou à superdotação; na linguagem e interação social, desde a ausência de fala e completo isolamento à prolixidade; e nos padrões alterados de comportamentos que se diferenciam em topografia, frequência e intensidade (SILVA, 2017, p. 19).

2.3. Práticas de cuidado

As práticas do cuidado na área da saúde são fundamentais nos locais de assistência médica, pois facilitam a promoção da melhoria na qualidade de vida das pessoas. Nessa perspectiva, as pesquisadoras Wania Regina Veiga Martines e Ana Lúcia Machado (2010) concebem tais práticas como:

[...] tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida [...] na perspectiva da pluralidade dialógica e da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro [...] Estar ao lado, estar junto, envolvimento, confiança e responsabilização, ajudar o outro a manifestar-se pelo que há de melhor em si (reforço da dimensão saúde), oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se a eles [...](MARTINES; MACHADO, 2010, p. 331).

Em conformidade com as citadas pesquisadoras, Laura Camargo Macruz Feuerwerker (2014, p.64) destaca que “[...] o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida”. Embora a busca por essas práticas do cuidado seja crescente e constante, os modelos médicos centrados na doença, e não na cura integral, ainda estão presentes na realidade da saúde no Brasil.

Diante desta realidade, muitos/as autores/as têm colocado em debate a forma como vêm sendo conduzidos os paradigmas que orientam a assistência básica no país. Uma das questões postas nestes debates refere-se à necessidade de humanizar a atenção à saúde, isso, de acordo com Waldir da Silva Souza e Martha Cristina Nunes Moreira (2008), decorre:

[...] da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados (SOUZA; MOREIRA, 2008, p.330).

Embora a supracitada questão tenha sido posta em debate há mais de uma década, nota-se que a mesma ainda não foi elucidada, visto que, o sistema brasileiro de saúde continua gerando muitas discussões, principalmente, entre os/as profissionais atuantes nas instituições de assistência básica. Neste campo, alguns sinalizam a falta de investimento financeiro, por parte dos governos, como justificativa central para a precarização dos atendimentos; diagnósticos e tratamentos, por exemplo, enquanto outros/as apontam certa falta de ética, desumanização no acolhimento e o desinteresse no cuidado do/a usuário/a, como fatores de agravamento dessa precariedade.

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de transformação nas práticas de assistência, pois, segundo Ayres (2007, p. 46) faz-se indispensável efetivar mudanças paradigmáticas, sejam elas chamadas de “[...] humanização da saúde, de promoção da saúde, de medicina centrada no paciente, ou em outras proposições afins, [...]” tendo em vista que “no campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos esperados” (FEUERWERKER, 2014, p.42). Todavia, ao que parece, esses objetivos ainda permanecem distantes da realidade vivida por muitos usuários dos serviços públicos de saúde no Brasil, posto que, grande parte dos modelos de atenção em vigência, na maioria das vezes, não prioriza a produção do cuidado como compromisso com a vida. Isso, de certo modo, transparece a ausência de entendimento por parte de muitos/as profissionais quanto fato de que o acolhimento e a criação de vínculos com o público assistido são atos inerentes ao processo do cuidar. Transparece igualmente que:

A produção na saúde vem se dando em meio a uma série de crises que vão além do avanço do conhecimento científico e do desenvolvimento de equipamentos específicos. As pessoas percebem essas situações críticas de diferentes modos a depender do lugar, da posição em que estão ao senti-la. [...] Os processos produtivos voltam-se mais para objetos do que propriamente para aquilo que seria sua finalidade, a de produzir cuidados para que as pessoas vivam melhor suas vidas [...] Os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo que é contraditório com a missão do próprio SUS: o cuidado (MATUMOTO, 2004, p.11).

Compartilhando desses pensamentos, Merhy (1999, p. 03) destaca que o usuário/a “[...] reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema”. Falando noutras palavras, os/as usuários/as se sentem “inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”, além disso, na maioria das vezes, não contam com uma equipe profissional realmente interessada em conhecer, ouvir, informar, auxiliar e/ou minimizar “seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com ele (usuário), pela construção de um plano de cuidados” (FEUERWERKER, 2014, p. 50).

Pelo exposto, nota-se que as práticas de cuidado precisam ser reorganizadas num processo contínuo de construção e reconstrução de saberes, principalmente por parte das equipes multiprofissionais em serviço na rede pública de assistência, para promover a humanização e melhoria da qualidade no atendimento à saúde dos/as usuários/as. Essa reorganização, aliás, já vem sendo sinalizada desde o final da década de 90, por autores como Emerson Elias Merhy (1999), ao afirmar que:

[...] o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 1999, p. 06-07).

As colocações de Merhy (1999), apresentadas na citação acima, depõem em favor da integralidade profissional e contra a fragmentação do cuidado, ou seja, observar os sujeitos de forma dimensional, ampliada e que englobe os componentes biopsicossociais. Dizendo de outro modo, entender que um problema de saúde está relacionado a vários fatores, dentre estes: ao profissional e seus procedimentos, bem como, às atividades cuidadoras de saúde, pois “[...] há a necessidade de fazer circular os bens de cura [...] o resgate da reciprocidade, do acolhimento e do vínculo de confiança, tão caros ao processo de construção do cuidado de si e da autonomia” (MARTINS, 2003 p.335). Resgate este que será viabilizado à medida que ocorram transformações desse quadro histórico e cultural, isto é, a partir da implantação do paradigma biopsicossocial como referência na formação e nas práticas profissionais.

Seguindo nessa linha de raciocínio, Pereira (2011, p. 527) destaca a relevância de [...] “elaborar propostas no sentido de resgatar a participação ativa dos profissionais e dos sujeitos

na produção de saúde, construindo assim, práticas cotidianas em relação a uma vida saudável”, ou seja, um olhar mais humanizado sobre as necessidades do outro. Falando de outra forma, promover a “[...] reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença [...] a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico” (PEREIRA, 2011, p.531). No entanto, é preciso reconhecer o desafio que esta reconstrução representa, haja vista que a hegemonia da biomedicina se estabelece em populações cujas demandas regionais e/ou locais, além de heterogêneas, não contam com a participação de representantes nas tomadas de decisão acerca das políticas públicas de saúde a serem implantadas em suas localidades.

O desafio de promover as referidas transformações tem mobilizado profissionais implicados/as com seus lócus de atuação, por meio da realização de pesquisas engajadas, contribuir com a superação dessa problemática. Visando, da mesma forma, proporcionar diálogos entre os/as participantes da pesquisa, em um processo mútuo colaborativo, com a finalidade de repensar conceitos e modificar práticas de assistência à saúde, posto que:

O giro de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, implica uma série de reconfigurações (ou ressignificações) nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, etc. Esse é o giro da complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão das múltiplas histórias, contextos, sentimentos e sentidos que se (re)configuram em nós permanentemente (PEREIRA, 2011, p. 532).

O olhar analítico sobre as próprias práticas e as desenvolvidas pelos pares, com vistas à transformação destas, não só reafirma o propósito formativo do Mestrado Profissional em Educação e Diversidade (MPED), como igualmente revela a dinamicidade essencial ao desenvolvimento das relações humanas, tendo em consideração que:

Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço [...] O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações (AYRES, 2007, p.50).

Partindo desse pressuposto, é imprescindível que o/a profissional de saúde busque conhecer o usuário de forma integrada, recorrendo, à medida do possível, ao diálogo, à escuta sensível e promovendo um atendimento mais humanizado. Buscando, também, compreender os valores, queixas e necessidades que mobilizam o indivíduo na procura por um determinado espaço de saúde. Cabe salientar que em muitos locais de assistência ainda persistem práticas

contrárias à proposta de humanização desses espaços, ou seja, alguns profissionais, especialmente aqueles/as atuantes no serviço público, demonstram “[...] dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores [...]” (SILVA Jr.; MERHY; CARVALHO, 2007, p. 124). Práticas estas que, de certo modo, têm contribuído para a desumanização entre servidores/as de saúde e usuários/as.

Como sinalizado até este momento, a reorientação do paradigma assistencial da saúde faz-se urgente e necessária, assim como, repensar as práticas profissionais e reconhecer o usuário como ser constituído por singularidades e demandas específicas, as quais precisam ser ouvidas e respeitadas. Para tanto, de acordo com Ayres (2007, p.58), o diálogo deve ser colocado como prioridade, além da “[...] produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido”. E, a partir disso, promover, juntamente com uma rede de equipes multiprofissionais, as práticas de cuidado que se mostrarem indispensáveis.

Segundo as considerações de autores como Silva Jr; Merhy e Carvalho (2007, p. 124), a referida transformação/reorientação do citado paradigma, pode ser viabilizada “[...] à medida que se aprofunda o entendimento conceitual sobre trabalho em saúde, embasando a construção de uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços assistenciais”. Todavia, promover saúde nesta rede, na perspectiva de práticas do cuidado, tem se demonstrado uma tarefa desafiadora. Dentre os principais desafios na realização dessa proposta, Feuerwerker (2014, p.53-54) destaca: a necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; equilibrar os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; organizar equipes de trabalho direcionadas às demandas de saúde tanto dos usuários, quanto do coletivo familiar destes, bem como, superar a fragmentação do sistema de saúde. Além disso, deve-se assegurar a continuidade de atendimento numa linha de cuidado construída para cada situação.

Outros desafios que também precisam ser aqui elencados, dizem respeito, por exemplo, à “[...] dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas” (SILVA Jr.; MERHY; CARVALHO, 2007, p. 125); à escassez e/ou insuficiência de pesquisas específicas acerca das “[...] diferentes formas de cuidar de grupos peculiares, especialmente num país como o nosso, que abarca grande diversidade e combinação de processos culturais” (GUTIERREZ; MINAYO, 2007, p. 1506) e à realização de práticas de cuidado em saúde, as quais resultem

“[...] em cura, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva” (MATUMOTO, 2005, p.12). Nesta lista cabe inscrever, também, o maior de todos os desafios, isto é, a construção de novos embasamentos teóricos e práticos capazes “[...] de desconstruir as matrizes sobre as quais nós [...]”, profissionais da saúde, fomos formados/as (MATUMOTO, 2005, p.22).

Sendo justamente a busca por essa desconstrução, visando a conseguinte reconstrução teórica e prática, um dos resultados esperados como fruto deste estudo investigativo é a elaboração, com escuta das equipes multiprofissionais, da construção de um *Documento Referencial Educativo* para a orientação profissional relativo às práticas de cuidado nos espaços de saúde para pessoas com o TEA no município de Jacobina. Este resultado, previsto como pós-campo da pesquisa, é condizente com a premissa de que as áreas da saúde e da educação, numa perspectiva intersetorial, propiciarão o alcance dos resultados almejados, dentre estes: “[...] fazer com que o processo educativo consiga ir além da cognição, que chegue à subjetividade dos sujeitos, para que o conhecimento construído sirva aos propósitos de humanizar as relações [...]” (ALMEIDA, 2012, p. 16), especialmente, na rede municipal de saúde da referida cidade, lócus desta pesquisa.

Nos espaços de assistência para o público com o TEA, é imprescindível que haja a humanização das relações, visto que, o serviço humanizado favorece a qualidade de vida tanto do usuário/a quanto do cuidador/a, bem como, facilita o diagnóstico precoce da pessoa autista. Dizendo noutros termos, é indispensável disponibilizar um atendimento integralizado nesses locais, pois “o TEA afeta igualmente as diferentes culturas, etnias e classes sociais, no entanto, os aspectos culturais e socioeconômicos são fatores determinantes na procura, ou não, por profissionais que possam diagnosticar esse transtorno” (SILVA, 2017, p. 18). Convém reiterar, mais uma vez, que pessoas com o TEA, costumam apresentar aspectos sensoriais de fácil percepção, a saber: estereotípias; incômodo olfativo diante de fortes odores; além de hipersensibilidade ao toque, dentre outros.

Falando-se em aspectos de fácil detecção do TEA, convém pontuar que um dos principais indicadores desse transtorno é o prejuízo na capacidade de Atenção Compartilhada, relação triádica entre o bebê, um interlocutor e um objeto. Portanto, cabe ao profissional de saúde ficar atento para esses sintomas e informar para o cuidador/a, pois “durante o primeiro ano de vida da criança, a habilidade de atenção compartilhada emerge como resultado da monitorização do olhar entre mãe e bebê” (BOSA, 2002, p.81). Nessa perspectiva, o ideal é que o diagnóstico seja realizado nos primeiros anos de vida da criança,

para obter uma melhor resolutividade quanto ao prognóstico, assim como, facilitar a qualidade de vida tanto do sujeito quanto dos familiares. Embora o diagnóstico, às vezes, seja difícil de ser concluído, requerendo para este fim a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional.

Esses fatores tornam o atendimento odontológico desafiador e de difícil realização, tanto para o/a profissional quanto para o/a usuário/a, principalmente na atenção primária, pois por ser um espectro heterogêneo - apresentando algumas variações, as pessoas com o TEA precisam ser atendidas conforme suas particularidades. Isso, por sua vez, demanda um longo tempo para a realização dos procedimentos que se fazem necessários.

Diante das dificuldades no atendimento desses sujeitos, faz-se oportuno salientar que na rede pública a rotatividade de usuários dos serviços é muito grande, especialmente, nas unidades de ESF, sendo este um dos principais motivos pelo qual, na maioria das vezes, o/a profissional não dispõe do tempo necessário para promover um atendimento de qualidade a este público, como requer o processo. Todavia, as possíveis dificuldades não excluem o direito da pessoa com o TEA ser atendida primeiro na sua área adscrita, neste caso na ESF, tendo em vista facilitar seu acesso pela proximidade da sua residência.

Já nos serviços especializados, os/as usuários/as são referenciados/as somente quando o/a profissional não consegue realizar o atendimento, seja pela falta de colaboração do usuário ou pela necessidade de realizar procedimentos que a ESF não faça. Entretanto, na prática essa conduta não acontece, haja vista as muitas queixas feitas por familiares que buscam as referidas unidades de saúde. Segundo alguns desses relatos, os indivíduos não passam nem mesmo por uma primeira consulta, pois são imediatamente encaminhados ao CEO, dessa forma sobrecarregando o serviço especializado. A recorrência dessa situação ratifica a importância no desenvolvimento da presente ação investigativa, cujo foco central da pesquisadora é estabelecer diálogos com os pares, objetivando contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, através de práticas de cuidado mais humanizadas.

3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS REALIZADAS

3.1. Tecendo considerações

Conforme citado anteriormente, os círculos focalizados foram adotados como principal dispositivo de intervenção e análise na construção dos dados desta pesquisa, tendo em vista a dinamicidade dos círculos foram utilizados como dispositivos auxiliares a observação participante e os diários de campo, cujos registros subsidiaram a escrita deste Relatório Final de Conclusão de Curso.

Nesse sentido, faz-se oportuno dialogar com Heidemann *et al.* (2017, p. 03) quanto à metodologia dos círculos, posto que nesses “[...] podem ser caracterizados os conflitos, as contradições, as diversidades ou positivities que representem uma situação existencial de saúde de uma determinada realidade e que são vivenciadas por homens e mulheres”. Partindo dessa premissa, apresenta-se a seguir cada um dos seis (06) círculos focalizados realizados, cujos dados encontram-se elencados em quadros distintos e seguidos de sua respectiva análise.

Quadro 22 - I Círculo focalizado.

I CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 26/03/21
➤ Acolhimento dos/as participantes; ➤ Apresentação da pesquisa e da dinâmica dos círculos focalizados; ➤ Explanação sobre a dimensão ética da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para conhecimento e assinatura de todos/as; ➤ Escuta das participantes para dirimir possíveis dúvidas sobre a pesquisa; ➤ Definição do cronograma dos encontros e também de como seria conduzido os diários de campo <i>online</i>; ➤ Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão das temáticas abordadas, tempo de fala etc.; ➤ Agradecimentos.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Março/ 2021.

Codificação

Conforme cronograma de realização da etapa de imersão no campo da pesquisa, o primeiro (1º) círculo focalizado – círculo exploratório, ocorreu por vídeo conferência

(*Google Meet*, <https://meet.google.com/mgo-gmrh-gvb>), no dia 26/03/2021, numa terça-feira à noite, das 20:30 às 22:30 hs (com duração de 2h). Nesta primeira reunião estiveram presentes 12 profissionais da área de saúde, todas do sexo feminino, sendo 09 delas de nível médio: (01) Auxiliar de limpeza, (06) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas, além de 03 servidoras públicas de nível superior: (02) Dentistas e (01) Enfermeira. Convém salientar que apenas 03 funcionárias de nível médio – (01) Auxiliar de serviços gerais e (02) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) – atuantes no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) aderiram ao estudo, as 09 restantes – (02) Dentistas, (01) Enfermeira, (04) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e (02) Recepcionistas – atuam nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Contou também com a participação da coordenadora pedagógica Fábila Alves de Lima, a qual esteve presente em todos os outros cinco (05) círculos subsequentes, auxiliando, como ouvinte, a pesquisadora na condução da reunião.

Para o acolhimento do grupo foi apresentado um vídeo do poeta Bráulio Bessa declamando a *Poesia sobre Diversidade* (<https://www.youtube.com/watch?v=J1MV7eUgMyE>). Dada as boas-vindas, a pesquisadora iniciou a apresentação da pesquisa, percorrendo sobre a dinâmica de realização dos círculos focalizados no contexto *online*, assim como, as variadas possibilidades de interfaces para a produção dos Diários de Campo, dentre estas: o *Padlet*, o *Google Doc*, o *WhatsApp*, o *Telegram*, o *E-mail*, o *Mentimeter*, o *Google Forms*, Nuvem de palavras e/ou registro em caderno e fotografia. Todavia, o grupo optou pelo uso do *WhatsApp* para envio de mensagens, imagens e áudios, além do *E-mail*.

Após a seleção dos recursos tecnológicos para a construção dos diários de campo, fez-se a apresentação do TCLE (vide anexo III), explicitando sobre os objetivos e a relevância deste documento para a validação da pesquisa, uma vez que foi entregue, uma semana anterior ao primeiro encontro, duas cópias para cada participante fazer, posteriormente, uma leitura mais detalhada e, em caso de adesão, devolver uma cópia com a devida assinatura. Convém destacar que foi enviado também, via *e-mail* a Cartilha dos Direitos dos Participantes da Pesquisa⁷, para todas as colaboradoras, 48 horas antes do primeiro círculo. Em seguida, propôs-se que elas escolhessem codinomes para identificá-las no relatório do estudo de campo (Trabalho Final de Conclusão do Curso – TFCC). Dentre as várias

⁷ Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Wugz2p8-akiIN3Q1QnBD0f1nAJV1W-H5/view>.

possibilidades de identificação sugeridas, o grupo optou por usar as denominações das seguintes flores: *Bromélia*; *Cravo*; *Crisântemo*; *Gardênia*; *Girassol*; *Jasmim*; *Lavanda*; *Lírio*; *Orquídea*; *Rosa Vermelha*; *Verbena*; *Violeta*. Esses codinomes foram enviados, pelas participantes, via *WhatsApp*, alguns dias após o primeiro encontro.

Após a explanação do que foi citado anteriormente, o grupo, de forma autônoma iniciou o diálogo sobre o *Cuidado/ cuidado do cuidador*. As colocações das participantes sinalizaram alguns aspectos importantes, especialmente, no que diz respeito às formas como as crianças com o TEA são cuidadas por seus familiares; a necessidade de *cuidar do cuidador*, sobretudo, das mães desse público; a falta de assistência dos pais aos/às filhos/as, enfatizando, ainda, a relevância em participar da pesquisa. Conforme pode ser visto na transcrição de algumas falas gravadas no círculo-I e elencadas no quadro a seguir:

Quadro 23 - Relatos do grupo sobre o cuidado para pessoas com o TEA.

I CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 26/03/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE O CUIDADO PARA PESSOAS COM O TEA	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Cravo</i>	“Muito importante esse trabalho com esses autista, pois eles sofrem muito preconceito, estou muito feliz com o trabalho, e quero parabenizar, pois todos têm que se interessar [...] tem que se colocar no lugar do próximo, pois um dia todos vamos ter um parente na família que tenha algum tipo de deficiência, seja um filho, neto, primo, sobrinho, etc. E o que percebo nas pessoas é que ninguém está nem aí.”
<i>Crisântemo</i>	“É de muita importância essa pesquisa, estou muito feliz e contente, pois é um assunto muito importante, e o que eu vejo lá no CEO, são relatos dessas mães que sofrem muito para criar seus filhos, pois eles sofrem muito nesses lugares que são atendidos, que existe muita discriminação e preconceito. E essas mães também precisam ser tratadas, pois elas passam por muitos problemas [...]”
<i>Lavanda</i>	“Muito interessante o trabalho, gostei muito da pertinência do assunto tratado, pois esses pacientes são mal assistidos nos locais que são atendidos, devido a demanda de pacientes que é muito grande pelo SUS, também a falta de compromisso dos gestores, a falta de assistência, etc., sendo que um paciente desse dá muito trabalho para atender, e também dá muito trabalho para o cuidador[...] eu costumo dizer que cuidar de um paciente desse é uma provação [...]fíco imaginando.”
<i>Lírio</i>	“Quero agradecer e dizer sobre a importância dessa pesquisa, pois no meu local de trabalho aparece muitos pacientes que têm deficiência, então eles sofrem muito preconceito [...]”
<i>Rosa vermelha</i>	“Esse trabalho é muito importante, pois trabalho no CEO [...] e sei o quanto ela se preocupa com o cuidado desses pacientes, e também sei o quanto esses pacientes necessitam de carinho e atenção. Mas não somente eles, mas também as mães, pois na grande maioria das vezes, quem leva os filhos para o atendimento são as mães.”
<i>Verbena</i>	“No local onde eu trabalho no PSF, tem um paciente autista, ele dá muito trabalho [...] a mãe me disse que ama o filho, mas que fica torcendo para que ele sinta dores de ouvido, para ele ficar quieto, deixa-la fazer as coisas em paz, pois ele dá tanto trabalho que a mãe está para ficar louca [...]”

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Março/ 2021.

Decodificação

O I círculo focalizado – círculo exploratório, foi realizado como os demais, de forma *online*, nesse encontro a pesquisadora esclareceu as dúvidas das participantes em relação ao processo de realização da pesquisa, além de ouvir atentamente cada fala e observar o comportamento do grupo. Assim, foi possível perceber através das expressões faciais e das vozes de cada uma delas que estavam felizes e satisfeitas com o encontro. Conforme pode ser comprovado nos trechos transcritos das narrativas das participantes Cravo: *“Muito importante esse trabalho com esses autistas, pois eles sofrem muito preconceito, estou muito feliz com o trabalho [...]”*; Crisântemo: *“É de muita importância essa pesquisa, estou muito feliz e contente [...]”*; Lavanda: *“Muito interessante o trabalho, gostei muito da pertinência do assunto tratado [...]”*; Lírio: *“quero agradecer e dizer sobre a importância dessa pesquisa e Rosa vermelha “Esse trabalho é muito importante [...]”*.

Faz-se relevante sinalizar que as participantes iniciaram um diálogo sobre o cuidado do/a cuidador/a, externando opiniões, relatando experiências profissionais e pessoais, haja vista a identificação destas profissionais com as outras mulheres, neste caso, as mães de pessoas com o TEA. Além do fato de pertencerem ao gênero feminino, numa faixa etária entre 25 e 53 anos, – Bromélia (42 anos); Cravo (46 anos); Crisântemo (44 anos); Gardênia (41 anos); Girassol (25 anos); Jasmim (38 anos); Lavanda (41 anos); Lírio (51 anos); Orquídea (28 anos); Rosa Vermelha (30 anos); Verbena (38 anos) e Violeta (53 anos) – cerca de 55% dos membros do grupo participante têm a maternidade como elemento comum entre elas e as cuidadoras dessas pessoas, sem contar que 27% delas, inclusive, já são avós.

Como citado, os relatos proferidos pelo grupo, por um lado, evidenciaram pontos comuns na identificação com as diferentes realidades cotidianamente enfrentadas por mulheres que são mães de pessoas com o TEA, ou seja, aspectos relativos às condições sociais impostas ao gênero feminino, sobretudo, em relação ao cuidado com a prole. Por outro lado, essas mesmas falas demonstraram que o cuidado materno dispensado às crianças com o TEA, na visão do grupo, é fonte de sofrimento, sobrecarga física e emocional para essas mães, como pode ser comprovado nos seguintes excertos: *“[...] o que eu vejo lá no CEO, são relatos dessas mães que sofrem muito para criar seus filhos [...]”*(Crisântemo, 23/03/2021); *“[...] dá muito trabalho para o cuidador [...]”*(Lavanda, 23/03/2021); *“[...] a mãe me disse que ama o filho, mas que fica torcendo para que ele sinta dores de ouvido, para ele ficar quieto”* (Verbena, 23/03/2021).

Os fragmentos supracitados, embora revelem a consciência das profissionais quanto ao fato de que o sistema falha no acompanhamento desse público, pois não assegura o princípio da integralidade na assistência à saúde pública – preconizado pelo SUS –, visto que as mães/cuidadoras não são contempladas, a perspectiva do grupo, de modo geral, revela que suas práticas condizem com o paradigma médico-curativista, ou seja, “[...] *essas mães também precisam ser tratadas, pois elas passam por muitos problemas [...]*” (Crisântemo, 23/03/2021). Dizendo noutros termos, as participantes não identificam como sendo uma questão de reestrutura e/ou reorganização deste sistema, tampouco, como reflexo das falhas na elaboração de estratégias e de acolhimento, assim como, da ausência de ações pautadas na intersetorialidade.

As falas do grupo, ora transcritas, foram essenciais para consolidar a discussão no círculo, além de possibilitar a identificação do próximo tema gerador a ser abordado no encontro subsequente, haja vista que, essas verbalizações sinalizaram a necessidade de implantar práticas do cuidado nos espaços municipais de saúde, visto que, um atendimento mais humanizado beneficiaria tanto o sujeito quanto seu/a cuidador(a), sobretudo, as genitoras de pessoas com deficiência, pois, de acordo com a participante *Rosa vermelha* “[...] *na grande maioria das vezes, quem leva os filhos para o atendimento são as mães*”. Ou seja, a função de cuidador é desempenhada, de modo geral, por mulheres. Fato este comprovado, igualmente, pela a autora desta pesquisa, uma vez que, ao longo de sua trajetória profissional tem observado o constante ir e vir de mães em busca de atendimento para suas proles nos espaços públicos de assistência à saúde, especialmente, no CEO.

Síntese

Sanadas todas as dúvidas, através da escuta sensível, ao término do círculo-I, ocorrido às 22:30hs, ficou acordado entre as participantes que a pesquisadora criaria um grupo de *WhatsApp* específico para a comunicação e postagem de informações concernentes ao desenvolvimento desta fase da pesquisa, além do envio prévio (48 horas de antecedência) das consignas propostas para os próximos círculos. Além disso, durante a síntese desse primeiro encontro ficou definido que o círculo-II dialogaria sobre o seguinte tema gerador: *A importância do Cuidado*, associado aos respectivos subtemas *Equipes multiprofissionais de saúde e Preconceito*.

Faz-se importante ressaltar que nos interstícios (15 dias) de um encontro *online* para o subsequente, a pesquisadora encaminhava para o *e-mail* de cada participante, o relatório contemplando a pauta, a codificação, a decodificação, a síntese e a análise do círculo

focalizado realizado, objetivando a apreciação, possíveis retificações e/ou contribuições. Dessa forma, após as devolutivas e ajustes necessários, o relatório era reenviado individualmente para que fosse finalmente aprovado e pudesse ser incluído na escrita do presente Trabalho Final de Conclusão de Curso (TFCC).

Diante do exposto, cabe destacar que todos os textos produzidos após a realização dos seis (06) círculos focalizados foram devidamente socializados com o grupo. Além disso, nas sínteses e análises de cada encontro constavam fragmentos dos relatos e/ou observações tecidas pelas participantes em seus diários de campo, os quais eram enviados para a pesquisadora antes do próximo círculo. Cabe salientar, também, que os registros referentes ao primeiro encontro versaram sobre a seleção dos codinomes de cada membro do grupo e mensagens de agradecimento pela oportunidade de fazer parte da pesquisa.

Análise

Embora a discussão de gênero não seja um dos objetivos desta pesquisa, faz-se necessário tecer algumas considerações acerca da interseccionalidade e dos atravessamentos desse tema evidenciados nos círculos focalizados. Uma primeira consideração sobre esse fato refere-se à constituição do grupo participante, conforme já mencionado, composto por doze (12) mulheres com idades entre vinte e cinco (25) e cinquenta e três anos (53), cujas histórias de vida se entrelaçam, de certo modo, tanto no campo de atuação profissional – sendo todas servidoras públicas da Rede Municipal de Saúde de Jacobina-BA –, quanto no âmbito pessoal, tendo em vista os marcadores sociais que as identificam como: mulheres, esposas, mães e avós.

A segunda consideração, refere-se ao estabelecimento de outro ponto de identificação entre as participantes, neste caso, a seleção dos codinomes para representá-las na escrita do presente relatório. Convém salientar, contudo, que a escolha dos codinomes, não só, atendeu ao princípio ético requerido na realização de pesquisa com seres humanos – visando a preservação da identidade destes – como também, proporcionou à pesquisadora compreender aspectos comuns e diversos entre elas, evidenciados nos posicionamentos discursivos apresentados por cada uma delas durante os encontros *online*. Assim, ao optar coletivamente por adotar nomes de flores, o grupo sinalizou, como o discurso estereotipado, e socialmente aceito, atravessa as suas identidades de gênero, posto que, na sociedade heteronormativa na qual estão inseridas, a mulher é representada como figura feminina, sensível, fértil, bela e

perfumada como uma flor, seja esta: uma *Bromélia*, um *Cravo*, um *Crisântemo*, uma *Gardênia*, um *Girassol*, um *Jasmim*, uma *Lavanda*, um *Lírio*, uma *Orquídea*, uma *Rosa Vermelha*, uma *Verbena* ou uma *Violeta*. Eis aqui um dos aspectos em comum demonstrado pelas participantes.

Face ao exposto, cabe considerar que o referido aspecto também evidenciou como os diversos marcadores sociais atravessam as vivências destas mulheres e são externalizados, em seus discursos. Dizendo noutras palavras, a faixa etária, o estado civil, a maternidade, o estado emocional, a formação acadêmica e as práticas profissionais, dentre outros fatores, estão representados, de algum modo, na flor escolhida por cada uma delas. Ademais, nota-se que os perfis identitários simbolizados pelas flores vinculam-se ao papel de cuidadora que a sociedade vem impondo às representantes do gênero feminino ao longo da história, pois “aos homens coube a tarefa de realizar as atividades que exigiam força como a caça, a defesa do território e, às mulheres, as práticas de alimentação, de vestiário, do habitat, consideradas ações mais calmas, humildes e menos espetaculares” (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013, p. 390).

Nessa perspectiva, observa-se que a concepção do cuidado como prática tipicamente feminina ainda é recorrente nos discursos das participantes, posto que, ao relatarem experiências com a sobrecarga de funções desempenhadas como, por exemplo, a criação e a educação dos/as filhos/as, as tarefas domésticas e o trabalho remunerado, elas não relacionaram tais vivências às disparidades sociais entre os gêneros. Falando noutros termos, a percepção do grupo sobre as práticas do cuidado reflete o pensamento da sociedade patriarcal, nesta, a figura feminina representa o “[...] símbolo principal de cuidado e o homem como não socializado a esse papel” (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013, p. 390). Pensamento esse que, embora venha sendo combatido pela mobilização de diferentes segmentos da sociedade, ainda precisa ser amplamente debatido para que se alcance o seu principal objetivo: a implementação de políticas públicas direcionadas à equidade de gêneros.

Dando continuidade ao processo de análise dos dados da pesquisa, apresenta-se a seguir o II círculo focalizado, cuja pauta de atividades encontram-se descritas no quadro ilustrado na próxima página:

Quadro 24 - II Círculo focalizado.**II CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 06/04/21**

- Acolhimento das participantes: Música: *Diversidade* – Lenine;
- Consignas;
- Dinâmica: Mosaico das imagens;
- Problemática das questões fundantes sobre pessoas com o TEA e os/as cuidadores/as desse público;
- Projeção do vídeo: “Desabafo de uma mãe de um autista”;
- Projeção de outro vídeo: Mães de autistas: Elas contam sobre diagnóstico, momentos difíceis e o quanto aprendem com seus filhos. “A essência do autismo é ensinar o amor ao próximo”;
- Tema Gerador: A importância do Cuidado;
- Subtemas: Equipes multiprofissionais de saúde e preconceito;
- Escuta das participantes;
- Música – Sonho Impossível interpretada por Maria Betânia;
- Avaliação do II círculo: Avalie como foi o nosso encontro e deixe uma ou mais palavras que tenham marcado essa noite;
- Síntese do encontro e registro nos diários de campo;
- Agradecimento.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Codificação

O II círculo focalizado ocorreu por vídeo conferência (*Google Meet*, <https://meet.google.com/adz-gbxh-zdb>), no dia 06/04/2021, numa terça-feira à noite, das 19:00 às 21:30 hs (com duração de 2:30 h). Estiveram presentes onze (11) das doze (12) participantes, sendo elas respectivamente: *Bromélia*; *Cravo*; *Crisântemo*; *Gardênia*; *Girassol*; *Jasmim*; *Lavanda*; *Lírio*; *Orquídea*; *Rosa Vermelha* e *Violeta*. A participante de codinome *Verbena*, por demandas de ordem pessoal, não pode se fazer presente na reunião, todavia fez colaborações através do envio de mensagens no grupo de *WhatsApp* e no diário de campo.

Para o acolhimento do grupo utilizou-se a audição da música *Diversidade*, composição de Oswaldo Lenine Macedo Pimentel – cantor pernambucano popularmente conhecido por Lenine. Em seguida, a pesquisadora iniciou o diálogo sobre as seguintes consignas: **1**-Segundo a música de Lenine, o que pode aproximar as pessoas? Justifique; **2**-Explique o que você entendeu desse trecho da música de Lenine: “Tudo é raro, nada é comum. Diversidade é a sentença”; **3**-Como está a chama da diferença em nosso país? Em nossa comunidade? Eu respeito e aceito as diferenças? Como posso justificar essa aceitação?

4- “A humanidade caminha, atropelando os sinais. A história vai repetindo os erros, que o homem traz. O mundo segue girando, carente de amor e paz. E se cada cabeça é um mundo, cada um é muito mais”. O que você pode explicar sobre esse trecho?

Faz-se oportuno ressaltar que tanto a música quanto as questões para promover as reflexões na reunião, foram previamente postadas no grupo de *WhatsApp* (48 horas de antecedência), conforme ficou acordado no encontro *online* anterior. Sendo assim, apresenta-se no quadro a seguir algumas interpretações das participantes sobre o conteúdo proposto para o II círculo focalizado.

Quadro 25 - II Círculo focalizado: relatos do grupo.

II CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 06/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE AS CONSIGNAS	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Rosa vermelha</i>	“Sempre acabamos sendo preconceituosos com algo.”
<i>Verbena</i>	“O que pode aproximar as pessoas é o conhecimento. Porque o que afasta é a ignorância. E não saber que os autistas são inteligentes e tem muitas habilidades, a dificuldade é geralmente as relações interpessoais, mas que podem ser desenvolvidas”. “Que somos todos específicos, cada um com sua singularidade e essas singularidades torna o mundo bastante diverso. O autista não tem que se igualar a nenhum modelo padrão, pode viver respeitando e sendo respeitado no seu modo de viver a vida”. “A chama da diferença continua aumentando, mas muita gente [...] está tentando diminuir essa chama [...]” “[...] se refere ao preconceito e discriminação que ainda existe e sempre existiu no passado histórico da humanidade [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Decodificação

Cabe salientar que a participante *Verbena* enviou as respostas um dia antes do círculo, porém no dia da reunião essas consignas foram lidas e abordadas, incitando o diálogo sobre o tema preconceito. Nesse momento, a participante de codinome *Rosa vermelha* ressaltou que “*sempre acabamos sendo preconceituosos com algo*”, enquanto as demais ficaram em

silêncio, embora suas expressões faciais sinalizassem concordância com o posicionamento da colega. Concordância essa que, mesmo desprovida de verbalizações, evidencia como a sociedade é constituída por situações que contribuem com a reprodução do preconceito e da discriminação, especialmente, em relação às pessoas com deficiência, dentre as quais encontram-se aquelas com o TEA, estas são vítimas dessa conjuntura social, a qual, segundo as palavras de Verbena “[...] *sempre existiu no passado histórico da humanidade [...]*”.

Transcorrido o diálogo, a partir das supracitadas questões, aplicou-se a dinâmica do Mosaico de Imagens, lançando ao grupo o seguinte desafio: utilizar sete (07) formas geométricas de um Tangram⁸ (recortadas em material emborrachado colorido e entregues previamente) de tamanhos, cores e formatos diferentes para montar figuras relacionadas ao tema proposto para o círculo focalizado. De início, as participantes demonstraram dificuldades em organizar as peças e formar imagens que tivessem algum significado ou se aproximasse da temática em discussão.

A pesquisadora percebendo as dificuldades do grupo em realizar o desafio, fez algumas sugestões, dentre as quais: formar figuras que representassem o princípio da vida; os sentimentos que faz as pessoas trilharem caminhos muitas vezes árduos; a força para cumprir uma jornada, como por exemplo, um dos órgãos vitais do corpo humano, o coração. Durante as várias tentativas em formar essa imagem, foi possível perceber distintas situações, a saber: inquietude das participantes em querer resolver logo a questão; a lamentação por não estarem conseguindo; falta de perspectiva em obter êxito; silenciamento de algumas; desânimo por não conseguirem e a consequente desistência; pedidos para que as colegas ajudassem, embora, estivessem todas na mesma situação. Assim, continuavam acreditando ser impossível montar tal figura com aquelas peças de papel.

Como o grupo não conseguia cumprir a tarefa, a pesquisadora expôs a ilustração de um quadro no qual via-se a imagem de um coração confeccionado com os mesmos tipos de figuras geométricas recebidas pelas participantes. Analisando o modelo exposto, elas acreditaram ser possível alcançar o objetivo proposto pela dinâmica e recomeçaram o processo de montagem da figura sugerida, assim, decorridos alguns minutos, uma das participantes anunciou ter conseguido e postou a imagem no grupo, as demais motivadas pela colega, foram concluindo a tarefa. Ao final das postagens, as peças foram se encaixando e

⁸ Tangram é um antigo jogo chinês, que consiste na formação de figuras e desenhos por meio de 7 peças (5 triângulos, 1 quadrado e 1 paralelogramo). Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/curiosidades/tangram.htm>. Acesso em: 30 de abr.2021.

formaram uma única imagem, porém cheia de cores, vida e significado, evidenciando que mesmo diversas elas se completam.

A partir dessa compreensão, a pesquisadora questionou as participantes qual relação poderia ser estabelecida entre a dinâmica e o Transtorno do Espectro Autista. Dentre as muitas colocações externadas pelo grupo, destacou-se a necessidade de contemplar as diferenças; ter um olhar e escuta sensível no trato com as pessoas com deficiências – dentre essas as pessoas com o TEA, porque não basta focar apenas na deficiência, mas, igualmente, no que eles/as podem produzir quando acolhidos/as, ou seja, atendidos/as e compreendidos/as em suas singularidades, afinal em cada experiência vivenciada o ser humano fica mais disforme, sempre se reinventando em suas especificidades.

A participante de codinome *Lavanda*, concordou com a fala da colega *Jasmim* quando esta pontuou que “*É incrível, como uma dinâmica como esta nos coloca em situação difícil [...]*”. Diante desta afirmativa, a pesquisadora teceu alguns comentários sobre a concepção de normalidade atribuída às pessoas cujos órgãos dos sentidos são considerados perfeitos – a exemplo de si e das participantes socialmente reconhecidas como normais. Assim, para promover um maior aprofundamento do debate, questionou ao grupo: por que elas não conseguiram montar a imagem do coração, ou outra qualquer, antes de ver um modelo? Na opinião delas, por que o padrão de normalidade não foi suficiente para o cumprimento da tarefa? Ou seja, não as tornava uniformes ou mais capazes?

Além dos supracitados questionamentos, a pesquisadora também perguntou ao grupo qual relação havia entre a Dinâmica do Mosaico e o símbolo – uma fita de cor azul e em forma de quebra-cabeça colorido – utilizado para divulgar a necessidade mundial de conscientização do autismo, sendo o dia 02/04 anualmente dedicado à mobilização social dessa pauta. Embora afirmassem que sim, não souberam informar o real significado, então, a pesquisadora explicou que a imagem da fita em formato de quebra-cabeças cujas peças são coloridas, representa o mistério e a complexidade do TEA, já a cor azul utilizada como referência para o autismo refere-se à prevalência desse transtorno em pessoas do sexo masculino, tendo em vista que a cada 05 (cinco) crianças diagnosticadas com autismo, 04 (quatro) são meninos e apenas uma (01) é do sexo feminino. No entanto, faz-se relevante ressaltar a existência de dissensões sobre os índices de diagnósticos serem realmente menores em meninas ou se elas não têm sido diagnosticadas adequadamente, talvez porque mascarem melhor os sintomas.

Com o intuito de iniciar a discussão acerca do II Tema Gerador, a saber: *A importância do Cuidado*, atrelado aos respectivos subtemas: *Equipes multiprofissionais e preconceito*. Foram projetados dois vídeos, sendo o primeiro intitulado “Desabafo de uma mãe de um autista” (<https://www.youtube.com/watch?v=K8iEQOqmESY>) , e o segundo “Mães de autistas” (https://www.instagram.com/tv/CFasvFsDa3n/?utm_source=ig_embed), proporcionando às participantes a oportunidade de observar através das imagens e dos relatos os desafios enfrentados cotidianamente pelas mães de filhos/as autistas, bem como, a importância do diagnóstico precoce; a necessidade de uma equipe multiprofissional para acompanhá-los/as; a precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em ofertar serviços de qualidade a esse público; a ausência de transportes públicos adequados à locomoção dessas mães com suas crianças, além da importância das mobilizações sociais na luta por políticas públicas que atendam as demandas destes/as cidadãos e cidadãs.

Quanto aos vídeos assistidos, o grupo citou depoimentos sobre o preconceito na percepção das mães de filhos(as) com o TEA, as quais narraram as dificuldades enfrentadas diariamente para conseguir espaços de inclusão na sociedade, começando pelos obstáculos que inviabilizam a realização do diagnóstico precoce. O grupo mencionou, ainda, a importância de pesquisas como esta para colocar em debate a necessidade de se efetivar, nos espaços públicos de assistência à saúde, práticas de atendimento promovido por equipes multiprofissionais. E também sinalizou alguns aspectos importantes, especialmente, no que tange: à relevância do cuidado; à estrutura das equipes multiprofissionais atuantes no CEO e nas ESF; ao preconceito e à discriminação vivenciada cotidianamente por pessoas com o TEA, como pode ser visto na transcrição de algumas dessas considerações nos quadros a seguir.

Quadro 26 - Relatos do grupo sobre a importância do cuidado.

II CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 06/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
Cravo	“Os pais não têm paciência com seus filhos, quando eles apresentam algum tipo de deficiência, a grande maioria dos pais se separam das mães, quando os filhos nascem ou com o passar do tempo”.
Crisântemo	“[...] na questão do cuidado[...] é uma benção. Que relatos fortes, mas de suma importância”.

Gardênia	“Tenho uma irmã cega, cuido da minha irmã da melhor forma possível, a gente faz de tudo para que ela seja independente nas atividades do dia a dia. Confesso que quando ela nasceu, foi um susto para a família, mas agora todos entendem e aceitam [...] Nasceu outra pessoa com deficiência na família, agora por já ter minha irmã a gente já sabe como lidar com isso”.
Lírio	“Muitas mães negligenciam a sua saúde em prol dos cuidados com os filhos com deficiência”.
Orquídea	“[...] tenho interesse em aprender, entender e conhecer como seriam às práticas de cuidado pelas equipes multiprofissionais para esses pacientes”.
Violeta	“Estou amando o círculo, e estou aprendendo muito com vocês [...], admiro muito essa preocupação [...] com o cuidado...”

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

De acordo com as colocações da participante de codinome *Lírio*, o abandono paterno de crianças autistas não afeta somente o desenvolvimento dos/as filhos/as, uma vez que são muitas e diversas as consequências deste ato no contexto doméstico. Como exemplo disso, pode-se citar os impactos desta ação na qualidade de vida das mulheres, pois “*muitas mães negligenciam a sua saúde em prol dos cuidados com os filhos com deficiência*”. Convém ressaltar que as falas acima transcritas, permitem inferir que a ausência de formação em serviço não permitiu ao grupo participante ampliar o conceito de cuidado, ou seja, problematizá-lo no âmbito das práticas profissionais, neste caso, nos espaços públicos de saúde.

No relato da participante autodenominada *Gardênia*, embora seja evidenciada toda uma preocupação em cuidar “*da melhor forma possível*” de uma familiar com deficiência, neste caso “*uma irmã cega*”, fica subentendido o preconceito e a não aceitação que as pessoas com algum tipo de deficiência sofrem nos próprios lares, fato este comprovado na seguinte afirmativa: “*[...] confesso que quando ela nasceu foi um susto para a família, mas agora todos entendem e aceitam*”.

As falas do grupo, elencadas acima, evidenciam a relevância da presente pesquisa, principalmente, no que tange à metodologia adotada, ou melhor, na realização dos círculos focalizados como dispositivo de estudo, tendo em vista a promoção de debates sobre o atendimento de pessoas com o TEA, no CEO e ESF, pois em conformidade com o depoimento da participante autointitulada de *Crisântemo* “*[...] na questão do cuidado[...] que relatos fortes, mas de suma importância*”.

No quadro a seguir foram listados trechos das falas do grupo sobre suas percepções em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais atuantes no CEO e nas ESF de Jacobina.

Quadro 27 - Relatos do grupo sobre equipes multiprofissionais.

II CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 06/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Bromélia</i>	“Eu já tive a oportunidade de trabalhar no CEO [...] no atendimento de pacientes especiais, foi muito bom, porém muito sofrido para mim, fiquei poucos dias e refletir que não tinha condições de permanecer [...] chegava em casa e ficava pensando na vida dos cuidadores dos pacientes [...] Então, diante disso, fui transferida do local”.
<i>Cravo</i>	“Quando eu trabalhava no CEO [...] observava que quem levava os filhos para o atendimento era sempre as mães. Foi uma época que aprendi muito, no atendimento desses pacientes, pois foi uma experiência e um crescimento [...] observei em outros lugares que alguns profissionais da área de saúde, quando vão atender o paciente especial, não se dirige ao paciente para perguntar as coisas, fica perguntando para o acompanhante, como se o paciente não existisse [...] isso é errado, que se o paciente fala e entende algumas perguntas devem ser feita para ele[...]”.
<i>Crisântemo</i>	“Quanto à acessibilidade ao serviço, é dificultada para alguns, devido à distância. E na questão do transporte, alguns não têm dinheiro para pagar. Há dificuldade de acessibilidade aqui no CEO, [...] Até para ter transporte público, há muitas dificuldades. São muitos casos de desistência”.
<i>Jasmim</i>	“Amando participar dessa pesquisa de campo [...] pois é de suma importância para nós que trabalhamos na área da saúde e que a maioria não tivemos nenhum tipo de treinamento, nem curso preparatório para o mesmo. Creio que fazendo parte desse estudo aprenderei melhor como atender esses pacientes da melhor forma possível, como realmente eles merecem [...]”.
<i>Lavanda</i>	“No meu trabalho quando chegam pacientes com deficiência, na grande maioria das vezes, encaminho para o serviço de referência no CEO, mas em alguns casos quando dá para atender, e existir possibilidades, eu atendo [...] existe muitas dificuldades, para alguns pacientes, serem atendidos nos espaços de saúde, na questão da acessibilidade, pois alguns moram muito distantes e não têm dinheiro para pagar o transporte [...] As políticas públicas devem ser reorganizadas”.
<i>Rosa vermelha</i>	“Hoje sou outra pessoa, depois que comecei a atender pacientes especiais no CEO [...] o meu trabalho atual, tem sido uma experiência e tanta para mim”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

De acordo com as falas das participantes supracitadas, são evidenciadas algumas situações nos atendimentos das equipes multiprofissionais, tanto do CEO quanto das ESF, relacionadas às pessoas com deficiência. Como foi observado nos diálogos, há uma necessidade de reflexão por parte dos profissionais, no tocante ao trato com as pessoas com deficiência, como é relatado pela participante de codinome *Cravo* “[...] observei em outros lugares que alguns profissionais da área de saúde, quando vão atender o paciente especial, não se dirige ao paciente para perguntar as coisas, fica perguntando para o acompanhante, como se o paciente não existisse [...]”. Uma vez que, nesses espaços de saúde, é necessário que sempre ocorra mudanças, tanto de atitudes, como de pensamentos, pensando sempre no contexto social, dessa forma, procurando sempre buscar mudanças e tentar a melhor maneira para acolher o outro, em consonância com o que foi dito, essa mudança, “[...] é de suma importância para nós que trabalhamos na área da saúde [...]” foi o que relatou a participante *Jasmim*. Atrelado ao que foi citado, tem-se a necessidade, também, de melhorar e facilitar o acesso desse público, para facilitar a vida tanto do/a usuário/a quanto do seu cuidador/a, o qual é geralmente a figura materna, portanto ditos em outras palavras, como relata a participante de codinome *Lavanda* “[...] As políticas públicas devem ser reorganizadas [...]”.

Após a escuta dos relatos do grupo acerca dos temas propostos para o debate, propôs-se a audição da música *Sonho Impossível*, interpretada pela cantora baiana Maria Betânia (<https://www.youtube.com/watch?v=xHSMhlFTKXI>). A pesquisadora solicitou que o grupo analisasse o título da melodia, a letra e as imagens do vídeo, estabelecendo relações entre as discussões ocorridas durante o encontro *online* e o trabalho realizado na formação. Todas ficaram ouvindo em silêncio, então a pesquisadora pediu permissão para que juntas comentassem a canção, dessa forma, foi se construindo o consenso de que a música aborda a busca incessante de um sonho, lutando contra tudo e todos.

Com a finalidade de promover a avaliação do encontro foi solicitado a cada participante a citação de uma ou mais palavra que sintetizasse as discussões das temáticas abordadas. Dentre os termos mais citados pelo grupo participante, notou-se a recorrência das seguintes palavras: *aprendizado*, *empatia* e *respeito*, conforme pode ser comprovado nas transcrições das falas listadas no quadro a seguir:

Quadro 28 - Relatos do grupo sobre avaliação do encontro.

II CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 06/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE AVALIAÇÃO DO ENCONTRO	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Bromélia</i>	“Respeito”.
<i>Cravo</i>	“Aprendizado”.
<i>Crisântemo</i>	“Maravilhoso.”
<i>Gardênia</i>	“Aprendizado”.
<i>Girassol</i>	“Autoconhecimento. Aprender como lidar melhor, como agir e tratar não só os pacientes com deficiência, mas sim a pessoa responsável, aquela mãe que ali está fazendo esforço por um atendimento digno”.
<i>Jasmim</i>	“Mente renovada”.
<i>Lavanda</i>	“Empatia”.
<i>Lírio</i>	“Aprendendo o saber para colocar em prática com sabedoria, as experiências vividas como base e os paradigmas a serem quebrados. Esse encontro resume aprendizado e trocas de experiências. Excelente!!!”
<i>Orquídea</i>	“Respeito”.
<i>Rosa vermelha</i>	“Menos julgamento, mais empatia.”
<i>Violeta</i>	“Compreensão. Amei o encontro foi Maravilhoso”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Síntese

Quanto a síntese do encontro, as participantes sempre muito empolgadas e participativas, com diálogos significativos e extremamente ricos. E analisando a codificação das falas das participantes e fazendo a decodificação das palavras mais recorrentes, ou seja, as inquietações do grupo que precisam ser exploradas nos próximos círculos, observamos a necessidade de tratar questões como: a independência das pessoas com deficiência; práticas de cuidado realizadas pelas equipes multiprofissionais para pessoas com o TEA; a invisibilidade das demandas dos/as cuidadores/as de pessoas com deficiência no âmbito das unidades de saúde pública, bem como, as políticas públicas de saúde direcionadas à acessibilidade de pessoas com deficiência. Sendo assim, ficou resolvido, em conjunto, que o Tema Gerador para o III círculo focalizado seria: *Práticas de cuidado realizadas pelas equipes multiprofissionais de saúde para pessoas com o TEA.*

Análise

Diante das considerações do grupo sobre o conceito de cuidado, faz-se oportuno ressaltar que essa categoria vem sendo tema de várias reflexões em muitas publicações acadêmicas, principalmente, no que tange às discussões acerca da intersecção cuidado-deficiência, ou seja, em relação à autonomia e independência do indivíduo. Embora seja preciso reconhecer que trata-se de uma temática debatida, majoritariamente, por profissionais do sexo feminino. Sendo esta uma das razões pelas quais o debate acerca deste conceito deve ser ampliado, sobretudo, no âmbito da assistência pública à saúde, uma vez que “[...] não se trata de atribuir diferentes significados a uma mesma categoria, mas de mostrar como a realidade ontológica do cuidado é múltipla” (FIETZ; MELLO, 2018, p.115).

Nessa perspectiva, convém apontar outras constatações relevantes à discussão desta temática, pois de acordo com as pesquisadoras Helena Moura Fietz e Anahi Guedes de Mello (2018):

[...] o cuidado constitui-se de várias formas, assumindo muitas versões e, por conseguinte, pode incorrer em efeitos diversos tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado [...] Por fim, discorreremos sobre as implicações de se pensar a deficiência também a partir do cuidado e pontuamos como estes paradoxos decorrem não das práticas em si, mas de presunções de que pessoas com deficiência sempre necessitam de cuidado, sem muitas vezes atentar-se para suas necessidades e desejos, o que pode acabar por estigmatizar a pessoa que recebe o cuidado ao mesmo tempo em que sobrecarrega aquelas que o provêm (FIETZ; MELLO, 2018, p.117).

Ainda no bojo dessas constatações, as supracitadas autoras sinalizam a necessidade de se discutir o equívoco comumente ocorrido quando o termo cuidado é concebido como superproteção. Fato este decorrente da ideia errônea de que as práticas de cuidado pressupõem a noção de inferioridade daquele/as que a recebem. Dizendo noutras palavras, invisibiliza as capacidades, as habilidades e as competências de pessoas com deficiência, pois “[...] a linha que separa o ‘bom cuidado’ da acusação de ‘superproteção’ é tênue e comumente borrada” (FIETZ; MELLO, 2018, p.118). Então, cabe aos/às profissionais, atuantes no atendimento desse tipo de público, refletir sobre tais práticas, avaliando os impactos destas na qualidade de vida tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

Outra necessidade de ampliação dos debates acerca das práticas de cuidado, principalmente, no contexto das instituições de assistência à saúde pública, refere-se ao conceito de cuidado materno, uma vez que, neste contexto, é notória a desvalorização e a invisibilidade do papel feminino no trato dos/as filhos/as com deficiência, cujas adversidades cotidianamente enfrentadas em seus espaços de vivência, sejam estes públicos e/ou privados,

não são consideradas, tampouco as variadas formas de discriminação e preconceitos a que as mães destas crianças são submetidas. Uma prova contundente disso, segundo as referidas pesquisadoras, Fietz e Mello (2018, p. 123), está na acusação de negligência atribuída às mães caso aconteça algo aos seus filhos ou filhas, assim, quando “[...] Interpeladas pela busca por maior autonomia e independência, elas se veem mais uma vez acusadas de não estarem fazendo o melhor ou o suficiente para o(a) filho(a), de estar estragando-o(a)” (FIETZ; MELLO, 2018, p.123).

Falando em autonomia e independência das pessoas com deficiência, Fietz e Mello (2018) são enfáticas ao defenderem a necessária e urgente construção de redes de cuidado, especialmente, nos âmbitos de assistência à saúde e à educação pública. Conforme a linha de raciocínio defendida por ambas, faz-se indispensável desconstruir o discurso solidarista da compaixão e caridade ainda presente no Brasil, tendo em vista que este discurso apenas reforça e contribui para a “[...] segregação social por meio da institucionalização ou do confinamento em serviços reservados somente para este público, sem maiores preocupações com a participação política ou social” (FIETZ; MELLO, 2018, p.133). Todavia, para que uma rede de cuidados seja implementada, segundo as referidas pesquisadoras, é preciso reconhecer:

[...] o papel ativo que todas as partes das relações exercem nessas práticas. É necessário que não se presuma o tipo de cuidado mais adequado a partir de preceitos gerais, mas sim que ele seja uma co-construção cotidiana. O cuidado não pode ser compreendido como algo estabilizado (FIETZ; MELLO, 2018, p.134).

Nesse sentido, faz-se essencial avaliar e refletir acerca dos impactos que as práticas de cuidado vão produzir. Além disso, é indispensável considerar a polissemia que envolve a palavra cuidado, pois:

As performances que conformam o bom e o mau cuidado nos permitem ver as múltiplas possibilidades de associações entre pessoas e entre pessoas e instituições, e os múltiplos agenciamentos e modos de se relacionar com a família, a comunidade e o Estado (FIETZ; MELLO, 2018, p.137).

De acordo com esse pressuposto, fica evidente a urgente reformulação das políticas públicas no país, especialmente, no que diz respeito ao atendimento às pessoas com deficiência.

A seguir apresenta-se a codificação, a decodificação, a síntese e a análise do III círculo focalizado, cuja pauta de atividades encontra-se descrita no quadro abaixo:

Quadro 29 - III Círculo focalizado.

III CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 20/04/21
➤ Acolhimento das participantes: Formação Leitora – A menina do vestidinho azul – Ler coletivamente e fazer a reflexão da mesma, a partir da temática que iremos discutir neste círculo focalizado. “Práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelas equipes multiprofissionais de saúde”; ➤ Consignas; ➤ Escuta das participantes; ➤ Projeção de algumas questões para refletir e registrar; ➤ Escuta das participantes; ➤ Síntese do encontro e registro nos diários de campo; ➤ Agradecimento.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Codificação

O III círculo focalizado *online* ocorreu por vídeo conferência (*Google Meet*, <https://meet.google.com/abx-hhzi-gnn>), no dia 20/04/2021, numa terça-feira à noite, das 19:00 às 21:15hs (com duração de 2hs e 15 min). Estiveram presentes dez (10) das doze (12) participantes, sendo elas respectivamente: *Bromélia*; *Cravo*; *Crisântemo*; *Gardênia*; *Jasmim*; *Lavanda*; *Lírio*; *Rosa Vermelha*; *Verbena* e *Violeta*. As participantes de codinomes *Girassol* e *Orquídea*, enviaram mensagens via *WhatsApp*, justificando as suas ausências. No entanto, a participante de codinome *Orquídea* decidiu se desvincular da pesquisa, justificando que estava muito cansada para acompanhar às reuniões.

Para o acolhimento do grupo utilizou-se a fábula *A menina do vestidinho azul* (<http://rdplanalto.com/noticias/39008/a-fabula-do-vestidinho-azul>), por tratar-se de uma narrativa ficcional cujo propósito é favorecer a reflexão acerca da importância das ações humanas, sejam estas de maior ou menor impacto, no processo de transformação da vida de outras pessoas. Em seguida, a pesquisadora iniciou o diálogo sobre as seguintes consignas:

- ✚ O que a fábula do vestidinho azul, pode nos ensinar a respeito de nossas ações?

- ✚ Podemos perceber alguma relação desta fábula com a temática: “Práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista pelas equipes multiprofissionais de saúde”? Cite-as:
- ✚ Será que ações como a que vimos na fábula, também podem ser vistas em nossos espaços de trabalho em relação as pessoas com o TEA? De que forma?

No quadro a seguir encontram-se os registros de algumas colocações realizadas pelas participantes durante a discussão de cada consigna:

Quadro 30 - III Círculo focalizado: relatos do grupo.

III CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 20/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE AS CONSIGNAS	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Cravo</i>	“Por exemplo, se você vai atender um paciente especial, com autismo, você chega e ele chega no nosso trabalho e não tem adequação no ambiente, né [...]”.
<i>Gardênia</i>	“Pode até não resolver, mas ajuda bastante, tipo assim no atendimento com as crianças com TEA, às vezes a mãe chega [...] sem um acolhimento, toda preocupada de levar seu filho ali [...] com um tratamento melhor [...] já faz com que a mãe e a criança se sintam [...] bem naquele lugar [...]”.
<i>Jasmim</i>	“[...] e às vezes tem gente que quer ajudar, fazer um trabalho melhor, porém se não for uma equipe para ajudar, uma pessoa sozinha não consegue, entendeu? Eu acho que é assim, tem que ter um conjunto [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Na transcrição das falas elencadas acima, nota-se a ênfase dada pelo grupo, à necessidade de transformação da estrutura física das instituições básicas de saúde, conforme apontado pela participante *Cravo* “[...]você vai atender um paciente especial, com autismo [...] não tem adequação no ambiente [...]”. Além desse aspecto, nos relatos supracitados ficam evidentes a percepção quanto às mudanças que se fazem necessárias nas práticas profissionais no atendimento de pessoas com deficiência, principalmente, com autismo, pois segundo a participante *Gardênia* “[...] as crianças com TEA, às vezes a mãe chega [...] sem um acolhimento, toda preocupada de levar seu filho ali, [...] com um tratamento melhor [...] já faz com que a mãe e a criança se sintam [...] bem naquele lugar [...]”. Para tanto, de

acordo com a participante *Jasmim*, faz-se indispensável “*uma equipe para ajudar [...]tem que ter um conjunto [...]*”, reafirmando a importância da instauração de uma rede de saúde pública com equipes multiprofissionais especializadas em práticas de cuidado para as pessoas com o transtorno do espectro autista no município de Jacobina – BA, um dos propósitos da presente pesquisa.

Dando continuidade ao encontro, foram projetadas algumas questões para serem refletidas e registradas, as mesmas haviam sido previamente postadas no grupo de *WhatsApp* (48 horas de antecedência), conforme ficou acordado no 1º círculo *online*. Sendo estas respectivamente:

✚ Por que um time multiprofissional? E qual deve ser o objetivo desta equipe no tratamento do TEA?

✚ Quais os desafios encontrados por você ao desenvolver sua função no trabalho com crianças e ou adultos com o Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

✚ Descreva quais as estratégias de superação que têm sido empregadas nestes atendimentos por você e seus colegas?

✚ Você tem presenciado famílias desistindo do atendimento a um familiar com o TEA por quais tipos de dificuldades? Quais as mais frequentes?

✚ O que você presenciou ou tem presenciado em seu espaço de trabalho no tocante ao “desespero” da família com um filho com o TEA? Como você ou membros da sua equipe de trabalho agiu em relação a essa e outras situações?

✚ E em relação a você e aos colegas de trabalho, já passaram por dificuldades para atender as pessoas com o TEA?

✚ Você já participou de formações, cursos, palestras e outros movimentos relacionados à temática: Equipes Multiprofissionais de Saúde: práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA)? Caso sua resposta seja não, já teve vontade? Ou fez isso por conta própria?

✚ Se trabalharmos com as pessoas com o TEA na articulação em rede, a integralidade e a continuidade dos serviços de saúde, de que forma podemos compor um conjunto de referências capazes de acolher essas crianças, suas famílias, e ao mesmo tempo dá condições aos profissionais: Auxiliar de Serviços Gerais, Auxílios de Saúde Bucal (ASB), Dentistas, Enfermeiros/as, Farmacêuticos/as, Recepcionistas, Técnicos de Saúde, Vacinadores/as etc.?

As respostas e consequentes reflexões do grupo acerca dos citados questionamentos encontram-se elencadas nos quadros abaixo:

Quadro 31 - III Círculo focalizado: respostas das questões reflexivas.

III CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 20/04/21 QUESTÕES REFLEXIVAS – RESPOSTAS VIA <i>WhatsApp</i>	
PARTICIPANTES	TRANSCRIÇÃO DAS FALAS
<i>Bromélia</i>	1- “Porque tudo se resolve mais facilmente. [...] Ajudar o paciente em toda dificuldade encontrada se possível”. 2- “A comunicação, interação e comportamento, a falta de treinamento aos profissionais”. 3- “Conversar com o paciente, estudar sobre o autismo, fazer uma avaliação com a família”. 4- “Acolhimento dos profissionais, problemas financeiros, a falta de apoio dos próprios familiares, transporte”. 5- “A falta de conhecimento mais sobre o paciente com TEA, como tratá-lo melhor, como acolher, o que falar para tentar contornar a situação no momento do atendimento”. 6- “Sim, na minha 1ª vez ao atender paciente com TEA, fiquei sem saber como agir [...]”. 7- “Não. Nunca participei, foi uma boa oportunidade [...] ajudando a desenvolver melhor o trabalho com pacientes com TEA”. 8- “Através de estudos de casos sobre o paciente, juntos com todos profissionais [...]”.
<i>Gardênia</i>	“Um time multiprofissional refere-se a vários profissionais unidos em um mesmo objetivo, e hoje o nosso objetivo é aprendermos a lidar e cuidar de forma profissional e mais humana de pacientes com TEA. Pra mim o maior desafio é saber identificar, agir e não fazer julgamentos precipitados a pessoas com esses transtornos, uma vez que não é tão simples identificar o grau e a dificuldade de cada um deles, por esse motivo tenho me esforçado mais para compreender e conhecer melhor a cada dia, buscando em sites relacionados e agora participando dessa pesquisa que nos enriquece e nos aprimora de forma mais clara. Na Unidade em que trabalho já tivemos pacientes que apresentavam Transtornos de Espectro Autista, confesso que não tinha a menor ideia de como conduzi-los de forma correta, pois só depois dessa pesquisa que comecei a olhar com outros olhos e senti vontade de conhecer mais sobre o assunto, hoje reconheço que senti “pena” ou simplesmente lamentar para eles não é o correto, mas sim buscar ajudar sem julgar, orientar e acolher o paciente e seus pais com mais carinho e humanidade e profissionalismo”.

<i>Jasmim</i>	1- "Porque é uma equipe que fará o diferencial [...] E que o objetivo de todos seja a melhoria da qualidade de vida deles". 2- "O desafio maior para mim, é na hora do acolhimento não sei como proceder". 3- "[...] olhar para eles com um olhar de igualdade [...]". 4- "Autistas não. Mas com outros transtornos sim, e uma das dificuldades são as condições financeiras, falta de transporte, e apoio familiar". 5- "Muita ansiedade, falta de paciência, tristeza etc., fiquei sem reação, sem saber o que falar, outra vez fugi da sala". 6- "Sim. Vários, como acolher sentimentos de medo, de dó". 7- "Não. Mas depois de fazer parte dessa pesquisa de campo sim". 8- "Podemos compor através de profissionais comprometidos com o trabalho, com a mente aberta para o novo e juntamente com o apoio das políticas públicas".
<i>Lavanda</i>	1- "[...] uma equipe multiprofissional poderá ter mais capacidade de estabelecer opções para diversos tipos de abordagens e abordagens mais adequadas para cada caso". 2- "O meu maior desafio, sem dúvida, é a colaboração do paciente [...]". 3- "[...] os poucos casos que eu tive contato profissional, realizei o necessário, de forma calma, tentando ganhar confiança, e manter a calma do paciente, porém em outros episódios, não foram muito bem executados. Então dessa forma, eu fiz o encaminhamento para o CEO, para o serviço especializado". 4- "Eu acho que se dá por dificuldades financeiras mesmo, [...] em geral requer um transporte particular ou público [...] a dificuldade do profissional em atender o paciente [...] por causa da falta de colaboração involuntária do paciente". 5- "Não disponho dessa informação, por não ter vivenciado [...]". 6- "Eu sim. Em um caso específico". 7- "Não". 8- "Eu acho que políticas governamentais específicas, desde a qualificação da equipe, manter um grupo multidisciplinar [...]".
<i>Rosa Vermelha</i>	1- "[...] Ajudando o paciente em todas as áreas que ele tem dificuldades". 2- "Falta de treinamento [...] Falta de recursos". 3- "Aprendendo na prática como lidar com eles e com a família, proporcionado um atendimento de melhor qualidade. Fortalecendo o nosso psicológico, dando um apoio principalmente as mães, que na maioria das vezes, são quem cuida, e necessitam muito de serem cuidadas, ouvidas". 4- "Muitas vezes por falta de um apoio, principalmente psicológico, locomoção, para chegar até o atendimento, falta de apoio também da família. Financeiramente falando também". 5- "Falta de conhecimento das pessoas sobre o assunto, falta de empatia. Despreparo muitas vezes de nós profissionais, falta de acolhimento desde a chegada do paciente. Procuramos aprender mais, como agir, como ajudá-los, como preparar a equipe para receber e acolher o paciente e a sua família". 6- "Sim. Eu auxilio pacientes autistas, e tem certas situações que tenho muita dificuldade em saber como agir, e vejo essa dificuldade também em muitos colegas de trabalho". 7- "Não. Sim, depois que comecei a conhecer, e a atender esses pacientes, senti a necessidade, a vontade de entender melhor,

	até para conseguir fazer um atendimento melhor, e ter mais segurança, vir nessas reuniões [...] uma oportunidade excelente pra isso”. 8- “Transformação, fortalecimento, preparação”.
<i>Verbena</i>	1- “[...] cada profissional contribui de forma mais completa [...] a pessoa com TEA muitas vezes tem vários tipos de necessidades e o objetivo deve ser proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente”. 2- “Com adultos eu nunca lidei, agora com criança já tive experiência e é muito complicado, porque para você conseguir mantê-la quieta [...]”. 3- “[...] E para isso foi necessário eu descrever exatamente o que eu ia fazer, dei o espelho para ele ficar segurando, para ele ir acompanhando tudo, mostrando cada coisinha [...]”. 4 - “Sim, por falta de paciência, porque é muito estressante tentar acalmar e manter parado um paciente com TEA. As dificuldades são muitas, principalmente porque nos procedimentos se exige manter um paciente parado”. 5 - “Muitos agem de forma violenta, brigando, gritando e até batendo, a gente tenta acalmar o paciente e o cuidador [...] Esse é o caso da gente precisar de uma especialidade própria para trabalhar com essas crianças, porque no posto de saúde é inviável. [...]”. 6 - “[...] Sim, sim, com certeza”. 7 - “[...] eu fiz meu curso técnico há 10 anos atrás, eu lembro que teve uma breve explanação sobre o assunto, mas foi muito superficial [...]”. 8 - “[...] O conjunto de práticas e referências para acolher crianças, famílias e profissionais comprometidos com TEA, só podem ser feitos através de políticas públicas governamentais [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

Decodificação

Analisando algumas falas do grupo, em relação às questões reflexivas, fica evidente a ausência de ofertas de cursos de formação continuada para os/as profissionais de saúde atuantes nas ESF e/ou do CEO, como pode ser comprovado nos trechos dos relatos da participante *Bromélia* ao afirmar que falta “[...] treinamento aos profissionais [...]”; de *Gardênia* ao informar que “[...] não tinha a menor ideia de como conduzi-los de forma correta [...]” e de *Jasmim*, ao salientar que “[...] na hora do acolhimento não sei como proceder [...]”. Além disso, segundo os relatos, quando há oferta de algum curso, relacionado à área técnica, a temática da deficiência é abordada superficialmente, pois como afirma a participante *Verbena* “[...] eu fiz meu curso técnico há 10 anos atrás, eu lembro que teve uma breve explanação sobre o assunto, mas foi muito superficial [...]”. Constatando, desta forma, a necessidade de uma melhor organização de políticas públicas direcionadas à formação inicial e em serviço deste público.

De acordo com as colocações das participantes de codinomes: *Jasmim*, *Lavanda* e *Rosa Vermelha* são múltiplas e diversas as dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência, assim, uma grande parcela destas pessoas desiste da busca por atendimento nos espaços públicos de saúde. Dentre estas dificuldades destacam-se: problemas de ordem financeira, acesso aos meios de transportes e a ausência de apoio familiar. Além desses fatores, tem-se ainda, segundo as palavras de *Bromélia*, a questão do “[...] *acolhimento dos profissionais [...]*” no trato de pessoas autistas, cujas necessidades requerem paciência e muita habilidade destes/as profissionais de saúde ao realizarem os procedimentos clínicos, como pode ser observado nas palavras da participante *Verbena*, ao pontuar que “[...] *é muito estressante tentar acalmar e manter parado um paciente com TEA. As dificuldades são muitas, principalmente porque nos procedimentos se exige manter um paciente parado[...]*”.

Diante das considerações tecidas, até este momento, convém reiterar que as questões propostas para o diálogo no presente círculo focalizado foram respondidas individualmente pelas participantes no grupo de *WhatsApp* e retomadas no encontro *online*, oportunizando a escuta daquelas que não enviaram e as que enviaram suas respostas. Sendo assim, apresenta-se no quadro a seguir alguns fragmentos das falas realizadas coletivamente.

Quadro 32 - Relatos sobre práticas de cuidado para as pessoas com o TEA.

III CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 20/04/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE AS REFLEXÕES: PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS PESSOAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) PELAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE
<i>Cravo:</i> 1 e 2 – [...] também tinha um projeto de uma equipe de profissionais [...] mas infelizmente está fechado [...] infelizmente você leva um filho seu em uma praça e muita gente não aceita, porque eles são agitados, infelizmente a população ainda tem preconceito [...] ainda existe também essa dificuldade [...]”. 3 - “[...] o que está faltando nas unidades de saúde são essas estratégias [...] mas eu nunca vi nos PSF uma palestra, uma atividade para essas mães [...] não tem iniciativa e nem incentivos [...] e porque não fazer uma palestra para as mães dos autistas? [...] não tem nada, entendeu? ”7 - “Não”.8 - “Não tem rede. [...] nessa questão de descobrir o diagnóstico tarde, da falta de equipes multiprofissionais, e as vezes tem mãe que não tem condições de perceber e nem tem um esclarecimento de notar uma coisa estranha, porque já aconteceu isso comigo, eu tinha uma colega [...] ela como mãe nunca tinha percebido uma diferença. Foi quando eu cheguei [...] foi quando ela procurou um profissional [...] concluiu que era autismo com outras coisas, entende? [...] ela disse que já havia levado há alguns pediatras e ninguém nunca observou”.
<i>Crisântemo:</i> 1 e 2 - “[...] minha filha não é o diagnóstico do TEA, é outro diagnostico, [...] Mas, não foi fácil e no início foi um pouco difícil o diagnóstico, mas nós conseguimos [...] quando ela começou a andar ela já tinha 2 anos e 2 meses, então foi um processo, algo novo na família [...] eu nunca tive atendimento psicológico, na minha época era tudo muito difícil [...] então ela sofreu tudo isso e hoje, graças a Deus, já foi tratada por uma psicóloga por conta de <i>bullying</i> [...] mas a questão do diagnóstico tardio é preocupante é muito triste isso, não era nem mais pra ter essa dificuldade, mas nós temos e vivenciamos isso no dia a dia [...] quando vai para uma [...] que ouve a mãe, ouve o paciente, ouve a história [...] tudo fica mais fácil, mas infelizmente vai para outro profissional que não acolhe da mesma forma, então tudo fica mais difícil, infelizmente. Mas nós estamos hoje aqui para mudar a história [...]”.4 - “Há dificuldades com agendamento com carros da prefeitura, se houvesse a unidade móvel seria uma maravilha, atenderia a vários num dia só, diminuiriam os transtornos”.7- “Não. Trabalhando no CEO [...]foi necessário aprender um pouco, devido o dia a dia lá, tive que ir buscar alguns diálogos [...]sobre esses pacientes e conhecimento, tentando interagir com pessoal da Associação de Pessoas com Deficiência, onde há muitas informações, falas, discursos interessantes”.
<i>Gardênia:</i> 7- “Não. Tem sido muito especial essas reuniões”.
<i>Lavanda:</i> Questões 1 e 2 - “O paciente de TEA tem várias características que o acometem, então a visão de vários profissionais, cada um em seu setor, vai abrir um leque de informações que no fim, vão se afunilar em propostas de um melhor atendimento para esse paciente. Porque o portador do TEA, ele tem vários problemas que envolvem vários profissionais e eu acho que cada um a luz da sua profissão, pode trazer conhecimentos que no fim trará benefícios, com um protocolo melhor para atender àquele paciente. 3- “Eu vejo busca ativa para tantas coisas [...] não seria o caso de fazer busca ativa ou cadastro desse tipo de paciente? [...] são muitos problemas que se podem melhorar, para essas famílias terem um pouco mais de qualidade de vida [...]. Temos que pensar no social”. 4- “Desistências quanto a acessibilidade [...] está faltando organização na questão de políticas públicas. [...] ”. 7- “Assim, sendo sincera, tem o Telessaúde, esse ensino continuado, essas palestras têm a plataforma para tirar dúvidas, mas não especificamente para paciente com TEA [...]”.
<i>Rosa Vermelha:</i> 7- “Não”.
<i>Violeta:</i> 7 - “Não”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Abril/ 2021.

As falas do grupo, elencadas acima, ressaltam a importância de um atendimento realizado via equipes multiprofissionais, como foi citado nos relatos de Cravo quando sinaliza que “[...]também tinha um projeto de uma equipe de profissionais [...] mas infelizmente está fechado [...]”, Crisântemo ao ressaltar que “*eu nunca tive atendimento psicológico, na minha época era tudo muito difícil*”, e Lavanda, salientando que “*O paciente de TEA tem várias características que o acometem, então a visão de vários profissionais [...] vai abrir um leque de informações que no fim, vão se afunilar em propostas de um melhor atendimento para esse paciente*”. Coadunando um dos objetivos desta pesquisa: a possível formação de uma rede de profissionais de saúde, ou seja, um trabalho conjunto entre equipes multiprofissionais visando um atendimento alinhado às práticas de cuidado para as pessoas com o TEA.

No que tange às práticas profissionais realizadas nos espaços de saúde das ESF e do CEO, os relatos das participantes apontaram, dentre outros fatores, a ausência de estratégias específicas para o atendimento do referido público, como pode ser visto nas colocações da participante Cravo “[...] o que está faltando nas unidades de saúde são essas estratégias[...]”. Ratificando esta situação, a participante Lavanda sinaliza que a implantação de novas estratégias de atendimento nestes ambientes, resultaria na resolução de muitas demandas, ou conforme suas palavras “[...]são muitos problemas que se podem melhorar, para essas famílias terem um pouco mais de qualidade de vida [...]”.

Síntese

Quanto à síntese do encontro, em relação as participantes, todas continuam com a mesma alegria e vontade de dialogar, logo foi um encontro muito proveitoso, no qual a escuta sensível foi realizada com bastante cautela e carinho. Analisando a codificação das falas das participantes e fazendo a decodificação das palavras mais recorrentes, ou seja, as inquietações do grupo que precisam ser exploradas nos próximos círculos, verificamos a necessidade de abordar a temática das políticas públicas de saúde direcionadas às equipes multiprofissionais no atendimento ao público com o TEA. Sendo assim, tem-se como Tema Gerador para o IV círculo focalizado: *Políticas públicas de saúde nos espaços de atendimentos das ESF e no CEO*.

Análise

É importante ressaltar que durante o diálogo, por várias vezes, foram citadas questões em relação a ausência de ações pautadas no cuidado, especialmente, por parte dos órgãos gestores. Além disso, algumas falas reafirmaram que *quem cuida também quer ser cuidado*,

todavia, o grupo solicitou que nenhuma destas falas fossem transcritas no texto da pesquisa. Portanto, atendendo à solicitação das participantes e em consonância à ética exigida neste estudo acadêmico, alguns relatos não serão expostos. Embora, sejam depoimentos relevantes ao entendimento de questões concernentes à estrutura física das ESF e CEO, às condições de trabalho, EPI, salários e direitos trabalhistas, por exemplo. Sendo importantes, sobretudo, para ratificar a necessidade da implantação de uma rede municipal de atendimento à saúde de pessoas com o TEA e outras deficiências, tendo em vista que um trabalho em rede requer a formação de equipes multiprofissionais cujas ações conjuntas possam facilitar a elaboração de diagnósticos cada vez mais precoces e precisos, assim como, a efetivação de práticas mais humanizadas atreladas ao acompanhamento integral desse público.

Diante do exposto, faz-se indispensável tecer algumas considerações acerca do atual sistema público de saúde no Brasil, o qual continua precário e ineficiente. Sendo prova disso, a crise sanitária provocada pela COVID-19 ainda em curso no país, cuja ingerência nas diferentes esferas governamentais tem resultado no adoecimento e consequente morte de milhares de pessoas. Neste cenário, fica ainda mais evidente a ausência de redes assistenciais direcionadas ao atendimento de pessoas autistas ou quaisquer outras deficiências, posto que os serviços públicos de saúde permanecem pautados num modelo hegemônico, ou seja, curativista no qual as práticas médicas continuam centradas apenas na cura das doenças.

Nesta perspectiva, faz-se urgente a reformulação desse modelo curativista por um paradigma orientado pelo desenvolvimento de estratégias que priorizem o diálogo, as práticas e atitudes profissionais centradas na saúde integral dessas pessoas. Embora seja preciso reconhecer que elaborar e implantar novos padrões de atendimento nas instituições públicas de saúde pressupõe a resolução dos mais diferentes desafios, sendo o maior deles, de acordo com Matumoto (2004, p. 22), “[...]o de desconstruir as matrizes sobre as quais nós, trabalhadores de saúde, fomos formados”. Colocando noutros termos, as políticas públicas direcionadas à assistência à saúde precisam ser reestruturadas, tanto no que diz respeito à adequação física de suas instituições, quanto na formação acadêmica e profissional dos/as servidores/as que nelas atuam.

A urgência na transformação dos atuais paradigmas, ou melhor, a substituição destes modelos por padrões de assistência mais humanizados, baseados no atendimento integral desse público, é ratificada pela pesquisadora Maria de Lourdes Feriotti (2009), especialmente, ao sinalizar que:

O momento histórico atual, marcado como período de transição paradigmática, enfrenta o desafio da crescente complexidade das demandas humanas, sociais e naturais que, por sua vez, exigem profundas transformações das formas tradicionais de investigação, análise e intervenção na realidade, nas diversas áreas do conhecimento. Desde as descobertas científicas do início do século XX, os novos paradigmas clamam pela superação da fragmentação do pensamento e das ações, em busca de uma visão integralizadora do homem e seu ambiente, nos diferentes campos da cultura, da ciência, da filosofia, da arte (FERIOTTI, 2009, p.182).

No excerto transcrito acima evidencia-se a necessidade de superação do pensamento fragmentado em favor de uma concepção integralizadora do ser humano considerando os seus distintos espaços de vivência. Todavia, este processo de mudança paradigmática, na maioria das vezes, defronta-se com a resistência dos atores e atrizes imersos/as neste sistema, visto que, cada pessoa traz consigo formas individuais de pensar e agir. Neste sentido, para que as transformações ocorram é preciso, antes, perpassarem por longos debates e conflitos, fatores estes responsáveis pela morosidade nos processo de mudanças, principalmente, nos setores públicos de assistência, nos quais a busca por alterações nos paradigmas vem ocorrendo, segundo Peduzzi (1998), desde a reforma sanitária, nesta “o trabalho em equipe e a integralidade das ações da saúde têm sido [...] incorporadas pelas políticas de saúde, entendendo-se que essas formas de trabalho representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor” (PEDUZZI, 1998, p. 02).

Pelo exposto, percebe-se que as reivindicações por uma assistência à saúde pautada no trabalho em equipe não são recentes. No entanto, ainda não foram satisfatoriamente atendidas, considerando a escassez, ou total ausência, de equipes multiprofissionais nas redes públicas, assim como, um atendimento mais humanizado, isto é, atrelado às práticas de cuidado, afim de assegurar melhor qualidade de vida a esse público através da oferta de serviços mais eficientes. Cabe ressaltar que “[...] a produção de cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como fatores de socialidade” (MARTINES; MACHADO, 2010, p. 329).

Seguindo nesta linha de raciocínio, Merhy (1999) chama a atenção quanto ao seguinte aspecto:

Todos: trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que [...] o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas e como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde; conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores e conformam os modelos de atenção à saúde (MERHY, 1999, p. 01).

Nesta perspectiva, um atendimento humanizado é voltado para a melhoria da qualidade da assistência prestada, posto que “[...] comporta a necessidade de se colocarem em diálogo reflexões conceituais, vivências, saberes populares e a cidadania, ampliando o campo de debate das políticas públicas” (SOUZA; MOREIRA, 2008, p.332). Dizendo noutras palavras, os serviços públicos de saúde se tornarão mais eficientes na oferta de atendimento pautado nas práticas de cuidado à medida que equipes multiprofissionais forem organizadas e disponham de infraestrutura em suas condições de trabalho.

No quadro a seguir consta a pauta das atividades desenvolvidas no IV círculo focalizado.

Quadro 33 - IV Círculo focalizado.

IV CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 04/05/21
➤ Acolhimento das participantes: Formação Leitora – “Os Deficientes e Seus Pais”; – Ler coletivamente o recorte do livro e fazer a reflexão; ➤ Tema Gerador: Políticas públicas de saúde; ➤ Escuta das participantes; ➤ Vídeo: Capacitismo; ➤ Síntese do encontro e registro nos diários de campo; ➤ Agradecimento.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Maio/ 2021.

Codificação

O IV círculo focalizado ocorreu por vídeo conferência (*Google Meet*, <https://meet.google.com/cbv-asxp-oku>), no dia 04/05/2021, numa terça-feira à noite, das 19:00 às 21:25 hs (com duração de 2hs e 25 min). Estiveram presentes dez (10) das doze (12) participantes, sendo elas respectivamente: *Bromélia*; *Cravo*; *Crisântemo*; *Gardênia*; *Girassol*; *Jasmim*; *Lírio*; *Rosa Vermelha*; *Verbena* e *Violeta*. A participante de codinome *Lavanda*, enviou mensagem via *WhatsApp*, justificando a sua ausência.

Para o acolhimento do grupo utilizou-se um fragmento do livro *Os Deficientes e Seus Pais*, Buscaglia (2006)⁹, por se tratar de uma obra cujo tema versa sobre o amor e o ser humano, tendo em vista que as práticas de cuidado se constroem a partir da compreensão destes termos. Ademais, cuidar do outro requer, antes, o autorreconhecimento das próprias atitudes para colocar em ação a empatia pela condição física e/ou psicológica da pessoa com deficiência.

Partindo desse pressuposto, foi apresentado às participantes o excerto do referido livro, neste aborda-se a problemática entorno dos estereótipos estéticos produzidos e reproduzidos pela sociedade, com o propósito de favorecer o diálogo acerca da necessidade de proporcionar às pessoas com deficiência a vivência de suas experiências pessoais, sendo apoiadas por seu/a cuidador/a quando possível, além disso, debateu-se também a importância dessas pessoas se autofirmarem como integrantes do meio social em que vivem. Colocando de outra forma, a sociedade precisa se adaptar às condições desse público e não o inverso.

Para mobilizar o diálogo, fez-se o seguinte questionamento: *Nós somos iguais?* O grupo respondeu de forma unânime que não somos iguais. Então, novas questões foram sendo proferidas pela pesquisadora, como por exemplo: *Se nós não somos iguais por que nós nos assustamos com as diferenças? Em relação às pessoas que têm deficiências que não são esteticamente visíveis, nós também nos assustamos?* A participante Lírío, respondeu:

Digamos assim, é o diferente do diferente, porque nós somos diferentes no pensar, na comparação física, mas essa diferença que a gente está colocando que é assustadora e assombrosa, é uma diferença totalmente voltada [...] para uma má formação, que às vezes não estamos preparadas para receber e por isso que chamamos de assombrosa (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

A consideração da participante, expressa nesta citação, ratifica o pensamento recorrente de que há um padrão estético socialmente aceito para os seres humanos ditos normais, pois ao se referir à diferença física de uma pessoa com deficiência como *assombrosa, assustadora e/ou má formação*, reproduz o discurso preconceituoso da sociedade frente às diferenças estéticas das pessoas com deficiência.

Em relação ao questionamento sobre o comportamento profissional diante de indivíduos cujas deficiências não são esteticamente visíveis, a participante Lírío respondeu que: *“Nós nos assustamos sim, pois não é visível aos olhos, mas na audição da gente sim, infelizmente sempre*

⁹ Disponível em: http://feapaesp.org.br/material_download/325_Os%20deficientes%20e%20seus%20pais%20-%20Leo%20Buscaglia.pdf. Acesso em: abril de 2021.

tem um sentido para nos chamar a atenção, quando não é visível aos olhos, mas é visível aos gestos e sempre acaba chamando a atenção”. Resposta que ratifica, mais uma vez, a falta de integração social imposta às pessoas com deficiência, ou seja, ainda são vistos/as como pessoas anormais, estranhas ao ambiente público.

Prosseguindo com o debate, a pesquisadora instigou o grupo a refletir sobre a seguinte questão: *São os aspectos comportamentais da pessoa com deficiência que despertam a atenção do/a profissional da saúde?* A participante Lírío respondeu que sim. Então, questionou-se às participantes: *O que determina os nossos comportamentos?* As participantes Lírío e Gardênia responderam, que quem determina os nossos comportamentos são a sociedade e a cultura. Diante dessa afirmativa, o grupo foi questionado quanto ao seguinte fato: *Depois que se conhece uma pessoa, ela continua sendo estranha?* De modo geral, as participantes responderam que não, além disso, Lírío completou afirmando “*que os paradigmas eram quebrados*”.

Retomando um trecho do texto de Buscaglia (2006), no qual cita que ao longo do tempo as pessoas criaram caudas, no entanto, os estilistas criaram roupas com caudas para o restante da população se adaptar a esta situação, a pesquisadora problematizou este exemplo ficcional trazendo para o diálogo o respectivo questionamento: *Nós nos adaptamos às pessoas com deficiência? Ou são elas que precisam se adaptar a nós?* A participante Lírío respondeu sinalizando um comportamento comum nos diferentes espaços sociais: “*Nós que temos que nos adaptar a eles, mas, muitas vezes, a sociedade quer que eles se adequem a nós.*”

Dando continuidade ao diálogo, fez-se uma breve reflexão sobre a necessidade que todos têm em ser aceitos nos locais que frequentam (no trabalho, nas relações interpessoais, nas amizades, nos diferentes círculos sociais etc.). Em seguida, o grupo foi mobilizado a discutir se esta mesma necessidade é levada em consideração quando se trata de pessoas com deficiência, ou seja, *será que esse outro também é acolhido? Tem a oportunidade de se relacionar socialmente e mesmo com as limitações da deficiência suas competências e possibilidades são respeitadas?* Dentre as respostas dadas, chamou a atenção a da participante Lírío, pois, de acordo com ela:

Eu vejo, que às vezes a própria família impede, não porque ela queira impedir, mas de uma maneira de proteger, mas protege de tal forma que impede que essas pessoas mostrem seus talentos e que são capazes de aprender e de desenvolver alguma função (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Diante desta declaração, a pesquisadora destacou a relevância do papel do/a cuidador/a, que de modo geral é a mãe, no desenvolvimento de crianças com deficiência, cuja falta de uma rede de atenção básica de assistência acaba contribuindo para a postura de superproteção em relação ao/a filho/a. Postura esta que, involuntariamente, compromete e/ou restringe as habilidades cognitivas e físicas destas crianças.

Após as reflexões proporcionadas pelo debate do texto de Buscaglia (2006), propôs-se o diálogo a partir do tema gerador *Políticas Públicas de Saúde*, cujas considerações tecidas pelo grupo participante encontram-se elencadas no quadro a seguir.

Quadro 34 - Relatos do grupo sobre políticas públicas de saúde.

IV CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 04/05/21 TEMA GERADOR: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
<u>Cravo: Primeira fala:</u> “[...] Isso é inadmissível [...] imagina uma pessoa que tem que ter o acesso e não pode, porque não tem acessibilidade [...]”. <u>Segunda fala:</u> Essa questão de adequar o espaço é muito importante [...] Mas é isso, essa adequação da sala de espera, se tivesse um lugar para ele brincar, se tivesse um lugar para ele se entreter, a capacitação dos profissionais para chegar e perceber e saber que ali é paciente especial [...] porque a gente tem que ter esse cuidado, pois falta adequação dos espaços [...] então tem que ficar em uma recepção apertada, cheia de zoadas, eles não vão ficar acomodados”. <u>Terceira fala:</u> “[...] a falta de empatia, até mesmo entre os próprios colegas de trabalho acontece isso [...]”. <u>Quarta fala:</u> “[...] quando você vive, você tem um olhar diferente, eu mesmo tenho meu tio que perdeu a visão já na fase adulta, na família de meu pai a maioria tem problemas de audição, tenho sobrinhos que já usam aparelho, eu tenho uma perda leve na audição, então assim, quando você já tem, quando você tá próximo dessas pessoas, você já sente na pele [...] quando você já tem, você já vive e o seu olhar já passa a ser diferente [...] não sei o que passa na cabeça de algumas pessoas [...] é uma falta de amor, falta de respeito e isso dói, falta de humanidade [...] é muita coisa que a gente está vivendo e não era pra mais existir [...] essa pesquisa está sendo maravilhosa, é um aprendizado que eu vou levar para minha vida, esse aprendizado, pois eu tive o prazer de trabalhar no CEO com pacientes especiais [...] e essa pesquisa todos vamos sair maravilhados[...].”
<u>Crisântemo: Primeira fala:</u> “A deficiência não torna a pessoa incapaz e nem inferior a ninguém, ao contrário a gente sabe que as pessoas com deficiência elas estudam elas trabalham, na sua grande maioria tem talentos maravilhosos [...]”. <u>Segunda fala:</u> “[...] Aqui na cidade são vários locais assim, secretaria de saúde, fórum, também o centro cultural da cidade, você veja ali aquela clínica de hemodiálise que você vê que a rampa não é feita de maneira adequada e também para as pessoas que têm deficiência visual há uma grande dificuldade porque onde anda [...] E agora falando sobre [...] garanti um diagnóstico precoce [...] o paciente pega um profissional despreparado, despreparado totalmente e aí onde se encaixa [...] a necessidade de um atendimento multiprofissional, teria que já ter os medicamentos necessários já deveriam estar ali tudo ok, as informações, o cuidado para com a família, porque essas informações ali iam auxiliar no diagnóstico, no tratamento e também todo projeto terapêutico ali para pessoas que precisam dessa construção, teria que já ir envolvendo a família e a própria pessoa com deficiência. Realmente seria um trabalho excelente se tudo isso acontecesse! Teria que ter sim treinamentos para os profissionais, trazendo cada dia mais conhecimentos e vivenciar isso no dia a dia, porque é frustrante é terrível quando você vê uma mãe com seu filho cadeirante carregando do setor do CEO odontológico pra saída de Capim Grosso, como eu já vi, empurrando uma cadeira de rodas

[...] já precisou a profissional [...] parar o atendimento para ir levar [...] Então nós já vivemos situações difíceis naquele CEO, e realmente o que eu almejo é que dias melhores venham.”

Terceira fala: “Eu vejo aí a mãe chegar no serviço totalmente desestruturada, ou o pai ou a família. E também vejo pais que não aceitam os seus filhos quando descobrem que têm deficiência [...] tem pessoas que chegam lá perdidas [...] A mãe, às vezes, sabe e identifica que a criança tem problemas, mas nunca foi no neuro e nem procurou outro especialista por falta de conhecimento, falta de condições financeiras e às vezes, também vai para o profissional e o profissional não orienta o que vai ser necessário para aquela criança, pois o diagnóstico precoce é de suma importância [...]”.

Terceira fala: “[...] por falta de conhecimento, falta de condições financeiras e às vezes, também vai para o profissional e o profissional não orienta o que vai ser necessário para aquela criança, pois o diagnóstico precoce é de suma importância, então precisa acolher essa família [...] precisa de um bom psicólogo ou de um psicanalista para entender, para ouvir, para saber como discernir para onde ir o que procurar, então a gente vê tanta dificuldade [...] então nós precisamos melhorar nisso, primeiro no acolhimento desde a unidade básica até a unidade específica que tem as especialidades necessárias para o paciente [...]”.

Gardênia: “[...] pois como eu falei antes tenho uma irmã [...] que nasceu cega, aí recentemente tivemos a notícia do meu sobrinho que nasceu com lábio leporino [...] se a gente é diferente, se não é todo mundo igual e porque é que a gente ainda se espanta? [...] que é diferente de como eu penso hoje depois da pesquisa, depois de ouvir os relatos [...] em relação a essa criança eu fico pensando no que aconteceu no PSF [...] que às vezes essa criança chegou lá, o que a gente poderia ter feito, o que eu poderia fazer [...] e pode ter sido falha da gente não ter encaminhado ele para o lugar certo, essas coisas que a gente fica só pensando, por falta de informação [...]”.

Jasmim: “[...] falta de capacitação dos profissionais, porque muitas vezes tem profissionais desqualificados [...] mas assim devia ter um curso profissionalizante para as pessoas para trabalhar com esse tipo de pessoas [...] E lá no CEO, também eu acho que um bom dia, um sorriso já ajuda, um copo de água quando o paciente chega [...] mas precisa de reunião, capacitação. [...]”.

Lírio: Primeira fala: “Para mim, o plano do SUS é a maior e o melhor plano de saúde que existe, não tem outro melhor, apesar de suas deficiências. Segundo, precisa de uma rede, porque não existe uma rede voltada para esse grupo de pessoas. Não existe! E se tivesse uma rede criada em volta deles, eles usufruiriam melhor e teriam um melhor aproveitamento nos seus tratamentos, engajamentos, tanto para o paciente quanto para a família, e a gente não veria famílias desistindo de algo tão essencial, por conta de uma decepção ou por qualquer outra coisa. Também eu mudaria a questão da prática de treinamentos envolvendo os profissionais, porque se tivesse um treinamento específico, voltado aos profissionais também mudaria muito, muito, muito a visão das pessoas e o modo de tratar e de ver essas pessoas”

Segunda fala: “Essas famílias perecem por falta de conhecimentos, porque quem tem um nível de conhecimento e de esclarecimento vai em busca da lei, então vai atrás de uma promotoria, entra na briga, luta e consegue, mas o menos favorecido que menos conhece é quem paga o maior preço, porque acaba que não conhece, não luta, porque não era pra ser assim, era pra ser o contrário porque a lei já dá o direito, mas não acontece, então quem tem o conhecimento vai e busca tudo através da lei [...]”.

Terceira fala: “[...] eu acrescentaria, além do que *Crisântemo* citou, uma assistente social. A assistente social o papel dela seria ir atrás dessa família, avaliar a estrutura da família, como é que essa família vive, se essa família necessita de apoio financeiro ou psicológico, também de uma enfermeira e de outros profissionais que necessitasse, e daí faria uma rede, pois cada profissional delegaria aquele paciente para ele tá indo no local certo [...] então a rede seria de suma importância”.

Quarta fala: “[...] a gente tem que falar do que a gente vive e daquilo que a gente pratica, se eu não pratico e não vivo [...] Pois quem sou eu pra ir falar daquilo ou pontuar se eu não busco fazer na prática?”.

Rosa Vermelha: Primeira fala: “uma mãe me procurou no CEO para marcar [...] a filha dela é autista [...] e aí ela me contando que desistiu do tratamento da filha dela com a fonoaudióloga, porque [...] fonoaudióloga falou [...] que o problema da filha dela era falta de educação [...]”.

Segunda fala: “Uma questão muito importante é a questão da acessibilidade, porque lá no CEO

mesmo, teve um dia que a paciente precisou ser atendida na sala 3[...] e a cadeira da paciente não passava, esse problema é no RX e na sala 3, então é assim, esse problema não é só lá no CEO [...].”
Terceira fala: “a questão do bom dia que é muito importante, eu acho que primeiro, antes do treinamento, a gente tem que ser humano, e muita gente, mesmo com treinamento, ainda assim nada, porque não é só o treinamento em si, é a gente se colocar no lugar do outro, empatia [...] uma atenção na sala de espera [...] é um copo com água, perguntar se quer ir ao banheiro [...] tem muitos profissionais que não precisam só de capacitação não, mas é de se colocar mesmo no lugar do outro [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Maio/ 2021.

Decodificação

Considerando as falas das participantes, transcritas no quadro acima, pode-se afirmar que em relação às **Políticas Públicas de Saúde**, tema gerador do presente círculo focalizado, o grupo sinalizou a falta de investimentos na construção e/ou na adequação dos espaços de saúde, a exemplo do CEO, cuja precariedade arquitetônica dificulta a acessibilidade do público assistido, especialmente, aqueles/as com deficiência física.

De acordo com a participante *Crisântemo*, pessoas com deficiência ainda lidam com falta de acessibilidade em muitos locais públicos na cidade, segundo ela:

[...]são vários locais assim, secretaria de saúde, fórum, também o centro cultural da cidade, você veja ali aquela clínica de hemodiálise que você vê que a rampa não é feita de maneira adequada e também para as pessoas que tem deficiência visual há uma grande dificuldade (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Corroborando as considerações de *Crisântemo*, *Rosa Vermelha* relata um episódio ocorrido com uma pessoa atendida no CEO “[...] teve um dia que a paciente precisou ser atendida na sala três [...] a cadeira da paciente não passava”. Essa situação quanto às barreiras arquitetônicas que são evidentes no município, reafirma a necessidade dos poderes governamentais reestruturarem os espaços públicos de assistência para assegurar atendimento de qualidade não só a pessoas com deficiência, como a toda população em geral.

Dando continuidade ao diálogo, foi explanado, também, sobre a situação arquitetônica das salas de espera das referidas unidades, as quais foram consideradas pelo grupo como desconfortáveis, apertadas e desprovidas de mobiliários adequados ao atendimento ao público. Fato este que na opinião das participantes não só compromete o acolhimento como também a qualidade do atendimento, pois a prática de cuidado requer todo um aparato profissional, assim como, uma estrutura física adequada. A necessidade de adequar as salas de espera, por exemplo, é apontada pela participante *Cravo*, em relação ao

atendimento de crianças, conforme seu relato “[...]essa adequação da sala de espera, se tivesse um lugar para ele brincar, se tivesse um lugar para ele se entreter [...] então tem que ficar em uma recepção apertada, cheia de zoadas, eles não vão ficar acomodados”. (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Em relação às equipes profissionais, foram relatadas pelas participantes *Cravo*, *Crisântemo*, *Jasmim*, *Lírio* e *Rosa vermelha*, apontando dentre outros fatores: a necessidade de empatia; a falta de orientação adequada ao público atendido e/ou cuidadores/as e a ausência de cursos de formação em serviço. Fatores estes que, na opinião delas, dificultam a fluidez no atendimento das demandas cotidianas nas ESF e no CEO.

No que se refere à necessidade de cursos de formação em serviço, a participante *Cravo* reitera a ausência de “*capacitação dos profissionais para chegar e perceber e saber que ali é paciente especial*”. Além disso, segundo *Crisântemo* “*teria que ter sim treinamentos para os profissionais, trazendo cada dia mais conhecimentos e vivenciar isso no dia a dia*”, já *Gardênia* pontua que a falta dessa formação contribui para o surgimento de falhas no encaminhamento adequado de algum usuário/a, ou seja, “*pode ter sido falha da gente não ter encaminhado ele para o lugar certo, essas coisas que a gente fica só pensando, por falta de informação*”. *Jasmim*, por sua vez, afirma que “*muitas vezes tem profissionais desqualificados*”, ao passo que *Lírio* acrescenta “[...]se tivesse um treinamento específico, voltado aos profissionais também mudaria muito, muito, muito a visão das pessoas e o modo de tratar e de ver essas pessoas”. Todavia, *Rosa vermelha* complementa as falas das demais participantes sinalizando que a capacitação profissional por si só não resolve, pois, de acordo com sua compreensão “*primeiro, antes do treinamento, a gente tem que ser humano, e muita gente, mesmo com treinamento, ainda assim nada, porque não é só o treinamento em si, é a gente se colocar no lugar do outro*”

Pelo exposto, fica evidente que cursos de formação para os/as profissionais em serviço nas ESF e no CEO se fazem indispensáveis tendo em vista a necessidade de aprofundamento tanto teórico quanto prático dessas equipes no trato com as questões próprias de pessoas com deficiência. Sendo este, inclusive, um dos pressupostos das Políticas Públicas de Saúde, ou seja, manter os/as servidores/as atualizados/as, embora faça-se relevante salientar que aderir a cursos de formação continuada não significa, necessariamente, transformar o vigente atendimento médico centralizado na cura em um novo paradigma, neste caso, um atendimento em uma rede baseado em práticas de cuidado de forma humanizada. Para tanto, cada ator e atriz atuante neste cenário precisa antes perpassar por uma mudança

interna, de auto avaliação, de ruptura com a barreira atitudinal e de ressignificação das próprias práticas a partir de um olhar mais humanizado em relação ao outro, a fim de suprimir os estereótipos que segregam as diferenças humanas, sobretudo, as pessoas com deficiência.

Dando continuidade à esse debate, durante a reunião foi mencionada a percepção de que quando o/a profissional tem um/a familiar com deficiência a probabilidade de realizar um atendimento mais humanizado é maior, conforme pode ser visto no relato da participante Cravo, ao afirmar que “ *quando você vive, você tem um olhar diferente, eu mesmo tenho meu tio que perdeu a visão já na fase adulta, [...]o seu olhar já passa a ser diferente [...] não sei o que passa na cabeça de algumas pessoas [...] isso dói, falta de humanidade*”.

Ainda debatendo sobre as Políticas Públicas de Saúde, a participante Lírío ressaltou a importância da maior destas políticas no Brasil, isto é, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, segundo ela é o melhor - apesar de suas deficiências. Embora seja um reconhecimento importante desse sistema para toda a população, o SUS, no que tange aos atendimentos mais humanizado, ainda precisa transformar seus paradigmas, ou seja, incluir práticas de cuidado no atendimento realizado pelos atores e atrizes que atuam no serviço público, isto é, numa perspectiva de trabalho multidisciplinar, como cita a participante Crisântemo:

[...] a necessidade de um atendimento multiprofissional, teria que já ter os medicamentos necessários já deveriam estar ali tudo ok, as informações, o cuidado para com a família, porque essas informações ali iam auxiliar no diagnóstico, no tratamento e também todo projeto terapêutico ali para pessoas que precisam dessa construção, teria que já ir envolvendo a família e a própria pessoa com deficiência. Realmente seria um trabalho excelente se tudo isso acontecesse! [...] então precisa acolher essa família [...] precisa de um bom psicólogo ou de um psicanalista para entender, para ouvir, para saber como discernir para onde ir o que procurar, então a gente vê tanta dificuldade [...] então nós precisamos melhorar nisso, primeiro no acolhimento desde a unidade básica até a unidade específica que tem as especialidades necessárias para o paciente (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

A linha de pensamento defendida por Crisântemo foi ratificada também pela participante Lírío, ao apontar que:

[...] precisa de uma rede, porque não existe uma rede voltada para esse grupo de pessoas. Não existe! E se tivesse uma rede criada em volta deles, eles usufruiriam melhor e teriam um melhor aproveitamento nos seus tratamentos, engajamentos, tanto para o paciente quanto para a família [...] (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Corroborando esta fala, *Lírio* também citou a necessidade de uma Assistente Social, ou melhor, do seu papel no acompanhamento das famílias, ou seja:

[...] ir atrás dessa família, avaliar a estrutura da família, como é que essa família vive, se essa família necessita de apoio financeiro ou psicológico, também de uma enfermeira e de outros profissionais que necessitasse, e daí faria uma rede, pois cada profissional delegaria aquele paciente para ele tá indo no local certo (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

As linhas de raciocínio defendidas nas transcrições das falas das participantes deste círculo, apontam a urgência de reformulação do SUS. No entanto, as necessárias mudanças precisam ser mobilizadas pela sociedade, especialmente, pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Muitos destes usuários/as não conseguem atendimento nos espaços de assistência, na maioria dos casos, por falta de conhecimento dos seus direitos como cidadão. Isso, segundo as palavras de *Lírio* ocorre devido à

[...] falta de conhecimentos, porque quem tem um nível de conhecimento e de esclarecimento vai em busca da lei, então vai atrás de uma promotoria, entra na briga, luta e consegue, mas o menos favorecido que menos conhece é quem paga o maior preço, porque acaba que não conhece, não luta, porque não era pra ser assim, era pra ser o contrário porque a lei já dá o direito, mas não acontece, então quem tem o conhecimento vai e busca tudo através da lei (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Em consonância com as colocações de *Lírio*, a participante *Crisântemo* ressalta que esses usuários, muitas vezes, padecem no serviço:

[...] por falta de conhecimento, falta de condições financeiras e às vezes, também vai para o profissional e o profissional não orienta o que vai ser necessário para aquela criança [...]” bem como sofrem ,também, na situação quanto ao transporte “[...]porque é frustrante é terrível quando você vê uma mãe com seu filho cadeirante carregando do setor do CEO odontológico pra saída de Capim Grosso, como eu já vi, empurrando uma cadeira de rodas [...] já precisou a profissional [...] parar o atendimento para ir levar [...] Então nós já vivemos situações difíceis naquele CEO, e realmente o que eu almejo é que dias melhores venham (IV Círculo focalizado, 04/05/2021).

Em relação à participação na pesquisa, a participante *Cravo* afirma que “[...] está sendo maravilhosa, é um aprendizado que eu vou levar para minha vida”. Afirmação compartilhada por *Gardênia*, ao ressaltar que “[...]é diferente de como eu penso hoje depois da pesquisa, depois de ouvir os relatos”.

Para finalizar o encontro virtual, foi apresentado um vídeo sobre *capacitismo*¹⁰, objetivando problematizar a falácia em torno desse termo, ou seja, o discurso de que alguns seres humanos são naturalmente inferiores a outros em razão de algumas de suas características, um pressuposto preconceituoso utilizado para segregar pessoas com deficiência, assim como, disseminar o racismo, a homofobia, o sexismo etc. Portanto, o capacitismo pauta-se numa mesma linha de raciocínio: o ideário da construção de um modelo padrão, sendo assim, as pessoas – dentre elas aquelas com deficiência – que não se encaixam neste parâmetro não são consideradas capazes de realizar as mesmas tarefas dos/as padronizados/as.

Síntese

Quanto à síntese do encontro, vale salientar que os diálogos foram significativos para a reflexão do grupo sobre as categorias: equipes multiprofissionais, práticas de cuidado e políticas públicas de saúde. Ademais, de acordo com o cronograma dos círculos focalizados, no encontro subsequente deu-se início a construção do *Documento Referencial Educativo*, o qual vai substanciar pautas relacionadas às práticas de cuidado para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos ambientes da assistência em saúde do município de Jacobina.

Análise

Promover o diálogo sobre políticas públicas de saúde no círculo focalizado oportunizou a reflexão acerca das ações e estratégias que possam corroborar para o bem-estar da sociedade. Sendo prova disso, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ocorrida após longos anos de mobilização popular, configurando-se como “[...] resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira” (ROCALLI, 2003, p.28). Contudo, embora o SUS apresente qualidades, ainda precisa suprimir muitas situações precárias, a fim de garantir “[...] suas características principais, particularmente a universalidade e a integralidade, além da garantia da saúde como direito de cidadania” (ROCALLI, 2003, p.39).

¹⁰ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IeJ02f00zws>. Acesso em abril de 2021.

Diante desse cenário, cabe ressaltar que um dos objetivos da presente pesquisa é promover o diálogo entre os/as profissionais que atuam nas ESF e no CEO no sentido de buscar melhorias para os espaços de saúde do município com a finalidade de proporcionar às pessoas com o TEA um atendimento de saúde pautado nas práticas de cuidado. Nessa perspectiva, de acordo com Rocalli (2003, p.42), o ideal é tomar como exemplo as “[...] experiências bem-sucedidas de implantação de modelos assistenciais com base no ideário do SUS”, ou seja, um atendimento embasado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Os princípios supracitados foram norteando os diálogos nos círculos focalizados, proporcionando ao grupo participante da pesquisa a oportunidade de “[...] exercitar de modo ético a condição de agentes de uma política pública, como desbravadores de novos caminhos [...] Desse modo [...] contribuir com a superação das desigualdades [...] constitui-se num compromisso social” (PRADO *et al.*, 2007, p.535). Posto que, seja importante reconhecer que as políticas públicas de saúde no país, ainda não contemplam, satisfatoriamente, as demandas das pessoas com o TEA. Fato sinalizado nas falas das participantes durante as reuniões *online*, principalmente, no que tange à necessidade de implantação de uma rede multiprofissional que ofereça o atendimento integral a este público, assim como, a oferta de transportes públicos mais adequados ao deslocamento tanto do sujeito quanto do/a seu/a cuidador/a até os espaços de saúde; além de efetivar cursos de formação continuada para os/as servidores que lidam nos ambientes de assistência e reestruturar as instituições de saúde a fim de viabilizar um acolhimento humanizado aos usuários destes serviços. Tudo isso, evidentemente, depende de investimentos públicos, ou melhor, das ações dos/as gestores/as nas diferentes esferas da administração pública.

Portanto, os que defendem efetivamente o SUS e a Reforma Sanitária Brasileira precisam discutir alternativas de gestão que superem os obstáculos construídos pelos seus oponentes, seja pela burocracia estatal, seja pela área econômica, seja pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Cabe à sociedade civil exigir do Estado Brasileiro responsabilidade social e o dever com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos (PAIM; TEIXEIRA, 2007, 1828).

Coadunando este pressuposto, Campos (2003) destaca que somente ocorrerão mudanças, se houver mobilização social na luta pelos propósitos almejados, pois:

[...] a trajetória da política de saúde tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. Esse sistema resulta, portanto, dos embates e dos consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos. E por ser histórico leva-

se sempre em consideração a herança recebida, desde a existência de uma cultura institucional arraigada em unidades de saúde com diferentes conformações e espaços de prática, a refletirem uma determinada concepção histórica. Tudo isso, se não determina, ao menos condiciona os propósitos futuros (CAMPOS, 2003, p.570).

Dando continuidade à análise dos círculos focalizados, no quadro abaixo tem-se a apresentação do V encontro *online*.

Quadro 35 - V Círculo focalizado.

V CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 18/05/21
➤ Acolhimento das participantes: Charge -Vamos pensar formas de enfrentamento das barreiras atitudinais? ➤ Escuta das participantes; ➤ Imagens sobre discriminação e relato de uma pessoa com o TEA; ➤ Escuta das participantes; ➤ Início da construção do Documento Referencial Teórico; ➤ Escuta das participantes; ➤ Síntese do encontro e registro nos diários de campo; ➤ Agradecimento.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Maio/ 2021.

Codificação

De acordo com o cronograma da pesquisa, o V círculo focalizado ocorreu por vídeo conferência (*Google Meet*, <https://meet.google.com/zxq-czbt-izn>), no dia 18/05/2021, numa terça-feira à noite, das 19:00 às 21:30 hs (com duração de 2hs e 30 min). Estiveram presentes oito (08) das doze (12) participantes, sendo elas respectivamente: *Bromélia*; *Cravo*; *Gardênia*; *Girassol*; *Jasmim*; *Lavanda*; *Rosa Vermelha* e *Violeta*. As participantes de codinomes *Crisântemo*, *Lírio* e *Verbena*, enviaram mensagens via *WhatsApp*, justificando as suas ausências.

Para o acolhimento do grupo foi utilizado uma charge, na qual constava a seguinte mensagem: *Sábios constroem pontes, os tolos constroem barreiras*¹¹, objetivando promover a reflexão entre as participantes sobre as possíveis maneiras para o enfrentamento das barreiras atitudinais, além de favorecer um diálogo sobre a inclusão social das pessoas com deficiência. Considerando as colocações feitas, apresenta-se no quadro a seguir algumas falas do grupo:

Quadro 36 - Relatos do grupo sobre enfrentamento das barreiras atitudinais

V CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 18/05/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE A CHARGE
<i>Cravo:</i> “[...] uma andorinha só não faz verão, é isso que eu digo, que não adianta está só no papel se nós não cobrarmos, se eu cobro, outro cobra, a nossa voz vai ser ouvida [...] É muito fácil dizer assim, incluem e vai na escola por ir, mas a escola tem também que se adequar, se adaptar, tem que se preparar, não adianta só está no papel [...] mas tem que dá condições [...] por exemplo, se o setor público for criar uma política pública ele tem que ouvir [...] porque eles têm que ter noção das nossas necessidades [...] Para que essas leis também saiam do papel [...]”.
<i>Gardênia:</i> “[...] a gente vê que estamos realmente construindo pontes, apesar de entender e concordar com as falas de que uma andorinha só não faz verão [...] mas volto para o meu pessoal e para o meu trabalho [...] e tentar dar o melhor dentro do que nós temos [...] na questão pública não adianta ficar falando, temos que ficar cobrando, mas que as coisas não acontecem, mas enquanto isso não acontece nós podemos fazer nossa parte e estamos, eu acredito agora depois desses encontros, eu tiro por mim, a diferença de incluir [...] buscando por esse conhecimento, já olhando com outros olhos e tentando fazer o melhor [...]”.
<i>Lavanda:</i> Primeira fala: “No sentido do atendimento dos pacientes na saúde a inclusão seria permitir que todas as pessoas, independentemente de qualquer situação, tenham acesso ao serviço na integralidade em um todo sem distinção [...] nós vamos estar mais atentos, e devemos ser SEMPRE pontes!!! [...] mas eu ainda fico triste de imaginar que uma andorinha só não faz verão precisa de uma mudança de mentalidade de uma sociedade de vontade política e que comecem setorializar pequenos grupos em bairros, em comunidades no município. Eu acho às vezes que isso é muito setorial, pessoas que se importam, e isso não deveria ser dessa forma, deveria ser uma coisa unânime [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Maio/ 2021.

Decodificação

Faz-se pertinente ressaltar que nas falas das participantes *Cravo*, *Gardênia* e *Lavanda*, fica em evidência a importância da inclusão social das pessoas com deficiência. Porém, para que isso ocorra de forma plena a sociedade precisa se organizar e mobilizar-se na busca por

¹¹ Disponível em: <https://www.facebook.com/focobusiness/posts/1524650054320319/>. Acesso em maio de 2020.

seus direitos, ou seja, a coletividade deve se fortalecer em prol da efetivação do que está assegurado pela legislação, como pode ser observado em alguns trechos das falas de Cravo: “[...] se eu cobro, outro cobra, a nossa voz vai ser ouvida [...]”, seguida por Gardênia: “[...] na questão pública não adianta ficar falando, temos que ficar cobrando”. Nessa perspectiva, apenas exigir não tem sido suficiente, posto que é preciso haver, também, transformações nas formas de agir e de pensar, ou conforme Lavanda, ocorrer “uma mudança de mentalidade de uma sociedade, de vontade política e que comecem setorizar pequenos grupos em bairros, em comunidades no município”, favorecendo, desse modo, a reflexão sobre as ações coletivas essenciais à ruptura das barreiras atitudinais embasadas no preconceito e na discriminação, isto é, transformar estes obstáculos sociais em atitudes direcionadas ao acolhimento, ao cuidado e ao respeito para com o próximo.

Nesse sentido, segundo o pensamento da supracitada participante, nós devemos “[...] ser SEMPRE pontes!!! [...]”. Corroborando este raciocínio, Gardênia, salienta a relevância em participar de pesquisas em que haja momentos como os propiciados pelos círculos focalizados, pois em conformidade com suas palavras “a gente vê que estamos realmente construindo pontes”, pois “uma andorinha só não faz verão”, sinalizando, desta forma, o reconhecimento do trabalho coletivo como estratégia para alcançar objetivos em comum, neste caso, a implantação de uma rede de cuidados à saúde de pessoas com deficiência.

Para dar continuidade ao diálogo, fez-se a exposição de algumas imagens¹² relacionadas à temática da discriminação das pessoas com deficiência, visando o debate sobre as situações de constrangimento social vivenciadas por essa parcela da população nos espaços públicos de assistência à saúde e educação, assim como, noutros ambientes. Além disso, expôs-se o depoimento de uma pessoa com o TEA, residente na cidade de Jacobina, proporcionando às participantes um momento de escuta sensível, ou seja, a oportunidade de ouvir quem convive com esse tipo de deficiência a sua opinião sobre as barreiras sociais com as quais lida cotidianamente.

No quadro a seguir, apresenta-se as interpretações do grupo frente às imagens analisadas:

¹² Disponíveis em: <https://br.pinterest.com/pin/7328201>; <https://br.pinterest.com/pin/714876140841694244/>; <https://br.pinterest.com/pin/355432595575836413/>; <https://100fronteiras.com/brasil/noticia/autismo-mitos-e-verdades/>; <https://revistareacao.com.br/a-atuacao-do-psicopedagogo-frente-a-crianca-autista/>. Acesso em: maio de 2021.

Quadro 37 - Relatos do grupo sobre discriminação.

V CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 18/05/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE AS IMAGENS RELACIONADAS A TEMÁTICA DA DISCRIMINAÇÃO
<i>Gardênia:</i> “[...] falando com a minha irmã e com a minha sobrinha sobre a pesquisa [...] e a minha irmã [...] respondeu que não gosta quando alguém se dirige para a gente, em vez de perguntar a ela. Ela repetiu que era cega e não era surda [...]. A minha irmã [...] foi pra escola na época dela, hoje ela está com 43 anos, então há muito tempo atrás [...] mas na verdade ela ia pra integrar, pois não é? Para incluir não tinha, pois para incluir teria que ser tudo adequado pra ela, não é mais ou menos assim? [...] ela ia pra uma sala e ela ficava no canto [...]ela ficava triste, e aí os coleguinhas acabavam fazendo <i>bullying</i> [...] eu fico conversando na minha casa e fico conversando no meu trabalho sobre a importância da pesquisa, que as pessoas do meu trabalho deveriam ter participado da pesquisa [...] e já está chegando ao final dos encontros e a gente já começa a sentir saudades [...] e é isso, nessa imagem da competição, em que a repórter pergunta para o acompanhante e não para a pessoa com deficiência, isso não pode acontecer, tem que incluir, tem que respeitar o espaço de cada um, respeitar o jeito como cada um é, e aceitar as pessoas como elas são, e isso pode partir da gente nos atos de cada dia, a gente pode fazer o diferencial, tentar fazer o melhor.”
<i>Jasmim:</i> “[...] pois foi isso que eu pensei, que muitas vezes na sala de aula o aluno é autista, aí inclui ele na sala, inclui só no papel no caso, mas na verdade ele está excluído, não faz parte das atividades como os outros alunos, coloca uma pessoa para orientar só àquele aluno, então fica parecendo que ele está excluído, parecendo não, ele está excluído porque não está fazendo parte, não está interagindo com os outros, para mim, ainda continua a exclusão do aluno”.
<i>Lavanda: Primeira fala:</i> “No caso não é só você incluir a pessoa, colocar como um enfeite lá, ela tem que fazer parte, e ao fazer parte no momento em que ela não está aí você percebe a falta que ela faz, porque o que a gente vê [...] é se tiver bem e se não tiver também não faz falta [...] é o que estou vendo na imagem, o garoto está dentro da sala, mas não está participando, está só como um enfeite, como um cumprimento da lei, mediante que a outra imagem, as crianças estão todas brincando, se integrando, certamente a falta de um, o coleguinha vai perceber, é assim que eu percebo essas imagens [...] <i>Segunda fala:</i> “[...] Aí mesmo, é que as pessoas que convivem é que tem que ser chamadas a atenção para fazer o certo [...] E as vezes acontece, também, que os pais dão excesso de autonomia [...] tem todas essas nuances, mas a gente tem que saber diferenciar [...] nesse caso da imagem é perceptível que o rapaz tem uma deficiência física, então não tinha nada que entrevistar o treinador [...] falta de sensibilidade, ausência de inclusão mesmo [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Maio/ 2021.

Analisando as falas das participantes, transcritas acima, fica evidente a urgência em se colocar em prática a inclusão, principalmente, no que tange à adequação dos espaços públicos, isto é, garantir a acessibilidade e o acolhimento humanizado através de práticas do cuidado. Além desses aspectos, o grupo também ressaltou a importância do/a cuidador/a receber orientação em relação à promoção da autonomia da pessoa com deficiência, ou seja, incentivando-a a interagir com outras pessoas, externar opiniões e tomar decisões relativas ao seu bem-estar.

Além da orientação e instrução do/a cuidador/a, a população, de modo geral, precisa ser educada e conscientizada sobre o trato com pessoas com deficiência, isto é, entender que

a deficiência por si só não inviabiliza a interação social. Dizendo de outra forma, ou melhor, exemplificando através da fala de *Gardênia*:

[...] a repórter pergunta para o acompanhante e não para a pessoa com deficiência, isso não pode acontecer, tem que incluir, tem que respeitar o espaço de cada um, respeitar o jeito como cada um é, e aceitar as pessoas como elas são, e isso pode partir da gente nos atos de cada dia, a gente pode fazer o diferencial, tentar fazer o melhor (Gardênia, 18/05/2021).

Embora esse seja um discurso recorrente, o processo de inclusão social da pessoa com deficiência ainda não é uma realidade concreta, especialmente, nos espaços públicos direcionados à saúde e à educação. Prova disso, pode ser observada na inadequação física destes ambientes, os quais na maioria das vezes não dispõem de estruturas simples como: rampas de acesso, pisos táteis, elevadores, banheiros adaptados com barras de segurança nas paredes, corrimão em escadas, enfim, não garantem a acessibilidade desse público tampouco o acolhimento e/ou serviços mais humanizados.

Quanto ao relato da pessoa com o TEA, a participante *Lavanda* citou que teve contato com uma pessoa que ela acredita ser autista. Esse contato não ocorreu via consultório, mas num povoado, à época não sabia qual o diagnóstico dela, todavia, após participar dos círculos focalizados percebeu que o diagnóstico poderia ter sido do TEA, mas, os pais da mesma não foram orientados corretamente, pois quando esta pessoa nasceu a palavra autismo ainda não fazia parte do contexto médico.

A participante de codinome *Cravo* relatou, também, que no bairro no qual reside há uma criança que apresenta características do TEA. Todavia, ao conversar com a mãe ficou sabendo que a criança ainda não tem diagnóstico. Continuando o diálogo, *Lavanda* relatou que ouviu falar sobre o autismo através de um apresentador de televisão cujo filho é autista. Na perspectiva desta participante, os/as artistas deveriam divulgar mais essas experiências para que a sociedade ficasse inteirada, não somente em relação ao TEA, mas também sobre outras deficiências, pois essas pessoas são formadoras de opinião, então, as divulgações e orientações das mesmas poderiam ajudar as famílias menos instruídas.

Dando continuidade ao círculo, foi proposto o diálogo sobre os tópicos que serão contemplados na construção do Documento Referencial Teórico, o qual abordará os resultados dos debates promovidos durante os encontros *online*. É importante salientar que a construção do Referencial será realizada pela pesquisadora, tomando como base para a escrita as análises dos 06 (seis) círculos focalizados. Após a conclusão da escrita, o texto será encaminhado por *e-mail* para o grupo participante desta pesquisa, visando a apreciação e

possíveis contribuições. Assim, depois de transcorrida a devida socialização e aprovação, o citado documento será plublicizado.

Síntese

Para a síntese do encontro, foram analisadas as falas das participantes, e seguindo o cronograma de realização dos círculos focalizados, o próximo encontro foi direcionado à continuidade da construção do *Documento Referencial Educativo*, o qual subsidiará pautas relacionadas às práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos ambientes da assistência em saúde do município de Jacobina-BA.

Análise

Diante do exposto, cabe ressaltar que a inclusão social de pessoas com deficiência contempla a diversidade da condição humana. Para tanto, as políticas públicas de saúde e educação, bem como, as relações interpessoais precisam ser repensadas a fim de dirimir os efeitos danosos da discriminação e do preconceito aos quais estes/as cidadão/ãs são expostos. Embora, seja preciso reconhecer que numa sociedade constituída por estigmas, estereótipos, padrões de beleza, dentre outras formas de estabelecimento do que seja normal, extirpar a exclusão destas pessoas dos mais diversos segmentos sociais, torna-se um desafio diário, sobretudo, para suas famílias e/ou cuidadores/as.

Situações de exclusão de pessoas com deficiência ficam ainda mais evidentes nos espaços de assistência à saúde, nestes os serviços ofertados pelo SUS são supostamente orientados pelos princípios de igualdade, universalidade e integralidade, ou seja, os/as usuários/as devem ser atendidos/as e acolhidos/as por uma rede assistencial composta por uma equipe multiprofissional, baseada nas práticas de humanização. Todavia, no cotidiano destes locais tais princípios parecem distantes da efetivação, haja vista a própria falta de infraestrutura e as precárias condições de trabalho dos/as profissionais da saúde com as quais os indivíduos se defrontam. Isso vai de encontro à própria concepção de acolhimento, posto que:

O acolhimento está baseado no estabelecimento de relações solidárias e de confiança entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços para resolver seu problema de saúde, tornando-se aspecto importante para que ocorra o vínculo, contribuindo para a resolubilidade do problema [...] O acolhimento compreende ao mesmo tempo, ferramentas adequadas de comunicação e postura ética (SILVA, et al., 2017, p. 293).

Nessa perspectiva, o acolhimento pressupõe um tratamento digno, baseado em práticas de cuidado humanizado, ou seja, na escuta do/a usuário/a e na inclusão integral deste/a, uma vez que:

[...] a humanização retoma o respeito à vida humana, em dimensões que atingem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, evitando a fragmentação do ser humano. O cuidado técnico-científico articulado ao acolhimento e ao respeito ao indivíduo é o principal aspecto que envolve e fundamenta a humanização (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017, p. 589).

Partindo do pressuposto de que humanizar na área da saúde significa priorizar o respeito à vida humana, considerando todos os aspectos físicos, emocionais, psicológicos e sociais do ser humano, Silva *et al.* (2017, p.296) ressalta que, em relação às pessoas com deficiência, “[...] os direitos de acesso integral e uso dos serviços de saúde instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), poderiam ser garantidos a essa população”, se não houvesse desconhecimento “das leis de políticas públicas vigentes no estado brasileiro. Pois estas é que asseguram aos portadores de deficiência de uma forma geral, a garantia do cumprimento de seus direitos sociais” (SILVA, et al., 2017, p. 296).

Em conformidade com essa linha de pensamento, Missel, Costa e Sanfelice (2017) ressaltam que:

Quando o profissional olha globalmente seu paciente, atua de forma humanizada, preocupando-se com o impacto das informações na família e no paciente. Por se tratar de um momento extremamente importante para a manutenção posterior do tratamento e para o estabelecimento do vínculo família-paciente-equipe de saúde, é necessário que a formação profissional na área da saúde contemple a visão global do indivíduo (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017, p. 586).

A ausência de formação dos/as profissionais da saúde com foco no atendimento embasado na integralidade do sujeito foi pauta constante nos círculos focalizados realizados nesta pesquisa. Embora, alguns avanços já tenham sido alcançados, em relação aos espaços de saúde muitos desafios precisam ser sanados, além disso “[...] se faz necessário que a rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, providencie que essa população tenha um acesso qualificado e que isso inclua pessoas com qualquer tipo de deficiência” (SILVA, et al., 2017, p. 296).

Nesse sentido, mobilizar a sociedade em prol da inclusão é essencial para o desenvolvimento e a conseguinte efetivação de políticas públicas direcionadas à profissionalização dos/as servidores/as que atuam na área da saúde. Dizendo noutras

palavras, adotar o paradigma humanizador como norte da formação destes/as profissionais, pois de acordo com SILVA et al. (2017):

Com relação aos profissionais da saúde, é indispensável buscar novos paradigmas, a fim de se promover uma assistência à saúde de maneira adequada e humanizada. Somente assim será possível se falar de fato em inclusão social para esta parcela da população. Urge, portanto, qualificar melhor o profissional de saúde [...]. O atual contexto social exige formar um profissional mais atento às necessidades dos grupos isolados, que saiba como estabelecer um elo importante de comunicação entre ele e o grupo especial, que também compõe a sociedade, garantindo plenamente o atendimento de suas necessidades dentro do setor de saúde (SILVA, et al., 2017, p. 306).

Falando-se em grupos especiais e/ou isolados, convém destacar que no contexto atual as pessoas com deficiência estão passando por desafios ainda maiores, pois a pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) aumentou ainda mais as dificuldades de acesso às unidades de ESF e/ou CEO, por exemplo, considerando suas condições de saúde, o distanciamento social para evitar a contaminação pelo vírus tem sido um processo desgastante para essas pessoas, assim como, para seus/as cuidadores/as. Esta situação vem exigindo das equipes multiprofissionais práticas de atendimento cada vez mais humanizado para minimizar os danos físicos e, principalmente, psicológicos desse público.

Conforme o cronograma de escrita, a seguir apresenta-se a metodologia desenvolvida no VI círculo focalizado.

Quadro 38 - VI Círculo focalizado.

VI CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 01/06/21
➤ Acolhimento das participantes: Dinâmica – Qual tem sido o meu olhar? ➤ Escuta das participantes; ➤ Formação Leitora: Estudo de caso; ➤ Escuta das participantes; ➤ Exibição de slides sobre políticas públicas de saúde; ➤ Escuta das participantes; ➤ Continuação da elaboração do Documento Referencial Educativo; ➤ Avaliação coletiva dos círculos focalizados como espaço formativo; ➤ Síntese do encontro e registro nos diários de campo; ➤ Encerramento: Música do cantor Lenine – Paciência; ➤ Agradecimento.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2021.

Codificação

O VI círculo focalizado ocorreu por vídeo conferência (*Google Meet*, <https://meet.google.com/eic-xhts-gme>), no dia 01/06/2021, numa terça-feira à noite, das 19:00 às 22:00hs (com duração de 3hs). Estiveram presentes as onze (11) das doze (12) participantes, sendo elas respectivamente: *Bromélia*; *Cravo*; *Crisântemo*; *Gardênia*; *Girassol*; *Jasmim*; *Lavanda*; *Lírio*; *Rosa Vermelha*; *Verbena* e *Violeta*. A participante de codinome *Rosa vermelha*, enviou mensagens via *WhatsApp*, informando que iria chegar atrasada.

Para o acolhimento do grupo utilizou-se a dinâmica do óculos nessa foi solicitado que as participantes imaginassem que estavam usando óculos cujas lentes tivessem a cor da sua preferência. Então, fechassem os olhos durante dois (02) minutos, imaginassem que o mundo fosse todo da cor escolhida por cada uma delas, retirassem os óculos e visualizassem o mundo multicolorido. Logo em seguida fez-se as seguintes questões: Como você visualizou o mundo de uma cor única? E colorido? Como achamos que as pessoas com o TEA veem o mundo? Será que a gente quer que elas se adaptem ao nosso mundo ou o contrário?

A dinâmica descrita teve como finalidade mostrar que mesmo tendo preferência por uma determinada cor, o mundo não é homogêneo, tem significados distintos para cada pessoa, ou seja, é diverso. Sendo desta forma, no quadro a seguir apresenta-se algumas considerações das participantes em relação à dinâmica proposta.

Quadro 39 - Relatos do grupo sobre a dinâmica das cores.

VI CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 01/06/2021 RELATOS DO GRUPO SOBRE A DINÂMICA DAS CORES
<i>Bromélia:</i> “Eu escolhi a cor azul [...] ver tudo azul achei estranho. Eu acho que a gente tem que se adequar ao mundo deles e não eles se adequarem ao nosso [...]”.
<i>Cravo:</i> “A minha cor também é o azul [...] não gostei de ver tudo azul, apesar de ser uma cor que eu gosto, mas o que eu vi é você olhar e não ter a definição do que é cada coisa [...]”.
<i>Crisântemo:</i> “[...] a que mais me chama a atenção é o amarelo [...] porém ao ver tudo amarelo ficou algo monótono. Eu acredito que nós é que temos que nos adequar a forma de como a pessoa com TEA veem o mundo e tentar contribuir[...]”.
<i>Gardênia:</i> “A cor que eu mais gosto é o rosa, e ao imaginar [...] tudo rosa ao meu redor ficou estranho [...] e tirando o óculos e vendo tudo colorido é tudo mais lindo [...] E quanto aos pacientes com TEA eu fico imaginado como será o mundo deles? E a gente fica tentado que eles se adequem ao nosso mundo, ao nosso jeito, é tanto que quando a gente vai tratar alguém com TEA, a gente quer que eles façam o que a gente já está acostumado [...] o que fique bom pra gente, que ele se acalme e não nos atrapalhe [...] porém o correto é a gente entender o mundo deles”.
<i>Girassol:</i> “Cor branca e nós que precisamos se adequar a eles [...] procurar ter uma dinâmica e paciência, pois muita gente não tem, por não consegui entender o mundo deles. A cor branca eu relaciono que dá a possibilidade de mudança [...]”.
<i>Jasmim:</i> “A minha cor favorita é o roxo [...] só que ao fechar os olhos ficou tudo escuro, aí quando eu tirei o óculos, eu vi que o mundo colorido é tudo mais bonito, é bem diferente[...] então o mundo colorido significa a diversidade, tem que haver a diversidade para o mundo ficar melhor e mais bonito [...]”.
<i>Lavanda:</i> “A cor que eu mais gosto é o azul, e a princípio vê tudo azul me pareceu monótono[...] bonito porque eu gosto, mas monótono [...] porém no momento que eu vi tudo colorido [...] já vi iluminado, alegria [...] E vendo pelo lado dos pacientes com TEA, eu não tenho dúvidas que a todo instante a gente quer que eles se encaixem no nosso mundo [...] e a gente não tenta se encaixar no mundo deles [...]”.
<i>Lírio:</i> “ [...] escolhi o amarelo [...] porém não gostei de ver tudo amarelo, porque fiquei muito agoniada [...] O que imagino de uma criança autista é [...] que todas as vezes nós não nos colocamos no lugar dele [...] que se todos nós parássemos para pensar, poderíamos ver que o correto é nós nos adequarmos a eles [...] para poder dar uma qualidade de vida melhor, para poder interagir melhor, e aí sim teríamos um mundo melhor, uma perspectiva melhor, um entrosamento melhor [...] e eles seriam muito mais apoiados, amados, compartilhados, integrados, então é muito interessante essa questão da visão, pois é como nós estivéssemos bloqueados, “cegos”.
<i>Verbena:</i> “A cor que eu imaginei foi o roxo [...] por mais que seja uma cor que você goste, imaginar tudo roxo não é legal! Faltou a diversidade”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2021.

Prosseguindo com as atividades propostas para o encontro, utilizou-se para a formação leitora o relato de um caso clínico, isto é, uma situação vivenciada por uma pessoa com o TEA. Esse, todas as vezes que iria ser atendido no CEO, antes de entrar na sala da cirurgia dentista, pedia para ir ao banheiro, porém era impedido pela mãe e a funcionária da recepção. Numa dessas consultas, a atendente da dentista percebeu essa necessidade dele, assim, resolveu deixá-lo usar o banheiro, nesse momento, observou que a criança adentrou no banheiro, lavou as mãos e saiu, depois seguiu para a sala na qual seria atendido. Ao término da leitura, questionou-se ao grupo: Quais são os pontos identificados nessa situação?

O objetivo do estudo desse caso foi proporcionar às participantes a reflexão sobre o trato das pessoas com o TEA nos espaços públicos, principalmente, no que tange ao atendimento delas nas instituições de assistência à saúde. Colocando noutras palavras, promover a discussão acerca das regras de comportamento social que são impostas de forma coletiva aos usuários/as, ou seja, desconsiderando as especificidades daqueles (as) com deficiência. No caso proposto para o debate, observou-se que o usuário estava apenas seguindo o hábito de lavar as mãos, independentemente do local em que esteja.

Diante dessa percepção, convém ressaltar que esse hábito do indivíduo pode estar associado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), pois vários estudos apontam a relação entre esse transtorno e o Autismo, considerando-o inclusive como uma comorbidade do TEA. Embora o TOC seja, de acordo com Russo (2021, p.01) “definido como um transtorno psiquiátrico que causa crises de pensamentos obsessivos e manias. [...] Sabe-se que o TOC pode ocorrer em cerca de 6% a 10% das crianças com o TEA”.

A seguir foram transcritos alguns trechos dos relatos do grupo participante em relação ao diálogo proporcionado a partir da análise desse caso clínico.

Quadro 40 - Relatos do grupo sobre a formação leitora.

VI CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 01/06/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE A FORMAÇÃO LEITORA
<i>Cravo:</i> “Fazendo uma comparação com esse caso, esses dias uma criança foi para o atendimento chorando muito [...] a mãe me relatou que a criança tem pânico de jaleco branco [...] então a necessidade de avaliar e perceber isso [...]”.
<i>Crisântemo:</i> “[...] A importância de nós estarmos sensíveis, porque alguém ali precisava estar atento e percebeu, com é bom a gente está aberto para perceber essas atitudes e compreender isso [...] para facilitar a percepção [...]”.
<i>Lavanda:</i> “[...] como repentinas vezes a criança fez, aí teve um olhar de sensibilidade da atendente, para perceber que a criança, todas as vezes que chegava ao ambiente, tinha aquela mesma rotina [...] respeitou a rotina que ela tinha definido [...] então isso facilitou que ela ficasse mais calma e colaborasse no atendimento [...] então o ambiente teve que se adequar a rotina da criança e não o contrário [...]”.
<i>Lírio:</i> “A sensibilidade da atendente em identificar a necessidade da criança e o olhar diferenciado no acolhimento tanto da criança quanto da sua mãe [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2021.

Dando continuidade ao círculo, a pesquisadora apresentou ao grupo algumas discussões teóricas sobre políticas públicas – SUS, essas foram debatidas pelas participantes, cujas considerações, ou melhor, alguns fragmentos de suas falas encontram-se elencados no quadro a seguir:

Quadro 41 - Relatos do grupo sobre políticas públicas.

VI CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 01/06/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS
<i>Crisântemo:</i> “[...] nós sabemos que a constituição nos dá direitos, porém se a gente não lutar a gente vai ficar à mercê daquele sistema [...]”.
<i>Gardênia:</i> “[...] Às vezes as pessoas têm muito mais direitos do que o que conseguem, mas acabam se conformando com migalhas, com coisa pouca e acham que foi muito [...] vai lá fala com fulano, passa por cima do direito do outro [...] e conseguem aquele objetivo [...] o problema não está somente nos políticos, mas nas pessoas [...]. Outra coisa que vou chamar a atenção é que quando acontece algo no serviço que não dá para fazer o atendimento, a população vem culpar a gente que está na ponta, mas os culpados não somos nós [...]”.
<i>Lavanda:</i> “[...] apesar do serviço ter o protocolo de atendimentos a gente tem que desconstruir isso a medida em que é muito diversificado o tipo de clientela que tem acesso ao serviço [...]”. <u>Segunda fala:</u> “[...] mas na realidade as pessoas não têm todos os seus direitos adquiridos, pois é deficiente o sistema da saúde no Brasil [...] mas mesmo com todos os defeitos a gente tem que ver o SUS como um sistema que deu certo”. <u>Terceira fala:</u> “Esse problema que Gardênia falou de passar na frente me chamou a atenção, mas eu vou ser bem sincera, começa na educação [...] a pessoa tem que ter educação [...] Outra situação é quando a gente não pode trabalhar por falta de materiais, a população culpa a gente, mas o problema é do sistema [...]”. <u>Quarta fala:</u> “Quanto a questão da acessibilidade o que está faltando é garantir a ida desses pacientes e o seu retorno [...] um bom local de atendimento, com material adequado [...] com uma equipe humanizada, treinada, com protocolos que sejam flexíveis que consiga atender a várias nuances [...] que vá se adequando aos diferentes tipos de pacientes, aos diferentes graus, do mais leve ao mais grave [...]”.
<i>Lírio:</i> “[...] e quando não tem materiais a gente tem que [...] e dizer para o paciente que infelizmente atrasou, infelizmente não deu tempo de chegar [...] e o paciente não quer saber de nada disso, [...] eu ando muito triste, porque a gente luta e não vê mudança [...] e tem situações que a gente não sabe como agir [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2021.

Decodificação

No que diz respeito ao acesso igualitário, preconizado pelo SUS, isso ainda não é uma realidade concreta, como é observado na fala de *Gardênia* “[...] vai lá fala com fulano, passa por cima do direito do outro [...]”. Cabe ressaltar que a Constituição Federal (1988) assegura a todo o cidadão brasileiro o direito à saúde, sendo esse um dever do Estado, porém esse direito não é conseguido de forma universal, uma vez que o SUS passa por vários percalços, estando em processo de mudanças, adaptações e vários processos que precisam ser revistos. Nesse sentido, o conhecimento e a informação se fazem relevantes para que a população usufrua desse direito.

No tocante à construção do Documento Referencial Educativo, deu-se a continuidade da construção dos tópicos que haviam sido iniciados no V círculo. Após os diálogos, a

pesquisadora solicitou ao grupo que fizesse uma avaliação coletiva dos círculos focalizados como espaços formativos, partes significativas dessa avaliação constam no quadro a seguir:

Quadro 42 - Relatos do grupo sobre círculo focalizado como espaço formativo.

VI CÍRCULO – REUNIÃO COM A EQUIPE – 01/06/21 RELATOS DO GRUPO SOBRE CÍRCULO FOCALIZADO COMO ESPAÇO FORMATIVO
<i>Bromélia:</i> “Gostaria de agradecer [...] experiência boa, muito bom [...]”.
<i>Cravo:</i> “Eu só tenho a agradecer, aumentou muito mais a empatia, a bagagem que a gente vai levar através dessa formação. Eu já tinha experiência, pois já trabalhei no CEO [...] e hoje minha cabeça abriu mais ainda, hoje a gente já tem uma visão ainda melhor, a gente que trabalha na área de saúde tem que ter essa visão [...] gratidão pela oportunidade e agora só melhorar mais ainda”.
<i>Crisântemo:</i> “Foi um prazer ouvir, falar, estar com vocês. Um abraço, amei [...] participar”.
<i>Gardênia:</i> “Esses encontros foram muito gratificantes, enquanto pessoa eu mudei bastante meu conhecimento, minha maneira de pensar [...] meu dia a dia no trabalho mudou [...] os nossos encontros fazem bem, porque é para o bem comum, essa causa nos torna mais humanas [...] eu vejo essa formação como um aprendizado de buscar cada dia ficar melhor [...] eu não vou ser mais como eu era antes [...] fico tentando incentivar os meus colegas e fazer a minha parte como ser humano [...] só tenho a agradecer pela oportunidade [...]”.
<i>Girassol:</i> “Foi um prazer partilhar de tanto conhecimento com todas vocês! Meninas vocês estão de parabéns pela dinâmica de cada reunião. E com certeza depois dos encontros minha empatia pelos pacientes será ainda maior! E que a gente possa passar isso pra nossa equipe de trabalho, pra cada dia melhorar, acolher de coração”.
<i>Jasmim:</i> “Quero agradecer pela oportunidade de ter participado desse aprendizado, querendo dizer que eu estou muito feliz, que eu aprendi muito nessas reuniões, nesses encontros. No primeiro encontro eu não sabia nada sobre os pacientes com TEA, pois nunca tinha lido, e depois desses encontros eu procuro ler e pesquisar, porque eu nunca sabia que tinha os três tipos [...] eu vim aprender tudo aqui nesses encontros, então eu só tenho a agradecer, e agora é buscar mais e aprender mais, para a agente dá o melhor, no nosso local de trabalho que é uma área que sempre aparece esses pacientes [...]”.
<i>Lavanda:</i> “Essa formação, abriu mais os nossos horizontes, nos sensibilizou mais quanto a essas situações, e eu acho que a partir de hoje [...] formou formadores de opinião a esse respeito, que possivelmente vamos está lutando [...] Para mim, foi uma satisfação, e eu me sinto lisonjeada por ser convidada e por ter participado, foi bastante importante para mim. Hoje eu garanto que a empatia que eu tenho por pacientes especiais aumentou depois desses nossos encontros. Então eu só tenho a agradecer [...]”.
<i>Lírio:</i> “Eu quero agradecer, faço jus as minhas palavras as palavras de todas [...] vai ser um aprendizado para nossas vidas [...] depois das formações, estou assistindo vídeos, fazendo leituras, assistindo conferências [...] estamos todas nós mais humanizadas e mais reflexivas [...] agradecer a Deus, pela oportunidade [...] e o que achei interessante que os encontros nunca ficaram monótonos, foi muito bom a forma que foi conduzido”.
<i>Rosa vermelha:</i> “Quero agradecer [...] e aprender a cada dia mais [...] um momento que eu trouxe muito para minha vida, muita reflexão [...] se colocar mais no lugar do outro, é um momento que a gente se sente bem, mesmo cansada fazia questão de participar das reuniões”.
<i>Verbena:</i> “Eu quero agradecer [...] agradecer toda a estrutura, a maneira lúdica como foi trabalhado os temas, foi bem interessante, as reflexões, as trocas de experiências, os debates, foram todos bem válidos [...] me divertir muito com os momentos de descontração [...] obrigada por ter me convidado”.
<i>Violeta:</i> “Primeiramente eu quero agradecer a Deus, porque nos proporcionou esses encontros maravilhosos, só sei que preciso melhorar a cada vez mais [...]”.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Junho/ 2021.

Logo em seguida, foi colocada uma música, realizada a síntese do encontro e agradecimentos. A música exposta foi a do cantor Osvaldo Lenine Macedo Pimentel (https://youtu.be/6L_6oAgPPwg), a qual tem o título de Paciência, uma vez que, esse contexto que estamos vivenciando, fez com que ressignificássemos as nossas vidas, nos obrigando a parar. Nesse período, com a expansão do coronavírus pelo mundo, fomos obrigados a rever nossas prioridades, a refletir sobre nossas práticas, a mudar hábitos e a resgatar valores fundamentais e essenciais como: a solidariedade e a proteção à vida. Dessa forma, essa situação obrigou a todos a ter *paciência*, e dessa forma manter o distanciamento social, fazendo com que as pessoas evitem se tocar. Mas *quando tudo pede um pouco mais de calma* as dúvidas quanto à economia, trabalho, fome, adoecimento nos afligem, pois, *a vida não para*. E dessa forma, captamos um sentimento de que *a vida é tão rara*. Ressaltando para o grupo da pesquisa, sobre a importância da vida e que a solidariedade é essencial, tanto nesse contexto, quanto em toda a nossa existência.

Síntese

Quanto à síntese do encontro, foi observado que, como em todos os anteriores, os círculos proporcionaram diálogos reflexivos importantes para a construção desse trabalho. Sendo assim, após analisadas as falas das participantes, a pesquisadora salientou que a pesquisa não se encerrava naquele momento, pois trata-se de um estudo ainda em desenvolvimento, razão pela qual faz-se necessária a manutenção do grupo de *WhatsApp* para viabilizar as contribuições de cada uma participante no processo de construção do Documento Referencial Educativo, além da escrita do relatório final, esse será apreciado pelo grupo antes da publicação.

Análise

Os diálogos realizados nos círculos focalizados evidenciaram a importância do atendimento humanizado como possibilidade de melhoria dos serviços do SUS, especialmente, na assistência à saúde de pessoas com deficiência, dentre esses/as os/as que apresentam o TEA, tendo em vista que essas pessoas precisam ser acolhidas integralmente nesses espaços públicos. O atendimento humanizado, segundo Viana (2004):

[...] Trata-se da construção permanente do ser atuante e crítico, responsável e envolvido, ciente do seu papel de integrante de uma coletividade. Isto requer mudanças de atitudes por parte de todos e exige a responsabilização do profissional, o envolvimento de quem está gerenciando, a integração entre as

equipes de trabalho e o respeito ao usuário e a sua rede social (VIANA, 2004, p. 11).

Esse atendimento humanizado, tem como base o acolhimento e a prática do cuidado, dando ênfase na escuta sensível e um atendimento de qualidade, o qual viabilize as necessidades do indivíduo, bem como, do/a seu/a cuidador/a, dessa forma facilitando o desenvolvimento do processo. Ou seja, “trata-se de adequar o modo de receber a busca de ajuda por parte da população, nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão dos limites necessários” (VIANA, 2004, p. 15).

Nessa perspectiva, convém salientar que as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista precisam ser atendidos/as e avaliados/as de forma mais humana nos espaços de saúde, uma vez que, esses/as pessoas apresentam características peculiares, uma delas é a dificuldade na interação social e na comunicação, bem como, um sistema sensorial mais complexo, dentre outras especificidades. Por esta razão, necessitam de acompanhamento multiprofissional, ou seja, precisam de uma rede de assistência composta por profissionais das diversas áreas, principalmente, aqueles(as) habilitados/as nas práticas de cuidado, pois esses/as trabalhadores/as visualizam o/a usuário/a integralmente, valorizando suas potencialidades e habilidades, ou seja, não atuam somente na solução do problema e/ou cura da doença.

Nesse sentido, a inclusão das pessoas com deficiência nos diferentes espaços sociais, especialmente, no âmbito da saúde e da educação pública faz-se indispensável, tendo em consideração a perspectiva de melhorar a qualidade de vida desses sujeitos. Para tanto, a sociedade, de modo geral, ainda precisa ser orientada, ou melhor, educada em relação às especificidades desse público, no qual encontram-se indivíduos com o TEA, cujas necessidades não podem ser tratadas de forma homogênea, pois conforme Santos e Vieira (2017):

[...] o Transtorno do Espectro do Autismo não se apresenta como algo linear, já que não há uma fórmula para evidenciar sintomas relacionados ao autismo. Identificar um sujeito com autismo é lembrar que as características [...] podendo ser evidentes ou não, de acordo com seu nível de gravidade. Contudo, os sintomas não surgem de forma igualitária para todos os sujeitos. É preciso reconhecer que por mais parecidos que sejam, cada situação é singular, nenhum autista é igual ao outro (SANTOS; VIEIRA, 2017, p. 222).

De acordo com o pensamento transcrito nessa citação, tanto os/as usuários/as quanto seus/as cuidadores/as enfrentam dificuldades nas instituições públicas de saúde, pois a grande maioria das equipes profissionais não está devidamente habilitada à prestação desse serviço. Essas dificuldades, conforme Miele e Amato (2016, p. 100), associadas à “depressão,

ansiedade, grau de severidade apresenta pela criança com o TEA, aceitação por parte dos pais e familiares e a condição socioeconômica [...] interferem na qualidade de vida, estresse e sobrecarga de familiares”.

A seguir apresenta-se algumas transcrições extraídas dos diários de campo produzidos tanto pela pesquisadora, quanto pelas participantes.

Diário de campo

Conforme sinalizado anteriormente, o diário de campo mostrou-se um dispositivo auxiliar de suma importância para as análises dos círculos focalizados, tendo em vista seu caráter individual no registro das emoções, reflexões e/ou detalhes que não foram socializados durante as reuniões *online*. Convém ressaltar que os diários de campo foram construídos através do *WhatsApp* (mensagens escritas e em áudios), assim como, através do *e-mail*.

No tópico abaixo, são apresentados fragmentos extraídos do diário de campo da pesquisadora, nesse constam informações referentes ao percurso da pesquisa no lócus. Além disso, apresenta-se também a justificativa de cada participante para a escolha dos seus respectivos codinomes e do *emoji* que as identifica.

Meu diário ❤️

A imersão no campo da pesquisa foi realizada no dia 26/03/21, em uma terça-feira à noite, esse dia foi marcado por muita ansiedade e emoção, o qual contei com a participação de 12 colaboradoras, as quais me receberam de forma muito calorosa, e da minha querida colega Fábria Alves. O encontro foi muito gratificante, as participantes de forma unânime acolheram à pesquisa, fiquei extremamente encantada. A implicação com o tema estava nos seus semblantes, compartilharam experiências, abriram possibilidades para que os diálogos futuros fossem produtivos, nesse momento senti uma energia radiante, confirmando que os nossos círculos seriam um sucesso.

06/04/2021- Ocorreu o segundo círculo, tendo como Tema Gerador: A importância do cuidado. Encontro muito satisfatório, muitos questionamentos, diálogos, dúvidas, etc. Tanto no círculo, quanto no grupo do *WhatsApp*, bem como no privado, ocorreu contribuições maravilhosas. As reflexões do grupo foram excelentes, relatos muito fortes. Durante as falas muitos assuntos sinônimos ao tema gerador, bem como outros assuntos atrelados – significantes que se completaram para o contexto da escrita.

20/04/2021- Ocorreu o terceiro círculo, tendo como Tema Gerador: Práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelas equipes multiprofissionais. Mais uma vez tudo dentro do esperado no cronograma da pesquisa, bem como o que planejei na pauta foi cumprido. Encontro muito participativo, contemplando diversos aprendizados, diálogos coletivos com partilhas de saberes, participantes extremamente engajadas. Foi um encontro muito satisfatório. As falas das participantes coadunando com as minhas observações no lócus. O grupo e privado do *WhatsApp* em constante movimento.

04/05/2021- Ocorreu o quarto círculo, tendo como tema gerador: Políticas públicas de saúde. Encontro recheado de diálogos e ideias que estão embasando a pesquisa, alcançou os resultados pretendidos. As participantes socializaram experiências vivenciadas no contexto. Houve momentos maravilhosos de descontração, e observei o empolgação e implicação das colaboradoras, proporcionando riquezas nas falas nos círculos bem como pelo *WhatsApp*.

18/05/2021 – Ocorreu quinto círculo, tendo como propósito iniciarmos a construção do Documento Referencial Educativo, porém antes de adentrarmos nos tópicos para a construção, dialogamos sobre o assunto: discriminação das pessoas com deficiência e outros assuntos relacionados ao contexto. As participantes continuaram muito empolgadas, participativas e muito solícitas, em absolutamente nenhum momento percebi desânimo do grupo. Diálogos aprofundados e muita colaboração quanto aos tópicos da construção do Documento Referencial. Grupo do *WhatsApp* e privado muito proveitoso, porém poucas participações pelo *e-mail*.

01/06/2021 – O VI círculo ocorreu conforme a pauta estabelecida, foi um encontro cheio de muitos questionamentos, partilhas, conhecimentos, aprendizados, etc. O final foi marcado por intensa emoção, chorei muito, pois me senti realizada, agradecida a **Deus**, por ter me proporcionado a oportunidade dessa conquista, agradei extremamente às participantes, pelo compartilhamento dos diversos momentos de aprendizado, reflexão, transformação.

As participantes estavam muito emocionadas, algumas compartilhando lágrimas comigo. Em nenhum momento em todos os círculos, percebi semblantes de falta de empolgação no grupo. Pelo contrário, o que ocorria, todas as semanas que antecedia aos encontros, algumas participantes me procuravam, tanto pessoalmente quanto no grupo de *WhatsApp*, se o encontro estava confirmado e que estavam contando os dias para chegar!

Isso é gratificante. Para mim, foi uma vitória! Agradei, também, a minha querida colega de mestrado, Fábila Alves, por ter participado de todos os encontros de forma pontual e precisa, nos agraciando com sua escuta sensível. Muito obrigada de coração!

Ao terminar a reunião, ainda muito emocionada, resolvi escrever uma reflexão sobre os seis (06) círculos focalizados, percebi que em vários momentos, situações, instâncias, deslocamentos, probabilidades, alcances, limitações, interseccionalidades, desejos, necessidades, construções, estava e estou me resignificando. Assim, implicada com o conhecimento epistêmico, humano, econômico, ético, social e político, contemplei a importância de ter experienciado e compartilhado os diversos e ricos diálogos que os círculos me proporcionaram.

Neste contexto de aprendizagem não poderia deixar de registrar o momento atípico que vivi e continuo vivendo com a Covid-19, como profissional da área de saúde trabalhando na linha de frente, e também pelo fato que me forçou de uma maneira inesperada, aligeirada e surpreendente a lidar com o medo e as incertezas que a pandemia trouxe. E com ela, tive que me reinventar, em espaços reinventados, em um cotidiano que me causou medo, estranheza, dores, perdas, angústias, adoecimentos e inseguranças, movido por não saber lidar com a situação e com o contexto de tentar equilibrar o desespero pelo qual os/as pacientes me procuravam.

Vivenciando toda essa situação difícil, tentei buscar forças para continuar, pois precisava realizar o campo, uma vez que entendia que a transformação que pretendo, para com os pacientes com o TEA, só conseguiria no exercício da coletividade, não conseguiria fazer sozinha e, assim, o grupo de profissionais da saúde que participou desta pesquisa foi delineando de forma engajada o processo de organização dos círculos, e no trato das partilhas dos seus saberes, constituídos de ideias, assumiram posições, questionamentos, reflexões, dúvidas que foram necessárias para a condução do processo.

Nessa caminhada, me atento que nada sou sem ou outro, pois o outro me constitui e me atravessa das mais variadas formas. E nessa constituição pela ação-reflexão-ação, vou me comprometendo com a transformação social que almejo, sempre buscando o conhecimento, sem abrir mão da dialogicidade e participação em processo de devir.

Diante do exposto, vou sendo afetada pelas várias realidades e experiências que me deparei ao longo do processo da pesquisa, lidando com as diferenças nas diferenças e as diversidades que me deslocam para um encontro com o outro, em uma instância ética que requer a presença da alteridade que evidencia essa relação. E nessa relação com o outro, me

assumo como ser inacabado, mas, sempre sedenta pela busca permanente de me construir e reconstruir, tornando-me protagonista da minha história e assumindo a responsabilidade da transformação social que redimensiona minhas ações. Assim como, não pode haver uma inseparabilidade da teoria e da prática, o mesmo ocorre com a avaliação, onde os processos qualitativos e quantitativos se relacionam para empreender e indicar esforços daqueles que se esmeraram numa construção pelo exercício da prática de uma responsabilidade social, a partir das experiências da pesquisa. Sinto-me, ainda, em fase de busca, movida pelo desejo incessante de aprender. **Obrigada meu Deus, por essa conquista!!!**

Diário de campo das participantes

Sou Bromélia – Significo resistência ... 🦵

Sou Cravo – Puro amor... Gratidão... 😊

Sou Crisântemo – Planta de tradição de cultivo milenar nos países asiáticos. Planta de dia curto, significa no grego “flor de ouro” ... 🌻

Sou Gardênia – Significo sinceridade ... 😊

Sou Girassol – Buscando motivos para ter alegria no meu dia a dia... 😊

Sou Lavanda – Significo paz e segurança... 😊

Sou Lírio - Não gosto de julgamentos e busco respeitar o direito de errar de cada um... 🌻

Sou Jasmim – Significo pureza, inocência e paz... 😊

Sou Rosa vermelha – Sou amor... ❤️

Sou Verbena: Sou emotiva e sensível... 🙌🙌🙌

Sou Violeta: Significo simplicidade, delicadeza e lealdade... 🌻

Em relação à análise dos dados da pesquisa, convém salientar que a realização dos seis (06) círculos focalizados, auxiliados pelos diários de campo e pela observação participante, atendeu ao requisito da pesquisa no lócus, ou seja, responder à questão norteadora, bem como, os objetivos geral e específicos. Sendo assim, apresenta-se no próximo tópico o cronograma destinado à construção do Documento Referencial Educativo, isto é, o produto resultante deste estudo investigativo, originado a partir da intervenção em campo.

3.2. Produtos

Os produtos resultantes do processo de investigação no lócus, neste caso, no CEO, coadunam o pressuposto da pesquisa-intervenção, na medida em que se buscou:

[...] potencializar processos de mudanças, fortalecer a autonomia dos sujeitos, a participação, a valorização de movimentos instituintes, os processos de subjetivação e atribuir significados e sentidos para as experiências [...]. O que significa dizer que, deve haver, tanto quanto possível, esforço para estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos, as quais favoreçam as possibilidades de diálogo, um permanente refazer-se que atinja a todos e, sobretudo, qualificação de espaços de encontros (MENDES; PEZATO; SACARDO, 2016, P. 1738).

Nesse sentido, faz-se oportuno salientar que através da pesquisa intervenção foi possível desenvolver, para o pós-campo, um Documento Referencial Educativo – direcionado às práticas de cuidado para pessoas com o TEA nos espaços de saúde do município –, ou seja, tendo como resultados esperados da imersão no lócus estudado. Convém salientar, ainda, que a elaboração deste documento contemplará as ações colaborativas de cada uma das participantes deste estudo, conforme já descrito nesta escrita. Sendo assim, apresenta-se a seguir o planejamento, isto é, o cronograma para a construção do citado referencial.

Quadro 43 – Cronograma de elaboração do Documento Referencial Educativo.

DATAS	AÇÕES	PASSOS
1. Fase de construção. Período: 05/2021 a 12/2021.	Fases de construção do Documento: Círculos focalizados – grupo da pesquisa; Pesquisadora.	Diálogos dos círculos; Reestruturação dos tópicos que foram iniciados nos círculos focalizados; Produção do texto; Revisão do texto.
2. Fase de análise das participantes. Período: 01/2022 a 02/2022.	Socialização para o grupo da pesquisa.	Enviar para o <i>e-mail</i> das participantes da pesquisa; Aguardar o retorno.
3.Fase de reelaboração. Período: 03/2022 a 04/2022.	Ajustes do Documento pela pesquisadora, diante das considerações do grupo.	Continuidade da Produção do texto.
4- Fase de avaliação. Período 05/2022 a 06/2022	Socialização para o grupo da pesquisa.	Círculo focalizado.
5- Fase de reelaboração. Período 06/2022 a 07/2022	Ajustes finais	Construção do Documento Referencial Educativo de Práticas de cuidados à saúde de pessoas com o TEA.
6-Fase final Período 08/2022	Finalização.	Entrega do Documento à Secretaria Municipal de Jacobina.

Fonte: Material elaborado pela pesquisadora. Julho/ 2021.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto até este momento, reitera-se que o propósito desta pesquisa foi a buscar a transformação/mudança no lócus estudado. Em outras palavras, desenvolver a participação e a parceria ativa entre as equipes multiprofissionais das ESF e do CEO, visando à formação de uma possível rede de cuidados, nesses espaços, para o atendimento de pessoas com o TEA, sendo assim, convém tecer algumas considerações oriundas da análise dos dados construídos durante a imersão no campo, através dos círculos focalizados, dos diários de campo e da observação participante.

A primeira consideração diz respeito ao desafio de se implantar práticas de cuidado no atendimento a pessoas com o TEA, nas instituições de baixa e média complexidade mantidas pela prefeitura municipal de Jacobina, haja vista a constatação da ausência de ações integralizadas entre os/as trabalhadores/as que atuam nessas equipes multiprofissionais, os/as quais, na maioria das vezes, desconhecem as práticas significativas de acolhimento, vínculo e responsabilização, ou seja, das ações essenciais para a produção do cuidado em saúde. As concepções de práticas de cuidado emergentes no campo tratou-se de cuidados pessoais, ou seja, práticas de cuidado atravessadas pelo sofrimento, como um peso, uma carga, para cuidadora - em geral a mãe - com quem, as participantes, se identificaram como cuidadoras que também são, pois vários dos relatos apontaram as vivências com pessoas com deficiência na família ou pessoas com necessidade de cuidados específicos, como idosos ou adoentados.

A segunda consideração refere-se à necessidade de reestruturação física destes espaços, assim como a reorientação e ressignificação do atendimento ao público com o TEA e cuidadoras a partir dos princípios e práticas previstas para esse público, como intersetorialidade, atenção integral e participação das pessoas com o TEA e cuidadoras na definição de políticas e práticas. Para tanto, as equipes multiprofissionais de saúde do município, no diálogo com profissionais, famílias e pessoas com o TEA, podem construir práticas coletivas fundadas na proposta de um serviço humanizado.

Uma outra consideração a ser tecida relaciona-se à consolidação dos objetivos específicos dessa pesquisa, quais sejam: *Identificar e registrar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos/as profissionais, nos centros colaborativos de saúde, no atendimento ao referido público* e *Mapear as equipes multiprofissionais de saúde, de baixa e média complexidade do município de Jacobina, que atuam na atenção às pessoas com o TEA*. Cabe

pontuar que o primeiro objetivo foi consolidado, pois segundo os dados construídos em campo, identificou-se a existência dessas práticas, todavia, realizadas de forma esporádica e isolada – por alguns raros profissionais.

Em relação ao segundo objetivo, este se desenvolveu tanto na análise documental quanto em campo, a partir dos círculos focalizados, haja vista os relatos das participantes acerca do funcionamento das equipes de baixa e média complexidade, os quais sinalizaram a precariedade no atendimento às pessoas com o TEA, ratificando a necessidade de se reavaliar as práticas de cuidado nesses serviços, e sinalizando identificação da necessidade de acolhimento às cuidadoras, emergência do campo que não estava prevista na pesquisa. Esta emergência, em parte, se correlaciona ao contexto pandêmico e a participação de mulheres na pesquisa, marcando o cuidado aumentado durante a pandemia da Covid-19, como um fator de sensibilização para atravessamento de questões de gênero nas políticas e práticas de cuidado, questão que ainda precisa ser tratada nas políticas públicas brasileiras.

No que tange a um dos resultados esperados da pesquisa, temos a ação pós-campo prevista para *Elaborar um plano de ação/diretrizes em parceria com as equipes multiprofissionais de saúde, para construção de um Documento Referencial Educativo, direcionado as práticas de cuidado para pessoas como o TEA nos espaços de saúde do município*, que se encontra em processo.

Quanto ao objetivo geral desta pesquisa, a saber: *Compreender como são realizadas as práticas de cuidado nos espaços multiprofissionais de saúde, assim como, os impactos dessas ações na vida de pessoas com o TEA no município de Jacobina-BA*, pôde-se observar nas narrativas do grupo participante que essas práticas de cuidado precisam ser avaliadas, ressignificadas e estruturadas de modo coletivo, ou seja, desenvolvidas em rede, visto que a ausência delas traz consequências negativas para as pessoas com o TEA, assim como, para suas cuidadoras. Para tanto, fez-se indispensável dialogar com os pares num processo mútuo de colaboração que resultasse na construção de um Documento Referencial Educativo para a orientação profissional na efetivação de práticas de cuidado para estes sujeitos, especialmente, nas instituições públicas municipais de Jacobina.

Convém ressaltar que o distanciamento social imposto pela pandemia provocada pela COVID-19, doença viral ainda em pleno curso no Brasil, além de provocar adoecimento mental e físico tanto da pesquisadora quanto das participantes – pois, como servidoras públicas da área da saúde todas continuaram desempenhando suas práticas profissionais nas ESF e CEO –, impactou, também, a realização da pesquisa em campo,

conforme já salientado, os círculos focalizados, inicialmente planejados para encontros presenciais, foram reestruturados para o formato *online*. Essa reestrutura, por sua vez, originou situações distintas. Uma delas, diz respeito às dificuldades enfrentadas por membros do grupo para acessarem as reuniões virtuais, embora tenham sido momentos esporádicos, devido às falhas técnicas de conexão com a internet. A outra, refere-se à eficácia desta reestrutura na superação do principal desafio para a realização dos círculos focalizados, neste caso, definir um dia e horário que atendesse às disponibilidades de tempo de cada participante, considerando as demandas profissionais e pessoais delas.

Nessa perspectiva, mesmo abalada emocionalmente devido às situações de incerteza, ansiedade e enlutada pela morte de tantas pessoas, inclusive entes queridos, fez-se necessário transpor as dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19 – ainda em curso no país – para que a metodologia fosse adaptada e a pesquisa transcorresse de forma articulada aos objetivos propostos. Dessa forma, tanto a metodologia adotada, quanto os dispositivos pautados na tríade: círculos focalizados, diários de campo e observação participante favoreceram a identificação de algumas lacunas nos serviços ofertados pela rede pública de saúde, sobretudo, no que tange ao atendimento às pessoas com o TEA e suas cuidadoras. Dentre essas lacunas, destaca-se a ausência de ações integralizadas entre as equipes multiprofissionais atuantes nas ESF e no CEO, pois ficou evidente a prevalência do modelo curativista em detrimento de práticas de cuidado direcionadas às pessoas com deficiência.

Diante das considerações tecidas, cumpre enfatizar a contribuição dos círculos focalizados como processo coletivo de ação-reflexão-ação desenvolvido pelo grupo participante, tendo em vista a problematização de questões acerca das demandas do público atendido nos espaços de assistência à saúde pública, sobretudo, as pessoas com o TEA e suas cuidadoras. Dizendo noutros termos, os círculos focalizados, inspirados nos círculos de cultura de Paulo Freire e nos grupos focais, mostraram-se poentes como dispositivo de pesquisa, não só na construção e análise dos dados ora descritos, mas, principalmente, como recurso na efetivação de práticas educativas de formação em serviço, as quais podem contribuir para as necessárias mudanças no atendimento desse público.

Cabe enfatizar, ainda, que dentre os desafios e limitações observados na imersão em campo, ficou evidente a necessidade de ampliar o debate com os/as profissionais da área da saúde sobre pautas da diversidade, principalmente, no que tange aos marcadores sociais que constituem as experiências de vida de pessoas com o TEA e suas cuidadoras.

Falando-se nas contribuições dos círculos focalizados, cabe destacar, ainda, os impactos desse dispositivo no processo autoformativo da pesquisadora, pois ao debruçar o olhar sobre a própria prática e as ações dos pares, fez-se indispensável uma análise mais criteriosa dos aspectos que implicam a oferta de um atendimento integralizado às pessoas com o TEA nos espaços municipais de assistência de Jacobina. Colocando em outras palavras, sair da zona de conforto, imergir noutras leituras e reflexões para compreender as percepções do grupo acerca dos entraves que dificultam o desenvolvimento de parcerias e/ou colaboração entre as equipes multiprofissionais nesses lócus.

A partir da comprovação de que o atendimento às pessoas com o TEA não é orientado por práticas de cuidado – fato já conhecido pela pesquisadora por meio das anamneses realizadas com os/as pacientes e seus/as cuidadores/as – ficou evidente a necessidade de ampliar o debate com os/as profissionais da área da saúde sobre pautas da diversidade, principalmente, em relação aos marcadores sociais presentes nas experiências de vida desse público e de suas famílias. Debate esse que, certamente, poderá ser contemplado no desdobramento desta pesquisa, caso haja mobilização e consenso do grupo participante em aprofundar as discussões sobre essa temática, pois buscar alternativas que amenizem as dificuldades de atendimento enfrentadas por pessoas com deficiência, especialmente as pessoas com o TEA, nos espaços públicos, mais do que assegurar um direito constitucional, trata-se de assumir o compromisso ético e engajado com a inclusão social delas e dos seus/as cuidadores/as.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. **Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional**. Lisboa: Universidade Aberta, 2011. 70 p. ISBN 978-989-97582-1-6.

ALMEIDA, N.M.S. **Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à Saúde: um estudo cartográfico**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2012.

AMARAL, L.D. **Comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem integral das necessidades da saúde bucal de autistas em São José do Rio Preto**. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13849>. Acesso em: jan. 2020.

AMARAL, L.D. **Necessidade de capacitação de cirurgiões dentistas da atenção básica em saúde para os cuidados em odontologia de pessoas com autismo**. 2018. 74 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/33058>. Acesso em: jan. 2020.

ARAÚJO, A. R. A. de. **O autismo e o cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma escuta dos profissionais**. 2018. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral. CE, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/34254>. Acesso em: jan. 2020.

ARAUJO, J.A.R.M. **O tratamento de reabilitação do transtorno do espectro do autismo na rede pública de saúde** - 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100007. Acesso em: jan. 2020.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001. Disponível em: AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>

BAHIA, **Lei nº 8.268, de 04 de julho de 2002**. Cria o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência e dá outras providências. Salvador. Casa Civil/Estado da Bahia [2002]. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-8268-de-04-de-julho-de-2002>. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BAHIA, **Lei nº 11.479, de 01 de julho de 2009**. Institui restrições à concessão e à manutenção de financiamentos e incentivos fiscais estaduais a empregadores que não adotem práticas de trabalho decente e não atendam à legislação que trata de cotas para pessoas portadoras de

deficiência e jovens aprendizes, e dá outras providências. Salvador. [2009]. Disponível em: <https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/817906/lei-11479-09>. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BAHIA, **Decreto nº 17.286, de 19 de dezembro de 2016**. Altera a composição do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - COEDE. Salvador. Casa Civil/Estado da Bahia [2016]. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos?categoria%5B0%5D=2&0=2&num=&ementa=&exp=&min=&max=&1=2&2=2&3=2&4=2&5=2&6=2&7=2&8=2&9=2&10=2&11=2&12=2&13=2&14=2&15=2&16=2&17=2&18=2&19=2&20=2&21=2&22=2&23=2&24=2&25=2&26=2&27=2&28=2&29=2&30=2&31=2&32=2&33=2&34=2&35=2&36=2&37=2&38=2&39=2&40=2&41=2&42=2&43=2&page=131>. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BAHIA, **Lei nº 10.553, de 23 de março de 2007**. Determina a obrigatoriedade do Governo do Estado da Bahia proporcionar tratamento especializado, educação e assistência específicas a todos os autistas do Estado, independentemente de idade. Salvador. Casa Civil/Estado da Bahia [2007]. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-8268-de-04-de-julho-de-2002>. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BAHIA, [Constituição (1947)]. **Constituição do Estado da Bahia de 1947**. Salvador, BA. Casa Civil/Estado da Bahia [1947]. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/constituicao-do-estado-da-bahia-de-02-de-agosto-de-1947>. Acesso em: 03 de jun. 2020.

BOSA, Cleonice. **Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2002, vol.15, n.1, pp.77-88. ISSN 1678-7153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100010>. Acesso em: 13 de jan. 2020.

BARROS, R.B; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa- intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRANDÃO, C.R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDAO, C, R.; STREK, D.R. **Pesquisa participante**: o saber da partilha. São Paulo. Ideias e Letras. 2006. Brasileira de Educação. V.11, n.33, set./dez. 2006.

BRASIL, [Constituição (1988)]. **Constituição da República do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Presidência da República. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp. Acesso em: 03 de jun. 2020.

BRASIL, **Portaria n.º 1.635, de 12 de setembro de 2002**. Brasília, DF. Câmara Legislativa do Distrito Federal [2002]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2D0BE860A8C0B087C426EE29E85A132E.node2?codteor=899587&filename=LegislacaoCitada+-PL+1813/2011. Acesso em: 03 de jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.032, de 05 de maio de 2010.** Inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 05 mai.2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012.** Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos centros de especialidades odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 13 jun.2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF. Presidência da República [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BRASIL, **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limite. Brasília, DF. Câmara Legislativa do Distrito Federal [2011]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7612-17-novembro-2011-611789-norma-pe.html>. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Ministério da Saúde, 24 abr.2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 04 de jun. 2020.

BRASIL, **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF. Câmara Legislativa do Distrito Federal [1999]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html>. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BRASIL, **Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014.** Regulamenta a Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF. Câmara Legislativa do Distrito Federal [2014]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2014/decreto-8368-2-dezembro-2014-779648-norma-pe.html>. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com deficiência). Brasília, DF. Presidência da República [2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BRASIL, **Lei nº. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF. Presidência da República [2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BRASIL, **Lei nº. 13.977, de 08 de janeiro de 2020**. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Brasília, DF. Presidência da República [2020].

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13977.htm. Acesso em: 05 de jun. 2020.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.8 n.2. Rio de Janeiro 2003.

CARVALHO, A. I. de.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82 p.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 53, n. especial, p. 143-147, dez. 2000.

CORREIA, M. da C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. Vol. 13 N.º 2 2º Semestre de 2009. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23968>. Acesso em: jun.2020.

DENZIN, N. K. Investigação Qualitativa Crítica. **Sociedade, contabilidade e Gestão**. v. 13, n. 1, jan/abr. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/view/14178>. Acesso em: jun. 2020.

DUARTE, C. P.; SCHWARTZMAN, J.S.; MATSUMOTO, M. S.; BRUNONI, D. Diagnóstico e intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo: relato de um caso. p. 46 -56. In: **Autismo: Vivências e Caminhos**. São Paulo: Blucher, 2016. ISBN: 9788580391329. DOI 10.5151/9788580391329-07.

ELIAS, P. E. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. **Lua Nova** [online]. 1997, n.40-41, pp.193-215. ISSN 0102-6445. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451997000200009>. Acesso em: jan. 2020.

FAERMAM, L. A. A Pesquisa Participante: Suas Contribuições no Âmbito das Ciências Sociais. **Revista Ciências Humanas**. UNITAU. Volume 7, número 1, p.41-56 jan-jun/2014. Taubaté-SP-Brasil.

FELDMAN, C. **Entre a clínica ampliada e a clínica especializada**: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial – 2017.193f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. RJ, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905713> Acesso em: jan. 2020.

FERIOTTI, M. de L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo** [online]. 2009, vol.6, n.2, pp. 179-190. ISSN 1806-2490.

FEUERWERKER, L. C. (org.). M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2014. 174 p.

FEUERWEKER, L. C.M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Olho Mágico**. Ano 5, n. 18, 1999.

FIETZ, H. M.; MELLO, A. G. de. A Multiplicidade do Cuidado na Experiência da Deficiência. *Revista Antropológicas*. Ano 22, 29(2):114-141, 2018.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005

FREITAS, D. F. C. L. de. **Relações de cuidado em processos terapêutico-educacionais junto a pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro do autismo**. 2016. 300 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. SP, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-21032017-104104/>. Acesso em: jan. 2020.

GADIA, C. A., TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Psiquiatria**. Vol. 80, Nº2 (supl 0), 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>. Acesso em: jan. 2020.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. In: Search of the best evidence en búsqueda de las mejores evidencias.

Rev. Esc. Enferm. USP 2003; 37(4):43-50.

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cfryP6YKfwDY8FgtCVgRN7d/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: jan. 2020.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004 maio-junho; 12(3): 549-56. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: jan. 2020.

GUDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro**: conquistas e desafios (Monografia de conclusão de curso). Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Centro de Educação Superior Norte do RS. Tio Hugo, RS, Brasil 2012.

GUTIERREZ, D.M. D; MINAYO, M.C.de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciências e saúde coletiva**. 1497-1508. 2007.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331- S336, 2004.

HEIDMANN; I.T.S.B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 26, n. 4, Epub. <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdf/HS9bS8fqwp5BTcPqL64L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: jan.2020.

HENZ, C. I.; FREITAS, L. M.; SILVEIRA, M. N. da. Círculos dialógicos investigativo-formativos: uma metodologia de pesquisa inspirada nos círculos de cultura freireanos. **Revista do Centro de Ciências da Educação**. v. 36, n.3 – p. 835-850, jul./set. 2018. Florianópolis.

LAMPREIA, C. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 08, n. 1, pp. 57-65, 2003.

LIMA, M.S de.; SOARES, B. G.O.; BACALTCHUK, J. Psiquiatria baseada em evidências. **Rev. Bras. Psiquiatria**. 2000 setembro; 22(3): 142- 146. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3at.pdf>. Acesso em: jan. 2020.

LIMA, P.M.D.S. **O autismo como deficiência**: impactos sobre o trabalho das equipes dos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil. 2017. 157 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. RJ, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905737?lang=fr>. Acesso em: jan. 2020.

LOUREIRO, C. F.B.; FRANCO, J. B. Aspectos teóricos e metodológicos do círculo de cultura: uma possibilidade pedagógica e dialógica em educação ambiental. **Ambiente & Educação**. vol. 17(1) |2012.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T.. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**. vol.1, nº 1, 1991.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L.C. S. **Educação em Saúde**. UMA-SUS/ UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Ano 2000.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília. Vol.63, n.2, mar./ abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200025>. Acesso em: 12 de jan 2020.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MATOS, E.; PIRES, D. de E. P.; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez. 2009.

MATUMOTO, Sílvia et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Dossiê. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004/fev. 2005.

MEDRADO B.; SPINK MJP; MÉLLO, RP. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas In: **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. SPINK, MJP; BRIGAGÃO, JIM; NASCIMENTO, VLV do; CORDEIRO, MP, (org.). – 1. ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

MELLO, M. B. C. de. O diário de bordo: criando uma linha de fuga sobre uma linha de montagem. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**. Nº 25: nov/2015 - abril/2016, p. 192-209.

MENDES, R.; PEZZATO, L.M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência e saúde coletiva*. Vol. 21. Número 6. 2016. 1737-1745.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: **Caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 12 de jan. de 2020.

MIELE, F. G.; AMATO, C. A. de la Higuera. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.** São Paulo , v. 16, n. 2, p. 89-102, dez. 2016 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072016000200011&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 23 jun. 2021.

MINAYO, M.C de S. (org.) DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MISSEL, A.; COSTA, C. C da.; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00055>. Acesso em 23 jun. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO. **13ª Conferência Nacional de Saúde**, out. de 2007.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. In: **The Lancet: Saúde no Brasil – maio 2011**. p.11-31. Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFGM, 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historiadas-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historiadas-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf).

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310392>. Acesso em: jan. 2020. percursos formativos. In: MIRANDA, T. G.; GALVÃO FILHO, T. A. O professor e a educação inclusiva: formação, práticas e lugares. Salvador: **EDUFBA**, 2012.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. Rio de Janeiro: s.n., 2011.

PERUZZO, C. M. K. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. **Época III**. Vol. XXIII. Número Especial III, Colima, primavera. 2017, 161-190. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5902964.pdf>. Acesso em abr.2020.

PESCE, L.; AREU, C. B. de M. Pesquisa qualitativa: considerações sobre as bases filosóficas e os princípios norteadores. **Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 19-29, jul./dez. 2013.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: **Uma pequena revisão**. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 01 de dez.2020.

PONOMAVENCO, R. **Trajetória familiar após o diagnóstico os direitos das pessoas com transtorno do espectro autista - TEA**. 131 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie. SP, 2017. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/3369>. Acesso em: jan. 2020.

PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF – 2012a;

POZZEBON, M.; PETRINI, M. de C. Critérios para Condução e Avaliação de Pesquisas Qualitativas de Natureza Crítico-Interpretativa. In: TAKAHASHI, A. R. W. **Pesquisa Qualitativa em Administração**: fundamentos, métodos e usos no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013. p.51-72. ISBN é 978-85-224-7712-8. Abr. 2013.

práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PRADO, M. L. do *et al.* Políticas públicas na formação em saúde: contribuição da enfermagem para superação das desigualdades regionais brasileiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E. C. de.; CECÍLIO, L. C. de O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela vida** (Especialização em Saúde da Família). São Paulo: UNIFESP. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em 06 de junho de 2020.

ROCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTEMED, 2003. Cap. 2. p.28-49.

ROSA, M. V. de F. P.do C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para a validação dos resultados. Autêntica Editora, Belo Horizonte, MG. 2006.

RUBINHO, S.A. **Autoestigma entre mães de crianças com transtorno do espectro autista**. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie. SP, 2015. Disponível em:

https://www.cadastro.anpepp.org.br/grupotrabalho/view?ID_GRUPO_TRABALHO=31
Acesso em: jan. 2020.

RUSSO, F. TOC e Autismo, compreenda a relação. **Revista Neuroconecta**. Disponível em: <https://neuroconecta.com.br/toc-e-autismo-compreenda-a-relacao/>. Acesso em 23 jun. 2021.

SACCOL, A.Z. Um retorno ao básico: Compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, vol. 2, núm. 2, maio-agosto, 2009, pp. 250-269 Universidade Federal de Santa Maria Santa Maria, Brasil. Rev. Adm. UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 250-269, maio/ago. 2009.

SANTOS, E; WEBER, A. Diários online, cibercultura e pesquisa-formação multirreferencial. In: Didática e Prática de Ensino na relação com a Escola. 2007 (ISBN: 978-85-7826-296-9). Disponível em: <http://www.uece.br/endipe2014/ebooks/livro1/205>.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1729-1736. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em: 01 de dez.2020.

SANTOS, R. K. dos.; VIEIRA, A. M. E. C da S. Transtorno do espectro do autismo (TEA): do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. **Revista Includere**. v. 3 n. 1 (2017). Disponível em: <http://periodicos.ufersa.edu.br/revistas/index.php/includere>. Acesso em 23 jun. 2021.

SILVA, C. L. da S. **Vida adulta e envelhecimento com TEA: tratamento, prognóstico e dificuldades segundo profissionais**. 2017. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Envelhecimento) Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP. 2017. Disponível em: https://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2017/405.pdf. Acesso em: jan. 2020.

SILVA, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, M. M. Concepções de práticas de cuidado na visão de homens. Florianópolis, 2013, abr-jun; 22(2), p. 389- 396. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/vz47xTfzRyKGF6fz4LDmZcJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso set. 2021.

SILVA JR., A. G.; MERHY.E.E.; CARVALHO, L. C. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 4 ed, 2007. p. 115-130.

SILVA, L. A.; SANTOS, J. N. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. **Revista de Ciências da Administração**, v. 14, n. 34, p. 155-168, 2012.

SILVA, L.S da. **Transtornos do espectro do autismo, estratégia saúde da família e tecnologias de cuidado na rede SUS**.2016.176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral. CE, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19884>. Acesso em: jan. 2020.

SILVA, M. J. *et al*. Acolhimento e atendimento a pessoas com deficiência na atenção básica: análise das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde. **Temas em saúde**.Vol. 17, nº 3. ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2017.

SILVA, R.B. P e. **Proposta de cuidado de enfermagem à criança autista**: contribuições da psicanálise. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313117>. Acesso em: jan. 2020.

SILVA, R. H. dos R.; GAMBOA, S. S. Análise epistemológica da pesquisa em educação especial: a construção de um instrumental de análise. Atos de pesquisa em educação. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação - FURB**. ISSN 1809-0354. v. 6, n. 2, p. 373-402, mai./ago. 2011.

SOUZA, W. da S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface** (Botucatu) [online]. 2008, vol.12, n.25, pp.327-338. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>.

SPEDO, S. M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS:** estudo de caso no município de São Paulo. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, 2009. 150 p.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C.F. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo-SP, v. 4, n.5, p. 140-158, ago. 2016.

VIANA, R. V. A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura. Dissertação apresentada como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Brasília 2004.

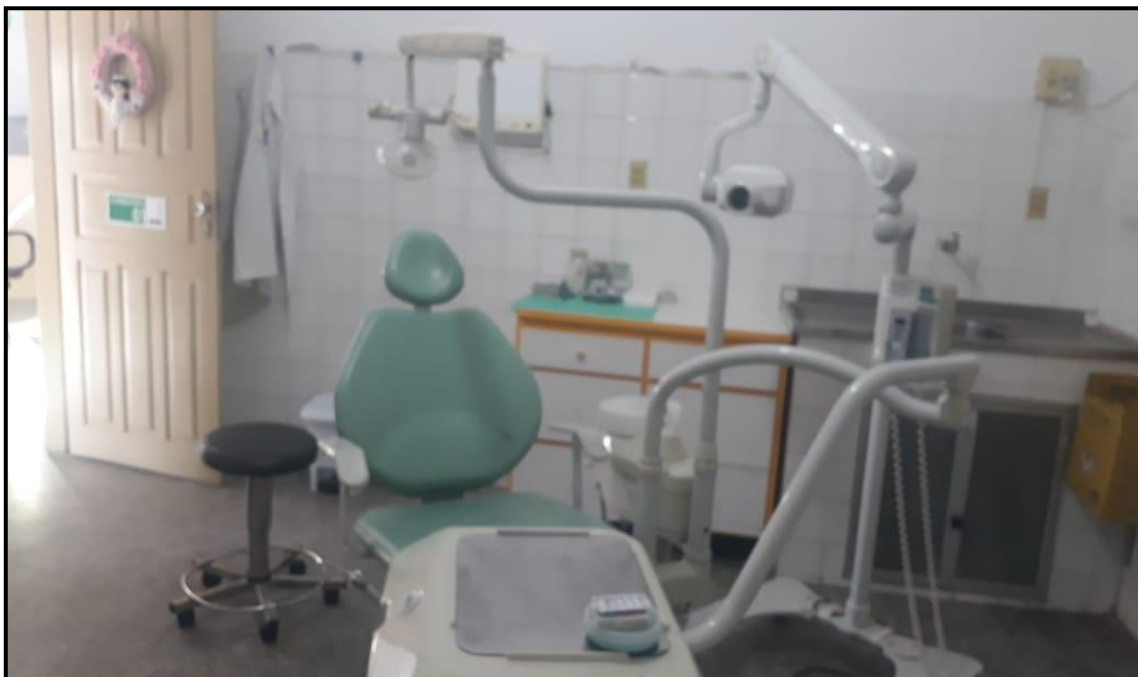
ANEXO – I

IMAGENS DO LÓCUS DA PESQUISA

Figura 01: Recepção do Centro de Especialidades Odontológicas de Jacobina-BA.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 03: Sala 02. Especialidades: Pessoas com deficiência e Odontopediatria.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 04: Sala 03. Especialidades: Cirurgia Oral Menor, Diagnóstico de Câncer Bucal e periodontia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 05: Sala 04. Especialidade: Prótese dentária.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

ANEXO – II

Figura 06: Estratégia de Saúde da Família, Bairro da Serrinha, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 07: Estratégia de Saúde da Família, Bairro da Catuaba, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/ 2020.

Figura 08: Estratégia de Saúde da Família, antiga Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/ 2020.

Figura 09: Estratégia de Saúde da Família, Bairro da Matriz, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 10: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Ladeira Vermelha, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 11: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Félix Tomaz, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 12: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Bananeira, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 13: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Jacobina-3, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 14: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Novo Amanhecer, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho/2020.

Figura 15: Estratégia de Saúde da Família, Bairro Caixa D'água, Jacobina-Bahia.



Fonte: Material produzido pela autora da pesquisa. Junho /2020.



ANEXO – III

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS CAMPUS IV – JACOBINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE – PPED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº466/12E 510/2016
 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do/a Participante: _____
 Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M ().
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: () _____ / () _____.

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Equipes Multiprofissionais de Saúde: práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Jacobina- BA.

2. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Denise Vasconcelos Moreira Marques (orientanda); Juliana Cristina Salvadori (orientadora).

Cargo/Função: Pesquisadora.

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **Equipes Multiprofissionais de Saúde: práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Jacobina – BA**, de responsabilidade da pesquisadora **Denise Vasconcelos Moreira Marques**, sob a orientação de Juliana Cristina Salvadori, docente da Universidade do Estado da Bahia. O **objetivo** deste estudo investigativo é compreender como são realizadas as práticas de cuidado nos espaços multiprofissionais de saúde, assim como, os impactos dessas ações na vida das pessoas com TEA no município de Jacobina.

Caso aceite, você participará da construção dos dados da pesquisa, que ocorrerá por meio dos seguintes dispositivos: análise documental, observação participante, círculos de cultura e registros em diário de campo. Ressaltamos que o texto final da pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora.

Estão previstos seis (06) Círculos de Cultura, com periodicidade quinzenal, sendo o primeiro Círculo, de natureza exploratória, programado para ocorrer no mês de abril de 2021. Cada Círculo terá duração de 2 a 3 horas e será estruturado a partir do que for demandado pela coletividade. As datas e horários dos Círculos serão definidos em comum acordo com os/as participantes de modo que não interfiram em suas rotinas.

No primeiro Círculo, você receberá um caderno que servirá de Diário de Campo para registro dos temas dialogados. Os aspectos levantados e registrados no Diário de Campo serão debatidos coletivamente, visando potencializar as experiências das equipes multiprofissionais no atendimento às pessoas com TEA.

Caso o coletivo manifeste interesse, será construído de um produto final colaborativo, ou seja, um Documento Referencial Educativo para a orientação profissional relativa às práticas de cuidado para pessoas com TEA.

Esta pesquisa trará ou poderá trazer **benefícios** para área de saúde e educação, bem como para os participantes, tais como:

- Divulgação dos resultados em meio acadêmico e científico, através de publicações (periódicos, livros, etc.) e/ou apresentações em eventos;
- Fomentar práticas de cuidado;
- Autoconhecimento;
- Re-significação da trajetória pessoal e profissional.

É nosso dever ético destacar que os participantes também podem enfrentar possíveis **riscos** (nível mínimo) durante a realização da pesquisa, tais como:

- Sentir-se constrangido/a ou desinteressado/a em falar de questões relacionadas aos temas geradores;
- Revisitar experiências traumáticas e induzir situações de catarse;
- Sentir cansaço no momento da participação enquanto sujeitos colaboradores da pesquisa;
- Recusar-se a explicar pontos de vista optando pelo silenciamento;
- Sentir-se vigiado/a em relação às suas práticas profissionais.

Reafirmamos que os riscos são mínimos, haja vista que o cuidado e zelo com as dimensões psíquicas, moral, intelectual, social, cultural dos participantes está como prioridade do trabalho. Para tanto, previmos as seguintes estratégias para **eliminar ou diminuir esses riscos**:

- Preservar anonimato dos participantes (que escolherão seus pseudônimos);
- Manter sigilo e confidencialidade sobre autoria dos temas e questões levantadas ao longo dos Círculos;
- Centrar ações para consolidação de diálogos propositivos e reflexivos para inclusão;
- Redirecionar o diálogo sempre que desencadear um gatilho emocional;
- Abordar os temas a partir de aspectos técnicos, enfocando a superação de barreiras e da exclusão;
- Destacar a agência dos/das participantes sobre a seleção dos temas geradores;
- Garantir aos participantes o veto de temas e subtemas que possam causar constrangimento e ativar gatilhos emocionais;
- Socializar diário de campo da pesquisadora e apresentar os resultados de pesquisa por meio de roda antes da submissão do texto final à banca;
- Garantir aos participantes que a qualquer momento **podem desistir de participar e retirar sua autorização para participação na pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e/ou com a instituição.**

Destacamos ainda que sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileiras, você tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa.

Quaisquer dúvidas que você tiver serão esclarecidas pela pesquisadora e você poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Como garantias, você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Além disso, disponibilizaremos a você e todos os participantes a **Cartilha dos Direitos dos participantes de pesquisa**, enviada em seu formato digital por meio de WhatsApp e apresentada junto com esse termo de consentimento.¹³

¹³ Disponibilizaremos em pdf mas segue também o link do Conselho Nacional de Pesquisa para acesso à Cartilha, aqui: <https://drive.google.com/file/d/1Wugz2p8-akiIN3Q1QnBD0f1nAJV1W-H5/view>.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Denise Vasconcelos Moreira marques

Endereço: Rua H, número 101. Bairro Inocoop.

Telefone: (74) 988186070. **E-mail:** denise.vmoreira@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB:

Endereço: Avenida engenheiro Oscar Pontes, s/n, antigo

prédio da Petrobrás, 2º andar, sala de 23, Água de meninos, Salvador-BA. CEP: 40460-120.

Telefone: 71 3312-3420 71 3312-5057 71 3312-3093, ramal 250, **E-mail:** cepuneb@uneb.br.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP:

Endereço: SRTV 701, Via W 5

Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte. CEP: 70719-040, Brasília-DF.

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

1. Após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa, Equipes Multiprofissionais de Saúde: práticas de cuidado para as pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Jacobina- BA, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário. Consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias, sendo uma destinada ao pesquisador e outra a via a mim.

Jacobina-BA, ____ de _____ de _____.

Assinatura do/a participante da pesquisa



Denise Vasconcelos Moreira Marques
(orientanda)

Juliana Cristina Salvadori
(orientadora)

ANEXO IV

REVISÃO SISTEMÁTICA

1- O AUTISMO E O COTIDIANO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS, ARAÚJO (2018)

Em seu trabalho, Ana Ramyres Andrade de Araújo propôs discutir a necessidade de haver uma consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir da escuta dos profissionais, buscar novas formas de intervenção. Nessa perspectiva, o trabalho objetivou compreender – por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com uma equipe no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – como se dá o cuidado da pessoa com TEA pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Adotando a abordagem qualitativa pautada no método de índice, influenciado pela Psicanálise, Araújo (2018) além das entrevistas semiestruturadas, também recorreu à pesquisa bibliográfica e à observação participante em dois Centros de Saúde da Família na cidade de Sobral – CE, para construir os dados de seu estudo. Dados estes que apontaram como resultados: 1) a necessidade de educação permanente para os profissionais da atenção básica, especialmente, no que diz respeito ao TEA e à saúde mental, fato sinalizado, sobretudo, pelas agentes comunitárias de saúde participantes da pesquisa; 2) a ausência de aprofundamento teórico sobre o TEA nos cursos superiores, o que gera estranheza pela atualidade do tema; 3) os profissionais precisam repensar suas práticas e interrogar o próprio SUS, com o intuito de reafirmá-lo, confrontá-lo, entender seus limites e pensar possibilidades de inovação.

Araújo (2018) conclui sua dissertação apontando uma lacuna que ainda permanece em aberto no meio acadêmico, ou seja, a problematização do TEA no contexto da Saúde Pública, principalmente, em relação às práticas de cuidado para com esses sujeitos, desenvolvidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família, bem como, noutras unidades de assistência.

2 - TRAJETÓRIA FAMILIAR APÓS O DIAGNÓSTICO E OS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA, PONOMAVENCO (2017)

A pesquisa de Ponomavenco (2017) objetivou mapear a trajetória do uso-fruto dos direitos por pais e/ou responsáveis de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA),

em relação aos serviços oferecidos pelas redes públicas de: saúde, educação, assistência social e transporte, após o diagnóstico. Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo e quantitativo, cujos participantes foram: responsáveis por indivíduos diagnosticados com TEA no laboratório TEA-MACK e cinco (05) grupos *on-line* de mães de autistas – na rede social *Facebook* – estes responderam um questionário eletrônico, denominado *Instrumento TEA-MACK sobre os Direitos das Pessoas com TEA*.

Quanto aos resultados deste estudo, a pesquisadora relata que 84% dos participantes da pesquisa eram mães; 51,03% das crianças com TEA estudam em escolas públicas e 44,82% são atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao nível de escolaridade das crianças com TEA, 47,02% estavam matriculadas na Educação Infantil, 33,25% em classes do Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) e 12,42% em turmas do Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano), além disso, 89,84% frequentam escola regular e 9,93% escola especial. Ponomavenco (2017) relata, ainda, que no ambiente escolar, 36,21% não recebiam qualquer tipo de apoio profissional, e para 42,36% não havia qualquer tipo de adaptação curricular.

Outros dados relevantes desta pesquisa referem-se às especialidades médicas mais procuradas pelos familiares de crianças com autismo, ou seja, Neurologia 30,32%, Fonoaudiologia 25,90% e Psicologia 17,57%. Já em relação aos direitos / benefícios, 24,21% dos respondentes citaram o passe especial, 22,36% afirmaram ser a inclusão escolar, enquanto que 20,51% disseram buscar o atendimento prioritário. Sendo, igualmente, relevante a constatação de que apenas 15,59% dos participantes, em algum momento, procuraram a Defensoria Pública e 11,90% recorreram a advogados particulares para garantirem os direitos da pessoa com TEA. Todavia, comprovou que 72,52% dos respondentes nunca acionaram o poder judiciário para este fim. Comprovando, ainda, que 87,69% dos responsáveis por pessoas autistas utilizam o *Google* como a principal fonte de informação sobre o TEA, outros 71,08% recorrem aos grupos de apoio no *Facebook*.

Ponomavenco (2017) conclui sua escrita ressaltando a importância da divulgação, nos meios de comunicação de massa, acerca dos direitos das pessoas com TEA. Direitos estes que devem ser conhecidos pela sociedade, especialmente, pelos cidadãos deles/as dependentes. Ressaltando, do mesmo modo, que se faz indispensável a problematização das especificidades de cada pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a exemplo do plano de ensino individualizado – PEI, para que esses indivíduos tenham a sua real necessidade atendida, pois não é apenas de transporte porta a porta, acompanhante especializado e/ou residência assistida que estas pessoas precisam.

3 - O AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA: IMPACTOS SOBRE O TRABALHO DAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL, LIMA (2017)

Segundo Lima (2017), o principal objetivo de sua pesquisa foi analisar os impactos clínico-assistenciais que a reconhecimento do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), como deficiência, tem gerado nos serviços que não trabalham com a lógica da deficiência, especificamente, nos Centros de Assistência Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Para alcançar tal propósito, o estudo ancorado na abordagem qualitativa e na metodologia do grupo focal, foi realizado com profissionais de três CAPSi da cidade do Rio de Janeiro-RJ. Em relação ao tratamento dos dados, o pesquisador adotou a análise temática, assim, chegou aos seguintes resultados, ou melhor, identificou alguns impactos no trabalho das equipes pesquisadas, sendo estes: 1) convocação a uma rediscussão da postura frente às demandas por laudos médicos; 2) aperfeiçoamento da intersetorialidade e territorialidade; 3) necessidade de divulgação mais clara dos princípios e diretrizes dos CAPSi, tanto para os pais, quanto para outros setores da assistência, como: escolas, serviços de saúde e assistência social.

Outros resultados apontados por Lima (2017) sinalizaram dissonâncias nos diferentes grupos participantes do estudo. Dentre estas, constam: A) divergências internas sobre a natureza do autismo; B) maior abertura a algumas técnicas protocolares de tratamento; C) engajamento na luta por certos direitos dos autistas; D) aceitação do autismo como “deficiência para fins legais”; e F) o autoquestionamento sobre o processo diagnóstico nos CAPSi. O autor aponta, igualmente, que o reconhecimento legal do TEA como deficiência, tem exigido do CAPSi o estabelecimento de parcerias com outros setores da rede assistencial (escolas, ESF, varas da infância, fóruns, etc.) com vistas à defesa da sua importância como centro de referência para estes casos.

Ao findar a escrita de sua dissertação, o referido pesquisador salienta que a legalização do TEA como deficiência expõe a necessidade dos profissionais da Saúde Coletiva promoverem pesquisas mais aprofundadas acerca da dinâmica entre a Saúde Mental e a reabilitação, bem como, sobre o papel do CAPSi no tratamento do TEA. Papel este que também é questionado pela autora desta RSL, haja vista o interesse em investigar como as equipes multiprofissionais de saúde de baixa (ESF) e média complexidade como é o caso do CAPS lidam com as práticas de cuidado das pessoas com TEA e familiares na rede municipal de Jacobina - Bahia.

4- O TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE, ARAUJO (2017)

O estudo realizado por Araujo (2017) pretendeu discutir, através da abordagem qualitativa pautada na pesquisa documental, as implicações que as diretrizes do Ministério da Saúde podem ter sobre o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Rede Pública de Saúde e caracterizar o tratamento do ponto de vista da reabilitação, no município de Campo Grande - MS. Para tanto, a pesquisadora debruçou o olhar sobre dois documentos publicados pelo Ministério da Saúde (2014 - 2015), que orientam a implantação das Políticas Públicas de Cuidado à pessoa com TEA, recorrendo, ainda, à pesquisa bibliográfica (revisão da literatura) com o intuito de analisar a eficácia dos tratamentos para reabilitação, sugeridos pelo MS, publicados no período de 2005 a 2016. Além disso, realizou entrevistas com 24 profissionais de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) no município de Campo Grande - MS, os quais atuam nas seguintes especialidades: Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Discorrendo sobre os resultados alcançados com sua pesquisa, Araujo (2017) destacou que as maiores ofertas de tratamento acontecem em: integração sensorial, comunicação alternativa e suplementar. Destacou, igualmente, que somente 25% dos entrevistados demonstraram conhecimento médio de ABA e TEACCH, além desse aspecto, apenas 50% dos participantes se consideram preparados para este tipo de atendimento, embora a grande maioria possua curso de Pós-Graduação no nível de Especialização, somente 4,1% detém a formação específica para atender pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Isso evidencia que a efetividade na implantação de Políticas Públicas, direcionadas ao atendimento de pessoas com TEA, requer a formação de profissionais aptos a lidar, ou melhor, desenvolver abordagens eficazes para auxiliar na qualidade de vida desses sujeitos.

Araujo (2017) finaliza a sua dissertação enfatizando, assim como outros pesquisadores, a necessidade de haver melhorias nas intervenções ofertadas pela Rede Pública de Assistência à Saúde, especialmente, nas instituições de atendimento às pessoas com TEA. Atrelado a isso, deve-se investir na qualificação dos profissionais atuantes nesta área, ou seja, disponibilizar recursos para a realização de pesquisas sobre o autismo e suas especificidades, a fim de garantir serviços mais eficientes a estes usuários.

5-TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA REDE SUS, SILVA (2016)

Trata-se de um estudo qualitativo pautado na Pesquisa Bibliográfica e Documental – produzido por Lucas Silveira da Silva – com o intuito de analisar os documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados na Rede SUS às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), para verificar a possibilidade de uma articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em relação ao tratamento dos dados, Silva (2016) recorreu à técnica da Análise de Discurso francesa, constatando a dicotomia existente entre os documentos *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* (BRASIL, 2013) e *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo/TEA* (BRASIL, 2014a). Isso, na visão do pesquisador, ocasiona o surgimento de problemáticas relativas à forma como as pessoas com o TEA estão sendo inseridas, ou não, nas políticas públicas de saúde, especificamente, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) através das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

No que tange aos resultados de sua pesquisa, o referido autor destaca a contradição do Ministério da Saúde em estabelecer uma definição concreta do TEA, sendo este ora definido como uma *mental disability*, ora como um transtorno mental. Fato este que, segundo Silva (2016), não só impacta os arranjos organizativos da Rede SUS, como também compromete o cuidado das pessoas com o TEA, pois passa a se configurar no eixo de uma pretensa reabilitação, dificultando a inserção destes sujeitos na RAS, além de inviabilizar a garantia de direitos no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Mental.

A pesquisa documental realizada por Silva (2016), além de contribuir teoricamente para o entendimento do TEA, ao tratar da complexidade para inseri-los nas políticas públicas, também favorece a compreensão acerca das problemáticas entorno das práticas de cuidado com a saúde das pessoas com o TEA nas redes públicas de assistência, sinalizando a escassez de publicações acadêmicas que vinculem a temática dos TEA à área da Saúde Pública. Sendo esta, portanto, uma das lacunas a ser sanada com a efetivação de outros estudos focados nesta questão, a exemplo da ação investigativa ora pretendida.

6 - AUTOESTIGMA ENTRE MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, RUBINHO (2015)

Nesta dissertação de mestrado, Stephanie A. Rubinho (2015) discorre sobre os resultados de sua pesquisa, ou seja, um estudo transversal exploratório descritivo de abordagem quantitativa, no qual objetivou descrever os níveis de autoestigma entre mães de crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA), na cidade de São Paulo. Para tanto, a pesquisadora utilizou como método de construção dos dados a aplicação de questionários estruturados, em 89 mães de crianças com diagnóstico de TEA.

Quanto aos resultados advindos da análise dos questionários a pesquisadora pontua que, de acordo com a escala de “Autoestigma entre cuidadores”, os aspectos mais recorrentes foram: a discriminação, a sobrecarga ao cuidar da criança e o isolamento social. Em contrapartida, ficaram menos evidentes: a diminuição da autoestima ou da relação interpessoal com o/a filho/a e a preocupação com a imagem social. Além desses aspectos, Rubinho (2015) constatou que o apoio do esposo/pai da criança ou de profissionais especializados, impacta positivamente no nível de autoestigma entre as mães entrevistadas. Constatou, igualmente, que os maiores níveis de autoestigma está entre as mães de crianças com pontuações mais elevadas na escala ABC, assim como entre as mães de crianças com menores níveis de QI, independente da classe socioeconômica dessas famílias.

A pesquisadora conclui o estudo sinalizando a necessidade de se realizar pesquisas e debates acerca do estigma que persiste na sociedade em relação tanto às pessoas com TEA, quanto aos seus cuidadores. Sinalizando, também, que sua pesquisa foi uma das primeiras tentativas de conceituar o autoestigma a partir da perspectiva das mães brasileiras de crianças com TEA, razão pela qual recomenda a produção de novos estudos, especialmente, focados na saúde de cuidadores/as e não, apenas, em suas percepções sobre os serviços que utilizam, haja vista que, no Brasil, a produção de conhecimento científico nesta área ainda é incipiente.

Diante do exposto, convém tecer algumas considerações acerca da escolha da produção acadêmica realizada por Rubinho (2015) para compor esta RSL. A primeira destas diz respeito à contribuição teórica para a compreensão do conceito do TEA, assim como, a familiarização com novas metodologias de pesquisa e instrumentos de construção de dados. A segunda refere-se à principal lacuna apontada pela citada pesquisadora, isto é, a escassez de ações investigativas atrelando autismo, Saúde Pública, família o que ratifica a relevância no desenvolvimento da proposta de estudo mencionada no início desta escrita.

7- PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA AUTISTA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE, PAIVA E SILVA (2015)

A pesquisa desenvolvida por Rebeca Bronzatto de Paiva e Silva, no ano de 2015, teve como finalidade propor aos profissionais da enfermagem a utilização do acompanhamento terapêutico (AT), à luz da psicanálise, como instrumento de assistência às crianças autistas, pois (segundo a literatura disponível sobre o tema) a maioria dos/as enfermeiros/as, que atuam com estes/as pacientes, demonstra desconhecimento teórico-prático na área da saúde mental.

No que concerne à metodologia adotada, Paiva e Silva (2015) descreve sua pesquisa como um estudo teórico fundamentado em artigos e livros que abordam a constituição da psique infantil, além dos seminários III e IV de Lacan. Consistindo, portanto, numa metassíntese com vistas à: decompor, comparar, integrar e transformar, por meio da síntese, os resultados de estudos qualitativos primários. Para isso, efetivou um estudo bibliográfico sobre *autismo infantil* – em bases de dados como: *Bireme, Scopus, Cinahl, Pubmed e Web of Science* – constatando a escassez de trabalhos acadêmicos relativos ao cuidado de enfermagem prestado às crianças com o TEA. Constatação esta que não só a motivou a investigar se os/as colegas de profissão dispunham de preparo teórico e prático neste tipo de assistência, como também, a identificar qual função/posição o/a enfermeiro/a tem assumido numa equipe multiprofissional que presta esse serviço.

Quanto aos resultados do seu estudo, a supracitada pesquisadora ressalta que ao recorrer à metassíntese fundamentada na metaetnografia, proposta por Noblit e Hare, pôde perceber semelhanças entre a função desempenhada pelo AT e a posição de agente terapêutico que o/a enfermeiro/a assume após a Reforma Psiquiátrica. Todavia, ainda existem falhas no embasamento teórico-prático dos/as enfermeiros/as para lidar com crianças autistas. Isso, segundo Paiva e Silva (2015), é um reflexo da formação generalista dos cursos na área da saúde, notadamente o de Enfermagem, cujos currículos, na maioria das vezes, não têm objetivado a preparação de profissionais polivalentes, isto é, não têm dado conta da capacitação de trabalhadores para atuar, de forma mais específica, no acompanhamento terapêutico de pacientes no âmbito da saúde mental.

Paiva e Silva (2015), na conclusão de seu estudo, pontua que muitos/as enfermeiros/as atuantes no atendimento às crianças com o TEA, principalmente em equipes de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem buscado qualificação profissional em cursos de formação direcionados à psicanálise, visando o exercício da função de agente

terapêutico na assistência a estes usuários. E, desta forma, poder colocar em prática propostas de intervenções, tais como:

- A implementação do acompanhamento terapêutico como possibilidade de intervenção para inserção do terceiro elemento, repertório simbólico, construção do laço social e aumento dos significantes para a criança;
- O reconhecimento da relação pais e filhos;
- A leitura dos acontecimentos do dia a dia: banho como lugar para leitura e cuidados corporais.

8- COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, AMARAL (2013)

O objetivo da presente dissertação foi descrever a abordagem e intervenção odontológica em estudantes/alunos que apresentam o TEA, assim como, a participação da família e dos profissionais de saúde bucal neste contexto. Através de questionários, revisão documental, exame clínico e anamnese, Amaral (2013) analisou as características epidemiológicas de 31 alunos da Escola Municipal do Autista: Maria Lúcia de Oliveira, em São José do Rio Preto – SP. Investigando, também, como estes profissionais e cuidadores/familiares atuam nos seguintes aspectos da abordagem odontológica: captação, condicionamento, diagnóstico, plano de tratamento, técnicas de contenção, princípios na atenção clínica e acompanhamento no próprio contexto social. Para tanto, a pesquisadora recorreu à literatura disponível na área de saúde a fim de identificar conceitos e características do autismo, assim como, diferentes formas de abordagem “biopsicosocial” sobre diagnósticos de saúde bucal em pessoas com o TEA.

Para a construção dos dados realizou-se a aplicação de questionários, anamnese, avaliação da saúde bucal dos participantes do estudo, além de entrevistas estruturadas com cuidadores/familiares, cirurgiões dentistas e outros profissionais envolvidos no acompanhamento da pessoa com o TEA. Com a análise dos dados, Amaral (2013) constatou que aproximadamente 1/3 da população examinada não apresentou nenhum tipo de alteração extrabucal, demonstrando também menor comprometimento mental e melhores condições de higiene pessoal. No entanto, com relação à mucosa bucal e periodonto 80,64% apresentaram uma ou mais lesões intra oral.

Refletindo sobre os resultados de seu estudo, a autora ressalta que embora a grande maioria dos autistas seja usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), as Unidades de Atenção Básica, assim como suas equipes, aparentemente, ainda não estão aptas a diagnosticar pacientes com o TEA. Além disso, quando se trata de problemas odontológicos 9.6% dos cuidadores/familiares relataram buscar atendimento em Postos de Saúde. Isso revela a necessidade de maior investimento, do poder público, tanto na estrutura física e tecnológica destas instituições, quanto na capacitação dos profissionais de saúde bucal. Revela, do mesmo modo, a importância de se investir, igualmente, na educação dos cuidadores/familiares desses sujeitos, ou seja, orientando-os e capacitando-os no cuidado com a higiene bucal dos seus dependentes a fim de assegurar-lhes saúde odontológica.

Amaral (2013) conclui sua dissertação de mestrado salientando a urgente e necessária realização de estudos mais aprofundados acerca das práticas de cuidado odontológico para esses pacientes, especialmente, no que diz respeito aos serviços prestados pela atenção básica de saúde do país. Pesquisas estas que propiciem, não só, o entendimento do processo de abordagem técnica, como também da comunicação profissional-paciente-família.

Como dito, anteriormente, a descrição analítica das publicações acadêmicas compiladas para a elaboração desta RSL seguiria a ordem de apresentação adotada nos **Quadros 08 e 09**. Sendo assim, nos tópicos abaixo foram tecidas as análises das teses elaboradas por: Freitas (2016); Feldman (2017) e Amaral (2018).

9- RELAÇÕES DE CUIDADO EM PROCESSOS TERAPÊUTICO-EDUCACIONAIS JUNTO A PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO, FREITAS (2016)

O psicólogo Djalma Francisco Costa Lisboa de Freitas discute, em sua tese de doutoramento produzida no ano de 2016, as relações de cuidado nos processos terapêutico-educacionais junto a pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para esse fim, embasou seu estudo investigativo nos pressupostos teórico-metodológicos do Construtivismo Semiótico-Cultural em Psicologia, objetivando analisar como tais construtores podem contribuir para a compreensão das dimensões do cuidado como processo terapêutico-educacional direcionado às pessoas com o TEA. Desse modo, a interpretação dos dados, coletados através do estudo de casos clínicos conduzidos no Centro Terapêutico-Educacional Potencializar/ CETEP, localizado em Jundiaí-SP, foi conduzida com a aplicação do método de trajetórias ascendentes e descendentes. Este, de acordo com Freitas (2016),

fez-se necessário por favorecer ao pesquisador transitar entre o Conhecimento Geral e o Particular.

Em relação aos resultados de sua pesquisa, o citado pesquisador tece considerações acerca da pessoa diagnosticada com o TEA, destacando que a mesma possui um aparelho orgânico-corporal com especificidades as quais podem impedi-la de fazer uso acurado de mecanismos de regulação sociogenéticos, além deste aspecto, autistas apresentam peculiaridades em seu desenvolvimento. Sendo assim, Freitas (2016) propõe alguns caminhos de postura ética e de intervenção Terapêutico-Educacional, dentre estas possibilidades constam: 1) O Cativar e o ser Cativado; 2) o Cultivar e o ser Cultivado; 3) Ser Ocupado e Ocupar e 4) Se abster e suspender-se. Entretanto, sinaliza que nesta intervenção, qualquer exagero, pode reverberar em sujeição e violência terapêutico-educacional.

Nas considerações finais de sua escrita, o referido psicólogo enfatiza a relevância do comprometimento profissional e ético na busca por uma metodologia que possa, de algum modo, proporcionar às pessoas com o TEA, cujas rotas de desenvolvimento diferem do que é convencionalmente denominado *típico e/ou normal*, novas experiências de vida, dessa forma auxiliando na qualidade de vida desses indivíduos.

10- ENTRE A CLÍNICA AMPLIADA E A CLÍNICA ESPECIALIZADA: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE OS CUIDADOS A AUTISTAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, FELDMAN (2017)

A psicóloga Clara Feldman, em sua tese de doutoramento, salienta que seu estudo investigativo se configura como uma pesquisa de campo pautada na etnografia, com o propósito de traçar um mapeamento consistente acerca dos entraves e também dos avanços concernentes ao processo de implementação da rede de cuidados na saúde mental, sobretudo, no que diz respeito ao atendimento de pacientes autistas no Centro de Assistência Psicossocial Infanto-Juvenil/CAPSi Maurício de Sousa, situado na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Para tanto, recorreu ao levantamento bibliográfico acerca do conceito de *pesquisador-nativo*, visando compreender as implicações de regressar, no papel de pesquisadora, ao lócus onde havia atuado profissionalmente por alguns anos.

Em relação à construção dos dados, Feldman (2017) descreve os seguintes instrumentos: observação participante (nas reuniões semanais e em grupos de estudo), registro escrito (notas de campo); análise documental (prontuários dos pacientes, atas de reuniões, cartilhas, projetos terapêuticos e materiais em VHS), além de entrevistas

semiestruturadas com a equipe multiprofissional do referido CAPSi. Dados estes que resultaram nas seguintes constatações: I) a dificuldade tanto do CAPS quanto do CAPSi em acolher e tratar pacientes com autismo; II) a necessidade de formação continuada em serviço para os/as profissionais para lidar com demandas específicas dos TEA; III) a permanência do desafio em encontrar respostas sobre como as pessoas com o TEA estão inseridas na saúde mental; IV) a urgência em refletir sobre as especificidades do autismo, principalmente entre as equipes multiprofissionais, visando a qualificação da assistência psicossocial.

A supracitada psicóloga conclui sua tese apontando, assim como a maioria dos/as pesquisadores/as elencados/as nesta RSL, que o TEA embora não seja uma temática inédita no meio acadêmico, devido à extensa literatura já publicada, ainda se configura como um relevante objeto de estudo, haja vista a necessidade de se investigar, dentre outros aspectos, as múltiplas interfaces da problemática entorno dos serviços de assistência psicossocial às pessoas autistas, disponibilizados pela rede pública de saúde.

11 - NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO DE CIRURGIÕES DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA OS CUIDADOS EM ODONTOLOGIA DE PESSOAS COM AUTISMO, AMARAL (2018)

Trata-se de uma tese de doutorado resultante do estudo promovido por Amaral (2018), com a participação de 58 Cirurgiões Dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Natal – RN, objetivando investigar: a satisfação profissional, participação em cursos, atuação nos serviços de atenção primária em saúde pública e a inclusão do atendimento odontológico a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para tanto, a pesquisadora recorreu à aplicação de um questionário denominado *Implantação da Sistematização de Atenção em Saúde Bucal de Pessoas com Autismo para Profissionais da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde*.

Quanto aos resultados do estudo, a referida pesquisadora destacou que, em relação à atuação dos profissionais na ESF e a realização de visitas domiciliares, 89,6% dos participantes responderam que realizam estas visitas: a pacientes com comprometimento motor, acamados, idosos e gestantes. Entretanto, a maioria destes dentistas informou não fazer atendimentos domiciliares aos pacientes: hipertensos, crianças em idade escolar, diabéticos, recém-nascidos, pacientes com comprometimento mental, dentre outros. Além desses aspectos, Amaral (2018) também constatou que muitos destes profissionais já participaram de cursos direcionados à capacitação para o atendimento de pacientes especiais,

razão pela qual 65,5% deles atendem pessoas com o TEA. Embora, 89,6% dos participantes da pesquisa tenham afirmado desconhecer documentos relativos às orientações de práticas clínicas para este público.

Ao término da sua escrita, Amaral (2018) ressalta a importância de haver maior oferta de formação profissional para os cirurgiões dentistas em serviço, especialmente, aqueles atuantes nas instituições públicas de assistência à saúde, tais como as unidades de ESF, considerando a diversidade dos usuários atendidos nestas unidades. Conclusão esta que ratifica a importância dos cursos de Mestrado Profissional – em particular do MPED ofertado pela UNEB/CAMPUS-IV – posto que os/as discentes são estimulados/as a produzirem pesquisas engajadas e aplicadas, abrangendo diversos objetos de estudos, a exemplo das *práticas de cuidado das pessoas com TEA*, desenvolvidas por *Equipes Multiprofissionais de Saúde no município de Jacobina – BA*.