

Anais I Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde



Journals
BAHIANA
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S471 Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde (1.: 2017: Salvador, BA)
Anais [recurso eletrônico] /I Seminário de Pesquisa Qualitativa em
Saúde, 17 e 18 de novembro em Salvador, BA – Salvador, BAHIANA,
2017.

Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia>

Inclui referências

1.Saúde coletiva. 2. Antropologia 3. Sociedade 4. Psicologia

I. Título

CDU: 614.2

I SEMINÁRIO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

CONSELHO CIENTÍFICO

MÔNICA DALTRO

Função: Presidente | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta
| Instituição: EBMSP

MARILDA CASTELAR

Função: Vice Presidente | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

AICIL FRANCO

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

MILENA PEREIRA PONDÉ

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

M^a THERESA COELHO

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: UFBA

FERNANDA CAMELIÊR

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: UNEB

JORGE LUIZ RIBEIRO

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: UFBA

LEDA LESSA

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

NICOLETA MATTOS

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Assistente | Instituição: UNEB

MILENA LISBOA

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

ISABELA QUEIROZ

Função: C. Científica | Titulação: Mestre | Vínculo: Assistente | Instituição: EBMSP

ANA APARECIDA MARTINELLE BRAGA

Função: C. Científica | Titulação: Mestre | Vínculo: Assistente | Instituição: EBMSP

CAROLINA VILA NOVA AGUIAR

Função: C. Científica | Titulação: Doutorado | Vínculo: Adjunta | Instituição: EBMSP

APRESENTAÇÃO

A sociedade contemporânea, em sua natureza complexa, reconhece a ciência, tecnologia e inovação como fatores que singularizam o desenvolvimento social e econômico de um país, de uma região. O que justifica a necessidade de identificar diferentes e concretas propostas de análise e produção do conhecimento. A comunicação científica tem o compromisso de atualização para dar sustentação aos avanços da ciência e por outro a de quem quer comunicar à comunidade os achados e resultados de pesquisas e/ou estudos dos diversos temas que envolvem a ciência. Os primeiros passos para a comunicação científica se dão através da publicação de seus resultados em periódicos, relatórios técnicos, livros, eventos científicos, entre outros recursos e a esses antecedem complexos processos de pesquisas.

Nos domínios da saúde as pesquisas atingem altos níveis de realização e produção e circulação de informação científica em âmbito nacional e internacional. A pesquisa qualitativa, historicamente associada ao campo das humanidades e das ciências sociais aplicadas, enfrenta o grande desafio de se fazer reconhecida em território onde as visões positivistas se colocam de forma hegemônica.

O I Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde (SPQ), organizado pelo Grupo de Pesquisa, Psico-

logia, Diversidade e Saúde com o apoio coletivo de outros três grupos de pesquisa de três importantes instituições de ensino superior na Bahia, a saber: Escola Bahiana de Medicina, Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual da Bahia e com o apoio da CAPES/CNPQ congregou pesquisadores, estudantes de pós-graduação e iniciação científica das áreas de psicologia, educação, medicina, saúde humana, tecnologias em saúde interessados em aprofundar os estudos sobre a pesquisa qualitativa. Seu objetivo de promoção e desenvolvimento de pesquisas de natureza compreensiva e interdisciplinar na área da saúde foi alcançado, constituindo o SPQ como um importante espaço de capacitação dos grupos de pesquisa envolvidos

O seminário contou com a participação do professor Egberto Turato (UNICAMP) e Daniel Goulart (UNICEUB). Os trabalhos apresentados, na forma de comunicação oral, nesta edição do Seminário de Pesquisa Qualitativa estão colocados nestes Anais no formato de resumo expandido. Ressalta-se que o conteúdo dos artigos e palestras são de inteira responsabilidade dos respectivos autores.

Desejamos boa leitura a todos e que os artigos aqui disponíveis possam contribuir para o crescimento da pesquisa qualitativa

SUMÁRIO

VIVÊNCIAS DE LAZER DE FAMÍLIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO.....	08
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O AUTISMO E SUAS PRÁTICAS.....	13
EXPERIÊNCIAS DE LUTO DE FAMILIARES DE PACIENTES EM FINAL DE VIDA.....	19
TECNOLOGIAS E ABORTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE SALVADOR.....	25
DIÁLOGOS ENTRE A ANTROPOLOGIA E A SAÚDE COLETIVA: ETNOGRAFIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE “SER IDOSO” NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	33
RECUSA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES.....	37
AUTISMO NA INFÂNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR.....	41
DIAGNOSTICANDO CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO EM CONTEXTO DE EDUCAÇÃO EMPREENDEDORA: ESTUDO DE CASO EM UMA EMPRESA JÚNIOR DA ÁREA HUMANAS/SOCIAIS.....	44
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA SOBRE O HIV.....	48
ATENÇÃO AO PARTO EM UMA MATERNIDADE DE SALVADOR: EXPERIÊNCIA DE PUÉRPERAS.....	52
SENTIDOS DO TRABALHO PARA AS PESSOAS INFECTADAS PELO HTLV-1.....	55
(IN) VISIBILIDADE DA IMPRENSA BRASILEIRA FRENTE AS DEMANDAS DE SAÚDE DA MULHER TRANSGENERA.....	61

VIVÊNCIAS DE LAZER DE FAMÍLIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

João Franco Lima¹, Milena Pereira Pondé²

¹Mestre em Lazer, Professor de Educação Física, Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSPP, joaolima@bahiana.edu.br.

²Médica, Doutora em Saúde Pública, Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSPP.

RESUMO | Lazer, além de ser considerado como necessidade e direito humano, tem se constituído uma categoria importante para compreensão de processos de saúde. E, fruir lazer está entre as maiores dificuldades de pessoas com TEA e de suas mães. Este texto apresenta a estratégia metodológica para um estudo qualitativo com objetivo de analisar as vivências de lazer de pessoas com TEA e de seus familiares. A metodologia para a realização desse estudo será baseada na história de vida, que pode ser construída por meio de documentos orais, escritos e outras fontes. Para este estudo, as fontes principais para a construção das histórias de vida serão a história oral de vida e história oral temática.

Palavras-chave: transtorno autístico, atividades de lazer, pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

Lazer, considerado como necessidade e direito humano (Brasil, 2017; United Nations, 2006), tem se constituído uma categoria importante para compreensão de processos de saúde que podem resultar em subsídios para políticas públicas e intervenção profissional em prol da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Lazer, compreendido como uma dimensão da cultura relacionada a vivência de caráter “desinteressado” no “tempo disponível”. Não se busca, pelo menos fundamentalmente, outra recompensa além da satisfação provocada pela situação. A “disponibilidade de tempo” significa possibilidade opção pela atividade prática ou contemplativa (Marcellino, 1987). É o conceito de lazer tomado nesse estudo, levando em conta também o entendimento dos sujeitos envolvidos para ser possível uma análise em termos do significado para essas pessoas, relação com as suas vidas e os contextos, bem como considerar atividades de lazer como parte de um contexto social e cultural mais amplo (Pondé, 2007; Pondé & Caroso, 2003).

O transtorno do espectro do autismo – TEA tem prevalência estimada de 1% da população, considerando os Estados Unidos e outros países (American Psychiatric Association, 2014).

Pessoas com TEA apresentam graus variados de dependência, podendo, em alguns casos, interferir na vida dos pais e na dinâmica familiar (Celestino, Pondé, Iriart, Machado Junior, & Serra, 2013). Fruir lazer está entre as maiores dificuldades de desempenho ocupacional de pessoas com TEA, e entre os fatores que implicam em altos níveis de estresse, baixa qualidade de vida e baixo desempenho ocupacional de suas mães, que enfrentam, dificuldade em procurar/ manter emprego, realizar atividades de lazer e interação social com outras pessoas (Estanieski & Guarany, 2015)

O apoio social e a identificação de uma rede de partilha de experiências e do sofrimento de seus filhos parecem minimizar os efeitos do isolamento nessas mães (Celestino et al., 2013) A compreensão das restrições impostas as essas mães e outros familiares às possibilidades de vivências de lazer

podem ser esclarecedoras e apontar caminhos para ampliação das redes sociais.

Um estudo com objetivo de analisar os processos dialógicos de adolescentes autistas, identificou lazer como uma das categorias importantes para elucidar suas experiências e o modo como eles significam o mundo e são significados pelos outros, permitindo elencar dificuldades vivenciadas por esses sujeitos e seus familiares (Bagarollo & Panhoca, 2011)

Em outro estudo foi revelado que os comportamentos da criança com TEA dificultam as atividades da família, principalmente as relacionadas ao lazer, mas as famílias tentam manter uma rotina de lazer mesmo com essas dificuldades, que são em relação à higienização, ao humor, à alimentação, dentre outras (Matsukura & Menecheli, 2011)

Uma investigação tendo como foco lazer e TEA, e como metodologia a história de vida, pode contribuir para a compreensão das vivências de lazer em pessoas com TEA, gerando que pode direcionar políticas públicas e intervenção profissional no sentido de favorecer o desenvolvimento a saúde e a melhoria da qualidade de vida dessa população.

OBJETIVOS

Analisar as vivências de lazer de pessoas com TEA e de seus familiares. Identificar o que é lazer, e compreender quais os fatores que facilitam e/ou dificultam a fruição de lazer dessas pessoas.

Critérios de inclusão

Pessoas com diagnóstico de TEA que frequentam as instituições de atendimento a esse público, seus familiares (de convívio diário) e informantes chave (profissionais que atuem diretamente no cuidado e/ou instrumentalização dessas pessoas) que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão

Familiares que não convivem com as pessoas com diagnóstico de TEA, familiares e profissionais que

desistam ou não tenham condições emocionais ou cognitivas para participar e por qualquer motivo que possa implicar em prejuízo dos envolvidos ou da pesquisa.

METODOLOGIA

Trata-se de Estudo qualitativo baseado em história de vida. A população de base são pacientes com TEA atendidos no Ambulatório Docente – Assistencial da Bahiana – ADAB na Clínica Avançada de Fisioterapia - CAFIS nos serviços de nataçã o e karatê adaptado, seus familiares e profissionais que atendem as crianças.

Para a pesquisa espera-se realizar entrevistas para construção de história de vida de seis pessoas responsáveis pelos indivíduos com TEA e entrevista semiestruturadas para os componentes das famílias dos participantes das entrevistas iniciais para história de vida (espera-se atingir doze pessoas), com as pessoas também responsáveis por indivíduos com TEA que não participaram das entrevistas iniciais (espera-se atingir doze pessoas), e com profissionais que atendem as crianças (espera-se atingir três pessoas).

É importante salientar que, na pesquisa qualitativa, não há determinação prévia do número de entrevistas que serão realizadas, o que irá determinar será o ponto de saturação (dos Santos & Santos, 2008)

MÉTODOS

A base metodológica para a realização desse estudo será a história de vida, que pode ser construída por meio de documentos orais, escritos e outras fontes. Uma boa história deixa vir à tona elementos sequer imaginados e surpreendendo o próprio narrador (Meneghel, 2007). Além disso, a história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa e busca conhecer as informações contidas na vida de uma ou de várias pessoas, possibilitando fornecer riqueza de detalhes sobre o tema estudado, por isto o emprego da análise temática permite apreender

os núcleos de sentido contidos nas entrevistas de história de vida (dos Santos & Santos, 2008).

A história de vida traz do entrevistado elementos de sua vida, ou de um período de sua vida do qual nos interessa um assunto em particular (Corrêa & Guiraud, 2009), no caso desse estudo lazer de pessoas com TEA e de seus familiares.

Embora seja empregada a análise temática, que possibilita apreender os núcleos de sentido relacionados ao tema contido nas entrevistas, construir as categorias, comparar aspectos particulares, comuns e divergentes, podem surgir outros temas capazes de enriquecer o estudo (dos Santos & Santos, 2008).

As fontes principais para a construção das histórias de vida serão a história oral de vida e história oral temática. A primeira se mostra essencialmente subjetiva e dependem da memória, dos ajeites, contornos, derivações e contradições naturais da fala. A segunda, devido a existência de um foco central, recorta e conduz a possíveis maiores objetividades (Meihy & Holanda, 2017).

É importante salientar que em uma conversação entre entrevistado e entrevistador, a comunicação passa por três canais simultâneos: a comunicação não verbal, a entonação da voz e as palavras (dos Santos & Santos, 2008), a palavra dita e gravada não existe como fenômeno ou ação isolada. Muito do que é verbalizado ou integrado à oralidade, como gesto, lágrima, riso, silêncio, pausas, interjeições ou mesmo as expressões faciais, pode integrar os discursos que devem ser trabalhados para dar dimensão física ao que foi expresso em uma entrevista além de história oral (Meihy & Holanda, 2017). Isto justifica a gravação de voz e imagem neste processo.

Para iniciar o estudo será realizado levantamento de quantas pessoas com TEA são atendidas nos serviços de nataçã o e karatê adaptado da CAFIS, seus nomes, datas de nascimento, se são atendidas em outros serviços, quem são os seus responsáveis e os contatos.

Serão selecionadas seis famílias para a realização das entrevistas com a pessoa responsável direta pelo

indivíduo com TEA de cada uma dessas famílias (as entrevistas serão realizadas com gravação de voz e de imagens em vídeos) para coletas de dados por meio da técnica de história oral de vida e história oral temática para construção das histórias de vida e direcionamento do foco para o tema do estudo.

As entrevistas para história oral de vida serão iniciadas com questões abertas, para isto serão solicitados aspectos relacionados à formação da família, dos fatores envolvendo o nascimento e o desenvolvimento dos indivíduos com TEA. Em etapa posterior, para história oral temática, serão introduzidas questões sobre o tema da pesquisa, como: o que é lazer para você? E sobre suas vivências de lazer em diversos momentos da sua vida e os fatores dificultadores e facilitadores de vivências de lazer. Outras questões poderão ser formuladas.

Após cada entrevista serão seguidos os seguintes passos: transcrição literal; leitura inicial; transcrição documental, leitura para ordenação dos relatos coletados, delimitação do tema desenvolvido nas narrativas para destacar os acontecimentos rememorados pelos entrevistados a partir dos interesses do estudo, construção das categorias, que a princípio são: Significado de Lazer, Dificultadores de Vivências de Lazer e Facilitadores de Vivências de Lazer e análise dos conteúdos que compõem as categorias. Outras fontes (documentais, iconográficas, entre outras) que forneçam dados sobre as histórias de vida dos envolvidos e que possam esclarecer as questões de pesquisa poderão ser utilizadas.

Os textos gerados a partir das entrevistas para história oral, que serão as transcrições literais e as transcrições documentais, passarão por conferência.

Após a construção das histórias de vida serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos das famílias cujas pessoas responsáveis pelos indivíduos com TEA participaram das entrevistas iniciais, com as pessoas também responsáveis por indivíduos com TEA que não participaram das entrevistas iniciais e com profissionais chave. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas seguindo roteiros pré-estabelecidos contendo as seguintes questões: o que é lazer para você? O que facilita suas vivências de lazer? O que dificulta suas vivências de lazer? E outras questões podem

ser introduzidas. Poderão ser envolvidas outras instituições e profissionais que atendam os sujeitos da população alvo.

As entrevistas semiestruturadas, que serão realizadas apenas com gravação de voz, passarão por transcrição para compor os dados para análise.

As entrevistas para história oral de vida e história oral temática serão realizadas em sala preparada para este fim, as entrevistas semiestruturadas poderão ocorrer na mesma sala ou em local de escolha do entrevistado. E no decorrer desse processo serão realizadas observações dos indivíduos nas instituições de tratamento e cuidado e espaços de lazer.

A análise será construída passo a passo – com análise temática das narrativas das histórias orais, dos conteúdos das entrevistas semiestruturadas e com reflexão, observação e interpretação dos dados coletados durante todo o processo – na elaboração de uma explicação lógica das trajetórias estudadas. Serão levadas em consideração as unidades de sentido, as inter-relações entre as unidades e entre as categorias nas quais elas se encontrarem reunidas.

ASPÉCTOS ÉTICOS

Este trabalho seguirá as orientações da Resolução Nº 466, da Resolução Nº 510, foi submetido ao CEP da EBMS.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bagarollo, M. F., & Panhoca, I. (2011). História de vida de adolescentes autistas : contribuições para a Fonoaudiologia e a Pediatria. *Rev Paul Pediatr*, 29(1), 100–107.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2017).
- Celestino, M. I. O., Pondé, M. P., Iriart, J. A. B., Machado Junior, S. B., & Serra, J. P. C. (2013). Perceptions meanings and practices of mothers of children

diagnosed with autism. *Brazilian Journal of Medicine Health*, 2(1), 165–168.

Corrêa, R., & Guiraud, L. (2009). Possibilidades e limites de histórias de vida por meio de depoimentos orais na história da formação de professores. *Rev. Diálogo Educ., Curitiba*, 9(28), 671–686.

dos Santos, I. M., & Santos, R. D. S. (2008). A etapa de análise no método historia de vida. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 714–719.

Estanieski, I. I., & Guarany, N. R. (2015). Qualidade de Vida, Estresse e Desempenho Ocupacional de Mães Cuidadoras de Crianças e Adolescentes Autistas. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 26(2), 194–200. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p194-200>

Marcellino, N. C. (1987). *Lazer e educação*. Campinas: Papius.

Matsukura, T. S., & Menecheli, L. A. (2011). Famílias de crianças autistas: demandas e expectativas referêntes ao cotidiano de cuidados e ao tratamento. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 137–152.

Meihy, J. C. S. B., & Holanda, F. (2017). *História oral: como fazer, como pensar*. (2, 5o reim ed.). São Paulo: Contexto.

Meneghel, S. N. (2007). Histórias De Vida -notas e reflexões de pesquisa Life Stories – research notes and reflections, 12(otoño), 115–129.

Pondé, M. P. (2007). *Lazer e saúde mental*. Salvador: Milena Pereira Pondé.

Pondé, M. P., & Caroso, C. (2003). LAZER COMO FATOR DE PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL. *Rev. Ciênc. Méd.*, 12(2), 163–172.

United Nations. (2006). Universal declaration of human rights, 1–8.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O AUTISMO E SUAS PRÁTICAS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MOTHERS ABOUT AUTISM AND ITS PRACTICES

REPRESENTACIONES SOCIALES DE MADRES SOBRE AUTISMO Y SUS PRÁCTICAS

Márcia Cristina Maciel de Aguiar¹, Milena Pereira Pondé²

¹Psiquiatra. Mestre em Ciências Sociais, UFBA. Doutoranda de Medicina e Saúde Humana, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia e Professora da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Pesquisadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo (LABIRINTO). E-mail: mcrisdeaguiar@yahoo.com.br.

²Psiquiatra. Pós-doutorado McGill University, Montreal. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo (LABIRINTO). E-mail: milenaponde@bahiana.edu.br.

Palavras-chaves: Autismo. Mães. Representações sociais.

INTRODUÇÃO

O Autismo infantil foi definido por Kanner em 1943, nominado distúrbio autístico do contato afetivo (Thamanaha, Persinoto e Chiari, 2008). No DSM-5 (2014), fala-se em transtorno do espectro autista (TEA). Déficits persistentes na comunicação social e interação social; padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; sintomas aparecem desde a infância e seguem prejudicando o funcionamento social, profissional ou outros definem o diagnóstico (DSM-5, 2014).

A definição biomédica do TEA não abarca todo o sentido sócio-cultural dessa condição. O sofrimento emocional deve ser compreendido a partir de uma abordagem polissêmica, que articule o indivíduo com as noções compartilhadas de sofrimento em um contexto social mais amplo (Darghouth, Pedersen and Bibeau, 2006).

Representação social (RS) é um sistema de valores, ideias e práticas com a função de

estabelecer uma ordem que possibilite as pessoas se orientarem em seu mundo material e social e controlá-lo, facilitando a comunicação entre os membros de uma comunidade (Moscovici, 2013). Todas as formas de crenças, ideologias, conhecimento, inclusive a ciência, são representações sociais, influenciam nosso comportamento, são transmitidas, produtos de elaborações e mudanças no decorrer do tempo, são repensadas, re-citadas, re-apresentadas (Moscovici, 2013).

Opondo-se à concepção médica, estudos antropológicos apontam que o conjunto de sinais e sintomas definidos pela psiquiatria como TEA pode não fazer sentido fora da medicina (Ochs, Kremer-Sadlik, Sirota and Solomon, 2004). Indivíduos com autismo reivindicam serem vistos como membros de grupos sociais que atuam mostrando as suas competências sociais e suas dificuldades, em relação às expectativas ordenadas social e culturalmente de comportamento (Ochs et al, 2004). O autismo é socialmente construído, residindo o “problema” na atitude da sociedade e não na pessoa com autismo (Bagatell, 2010).

OBJETIVO

Compreender as representações sociais de mães de adultos com transtorno do espectro autista sobre o autismo e conhecer suas práticas para lidar com esse problema.

MÉTODO

Estudo piloto, qualitativo de narrativa de histórias orais, realizado em 2014.2. Foram selecionadas três mães de adultos com TEA atendidos pela pesquisadora, psiquiatra. As integrantes da amostra foram informadas sobre o objetivo do estudo e aceitaram participar. Para preservar o sigilo, as narrativas serão citadas com as siglas I1, I2 e I3.

As entrevistas foram semiestruturadas, gravadas, digitadas de modo fidedigno, realizadas em sala reservada. Perguntou-se: O que é autismo? O que você pensa sobre o autismo? Como você lida com seu filho autista?

Foram identificadas as enunciações que remetiam às RS e às práticas. Trechos das narrativas foram agrupados em temas e categorias. A análise foi feita em dois níveis: o primeiro (Análise-Baseada-nas-Questões) correspondendo às respostas diretas às questões formuladas, o segundo (Análise-Baseada-nas-Narrativas) abarcou as digressões do informante em torno das questões formuladas pelo entrevistado (Pondé, Mendonça e Caroso, 2009). Por questões de espaço, a análise de segundo nível não aparece neste trabalho.

Partindo do termo autismo/autista foram identificadas as relações semânticas e suas formas. As falas foram separadas por domínios culturais e seus termos incluídos, seguida da análise taxonômica de cada domínio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A informante 1 tem 61 anos, solteira, bancária aposentada, parda, cursou até o 3o grau incompleto,

filho com 25 anos com TEA. A informante 2 tem 65 anos, casada, esteticista, parda, cursou até o 2o grau, filho com 33 anos, com TEA e déficit intelectual. A informante 3 tem 64 anos, casada, doméstica, parda, cursou até o 2o grau, filho com 24 anos com TEA.

Categorias de primeiro nível que emergiram das entrevistas: relação com o diagnóstico; RS sobre autismo/definições; como é o meu filho; sentimentos; preocupações; práticas; atitudes de familiares; atitudes da população em geral.

Relação com o diagnóstico

Sinais iniciais de TEA

Problemas motores

Com 06 meses ele era mole (I1). Não tinha coordenação motora (I2). Movimentava os bracinhos (I3).

Anormalidade

Não era normal, era estranho (I1). Não brincava normal (I2).

Retardo no desenvolvimento

Com 04 anos ele não falava (I2).

Isolamento social

Era desligado (I1). Fazia tudo sozinho, não interagia com crianças (I2). Ficava na escola num cantinho (I3).

Problema na escola

A escola mandava queixa (I1). A letra era um garrancho (I3).

Sinais posteriores de TEA

Dificuldade na interação social e comunicação

Repete as mesmas perguntas, não conversa normal (I2).

Comportamento alterado

Não faz nada sem questionar (I2). Não penteia o cabelo, não toma banho direito (I3). Só saía de bermuda escura, agora é estampada (I3).

Dependente da mãe

Tudo dele é comigo (I2). Quando eu estou em casa ele fica, se não, ele fica no ponto de ônibus até eu chegar (I3).

Os sinais iniciais e posteriores do TEA apontados pelas mães correspondem aos critérios do manual de diagnóstico médico (DSM-5, 2014).

Reação ao diagnóstico tardio

O diagnóstico em si

Os psiquiatras diziam que ele tinha um problema, mas não diziam o nome (I1).

As três mães identificaram problemas precoces em seus filhos, os levaram para avaliações por profissionais, contudo, o diagnóstico só aconteceu quando estes eram adultos. Favero-Nunes e Santos (2010), como no presente estudo, referiram a dificuldade em obter o diagnóstico. Braga e Ávila (2004) apontaram que os profissionais não tinham informações sobre o desenvolvimento infantil ou não as transmitiam adequadamente às mães.

Impacto do diagnóstico

Com o diagnóstico, me acalmei (I1). Eu não sei o que é melhor, se é retardo ou se é autismo (I2). Não me chocou pra eu ficar desesperada (I3).

O filho da I2 apresenta TEA e deficiência intelectual o que explica a sua fala. Para I1 e I3 saber do diagnóstico facilitou o enfrentamento da situação. Abbott, Bernard, and Forge (2012) referiram que muitos pais sentiram-se aliviados com o diagnóstico de autismo dos filhos, por explicar o problema dos mesmos.

Representações sociais sobre autismo/definições

Uma pessoa inteligente, que foge do mundo, anti-social (I1). Vive no mundo dele (I2). Crianças que vivem isoladas num canto (I3).

RS aparecem nestas falas, expressando idéias do senso comum. I2 e I3 não se interessaram em informar-se sobre o TEA ao saberem do diagnóstico, talvez por não existir, para elas, mais o que fazer. I1 buscou ler sobre o tema, procurando melhora para seu filho.

Como é o meu filho

Características positivas

Tem uma memória excelente, é inteligente, companheiro, bom caráter (I1). É quietinho, não abusa (I3).

Crenças ligadas ao fato de ter um filho autista

Foi um anjo que Deus botou na minha vida (I1). Se todos os jovens fossem autistas, nenhuma mãe tinha problema (I1). Busquei Deus pra superar esse problema (I2). Deus mandou pra ser bom, veio pra melhorar a minha vida (I3).

Comparando com situações piores

Tive um namorado que tinha um sobrinho especial que tirava dinheiro da mãe, quando vi aquilo, tô no céu (I1). O meu filho eu aceito, difícil é um filho psicopata, drogado (I1). Ele tem um problema, mas não é maluco (I3).

Minimizando o problema

Falta pouco pra ser normal (I1).

I1 aponta aspectos positivos do seu filho e os negativos projeta em outra pessoa; isto pode ser explicado por ter um sobrinho envolvido em delitos. Assim, para ela, antes um filho autista do que marginal. I1 costuma normalizar o seu filho como estratégia de enfrentamento, o que Gray (1994) observou. Enfretamento religioso, também apontado por Gray (1994), apareceu nas narrativas das três mães.

I1 lista os aspectos positivos do seu filho. I3 cita aspectos positivos, diz que seu filho tem um problema, mas não é maluco, o que sugere que, para ela, ser maluco é pior do que ser autista. I3 acha que o filho veio melhorar a sua vida, o seu marido mudou, tornou-se menos ciumento, deixou-a mais livre.

I2 não aponta aspectos positivos em seu filho que apresenta TEA e déficit cognitivo. Celestino, Pondé, Iriat, Machado Jr and Serra (2013) enfatizaram que mães de crianças autistas com sintomas leves tendem a serem mais otimistas e enfatizar aspectos positivos de seus filhos, as com crianças mais graves reforçam os sintomas incapacitantes de seus filhos.

Sentimentos

Positivos

Relativos ao filho

Orgulho da índole que ele tem (I1). Comovida com o desenvolvimento dele (I1). Nunca me incomodou, não sou revoltada (I3).

Atendem a uma necessidade materna

Meu filho me basta (I1). Acho que ele trouxe minha liberdade (I3).

Negativos

Próprios das mães

Vergonha, humilhação, frustração, no início eu só fazia chorar (I1). Quando descobri que não tinha cura, chorei muito (I2).

Dirigido a terceiros

Raiva das pessoas que diziam que ele era anormal (I1). As pessoas diziam que ele era maluco, eu ficava magoada (I3).

I1 diz orgulhar-se do seu filho, que ele lhe basta, apontou suas qualidades, disse que se todos os jovens fossem autistas, nenhuma mãe teria problemas. Entretanto, queixa de sofrimento, choro, vergonha, humilhação, raiva, expressando sentimentos ambivalentes relacionados ao filho.

I2 não refere sentimentos positivos. I3 não se revoltou ou se incomodou com o problema do filho, acha que ele trouxe sua liberdade, contudo, queixa de mágoa das pessoas que diziam que ele era maluco. Na representação da I3, “ele tem um problema, mas não é maluco”, ser maluco é pior do que ser autista, definir seu filho em oposição a ser maluco lhe conforta. Talvez o fato da I2 ter poucas informações sobre o autismo e de não buscá-las, funcionou como estratégia de enfrentamento.

Preocupações

Minha preocupação é chegar o dia do meu desencarne e ele ficar (I2). Quando ele não me achar, como vai ser? (I3). Eu gostaria que ele não dependesse tanto (I3).

I2 e I3 levantam preocupações sobre o futuro dos seus filhos após a sua morte, não confiam no cuidado de outros familiares. Favero e Santos (2005) apontaram a preocupação quanto ao futuro dos filhos e o questionamento sobre quem irá cuidar dos mesmos quando os pais não puderem mais. Com o filho criança os pais têm esperança de que ele venha a ter uma “vida quase normal”, entretanto, com o fracasso na recuperação, preocupam-se com onde ele residirá e quem cuidará dele quando os pais não tiverem esta condição (Gray, 2002).

Práticas

Relativas ao tratamento

Levo ele pra terapia, academia, tratamento espiritual, psicopedagoga, TO e psiquiatra (I1). Eu levei pro psiquiatra, escola, terapia (I2). A médica passou dois comprimidos, fiquei com medo, só dou um (I3).

Fazendo junto

Ele queria fazer inglês, eu fui junto (I1). Eu botei ele numa escola de noite e me matriculei também (I3).

Outras práticas de proteção

A escola dizia e eu não acreditava, mandava queixa, eu trocava de escola (I1). Com 14 anos ele não quis mais ficar, coloquei numa escola normal,

[...] eu não deixo ele sozinho, tenho que cuidar dele como criança (I2). Ele não pega ônibus cheio, eu fico esperando um ônibus vazio (I3). Eu trato ele normal, nunca escondi ele de ninguém (I3).

Observamos a prática de buscar múltiplas possibilidades de tratamento, mais intensa em I1. I3 alterou a medicação prescrita. I1 e I3 fazem junto, como proteção. As três trocaram seus filhos de escolas ao ocorrer algum problema. I3 parece aceitar melhor o problema de seu filho.

Atitudes de familiares

Positivas

A avó é ótima com ele (I1). O padrasto ligava do trabalho pra falar com ele quando ele tava chorando (I2). O pai nunca se queixou por ele ser assim (I3). Minha família não discrimina (I3).

Negativas

O pai não assumiu (I1). O pai não ligava pra ele (I2). A irmã não tem paciência (I3).

O pai do filho da I1 não assumiu a paternidade. O filho da I2 pensava que seu pai era seu padrasto, quando conheceu o seu verdadeiro pai, este não lhe deu atenção e a sua mãe resolveu afastá-los. O pai do filho da I3 reside com a mesma.

Atitudes da população em geral

Positivas

As pessoas diziam que ele era inteligente (I3). Dizem que ele é educado (I3).

Negativas

O que me machucava era o olhar das pessoas de desprezo, o preconceito é o que maltrata (I1). Colegas faziam ele de bobo (I2). Tinha um menino que batia nele, pegava a merenda (I3). Tem pessoas que dizem que ele é mongol, maluco (I3).

Nas entrevistas houve um predomínio de atitudes negativas da população que denotam preconceito, discriminação e estigma. Como encontrado em

Gray (2002), os pais geralmente vivenciam graves problemas de socialização e rejeição social, entretanto, com o passar do tempo, parecem se tornar menos sensíveis ao estigma de estranhos.

CONCLUSÕES

Observou-se a complexidade do objeto deste estudo o que corrobora a importância da pesquisa posterior que seguiu-se a este piloto. A presença de co-morbidade parece influenciar negativamente nas representações sobre o filho com TEA, achado que indica uma linha de pesquisa sobre a gravidade dos sintomas de TEA interferindo nas representações e práticas de mães neste campo.

REFERÊNCIAS

- Abbott, M., Bernard, P. and Forge, J. (2012). Communicating a diagnosis of Autism Spectrum Disorder - a qualitative study of parents' experiences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18 (3) 370 –382.
- Bagatell, N. (2010). From cure to community: transforming notions of autism. *Ethos*, 38 (1), 33–55.
- Braga, M. R., Ávila, L. A. (2004). Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. *Rev Latino-am Enfermagem*, novembro-dezembro; 12 (6):884-9.
- Celestino, M. I. O., Pondé, M. P., Iriat, J. A. B., Machado Jr, S. B. and Serra, J. P. C. (2013). Perceptions, Meanings and Practices of Mothers of Children Diagnosed with Autism. *Brazilian Journal of Medicine Health*, Ago 2(1): 165-168.
- Darghouth, S., Pedersen, D. and Bibeau, G. (2006). Painful languages of the body: experiences of headache among women in two Peruvian communities. *Cult Med Psychiatry*, Sep; 30 (3):271-97.
- DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (2014). American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Favero, M. A. B. e Santos, M. A. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), pp. 358-369.
- Favero-Nunes, M. A. e Santos, M.A. (2010). Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com

Transtorno Autístico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 208-221.

Gray, D. E. (1994). Coping with autism: stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness*, vol. 16. No 3.

Gray, D. E. (2002). Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, vol. 27, no.3, pp.215-222.

Moscovici, S. (2013). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ochs, E., Kremer-Sadlik, T., Sirota, K. G. and Solomon, O. (2004). Autism and the social world: an anthropological perspective. *Discourse Studies*, 6 (2), 147-183.

Pondé, M. P., Mendonça, M. S. S. e Caroso, C. (2009). Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.16, n.1, p.129-143, jan-mar.

Tamanaha, A.C., Perssinoto, J. e Chiari, B.M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista Soc. Bras. Fonoaudiol*, 13 (3): 296-9.

EXPERIÊNCIAS DE LUTO DE FAMILIARES DE PACIENTES EM FINAL DE VIDA

Suzane Bandeira¹, Mônica Daltro²

^{1,2}Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo é uma área que vem dar suporte aos pacientes e familiares no momento de agravamento da doença e terminalidade. A família tem dificuldades em lidar com tantas mudanças e despedidas, porém o longo convívio com a doença pode gerar um luto antecipatório. Ter uma equipe de saúde próxima pode favorecer no enfrentamento dessa experiência (Franco, 2008).

O luto antecipatório é, segundo Fonseca (2004) um período de adaptação antes da morte propriamente dita onde as reações são parecidas com as do luto e tendem a preparar esse familiar para o luto pós morte. Já Bromberg (1995) refere que para algumas famílias essa não é uma fase de preparação e sim de ilusão onde existe muita dificuldade em aceitar a realidade da morte presente.

Segundo Bowlby (2004) o ser humano tende a lidar com a perda da mesma forma que aprendeu a se vincular. Ele traz que existem condições que afetam o curso do luto e são elas: a identidade e o papel da pessoa perdida, a idade e o sexo da pessoa

enlutada, as causas e circunstâncias da perda e as circunstâncias sociais e psicológicas que afetam o enlutado. Parkes (1998) que deu seguimento aos estudos de Bowlby sobre a perda descreve as fases pelas quais passam os enlutados: entorpecimento, anseio e protesto, desespero e recuperação e restituição. Já Stroebe e Schut (1999) teorizam sobre a compreensão do modelo dual do luto onde o enlutado oscila entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração.

Franco (2002) traz que a equipe se torna crucial junto a família nesse momento de passagem. Na atualidade muitos estudos e pesquisas tem sido realizados com o tema da humanização que ajuda no entendimento da proposta dos cuidados paliativos. Deslandes (2004) fala nas práticas humanizado-ras no contexto de saúde divididas em quatro dimensões:

Ideológica: que diz respeito ao valor da vida humana, a insubstituíbilidade e a integralidade.

Interações entre cuidadores e pacientes: A liberdade de ação, o status de igualdade e o compartilhamento das tomadas de decisões.

Psicológica: que seriam os aspectos de empatia, afeto, acolhimento e a importância do diálogo.

Profissional: o cuidado ao profissional de saúde.

Deslandes (2004) conceitua humanização como a “Forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes”(p.8).

OBJETIVO

O presente estudo pretende compreender a experiência de luto antecipatório de familiares de pacientes em fase final de vida.

Contextualização do estudo

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)

Inicialmente com o nome de PAD (Programa de Atendimento Domiciliar) teve seu início em 1997 e posteriormente passou a ser chamado de serviço. O SAD tem como objetivo geral “prestar cuidados paliativos ao paciente terminal de câncer e família, através de equipe interdisciplinar, buscando soluções alternativas que reduzam o sofrimento e proporcionem uma morte digna a esses pacientes” (Protocolo SAD, 1997).

Segundo o ministério da saúde (Brasil, 1995, p.140) o paciente oncológico terminal é definido como: “aquele com alterações fisiopatológicas acentuadas, de decurso progressivo e com localização metastática em órgão de grande nobreza fisiológica, não permitindo sobrevida útil e prevendo-se morte iminente”. Ou seja, pressupõe-se a presença da enfermidade avançada e incurável, a não res-posta a tratamento específico e a presença de sintomas intensos, caracterizando uma falência global do organismo.

O SAD, no seu processo de montagem, teve a vantagem de reunir sua equipe semanalmente (antes de iniciar as visitas domiciliares) e discutir temas

relevantes relacionados ao exercício profissional dos cuidados paliativos, tais como: morte, vida, eutanásia, distanásia, famílias, formas de conduta, etc. Essas reuniões possibilitaram um afinamento da equipe bem como a construção de um modelo de trabalho.

Segundo Emanuel e Emanuel (1992) existem três tipos de relação que se estabelece com o paciente: paternalista, informativo e comunicacional. Como o paciente que chega para o SAD já passou por várias etapas anteriores no seu processo de adoecimento e, neste momento, se encontra sobre os cuidados da família, logo se descarta o modelo paternalista (aquele em que o profissional abarca o paciente, reforçando a passividade do mesmo). O SAD trilhou entre o modelo informativo (no início havia uma atitude mais informativa por parte da equipe, que tinha uma preocupação em que todas as informações fossem captadas para serem seguidas) e o modelo comunicacional (o foco é na comunicação, no diálogo e não somente na informação).

O modelo comunicacional se adequa aos princípios da humanização. Segundo DESLANDES (2006, p.26) “humanização significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações”. Através da comunicação funcional e do diálogo pode-se valorizar o paciente terminal e sua família. A equipe do SAD construiu e vem aperfeiçoando um modelo comunicacional não só com o paciente e sua família, mas também entre os membros da própria equipe, facilitando o trabalho que nem sempre é fácil ou prazeroso.

Os objetivos específicos deste programa são: reintegrar o paciente ao ambiente familiar; oferecer suporte material quando o paciente não pode comprar; constatação de óbito em domicílio e atestado de óbito para pacientes acompanhados pelo SAD, quando em horário de visitas domiciliares; orientar a família para prevenção do câncer e orientar a família sobre a prestação de cuidados, oferecendo apoio na doença e no luto.

Além da visita domiciliar, o SAD também oferece uma reunião semanal para esses familiares que estão com seus pacientes em casa. Nessa reunião ocorre a discussão de temas específicos, como a prevenção do câncer, orientações sobre os cuidados

ao paciente, orientações acerca da morte em casa e também ocorre a troca de experiência entre os familiares e o compartilhamento das dificuldades.

Por meio do trabalho de montagem do SAD muito foi discutido acerca da dimensão ideológica. A dimensão das interações entre cuidadores e paciente, como já foi dito, vem sendo construída e aperfeiçoada a cada interação e não perdendo o foco de que a família também é um cuidador. A dimensão psicológica é contemplada por meio do modelo comunicacional, antes referido, onde se pode perceber a singularidade de cada família atendida e exercer o diálogo com essa singularidade. A dimensão profissional, apesar de não haver um programa específico para o cuidador, o próprio trabalho em uma equipe que funciona, com abertura para o diálogo e a expressão do sentimento, já facilita um cuidado com o outro (o colega de trabalho) e consigo próprio.

MÉTODO

Desenho de estudo

A pesquisa refere-se a um estudo exploratório de orientação qualitativa pois o próprio tema, experiências de luto, faz parte do universo de significações, sentimentos, valores, crenças e atitudes humanas.

População

Os onze familiares deste primeiro Grupo Focal foram localizados no serviço de atendimento domiciliar da instituição, todos concordaram em assinar o TCLE.

Instrumento

O método usado foi o grupo focal. O grupo focal diz respeito a uma estratégia na qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo e observar as interações características do processo grupal. Objetiva conhecer sentimentos, informações, experiências de grupos pequenos acerca de determinado tema. Não se trata de entrevistar indivíduos em um mesmo espaço físico

e sim capturar a interação entre os participantes sobre o assunto pesquisado (Kind,2004).

Coleta de dados

Foram realizados três grupos focais cujos familiares estavam ou estiveram com o paciente no domicílio e sendo acompanhados pelo serviço de atendimento domiciliar. Esses três grupos focais foram subdivididos da seguinte forma:

- A) 11 familiares cujos pacientes estavam vivos no momento do grupo (G1-SAD).
- B) 5 familiares de pacientes que tinham de 06 meses a um ano de falecidos (G2-SAD).
- C) 7 familiares de pacientes que tinham de 02 a 05 anos de falecidos (G3-SAD).

Obs: foram convocados 12 familiares para cada grupo, porém o número de participantes que faltaram em cada grupo parece refletir o grau de dificuldade pelo tempo da morte. Os familiares que mais faltaram foram os do G2- SAD, que tinham de 06 meses a 1 ano da perda.

O G1-SAD, cujos pacientes ainda estavam vivos e em processo de terminalidade teve uma maior participação até porque os familiares vieram para a reunião da família, espaço para tirar dúvidas e compartilhar experiências. Esse G1-SAD foi realizado anterior a essa reunião.

Até o momento apenas esse grupo (G1-SAD) foi analisado e será o foco deste estudo. Esse Grupo que esta sendo denominado como o Grupo de luto antecipatório contou com 11 familiares, teve uma duração de uma hora e cinquenta minutos e foi realizado no Serviço de Psicologia da Instituição (sala de grupos). Além dos familiares e da pesquisadora também estava presente uma colaboradora (residente de psicologia da instituição). Os grupos focais foram gravados e posteriormente transcritos. A gravação do material foi realizada por meio de dois celulares que dispunham de recursos para a gravação: o da pesquisadora e o da colaborado. Além disso, a colaboradora anotou aspectos da expressão não verbal dos participantes.

Questões Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com o número de CAAE: 67005117.2.0000.0050.

ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados utilizou-se da análise do conteúdo feita pelo Método de Interpretação de Sentidos proposto por Minayo e Gomes em 2012. Por meio desse método foi feita a Categorização, Inferência, Descrição e Interpretação. Foram então, identificadas categorias temáticas sobre as principais experiências desses familiares. A construção de categorias empíricas relacionadas à proximidade da morte a partir dos relatos obtidos em campo pôde fornecer elementos classificatórios para a análise dos depoimentos sobre o processo de luto no grupo de familiares pesquisados, o que determinou a vocação exploratória da pesquisa.

RESULTADOS

O trabalho encontra-se em processo de análise. A análise preliminar dos resultados indicou cinco categorias temáticas referentes a características principais da experiências desses familiares relacionadas à proximidade da morte. Foram elas: Impacto da noção de finitude (sentimentos de choque e aturdimento ao perceberem a proximidade da morte dos seus parentes. Ex: ‘... é uma luta muito grande, muito difícil você saber que vai perder uma mãe com 57 anos, é complicado...’ R, filho), A morte anunciada e em casa (Como se dá esse acompanhamento da terminalidade em casa, ex: “... eu falei com a minha patroa que eu ia sair e acabou e eu larguei tudo lá e vim porque meu coração tava nela, aí eu trabalhava mas eu não tava ali, eu tava em casa aí eu preferi sair de vez e eu tô com ela, eu conversando com ela, eu achava que tava perdendo meu tempo lá e o tempo tava passando e eu tava perdendo, entendeu? Eu sai e vim ficar mais tempo com ela. Pra ficar mais inteira né? Conversando com ela...” J, filha), Principais desafios (as principais dificuldades trazidas pelos familiares diante da

morte. Ex: “...mais complicado ainda é você estar ali naquela situação de pré-luto cuidando de uma pessoa que você sabe que a qualquer momento ela não vai estar ali com você, então isso é difícil...” A, nora), O cuidar do outro x o auto-cuidado (ex: “..Só quando eu tenho oportunidade, quando minha avó vai pra lá, quando minha tia tá lá, pra poder sair, pra dar uma distraída, mas é isso...” A, filha.) e A expressão do luto antecipatório (contato dos familiares com a realidade e proximidade da morte. Ex: O sofrimento dela tá muito grande, tá cheia de escara, tá toda ferida, o sofrimento dela, eu tô pedindo a Deus que leve logo...” J, filha).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar, nesta etapa do estudo, que fazer parte de um Serviço de atendimento domiciliar (SAD) foi um fator facilitador para esses familiares diante da proximidade da morte dos seus parentes pois o conjunto de práticas de suporte ao paciente com câncer, no final da vida, e sua família ofertado pelo SAD gerou uma experiência promotora do luto antecipatório, o que, segundo as teorias adotadas, pode se constituir como protetora de um futuro luto complicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOWLBY, J. (2004). *Perda: tristeza e depressão* (3ª ed), In: Apego e Perda, v. 3, São Paulo: Martins Fontes.
- BROMBERG, M.H.P.F. (1995). *Psicoterapia em situações de perda e luto*. Campinas, Editorial Psy.
- DESLANDES, S.F. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Ed fiocruz.
- DESLANDES, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospita-lar. *Ciênc. Saúde colet.*, v.9,n,1, p7-13.
- EMANUEL, E. J. & EMANUEL, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267:2221-2226.
- FONSECA, J.P. (2004). *Luto antecipatório*. Campinas, Livro Pleno.
- FRANCO, M.H.P. (2002). *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas, Livro Pleno.

- FRANCO, M.H.P. (2008). *Luto em Cuidados Paliativos*. In CREMESP, Cuidado Paliativo São Paulo.
- HUMANIZA SUS (2006) – documento base para gestores e trabalhadores do SUS – Ministério da Saúde. Brasília.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em revista* v.10 n15 Belo Horizonte, 2004.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. (2012) In: MINAYO, M.C.S. (org.) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. São Paulo: ed. vozes.
- OMS - Organização Mundial de saúde. Cuidados paliativos. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- PARKES, C.M. (1998). *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Summus.
- STROEBE, M e SCHUT, H. (1999). The dual process model of bereavement: rationale and description. *Death studies*, v. 23, p. 197-224.

Barema de avaliação de trabalho científico			
Cada um dos itens deverá ter uma pontuação de 0 a 10 e, os valores, somados no fim da avaliação.			
CCAAIQ 2017	QUESTÕES ORIENTADORAS	ORIENTAÇÕES GERAIS	Pontos
Questões objetivas de investigação	1 A temática proposta é relevante?	Existe no título, resumo e na introdução uma indicação clara referente à problemática proposta?	8
	2. As questões de investigação estão claramente formuladas?	As questões de investigação têm destaques e são claras? Existe um sistema hierárquico de questão e/ou subquestões de investigação?	10
	3. A fundamentação teórica é atualizada e articulada com a temática ou com os objetivos de estudo?	Quantos autores internacionais são citados como base do trabalho? As publicações clássicas são citadas de forma articulada com outras publicações (Referência de atualização de cinco anos)	8
Metodologia	4. A opção metodológica é coerente com os problemas e com a questão de investigação?	Todas as questões enunciadas são contempladas no desenho metodológico? É fácil perceber a sua coerência? Existem algumas tabelas ou figuras que explicitem a sua relação?	10
	5. A coleta de dados está descrita de forma clara (informação sobre a disponibilidade ou origem dos dados)?	Quais os dados que serviram de base de dados para a construção de respostas às questões de investigação? Existem justificativas sobre o processo ético (autorizações, consentimentos, anuências)?	10
	6. Os métodos e técnicas de análise de dados são adequados ao estudo?	Quais os métodos utilizados? As técnicas de análise são apresentadas? Estão descritos de forma clara? São apresentados elementos de um sistema de análise, tais como dimensões, categorias e subcategorias? São coerentes com as questões de investigação?	8
	7. É explicado o processo de codificação (Número de investigadores envolvidos, dimensões de categorias de análise)?	Qual o processo e o número de investigadores envolvidos na codificação? É explicado como foi validada a codificação? Existe a preocupação em mostrar quão rigoroso e sistemático foi o processo?	9
Resultados e Conclusões	8. A quantidade e qualidade dos dados apresentados possuem potencial para uma análise qualitativa relevante?	Os autores indicam que a quantidade e qualidade dos dados são consistentes e suficientes para responder às questões de investigação? Existe diversidade de fontes e características de dados?	9
	9. A discussão dos resultados tem por base a fundamentação teórica e as questões de investigação apresentadas?	Qual o poder de argumentação patente na discussão dos resultados? Estão articulados com a fundamentação teórica e com os objetivos e as questões de investigação do trabalho?	8
	10. Nas conclusões, são apresentadas sínteses dos argumentos que dão suporte aos resultados?	Existe, nas conclusões, uma síntese dos resultados? Essas conclusões estão relacionadas com as questões de investigação? Existe triangulação das conclusões com a literatura? São apresentadas as limitações dessas conclusões?	7
Total de pontos			8,7

TECNOLOGIAS E ABORTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE SALVADOR

TECHNOLOGIES AND ABORTION IN A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN SALVADOR

TECNOLOGÍAS Y ABORTO EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE SALVADOR

Mariana Ramos Pitta Lima¹, Cecilia Anne McCallum², Greice Maria de Souza Menezes³

¹Psicóloga (EBMSP), Mestre e Doutoranda em Saúde Pública, no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Gênero e Saúde – MUSA do Instituto de Saúde Coletiva. marianarpl@ufba.br/marianapitalima@gmail.com

²Orientadora – Departamento de Antropologia da UFBA/Pesquisadora do MUSA/ISC/UFBA.

³Co-orientadora – Doutorado em Saúde Coletiva (2006) pelo ISC- Instituto de Saúde Coletiva da UFBA-Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do MUSA- Programa Integrado em Gênero e Saúde do ISC/UFBA

Palavras-chave: Aborto; Ciências sociais e tecnologias; saúde coletiva

INTRODUÇÃO

O aborto induzido é crime no Brasil, com severas restrições legais, não sendo punido em três circunstâncias: gravidez resultante de violência sexual contra a mulher, risco de vida para a grávida ou em caso de anencefalia do feto. Entre os estudos nacionais, é consenso que a ilegalidade não tem sido um fator impeditivo da prática, presente entre mulheres de todas as classes sociais. Por outro lado, acentua as desigualdades sociais, considerando que as mulheres mais pobres, negras, sujeitas a maior exclusão social, são justamente aquelas que recorrem às práticas inseguras (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017; Diniz & Medeiros, 2010; Menezes e Aquino, 2009). É um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres no Brasil, estimando-se que “ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano fez aborto” (Diniz e Medeiros, 2010, p.962).

O aborto inseguro é uma importante causa de mortalidade materna, colocando em

risco principalmente mulheres dos países em desenvolvimento, nos quais existem leis restritivas ao aborto provocado, ou onde o aborto seguro não é de fácil acesso (Silva et al., 2010). Sendo um grave problema de saúde pública que permanece sem soluções no país, o aborto deve ser tratado em posição de prioridade.

O estudo procurou analisar práticas em torno das tecnologias, enfocando principalmente a ultrassonografia obstétrica (USG), realizada em mulheres com abortamento, induzido ou espontâneo uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil.

Trata-se de um estudo em andamento, recorte da tese de doutorado em Saúde Coletiva. A pesquisa teve início em 2013 (Lima, 2015) quando dados foram produzidos a partir de observação participante, durante três meses, na sala em que o exame de ultrassom é realizado. A comunicação pretende combinar a discussão de dados de uma pesquisa de inspiração etnográfica realizada em Salvador (Lima, 2015), ponto de partida desse estudo, e apresentar os avanços das discussões teóricas e metodológicas da nova fase do estudo, o projeto de tese em curso.

Lima (2015) identificou como as noções simbólicas de 'gravidez', 'concepto' e 'feto-pessoa' são produzidas nas ações pelos médicos e mulheres com abortamento nas interações observadas. A pesquisa mostrou que a USG é uma prática incorporada e definidora de condutas na atenção ao abortamento nesse hospital público da rede SUS. Para os profissionais, o sangramento é um sinal de que as mulheres provocaram o aborto – até provado o contrário. A pesquisa revelou que nesse contexto se constitui três categorias distintas de 'mulheres com aborto', cujo acionamento depende da interpretação da imagem ultrassonográfica da condição e do conteúdo do útero. São mulheres com aborto completo, sem qualquer resto embrionário; mulheres com abortamento incompleto com alguns restos; e mulheres com ameaça de aborto com fetos ainda vivos. A forma de significar o estado de saúde e a condição moral de uma mulher com suspeita de aborto se relaciona com a presença ou não de um feto vivo no seu útero, além da idade gestacional em que a suspeita de abortamento ou o aborto aconteceu.

As pesquisas que tratam do itinerário abortivo das mulheres (Porto & Sousa, 2017; Lima, 2013; Arilha, 2012; Heilborn, 2012) mostram que as tecnologias biomédicas ocupam um lugar central, seja no percurso para obter uma interrupção da gestação, seja na atenção ao abortamento nas maternidades públicas. Entendemos por tecnologias biomédicas ultrassonografia obstétrica, testes de farmácia, exame de sangue para confirmar a gravidez e outros. Assim, essa pesquisa pretende investigar as práticas relacionadas à incorporação de tecnologias e aborto, e os efeitos simbólicos dessas práticas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender o uso de tecnologias e suas relações na atenção ao abortamento, focalizando a ultrassonografia obstétrica.

Objetivos Específicos

Identificar os atores humanos e não humanos que estão em jogo na atenção ao abortamento

Compreender o uso de tecnologias e suas relações na atenção ao abortamento

Compreender a experiência das mulheres com abortamento diante da visualização das imagens de USG

Compreender o ponto de vista dos profissionais sobre o exame de USG em casos de abortamento

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo etnográfico, cuja proposta é dar continuidade e aprofundar a análise iniciada na pesquisa exploratória (Lima, 2015). Uma nova pesquisa de campo será realizada em uma maternidade de Salvador-Bahia, vinculadas à rede do Sistema Único de Saúde – SUS. O campo terá duração total de até 1 ano. A escolha do local para realização da pesquisa teve como critérios: o hospital que atende mulheres para tratar complicações de abortamento, é hospital escola, e realiza abortos previstos por lei, permitindo dar conta da diversidade de situações em que mulheres entram em contato com tecnologias. Serão realizadas visitas semanais a maternidades, em horários distintos, a fim de dar conta dos diferentes turnos de trabalho.

Será realizada uma etnografia, cujas técnicas de produção de dados serão próprias de pesquisas antropológicas - observação participante, ou participação observante, durante um ano, registradas sistematicamente em diário de campo. Agier (2015) faz uma crítica ao termo "observação participante" que não remete ao aspecto relacional da pesquisa etnográfica. Sugere a substituição por presença participativa, participação observante ou relação etnográfica, que supõe a implicação e engajamento, a relação de afeto que pode se desenvolver com os participantes.

A participação observante, um dos elementos fundamentais da pesquisa etnográfica, busca mostrar como as práticas são produzidas em interações cotidianas. Serão realizadas entrevistas em profundidade com mulheres, maiores de idade, identificadas ao longo da pesquisa de campo,

internadas por abortamento - espontâneos e provocados - submetidas a tecnologias, entre estas, exame de ultrassonografia obstétrica no hospital a fim de investigar suas experiências. Nesta fase da pesquisa será adotada a técnica de entrevistas em profundidade, com profissionais de saúde, principalmente médicos ecografistas. As entrevistas serão gravadas com a permissão dos participantes, expressa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Aspectos éticos

Serão respeitados os princípios éticos estabelecidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), em conformidade com esta resolução, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, devendo ser solicitado termos de anuência da direção das maternidades para o trabalho de campo.

Será respeitada a autonomia dos informantes para participar da pesquisa. Será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, no qual serão fornecidas todas as explicações vinculadas com os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Às/aos participantes será assegurado o direito de recusa à participação ou desistência em qualquer momento. Todos os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e a identidade dos informantes será preservada, devendo para isso ser utilizado nomes fictícios para fazer referências aos mesmos e maternidades pesquisada.

DISCUSSÃO

Tecnologia, aborto e a Teoria ator rede

No livro “The body multiple: ontology in medical practice”, Annemarie Mol (2002) analisa dados etnográficos produzidos em um hospital na Holanda, com foco específico para a arteriosclerose, olhando para as maneiras através das quais, o que chama de medicina ocidental, urbana e alopática lida com o corpo e as doenças. Utilizando a noção enacts - encenação, explica que seu interesse está na maneira

que a medicina interage e molda seu objeto - a doença – através e nas práticas, que diferem uma das outras, produzindo realidades múltiplas. Nesse sentido, a doença é fabricada, produzida na ação e interação de atores, objetos em várias escalas, desde individual às mais amplas, inseridas em um contexto específico. A apreensão do objeto, na pesquisa, se dá através da prática etnográfica detalhada.

Sobre o enfoque nas práticas e a produção dos objetos, para Mol(2002)

If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view of seemingly endless series of perspectives. Instead, objects come into being – and disappear – with the practices in which they are manipulated. And since the object of manipulation tends to differ from one practice to another, reality multiplies. The body, the patient, the disease, the doctor, the technician, the technology: all of these are more than one. More than singular. (p. 5)

Nesse trabalho, os objetos estudados, como gravidez, não se tratam necessariamente de doenças – são fenômenos relacionados a saúde reprodutiva que são compreendidos como questões biomédicas, produzidas com a colaboração de práticas médicas, no hospital. Os significados para a autora estão incorporados nas práticas e no corpo, que existem apenas dotadas de significado. Os significados estão presentes em todas as perspectivas que produzem o corpo, seja a dos pacientes que observou, ou dos profissionais dos médicos, que também interpretam a partir da perspectiva biomédica.

Dito isso, Mol(2002) propõe a noção de *Perspectivalism*, e argumenta que os termos “disease”, usado na antropologia médica para se referir a aspectos mais biológicos das doenças e “illness”, como processos de significação sobre a doença não são contrastes, mas a própria descrição biológica se trata de uma perspectiva, uma interpretação do mundo social:

Perspectivalism turns doctors and patients into equals, for both interpret the world they live in. But to say this is also to reinforce their division, because the interpretations doctors and patients give must differ, linked as they are to the specific history, interests,

roles, and horizons of each group. In perspectivalism the words “disease” and “illness” are no longer used to contrast physical facts with personal meaning. Instead, they differentiate between the perspectives of doctors on the one hand and those of patients on the other. (p. 10-11)

Na etnografia, o enfoque nas práticas como produtora das realidades fundamenta o argumento de Mol (2002). Práticas, materialidades mostram que a perspectiva biomédica é um dos elementos que faz parte do que é fabricado na prática. Assim, o que é dito pelos informantes, observado e vivido não diz apenas sobre crenças, concepções, mas produzem as múltiplas realidades, que se não fossem vividas no cotidiano, não existiriam.

No espaço simbólico do hospital-maternidade (McCallum, Reis e Menezes, 2016), a prática de “tirar” ultrassom na maternidade, produz fundamentalmente mães e próprio bebê, que também encena, possui perspectiva, ação e apresenta sua versão na interpretação do mundo social.

CONCLUSÕES

Concluímos que, do ponto de vista simbólico, mulheres e médicos colaboram ao produzir, a partir da interpretação das imagens da ultrassonografia e outras tecnologias, um conhecimento sobre a gravidez. Quando as evidências dos exames e tecnologias indicam que houve um aborto nos estágios iniciais de uma gravidez, os próprios médicos colaboram com as mulheres em desativar o processo simbólico que levaria à atribuição de um sentido de natureza humana ao conceito. Quanto mais tarde se interrompeu uma gestação, mais provável é que o processo de significação sobre as imagens sustente a ideia da moral hegemônica sobre aborto e sua criminalização.

REFERÊNCIAS

Ariha, Margareth Martha. (2012). Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado

de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1785-1794.

AGIER, Michel. *Encontros etnográficos: Interação, contexto, comparação*. São Paulo: UNESP/Edufal, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos[online]. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 07 de julho de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 23 Jul. 2017.

Diniz, Debora, Medeiros, Marcelo, & Madeiro, Alberto. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 653-660.

GEERTZ, Clifford. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, Vozes, 1997, 366 pp.

GEERTZ, Clifford. Uma Descrição Densa: Por Uma Teoria Interpretativa da cultura. In: *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. P. 3-21.

Heilborn, Maria Luiza, Cabral, Cristiane da Silva, Brandão, Elaine Reis, Faro, Livi, Cordeiro, Fabíola, & Azize, Rogério Lopes. (2012). Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1699-1708.

LIMA, M. R. P. *Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil*. (Dissertação) Mestrado em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Brasil, 2015.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100037>. Acessado em: 23 Jul. 2017.

MOL, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press, 2002, 224 pp.

Porto, Rozeli Maria, & Sousa, Cassia Helena Dantas. (2017). “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina. *Revista Estudos Feministas*, 25(2), 593-616

DIÁLOGOS ENTRE A ANTROPOLOGIA E A SAÚDE COLETIVA: ETNOGRAFIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

DIALOGUES BETWEEN ANTHROPOLOGY AND COLLECTIVE HEALTH: ETHNOGRAPHY IN HEALTH SERVICES

DIÁLOGOS ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y LA SALUD COLECTIVA: ETNOGRAFÍA EN SERVICIOS DE SALUD

Mariana Ramos Pitta Lima¹

¹Psicóloga pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Gênero e Saúde – MUSA do Instituto de Saúde Coletiva. marianarpl@ufba.br/marianapitalima@gmail.com

INTRODUÇÃO

Essa comunicação pretende focar notas introdutórias sobre aspectos metodológicos e debates teóricos e éticos acerca da prática da pesquisa etnográfica no campo da saúde, a partir da experiência de uma pesquisa realizada em uma maternidade pública de Salvador (Lima, 2014). A etnografia propõe analisar os fenômenos “do ponto de vista dos nativos” (Geertz, 1997:85). O método qualitativo, próprio, mas não exclusivo, da antropologia, tem sido adotado no campo da saúde com importantes contribuições. Para Agier (2015) a investigação do antropólogo produz um saber sobre o humano, de alcance universal, com atenção aos detalhes e especificidades. Esse tipo de pesquisa tem um caráter de experiência social, de produção de um saber prático.

A dinâmica da pesquisa etnográfica no campo da saúde exige cuidados técnicos e éticos específicos, distintos daqueles comumente previstos em pesquisas com seres humanos previstas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (2016). A aplicação da pesquisa antropológica etnográfica para o campo da saúde é um debate caro campo

da antropologia. A técnica de observação participante e registros em diário e de campo, em que o etnógrafo faz uma “descrição densa” (Geertz, 2008:13) do espaço pesquisado, não permite, por exemplo, que todos os atores participantes da investigação assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Isso não significa que os cuidados éticos não sejam tomados. A postura ética do etnógrafo e consentimento oral são soluções que têm sido apontadas no campo da antropologia para enfrentar esses dilemas éticos.

OBJETIVO

Discutir aspectos metodológicos e práticos sobre a utilização do método etnográfico em pesquisas no campo da saúde

METODOLOGIA

Para Agier (2015) “descobrir um novo lugar é de início perder-se nele.” (p.18), e orientar-se no espaço desconhecido é o mesmo que orientar-

se no campo de pesquisa. É preciso compreender esse espaço com uma “modalidade empática”. O autor define campo como um conjunto de relações pessoais com as quais “aprendemos coisas”. Fazer pesquisa de campo é estabelecer relações. O conhecimento – e os dados – são produzidos de forma relacional. Na cena da pesquisa, as subjetividades se fundem, no campo o saber se produz nas intersubjetividades. Por ser um saber produzido de forma relacional, o campo e suas relações provocam efeitos afetivos e emocionais, e é preciso que o pesquisador reconheça isso.

Esse trabalho apresenta reflexões sobre dados produzidos durante a pesquisa de mestrado “Práticas e significados sobre ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil” (Lima, 2015). Durante três meses, de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, três vezes por semana, a pesquisadora frequentou o hospital. Com o bloco de anotações e vestindo jaleco, por exigência da gestão da maternidade, me dirigia à sala de ultrassonografia obstétrica e acompanhava os exames realizados durante o turno. Na pesquisa original, o enfoque se deu sobre os exames realizados em situação de abortamento, no entanto, outras situações de saúde eram investigadas naquele espaço, tais como parte da rotina de pré-natal, exame diagnóstico e pré-cirúrgico para retirada de cistos e miomas, as quais foram registrados em diário de campo. A produção de dados se constituiu da observação do cotidiano do serviço de USG de uma maternidade da rede SUS, em Salvador-Bahia designada doravante “Maternidade Pública de Salvador - MPS”, tendo observado cerca de 200 exames de mulheres, com abortamento ou por outros motivos de solicitação.

A contextualização do campo: Um exemplo de descrição densa na Maternidade Pública de Salvador

Em um dos dias, finalizei a observação e saí da MPS por volta de 12h40min, tinha chovido durante toda manhã. Caminhei através do estacionamento e ao chegar à entrada percebi que a rua estava alagada. Na avenida principal, que é uma ladeira, descia uma grande quantidade de água, não tinha como sair sem molhar os pés, as calçadas estavam totalmente tomadas por uma água escura e fétida, provavelmente de esgoto. Saltei sobre a corrente de água até alcançar a pista onde passam os

carros, ainda assim molhei os pés com a água suja. Atravessei a rua para andar até o ponto de ônibus por um percurso que não estava alagado, assim como outras pessoas que circulavam pelo bairro. O ponto de ônibus fica em frente a um restaurante, que possui uma estrutura mais elevada que a calçada, de cimento, onde as pessoas esperam o ônibus. Precisei atravessar novamente a rua principal, saltar sobre a corrente de água, sem ter como evitar molhar os pés na água de esgoto para acessar o ponto de ônibus. Enquanto esperava o ônibus, uma moradora em um comportamento comum das pessoas de Salvador, inicia uma conversa comigo: “Isso aqui é um absurdo, olha pra isso! Toda vez que chove é esse esgoto! Não é possível! Vê se bairro de rico fica assim... Barra, Pituba, Rio Vermelho... não fica! Mas como aqui é bairro de pobre...” Eu concordo com ela, também impressionada com tamanho descaso. No ponto de ônibus, o odor tomava conta do ambiente, os carros e ônibus passavam e espalhavam água nas pessoas, inclusive em uma mulher que carregava um bebê recém-nascido que havia saído da maternidade.

A maternidade estudada se situa em um bairro popular de Salvador. As notas de campo destacadas revelam a estrutura desigual da cidade, nas palavras da informante. Aqui se entende as categorias de classe de forma relacional, sendo, por exemplo, o local em que a maternidade se situa sujeito das relações, elemento que colabora na produção das questões reprodutivas – aqui, não necessariamente uma doença, - mas condição que levou às mulheres à maternidade.

Destacar o bairro em que se situa o serviço como elemento participante da produção do fenômeno serve para pensar as realidades culturais desde a perspectiva da antropologia médica crítica, chamando atenção, como sugere (Farmer, 1992 apud Nunes), para o distanciamento de uma análise que reduza a pobreza e a desigualdade a diferenças culturais. Disparidades populacionais de morbidade e mortalidade, bem como várias formas de opressão e sofrimento, estão inscritas em “realidades biossociais” que devem ser lidas sob o prisma das violências estruturais, significadas a partir de racionalidades históricas e produzidas em engrenagens globais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CUIDADOS ÉTICOS NA PESQUISA ETNOGRÁFICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram pensados a partir dos referenciais fundamentais para a pesquisa envolvendo seres humanos: o respeito à autonomia, a não maleficência, à beneficência e à justiça (Castilho & Kalil, 2005). O estudo não implicou em experimentações com os sujeitos participantes, procurando interferir o mínimo possível na rotina das pessoas que participarem da pesquisa.

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, vigente na época da pesquisa de campo, em conformidade com esta resolução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Foi solicitado o termo de anuência da direção da maternidade ocorreu o trabalho de campo, o projeto foi apresentado à direção da maternidade, uma cópia impressa do mesmo na íntegra foi disponibilizada para a instituição, e foi permitida a realização da pesquisa nos espaços da unidade. Tratando-se de um estudo etnográfico, cujo procedimento de produção de dados adotado é observação participante, sem a realização de entrevistas formais, ou coleta de informações diretas das/dos participantes da pesquisa, o presente projeto não necessitou da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica de observação participante prevê necessariamente a interação e conversas informais entre a pesquisadora e participantes, os aspectos relevantes sobre o estudo foram apresentados oralmente, em momento oportuno ou quando solicitados pelas participantes, em que foi explicitado os objetivos da pesquisa. Foram respeitados os direitos das populações que são objeto de pesquisa presentes no Código de Ética do Antropólogo, sendo estas:

1. Direito de ser informadas sobre a natureza da pesquisa.
2. Direito de recusar-se a participar de uma pesquisa.

3. Direito de preservação de sua intimidade, de acordo com seus padrões culturais.
4. Garantia de que a colaboração prestada à investigação não seja utilizada com o intuito de prejudicar o grupo investigado.
5. Direito de acesso aos resultados da investigação.
6. Direito de autoria das populações sobre sua própria produção cultural. (ABA, 2012)

As observações foram realizadas com autorização prévia dos profissionais e mulheres envolvidas, momento em que foi explicitados os objetivos da pesquisa e da observação, disponibilizando-me para esclarecer qualquer dúvida ou questionamento sobre o estudo. Foi respeitada a autonomia dos informantes para participar da pesquisa.

Reconhecendo de antemão que a pesquisa teve como objeto um tema sensível, todas as precauções foram tomadas para evitar identificação e qualquer prejuízo emocional aos participantes.

Buscando garantir a proteção das participantes, a pesquisadora estava preparada para disponibilizar uma lista de serviços de serviços que desejarem atendimento psicológico no SUS ou particular.

REFERÊNCIAS

- ABA. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Código de ética do antropólogo. [2012]. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/?code=3.1>>. Acesso em: 13 de agosto de 2014.
- AGIER, Michel. *Encontros etnográficos: Interação, contexto, comparação*. São Paulo: UNESP/Edufal, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos[online]. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 07 de julho de 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 23 Jul. 2017.
- Clifford Geertz. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, Vozes, 1997, 366 pp.

GEERTZ, Clifford. Uma Descrição Densa: Por Uma Teoria Interpretativa da cultura. In: *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. P. 3-21.

LIMA, M. R. P. *Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil*. (Dissertação) Mestrado em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Brasil, 2015.

NUNES, Mônica de Oliveira. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2014, vol.21, n.2 [cited 2016-08-27], pp.403-420.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE “SER IDOSO” NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

SOCIAL REPRESENTATIONS OF BEING ELDERLY IN THE CONCEPTION OF THE PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

REPRESENTACIONES SOCIALES DE “SER IDOSO” EN LA CONCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro², Maria Lúcia Silva Servo²

¹Este estudo é um recorte de uma dissertação de mestrado intitulada “Representações sociais da produção do cuidado ao idoso (re)veladas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”.

²Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2017). Residente Multiprofissional em Saúde, Núcleo Saúde da Família, pela Universidade do Estado da Bahia. amanda_marias@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo(1999). Professora plena da Universidade Estadual de Feira de Santana.

INTRODUÇÃO

A produção do cuidado ao idoso perpassa pela visão de mundo e concepções que os profissionais têm sobre o que é ser idoso, e o que estes significam no contexto familiar, comunitário e no âmbito do sistema de saúde, percorrendo as visões acerca das relações entre o processo de envelhecimento, as condutas assumidas nos cuidados e o sentido de finitude da vida.

As representações sociais são entendidas por Moscovici (2005) como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana, compreendendo de que forma os indivíduos produzem sentido relacionado à sua prática, sustentando-se na comunicação e atitudes comportamentais, tendo como finalidade tornar familiar algo não-familiar. Assim, as representações sociais manifestam-se em condutas e por isso devem ser analisadas a partir das estruturas e comportamentos sociais (MINAYO, 2014).

A coletividade e os indivíduos são movidos em função das suas representações sociais e não necessariamente em função da realidade social (MOSCOVICI, 2005), desta forma,

tais representações circulam nos discursos, carregadas pelas palavras, e materializam-se em condutas (JODELET, 1989).

Sendo assim, é importante o estudo das representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre ser idoso, haja vista que as mesmas produzem os sentidos e significados relacionados à prática dos profissionais, direcionando as condutas e ações em saúde.

OBJETIVOS

Analisar as representações sociais dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre “ser idoso”.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, tendo como marco teórico a Teoria das Representações Sociais de Moscovici.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, no qual foi avaliado e aprovado sob protocolo CAAE 56706016.6.0000.0053, número do parecer 1.639.911.

Os participantes do estudo foram treze profissionais de saúde inseridos na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana-BA. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Os métodos utilizados para análise de dados foram análise de similitude, com auxílio do software IRAMUTEQ, e a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo “idoso” aparece com maior centralidade na árvore máxima de similitude, estabelecendo ligações com outras palavras de dimensões biológicas, subjetivas e normativas, por exemplo, assistência, necessidade, acompanhamento, humanização, acolhimento, paciência, atenção, carente, fragilizado, deficiente, filho.

O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, adolescência, e sofre influências biopsicossociais e da história do sujeito (FERREIRA et al., 2010). Na antropologia, compreende-se que a velhice compõe o ciclo de vida do ser humano, sendo assim, pertencente à última etapa antes da morte, tornando-os ligados aos determinantes culturais e biológicos do envelhecimento, e ao mesmo tempo, vinculados ao mundo em que vivem (MINAYO, 2011).

Autores como Brunnet et al. (2013) e Ferreira (2010), apontam a coexistência de diferentes imagens do envelhecimento na sociedade atual e que, ainda assim, prevalece a visão de uma fase marcada por perdas, declínio e limitações físicas, sendo, por vezes, a imagem do idoso associada à aspectos negativos, mitos, estereótipos e preconceitos, cujas razões relacionam-se, também, à sociedade ocidental atual centrada na produtividade, dinamismo e rendimento.

Esta perspectiva é coerente com os resultados encontrados em nosso estudo cujas representações

mostram que a imagem do idoso é percebida pelos profissionais de saúde enquanto um sujeito carregado de limitações, e associado a um processo de adoecimento crônico e dependência, ou seja, envelhecer para os profissionais trás consigo o ônus do aparecimento de diversificadas doenças, como se adoecer fosse intrínseco à condição de ser idoso, por conseguinte, essencial o acompanhamento e cuidado ainda mais específico para este público. Os fragmentos das falas a seguir dão visibilidade a tais representações:

Ser idoso tem uma certa limitação por causa da idade, e com o chegar da idade tem algumas doenças também que é decorrente do idoso mesmo. Como eu vejo o idoso... eu vejo que é uma pessoa que merece mais atenção mais carinho, porque eu acho o idoso um pouco carente[...] (Ent. 5, grifo nosso)

Tais concepções vinculam-se ao conjunto de crenças e significações da realidade social do sujeito (profissionais de saúde) que interpreta o objeto (idoso), influenciando sua subjetividade, suas práticas sociais e a construção de representações sociais. Nesse sentido, entendemos que estas percepções dos profissionais de saúde influem na consolidação de suas representações sociais acerca da produção do cuidado ao idoso.

Para Minayo (2011) igualar o envelhecimento a uma doença é um dos maiores mitos que precisamos vencer na atualidade, haja vista que esse fato leva em consideração apenas a dimensão biologicista e reflete a medicalização da velhice no mundo ocidental, sendo regulado por normas, sobretudo, para pensarmos de forma preventiva, ou até assumir suas disfunções e distúrbios. Ainda segundo a autora, independente do idoso possuir autonomia (ou não) ou alguma enfermidade nada pode substituir ou impedir a condição da existência do indivíduo.

Corroborando com os dados do nosso estudo, Ferreira et al. (2010) evidenciaram uma representação do envelhecimento ancorada em termos como velho, limitação, doença, inútil. Tal associação se deve, em parte, ao fato do envelhecimento suscitar uma série de transformações anatomopatológicas que, por vezes, provocam doenças crônicas, fragilidade e dependência.

Congruente com essa visão, então, os profissionais de saúde da ESF compartilham uma imagem do idoso como uma pessoa vulnerável, frágil, e que por esse motivo precisa de mais assistência em saúde, ações educativas e acompanhamento. Quer dizer, na visão dos profissionais de saúde, a produção do cuidado deve-se, sobretudo, em virtude da vulnerabilidade e fragilidade dos sujeitos idosos.

[...] São pessoas mais vulneráveis que precisam de uma maior assistência, muitos são hipertensos, diabéticos, têm problemas de insônia pra dormir, de depressão, artrose, artrite... (Ent.7)

O termo vulnerabilidade no envelhecimento tem sido recorrentemente usado para se referir aos idosos com susceptibilidade de desenvolver incapacidades, limitações e deficiências no desenvolvimento de atividades e participação (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010). Por sua vez, a vulnerabilidade individual é o que uma pessoa pensa, faz, os lugares sociais que ocupa, e que o expõe a um agravo em saúde. Logo, as alterações biológicas do idoso, associadas à idade cronológica avançada, tornam o idoso mais susceptível à ação de doenças, incapacidades e probabilidade de morte (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Arelado à vulnerabilidade e fragilidade, a construção da imagem do idoso para os profissionais de saúde da ESF está ligado à crença de que seu comportamento se assemelha ao de uma criança, denotando uma infantilização da vida na velhice e um modo de cuidar um tanto paternalista, sugerindo que a velhice é um retorno à infância. É o que observamos no depoimento a seguir:

Eu acho que o idoso seria o que? Seria uma criança [...] precisa realmente de cuidados especiais, um cuidado alimentar, cuidado físico, psicológico... Então olhando pra esse lado, eu acho que existe essa necessidade de um acompanhamento realmente psicológico, físico e mental para o idoso.[...] (Ent. 1)

A comparação entre infância e velhice, a infantilização do idoso, é uma prática recorrente, que fortalece a visão de dependência dos idosos, ignorando suas experiências, suas histórias de vida, suas capacidades, e desrespeitando ainda mais a autonomia do sujeito, considerando-o incapaz de

decidir o que é melhor para si, consistindo, de certa forma, uma agressão à dignidade do paciente (SANTOS, et al., 2016).

Tais percepções e saberes relacionados à velhice e o idoso impactam significativamente as práticas de cuidado em saúde, tendo em vista suas influências no estabelecimento das relações entre os profissionais e os sujeitos, e a intersubjetividade presentes em seus encontros.

A infantilização da velhice pressupõe atitudes paternalistas que vão de encontro ao cuidado ético, que compreende a pessoa e sua história de vida, valoriza a dignidade humana, autonomia e liberdade de escolha. Além disso, o cuidado ao idoso deve pautar-se na integralidade com vistas a promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação, nesse sentido, os profissionais precisam desconstruir suas práticas baseadas no modelo paternalista e tecnicismo que não favorecem o estabelecimento de relações terapêuticas, efetivas e interdisciplinar (LENARDT, 2010).

As representações sociais reveladas pelos profissionais da ESF sugerem também outra característica atribuída ao idoso como elemento intrínseco à sua condição existencial é a necessidade de atenção especial, atrelado ao processo natural de carência vivenciada pelos idosos, segundo a percepção dos profissionais. Coerente com essas ideias, para Brito (2014) as representações sociais da velhice estão ancoradas na crença de que se consegue atingir o auge do desenvolvimento nesta fase da vida, e partir daí inicia-se involução e regressão dos sujeitos, influenciando na adoção de comportamentos infantis e sentimentos de carência.

Assim, nas representações sociais apreendidas pelos profissionais de saúde, o idoso carrega em si marcas próprias em virtude do envelhecimento, como a fragilidade, vulnerabilidade e adoecimento crônico, logo, são atribuídos a eles uma condição necessária de cuidado específico e especial, atenção e maior dedicação no cuidado, tal qual é destinado a uma criança.

Desse modo, a construção da imagem do idoso, seus sentidos e significados influem nos saberes, práticas e nas tomadas de posicionamento durante a produção

do cuidado, auxiliando na formação e cristalização das representações sociais acerca deste objeto.

CONCLUSÕES

No imaginário do grupo social pesquisado perpassa uma concepção biologicista do significado do “ser idoso” na sociedade atual, correlacionado a existência da velhice ao aparecimento de doenças, e conseqüentemente, maiores necessidades de saúde e cuidado, além de diversas limitações em seu fazer cotidiano, implicando restrições em seu modo de andar a vida, autonomia e autocuidado.

Essas representações sociais sinalizam para a necessidade de ampliar os horizontes e encarar o envelhecimento como uma fase natural do ciclo de vida do ser humano, que assim como as outras fases é merecedora de cuidados e atenção específica segundo suas necessidades, considerando a heterogeneidade do envelhecimento, buscando novas formas de olhar, cuidar e inserir o idoso no contexto social, e entendendo-o como um sujeito com história de vida singular, vivências significativas, crenças e valores que marcam o seu modo de ser e estar no mundo.

REFERÊNCIAS

- Brito, A.M.M. (2014) *O cuidado do idoso: representações e práticas sociais*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Brunnet, A.E. et al. (2013). Práticas Sociais e Significados do Envelhecimento para Mulheres Idosas. *Pensando Famílias*, 17(1), 99-109.
- Ferreira, O.G.L. et al.(2010) Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 357-364.
- Jodelet, D.(1993): Représentations sociales: un domaine en expansion. In Jodelet, D. (Org.) *Les représentations sociales*. Paris: PUF. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti.
- Lenardt, M.H.; et al. (2010). As concepções do cuidado gerontológico de enfermagem frente às complicações

pós-operatórias do idoso. *Cogitare Enferm*, 15(3), 420-426.

Minayo, M.C. de S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench, B.; Rosa, T.E.C. (2011) *Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde.

Minayo, M. C. de S.(2014) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). Rio de Janeiro: Hucitec.

Moscovici, S.(2005). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (3a. ed.). Petrópolis: Vozes.

Paz, A.A.; Santos, B.R.L.; Eidt, O.R.(2006) Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. 19(3), 338-42.

Santos, R.A.A.S., et al.(2016) Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesq Saúde*, 17(3), 179-183.

Silva, H.S.; Lima, A.M.M.; Galhardoni, R.(2010) Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*,14 (35), 867-77.

RECUSA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

FAMILY REFUSAL FOR DONATION OF ORGANS AND TISSUES FOR TRANSPLANTATION

RECUSA FAMILIAR PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRANSPLANTES

Maria Constança Velloso Cajadol¹, Mário de Seixas Rochall², Ieda Maria Barbosa Aleluia³

¹Psicóloga. Docente do curso de Psicologia da Escola Bahiana de medicina e Saúde Pública. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica de Salvador – UCSAL – Salvador (BA), Brasil

²Médico. Docente do Departamento de Pós Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Doutorado em Medicina e Saúde Humana - Salvador (BA), Brasil.

³Médica. Docente da Graduação do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador (BA), Brasil.

Descritores: Transplantes. Morte encefálica. Doação de órgãos. Família.

INTRODUÇÃO

Esse texto tece considerações sobre a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos no estado da Bahia durante o período de agosto de 2015 a outubro de 2016. A Bahia se encontra entre os estados da federação que apresenta um dos mais altos índices de negativa para doação. O processo de doação de órgãos e tecidos no Brasil teve a sua legislação regulamentada em 1997, quando foi iniciado o processo de implantação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). A Lei 9.434/97 instituiu como uma Política Pública de Saúde voltada para a doação e a realização dos transplantes em nosso país. Fazia parte dessa lei a RESOLUÇÃO 1.480/97 a instituição de critérios que possibilitasse a existência de mecanismos para a constituição da doação consentida e passou a estabelecer nacionalmente formas e responsabilização sobre o ato da decisão da doação de órgãos e tecidos para transplantes, em que a família passou a ser a principal responsável pela decisão sobre a doação. Em setembro

de 2017 essa RESOLUÇÃO foi revogada e passou a vigorar a RESOLUÇÃO 2.173, que atualizou os critérios, considerando a atual demanda e conjuntura nacional na área de transplantes no país.

De acordo com o levantamento da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2016), mesmo registrando um crescimento nas doações e transplantes de órgãos, a quantidade de órgãos de doadores falecidos tem sido insuficiente para atender à demanda de transplantes no país. No caso do estado da Bahia, além da quantidade insuficiente de doadores, conta também com um número significativo de pacientes em lista de espera para efetivação de transplantes (em 2015 contava com 1.868 pacientes). A situação se torna ainda mais crítica porque o estado conta com um percentual alto de recusa familiar para doação. Segundo a ABTO, em 2015 a Bahia apresentou uma taxa de 58% de recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Já em 2016, segundo a mesma fonte, esse percentual teve um acréscimo: passou dos 58% (2015) para 62% (2016).

A recusa familiar para doação é justificada a partir dos seguintes fatores: não compreensão do diagnóstico de morte encefálica, religiosidade, falta de competência técnica da equipe, tempo longo processo, falecido não era doador, medo da mutilação, enterrado como veio ao mundo, qualidade do atendimento, decisão de um único membro da família, experiência negativa em outro processo de doação e transferência do corpo (Pessoa, Schirmer & Roza, 2013).

OBJETIVOS

Analisar a recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Especificamente busca-se compreender a experiência familiar diante da comunicação do diagnóstico de morte encefálica de um de seus membros; conhecer a percepção dos familiares a respeito da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes; e analisar os fatores que interferem e justificam a recusa familiar diante da possibilidade de doar órgãos e tecidos para transplantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva baseada na metodologia clínico-qualitativa referenciada por Turato (2010). Este considera a particularização e refinamento da metodologia qualitativa genérica, enfatizando a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em settings da saúde, que abarca uma discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos indicados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos na referida área. Especificamente o método clínico-qualitativo é apresentado como um instrumento científico para conhecer e interpretar as significações de naturezas psicológica e psicossocial dos sujeitos envolvidos nos fenômenos do campo da saúde-doença

A pesquisa em psicologia aplicada na área de saúde pode apropriar-se das concepções e conceituações da psicanálise. A base teórica escolhida procura estar em consonância com a formação da pesquisadora

e com os referenciais teóricos presentes em uma literatura sobre as Políticas Públicas de Saúde que trata o tema doação e transplantes e com a psicanálise freudiana e lacaniana relacionadas ao luto, à morte e ao tempo lógico lacaniano, dentre outras.

Os dados aqui apresentados fazem parte do Projeto de Doutorado intitulado “Doação de órgãos e tecidos para transplantes: experiências de familiares que participaram do processo” aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em janeiro de 2016, sob nº 1.406.178.

COLETA DE DADOS

A seleção dos participantes ocorreu através dos prontuários da Central de Notificação e Captação de Órgãos e Tecidos do Estado – CNCDO, atualmente denominada de Central de Apoio a Doação – CAD. Para a seleção familiar seguimos a Lei Federal Brasileira nº 10.211/2001 (Brasil, 1997), que determina que um parente de até segundo grau possa ser responsável legal pela autorização da doação de órgãos e tecidos para transplantes, podendo este assinar o formulário do Protocolo de Morte Encefálica (ME).

Para a inclusão na pesquisa, além do critério acima referido, só foi permitida a participação de familiares de primeiro ou segundo grau que estiveram presentes no momento da confirmação médica sobre a morte encefálica, como também, durante a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. O primeiro contato familiar ocorreu através de uma ligação telefônica. As dez entrevistas foram realizadas entre o terceiro e o nono mês após a comunicação do diagnóstico de morte encefálica, em função de considerar os três primeiros meses como um tempo mínimo para a vivência mais delicada do luto. Os participantes escolheram que a entrevista fosse realizada na própria residência, estes residiam em Salvador ou na região metropolitana. Após a leitura do TCLE, realizada por uma aluna da graduação do curso de psicologia participante da pesquisa, foram realizados os esclarecimentos necessários, e a partir de uma pergunta disparadora à entrevista

foi iniciada. O participante foi convidado a falar livremente sobre: sua experiência com a hospitalização, a gravidade do quadro do familiar, informação da abertura do protocolo de morte encefálica, a comunicação da morte encefálica, a entrevista familiar para doação.

O pesquisador esteve sempre atento à narrativa, a escuta foi à base da entrevista. As indagações ocorreram somente quando necessárias. Turato (2010) refere que o silêncio tem um lugar de relevância na técnica de análise do discurso, esta considera que tanto quanto a palavra o silêncio tem suas condições de produção. Desse modo, o dito e o não dito também configuram o jogo de cenas do trabalho de campo, visto que, há silêncios que dizem e há falas que são silenciadoras. Durante a realização das entrevistas quando ocorreu um nível de mobilização e a expressão de sofrimento do participante, este foi acolhido e escutado, após a finalização foi devidamente encaminhado para acompanhamento psicológico na Rede própria do Estado ou para a Clínica de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos pacientes e seus familiares, para protegê-los criaram-se nomes fictícios. O grau de parentesco referido nesta pesquisa relaciona-se ao paciente. Os participantes terão acesso à pesquisa caso apresentem interesse. Após a utilização exclusiva para fins da pesquisa, os dados serão armazenados por um período mínimo de cinco anos, posteriormente destruídos.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados considerou relevante mergulhar na singularidade dos casos; a pré-análise teve início a partir de leituras flutuantes das entrevistas transcritas, em seguida foram destacados pontos significativos do discurso segundo os critérios de relevância e repetição. Realizaram-se releituras do conteúdo manifesto contidos nas entrevistas bem como no conteúdo subjetivo latente (silêncios, choros e interrupções, dentre outros). Buscou-se analisar o material na sua essência utilizando também o diário de campo. Na etapa seguinte construiu-se o desenho das seguintes categorias: (1) morte e comunicação da morte encefálica; (2) entrevista familiar para

doação de órgãos e tecidos para transplantes; (3) aspectos relativos à assistência hospitalar; (4) tempo lógico e cronológico; (5) sentimentos vivenciados no decorrer do processo; (6) fatores significativos para a recusa familiar.

A partir de leituras diversas e do aprofundamento sobre o material contido nas categorias agrupou-se o conteúdo em subcategorias que merecem destaque para a organização e apresentação da discussão.

DISCUSSÃO

Considerando as características e a singularidade desse trabalho, será apresentado um recorte dos dados presentes no desenho da categoria (1) Morte e comunicação da morte encefálica. Ressalta-se que presente nessa categoria contou com as subcategorias: abertura do protocolo de morte encefálica; confirmação da morte encefálica; desligamento dos aparelhos; sentimentos diante da morte.

A narrativa a seguir revela a experiência de uma mãe, de uma criança de três anos, referindo-se ao momento da comunicação médica sobre o diagnóstico de morte encefálica, o desligamento dos aparelhos e os sentimentos vivenciados:

“Eu estava é, terminou o teste e aí eles disseram que ela tinha, tava morta, e aí eu pedi pra pegar ela no colo, fiquei sentada, fiquei umas meia hora com ela sentada, depois que eles viram que eu passei muito tempo, que eu tava lá com ela, um médico veio me perguntar se eu tinha interesse...[de doar os órgãos]. Foi, e aí, depois que eu disse que não, ele foi e puxou e perguntou se podia desligar, já puxou a tomada da da da daquele negócio do respirador, né? E foi e puxou da tomada, não, não esperou eu sair pra desligar não, foi e puxou. Eu fiquei arrasada, né? Na hora que desligou o aparelho eu tava sozinha, mas tava ele [aponta o companheiro], tava minha mãe, tava o pai da criança, tava o avô por parte de pai, aí depois botaram na cama, aí eu saí, aí eles entraram, que liberaram né? Pra eles verem, mas na hora que desligou essas coisas eu tava só”. [Vilma/mãe].

O relato revela que não houve os cuidados necessários para a comunicação do diagnóstico de morte encefálica, e muito menos uma atitude respeitosa de acolhimento à dor e ao sofrimento da mãe diante da constatação da morte da filha. Para a psicanálise freudiana a perda de um filho convoca a um sofrimento de proporção imensa, é como se houvesse a perda de um pedaço de si, perda do próprio ego. Bousso (2008) em sua pesquisa com os pais de potenciais doadores refere que o processo de decisão de doar órgãos de um filho considera as próprias experiências e os relacionamentos interpessoais, dentre outros. No caso em discussão tornou-se evidente que os profissionais atuaram de maneira inapropriada, desumana e possivelmente contribuíram para a recusa familiar para doação.

de transplante, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2191-3.

Pessoa, E. J. L.; Schrimmer, J.; Roza, B. A. (2013). Avaliação das causas de recusa familiar de órgãos e tecidos. Acta Paulista de Enfermagem, 26(4), 323-330.

Turato, E. R. (2010). Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recusa familiar para doação de órgãos e tecidos revela a fragilidade do processo de doação no que se refere à habilidade técnica para acolher e escutar as famílias diante da perda e do luto de um de seus membros. A comunicação entre os profissionais e familiares durante o processo de doação é fundamental. Torna-se evidente a necessidade de aprimoramento técnico em diversos temas, dentre eles: comunicação de más notícias, morte e luto, humanização e Políticas Públicas para doação e transplantes de órgãos e tecidos. A entrevista familiar para doação precisa ser repensada, conduzida por profissionais tecnicamente capacitados para manejar sentimentos diversos e afeto. É fundamental aprender a lidar com a morte buscando respeitar a dimensão da dor e do sofrimento familiar.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), divulgado em 23/02/2015.

Bousso, R. S. (2008). O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto contexto de Enfermagem. Florianópolis.

Brasil. Lei n. 9434/1997 (1997). Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins

AUTISMO NA INFÂNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR

AUTISM IN CHILDHOOD: A REPORT OF INTERDISCIPLINARY EXPERIENCE

AUTISMO EN LA INFANCIA: UN INFORME DE LA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA

Verônica Ribeiro e Andrade¹, Maria Virgínia Machado Dazzani²

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), vr.andrade@outlook.com

²Professora Associada I do IPS, Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), dazzani@ufba.br

INTRODUÇÃO

A prevalência do autismo varia de 4 a 13 / 10.000, ocupando o terceiro lugar entre os distúrbios do desenvolvimento infantil à frente das malformações congênitas e da Síndrome de Down (Pereira, Riesgo & Wagner, 2008). Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) classifica o autismo como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Diante da complexidade do transtorno, faz-se necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar, a fim de oferecer uma melhor efetividade no processo de promoção de autonomia e independência, além de estimular a criança em decorrência dos prejuízos provenientes do próprio autismo. Nesse sentido, entende-se a interdisciplinaridade como foco da experiência, uma vez que diz respeito à interação entre esferas e disciplinas heterogêneas das ciências da saúde a fim de conduzir interações reais, produzindo um enriquecimento mútuo para os profissionais (Costa, 2007). A equipe interdisciplinar, portanto, tem como ponto central o trabalho para com o sujeito, a fim de prezar pelo cuidado e pelo seu desenvolvimento.

OBJETIVO

Compartilhar a experiência de estágio com crianças autistas no Centro de Integração da Infância (Ciranda) na cidade de Salvador/ BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de estágio, com crianças de cinco a sete anos de idade, diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no Centro de Integração Sensorial (Ciranda), projeto da Clínica EVOLUIR – Clínica de Habilitação Neurológica. A vivência se deu no período de Janeiro a Dezembro de 2016, durante três vezes na semana, três horas por dia, totalizando nove horas semanais de intervenção terapêutica. A intervenção foi realizada com o enfoque terapêutico e interdisciplinar, a fim de promover maior autonomia e independência através de atividades que estimulam o desenvolvimento sensorial, motor, cognitivo e da linguagem, e também o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD's).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A observação aconteceu em um período de um ano, três vezes na semana, três horas por dia, por uma estudante de psicologia, exercendo função de monitora. A equipe do centro era interdisciplinar composta por terapeutas ocupacionais, educador físico, musicista, psicólogas, fonoaudióloga e brincante. O foco da experiência foi o grupo composto por seis crianças de cinco a sete anos, todas dentro do Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo cinco meninos e uma menina, o que corrobora a prevalência do gênero masculino já descrito na literatura. A equipe do grupo focal era composta por: três estudantes de psicologia e uma estudante de fonoaudiologia, que exerciam a função de monitoras, além de duas coordenadoras terapeutas ocupacionais, que alternavam a condução do grupo, sendo que uma estava presente duas vezes por semana, e a outra, apenas uma vez. O Ciranda era dividido em quatro ambientes terapêuticos, onde as atividades eram desenvolvidas seguindo a seguinte ordem: a sala dos sentidos, a sala da interação, a sala do movimento e das descobertas. Cada uma com atividades específicas e diferentes objetivos. A sala dos sentidos tinha o objetivo de proporcionar organização e integração sensorial, nos sistemas tátil, visual, auditivo e proprioceptivo. Tais estímulos eram facilitados através de atividades que utilizassem tintas, massinhas, água, texturas, luzes, sons e diferentes tecidos. O segundo ambiente terapêutico, a sala da interação, objetivava uma maior interação entre os colegas do grupo, além de visar o desenvolvimento da cognição, da praxia, motricidade fina, linguagem e aspectos da comunicação. As atividades propostas neste lugar eram de causa e efeito, e eram executadas através de jogos de raciocínio, recortes, rodas com histórias sociais e cantigas. Nesta transição também ocorria, uma vez na semana, a aula de musicalização, com outra profissional da instituição – musicista -. Atividades de circuitos funcionais, que tinham objetivo de trabalhar o planejamento motor, práxis motora, funções e estruturas do corpo, como força, coordenação, equilíbrio e propriocepção. Todas as propostas promoviam integração dos sistemas sensoriais, proprioceptivo, vestibular, tátil, visual e auditivo. Essas atividades motoras eram realizadas no terceiro ambiente terapêutico do Ciranda, a sala do movimento, onde, uma vez na semana, eram

executadas por um profissional de educação física. O espaço das descobertas visava a socialização entre os colegas, através de atividades mais espontâneas e realizadas numa área externa. Eram disponibilizados alguns instrumentos como: pneus, cordas, bolas, bacias, painel de pintura, bolha de sabão, cama de gato, e desenvolvidas brincadeiras fazendo uso da piscina e mangueira. Neste espaço, por uma vez na semana, a condução era feita por um brincante, também componente da equipe do Ciranda. Todas as monitoras da equipe do grupo focal auxiliavam as crianças durante as todas as atividades e brincadeiras, que eram propostas pelas coordenadoras ou profissionais responsáveis naquele espaço. Todas as atividades propostas nesses espaços eram de cunho lúdico, respeitando a individualidade e subjetividade de cada criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência possibilitou uma aproximação com o desenvolvimento e ganho psicomotor das crianças do grupo focal, uma vez que foi possível acompanhar o desenvolvimento do mesmo grupo durante o período de um ano. Cada membro da equipe interdisciplinar prezava o respeito com a singularidade de cada criança, visto que o tempo de cada um se dava de forma particular. Percebeu-se que o desenvolvimento das crianças, se dava de forma individual e singular, apesar de todas terem experimentado das mesmas propostas e atividades, enquanto grupo. Portanto, a experiência ajudou a desenvolver a sensibilidade e o olhar mais crítico e atento da monitora enquanto membro da equipe, além da compreensão da importância e da necessidade do trabalho interdisciplinar, entendendo essa interdisciplinaridade como nível de interação entre os especialistas no processo interativo onde o aprendizado é compartilhado a partir de um olhar plural. Logo, a equipe do Centro de Integração da Infância se voltava para o cuidado e promoção da autonomia e independência das crianças diagnosticadas com TEA, promovendo atividades de cunho lúdico, atendendo as questões subjetivas e individuais de cada criança.

Palavras-chave: Autismo; Interdisciplinar; Individualidade

REFERÊNCIAS

- Associação Americana de Psiquiatria, APA. DSM V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.p. 65-78.
- Costa, Rosemary Pereira. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, 5(8), 107-124.
- Waidman, Maria Angélica Pagliarini, & Elsen, Ingrid. (2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 341-349.
- Jerusalinsky, Alfredo. (2000). Psicanálise e desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, Alfredo, & Canizade Páez, Stella. (2001). Carta aberta aos pais acerca da escolarização das crianças com problemas de desenvolvimento. In: *Escritos da criança*. n. 06, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.
- Pereira, Alessandra, Riesgo, Rudimar S., & Wagner, Mario B.. (2008). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *Jornal de Pediatria*, 84(6), 487-494.

DIAGNOSTICANDO CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO EM CONTEXTO DE EDUCAÇÃO EMPREENDEDORA: ESTUDO DE CASO EM UMA EMPRESA JÚNIOR DA ÁREA HUMANAS/SOCIAIS.

DIAGNOSING CREATIVITY AND INNOVATION IN ENTREPRENEURIAL EDUCATION CONTEXT: A CASE STUDY AT A JUNIOR COMPANY OF THE HUMAN/SOCIAL AREA.

DIAGNOSTICANDO CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN CONTEXTO DE EDUCACIÓN EMPREENDEDORA: ESTUDIO DE CASO EN UNA EMPRESA JUNIOR DEL AREA HUMANA/SOCIAL.

Sonia Maria Guedes Gondim¹, Carolina dos Anjos A. Brantes², Gisele Debiasi Alberton³, Iago Andrade Carias⁴, Katlyane Colman Machado de Machado⁵

¹Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia – Salvador, BA, Brasil. E-mail: sggondim@gmail.com

²Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia – Salvador, BA, Brasil. E-mail: carolinaaab@gmail.com

³Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia – Lauro de Freitas, BA, Brasil. E-mail: agdebiasi@yahoo.com.br

⁴Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia – Salvador, BA, Brasil. E-mail: iagocarias@gmail.com

⁵Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia – Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: katly.colman@gmail.com

INTRODUÇÃO

O empreendedorismo pode ser visto como uma força que impulsiona a emergência das inovações e, conseqüentemente, produz progresso significativo no contexto socioeconômico (Schumpeter, 1949). Estudos evidenciam que o empreendedorismo é uma opção de carreira para futuros profissionais, sendo necessário se fazer presente na formação acadêmica (Lima, Nassif, Lopes, & Silva, 2014; Loiola, Gondim, Pereira, & Ferreira, 2016). Uma das alternativas na universidade para o estímulo ao empreendedorismo são as empresas juniores (EJs). As EJs são associações civis, sem fins lucrativos que adotam como valor o desenvolvimento do empreendedorismo entre os alunos (Brasil Junior, 2015).

Os estudos sobre empreendedorismo no meio acadêmico vêm dando destaque ao processo criatividade-inovação (Baron & Tang, 2011). A criatividade é um fenômeno multidimensional, dinâmico e complexo,

entendido como processo de geração de novas ideias e produtos que envolvem aspectos cognitivos intraindividuais (Anderson, Potocnic, & Zhou, 2014), e sendo considerada, como um fator importante para o desenvolvimento da inovação (Barlach, 2009). A inovação, por sua vez, pode ser definida como a implementação eficaz das ideias geradas a partir da criatividade e envolvem processos sociais de nível interindividual (Amabile, 1996), tanto relacionados a implementação de novas técnicas de gestão ou de mudanças significativas na organização (IG), quanto aos outputs gerados pela empresa em relação a produtos e serviços novos (IPS).

Contudo, é necessário que haja um terreno propício que ative o processo de criatividade-inovação ao empreender. Nesse sentido o work design, ou características do trabalho, é um construto amplo que se refere ao conteúdo das tarefas, atividades, relações e responsabilidades no contexto do trabalho e a como elas são organizadas (Parker, 2014).

A suposição é de que as características da tarefa e/ou suas dimensões (autonomia no planejamento, na tomada de decisão e na escolha dos métodos de trabalho; a variedade, o significado e a identidade da tarefa; e o feedback do trabalho) podem contribuir de forma positiva no processo de criatividade e inovação.

OBJETIVO

A presente pesquisa está inserida em um projeto maior de cooperação internacional entre Brasil e Espanha sobre criatividade e inovação em organizações. O objetivo geral desta cooperação é aprofundar a compreensão dos fatores individuais, grupais e contextuais na criatividade e inovação organizacional, visando oferecer insumos científicos para o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho e de capacitação de equipes de alto desempenho. O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a relação entre criatividade e inovação, assim como entre características do trabalho (work design) e inovação no contexto de formação empreendedora, em que se situam as empresas juniores (EJs).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada é de estudos de caso múltiplos (Stake, 2006). Neste momento será apresentado somente o estudo de caso que serviu para teste piloto da metodologia: uma empresa júnior da área de ciências humanas de uma instituição pública de ensino superior. A pretensão é estender o estudo para empresas juniores que atuam em diferentes áreas de conhecimento e aplicação. A suposição é que a manifestação de criatividade e inovação varia conforme a área de atuação da EJ. Participou mais diretamente do estudo a equipe diretora da EJ composta por cinco integrantes: diretor-presidente, diretor-financeiro, diretor de recursos humanos, diretor de comunicação e diretor de projetos. Para assegurar a qualidade das informações coletadas sobre criatividade, inovação e características do trabalho diferentes fontes de coleta de dados foram utilizadas em três momentos. No primeiro momento,

além do termo de consentimento informado assinado pelos membros da diretoria, realizou-se a aplicação coletiva do PIC – A (Prueba de Imaginación Creativa para Adultos, instrumento desenvolvido por Artola et al. (2012) que tem a finalidade de avaliar a criatividade geral por meio da criatividade narrativa e gráfica. No segundo momento, dois instrumentos foram aplicados, o de Características do Trabalho e os indicadores de Inovação em Empresas Juniores. O instrumento de Características do Trabalho foi originalmente desenvolvido por Morgeson e Humphrey (2006) e é composto por sete dimensões: autonomia para organização do trabalho, autonomia para a tomada de decisão, autonomia nos métodos de trabalho, variedade de tarefas, significado de tarefas, identidade da tarefa e feedback do trabalho. Os indicadores de Inovação em Empresas Juniores foi elaborado pela equipe de pesquisadores do presente estudo e contempla duas dimensões: inovação na gestão organizacional e inovação em produtos e serviços. No terceiro momento, os resultados coletivos (média geral da equipe) foram apresentados em um grupo focal aos cinco diretores visando obter a opinião geral do grupo em relação aos resultados relativos à criatividade, inovação e características de trabalho. O projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme processo padronizado via Plataforma Brasil, sob o registro CAAE nº 50272315.8.0000.5531.

RESULTADOS

A média da equipe de diretores indicou escore considerado baixo em Criatividade Geral ($M = 90,80$; $DP = 26,89$). Em relação as característica do trabalho a média foi elevada na dimensão Autonomia para tomada de decisão ($M = 4,46$; $DP = 0,60$) e baixa na dimensão Significado da tarefa ($M = 3,10$; $DP = 0,91$). No que tange aos indicadores de inovação, a dimensão Inovação de Gestão (IG) ($M = 3,91$; $DP = 0,52$) obteve maior média se comparada a dimensão de Inovação em Produtos e Serviços (IPS) ($M = 3,60$; $DP = 0,42$).

DISCUSSÃO

Os diretores da EJ estudada atribuem os resultados mais baixos de criatividade à dificuldade em implementar as novas ideias. A formação na área de ciências humanas parece contribuir mais para geração e associação de ideias que ao aprendizado de formas de operacionalização. Isto pode ajudar a explicar também a maior média encontrada em IG do que em IPS. Ao invés de os esforços dos diretores estarem direcionados para a atividade fim, ou seja, para a efetivação de serviços e produtos (IPS) para o público externo, direcionam-se para a estrutura interna da empresa (IG). Os membros da diretoria da EJ reconhecem ter autonomia para tomada de decisão, o que parece contribuir para a geração de ideias, embora nem sempre resulte em implementações inovadoras. Talvez isso possa explicar a menor percepção dos diretores de haver significado nas tarefas que realizam. Ao serem indagados se esses resultados poderiam ser generalizados para empresas juniores de outros campos de conhecimento, os diretores acreditam que EJs das áreas sociais aplicadas ou áreas mais tecnológicas parecem estar mais preparadas para a operacionalização de ideias e a inovação de produtos e serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como implicação prática do estudo de caso caracteriza-se a tomada de consciência da diretoria sobre os processos internos, o que os levou a proporem algumas alternativas para fomentar a inovação organizacional: (i) conhecer os produtos e serviços da EJ com o objetivo de ofertá-los ao mercado externo e aprimorá-los continuamente, ou seja, fazer maior gestão de conhecimento; (ii) diminuir as atividades da diretoria visando investimento nas atividades-fim da EJ, ou seja, diminuir o foco na IG; e (iii) modificar os tipos de treinamento oferecidos na empresa com o intuito de preparar e capacitar os seus membros para as atividades de vendas e prestação de serviços. Os resultados deste estudo de caso serão comparados com EJs de outras grandes áreas de conhecimento.

Palavras-chave: inovação; criatividade; empreendedorismo.

REFERÊNCIAS

- Amabile, T. M. (1996). *Creativity and innovation in organizations*. Boston: Harvard Business School.
- Anderson, N., Potočník, K., & Zhou, J. (2014). Innovation and creativity in organizations: A state-of-the-science review, prospective commentary, and guiding framework. *Journal of Management*, 40(5), 1297-1333. Doi: 10.1177/0149206314527128
- Artola, Barraca, Mosteiro, Ancillo, Poveda, & Sanchez (2012). *Prueba de imaginación creativa para adultos - Manual*. TEA Ediciones: Madrid.
- Barlach, L. (2009). *A criatividade humana sob a ótica do empreendedorismo inovador*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília: Brasília.
- Baron, R. A. & Tang, J. (2011). The role of entrepreneurs in firm-level innovation: Joint effects of positive affect, creativity, and environmental dynamism. *Journal of Business Venturing*, 26(1), 49-60.
- Júnior, J. B. C. Araújo, P. C., Wolf, S. M. Ribeiro, T. A. V. (2006). Empreendedorismo e Educação Empreendedora: Confrontação entre Teoria e Prática. *Revista de Ciências da Administração*, 15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2735/273520220001.pdf>
- Lima, E., Nassif, V. M. J., Lopes, M. A., Silva, D. (2014). *Educação Superior em Empreendedorismo e Intenções Empreendedoras dos Estudantes Relatório do Estudo GUESSS Brasil 2013-2014*. Recuperado de <http://www.guesssurvey.org/PDF/2013/cp-2014-03-relatorio-estudo-guesss-brasil-2013-2014.pdf>
- Loiola, E., Gondim, S. M. G., Pereira, C. R., & Ferreira, A. (2016). Ação planejada e intenção empreendedora entre universitários: Analisando preditores e mediadores. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 16(1), 22-35. doi: 10.17652/rpot/2016.1.706
- Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1321-1339.
- Parker, S. K. (2014). Beyond Motivation: Job and Work Design for Development, Health, Ambidexterity, and More. *The Annual Review of Psychology*, 65, 661-691. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115208
- Stake, Robert E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY: Guilford.

Schumpeter, J. A. (1949). Economic theory and entrepreneurial history. In R. R. Wohl (Ed.), *Change and the entrepreneur: Postulates and the patterns for entrepreneurial history*. Cambridge: Harvard University Press.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA SOBRE O HIV

SOCIAL REPRESENTATIONS OF STUDENTS OF THE INTERDISCIPLINARY BACHELOR'S DEGREE IN HEALTH AT THE FEDERAL UNIVERSITY OF BAHIA ABOUT HIV

REPRESENTACIONES SOCIALES DE ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE BAHÍA SOBRE VIH

Juan Felipy Felix de Oliveira¹, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho²,
Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro³

¹Mestrando no Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU/UFBA) - juan_felipy@hotmail.com

²Professora associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC/UFBA) e do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (UFBA) - therezacoelho.ihac@gmail.com

³Professor associado do Instituto de Psicologia (IPS/UFBA) e do

Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (UFBA) - jorgeluzdesales@gmail.com

Palavras-chave: HIV; Universitários; Saúde.

INTRODUÇÃO

AIDS se caracterizou como um dos maiores desafios enfrentados pela Saúde Pública, principalmente considerando as profundas transformações sociais, políticas e econômicas que a síndrome sofreu ao longo do tempo. Segundo Silva (2014, p. 23), “a AIDS denunciou, além dos preconceitos e estereótipos arraigados sobre determinados grupos sociais, problemas políticos graves”, em especial pela falta de investimento na área da saúde.

Existe um consenso na literatura acerca do surgimento e desenvolvimento da AIDS, caracterizada pela unânime sensação de medo, receio e preconceito das pessoas, como consequência ao modo como as informações ligadas à AIDS eram divulgadas junto à população (Pinto, 2007).

Num segundo momento, as questões relacionadas ao HIV/AIDS ganharam mais espaço, em consequência da pressão exercida pelos movimentos sociais. Pinto et al. (2007) afirmam que o ‘descaso’ governamental, no início de 1980, fez com que as comunidades mais afetadas se organizassem em busca de respostas. As apelações dos grupos civis, atreladas ao aumento do número de casos, fez com que o governo, em 1986, integrasse a AIDS no sistema de notificação compulsória (Silva, 2014).

Aos poucos, informações verídicas acerca da síndrome difundiram-se na sociedade, o que possibilitou a quebra de alguns paradigmas. Num primeiro momento, a população percebia a AIDS como um ‘castigo divino’ para as pessoas promíscuas, num outro momento, a sociedade civil começa a ter um papel fundamental, na medida em que passa a exercer “[...] importante função na formulação das políticas públicas com relação à AIDS” (PINTO et al., 2007, p. 49).

OBJETIVOS

O estudo tem como objetivo investigar as Representações Sociais que os estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) têm acerca do HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados durante a atividade de extensão 'AIDS - Educar para Desmitificar', no ano de 2017, na UFBA. A atividade em questão ocorre desde o ano de 2009, no Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC/ UFBA), sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho.

Nesta pesquisa, estabeleceram-se como critério de inclusão os participantes estarem regularmente matriculados no BI em Saúde e terem idade igual ou superior a 18 anos, e, como critério de exclusão, não estar de acordo com as condições citadas anteriormente. Participaram deste estudo 74 estudantes do BIS.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados questionários com questões sociodemográficas, e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). O TALP, originalmente desenvolvido por Carl Gustav Jung, em 1905, para uso na prática clínica, com objetivo investigar aspectos da personalidade do sujeito. Enquanto técnica projetiva atua sobre a estrutura psicológica do sujeito. (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). O TALP foi adaptado no campo da Psicologia Social por Di Giácomo, em 1981, e desde então, tem sido amplamente utilizado em pesquisas de Representações Sociais.

A aplicação do TALP consistiu em solicitar aos estudantes que, levando em consideração o termo indutor "HIV", atribuísem cinco palavras que julgassem pertinentes a este termo. Em seguida, foi pedido que hierarquizassem as palavras evocadas em ordem de relevância, sendo a 1^a a mais importante, a 2^a a segunda mais importante, e assim

sucessivamente. Por último, pediu-se que justificassem a escolha da palavra tida como a mais importante.

Na etapa de análise de dados, as palavras evocadas pelos estudantes foram transcritas para o software Excel e passaram por um processo de categorização, sendo agrupadas as palavras de significância similares. Em seguida, deu-se o processo de lematização, possibilitando a junção das palavras com mesmo sentido (escritas de maneiras diferentes pelos estudantes).

Para o processamento dos dados foi utilizado o software IRAMUTEC (Interface de R pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), pelo fato de possibilitar diferentes processamentos estatísticos, como, por exemplo, a ferramenta de Nuvem de Palavras, que organiza graficamente as palavras em função da sua frequência, possibilitando uma análise lexical mais simples, porém graficamente 'satisfatória' (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o n^o. 741.187, respeitando os dispositivos da Resolução n^o 466/13 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Os estudantes participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de participação e responderam às perguntas citadas de forma espontânea e não identificável.

RESULTADOS

Com base nas respostas, podemos constatar que a maior parte dos estudantes se identificou como mulheres, heterossexuais e pardas, e que 38% dos estudantes se referiram como homens e 62% como mulheres. Em relação à opção sexual, 70% se identificaram como heterossexuais, 12% como gays, 7% como bissexuais e 11% como 'alguma outra identificação'.

Em relação à cor autodeclarada, percebe-se que a maior parcela se identifica como pardos, correspondendo assim a 53%, seguidos de brancos (27%), de negros (15%), de indígenas (4%) e amarelos (1%). Com relação à faixa etária, 90,5% dos participantes alegaram ter entre 18 e 29 anos.

Sob essa perspectiva, se mostra de exímia importância a implementação de programas voltados para o público universitário, de modo que o Projeto de Extensão 'AIDS - Educar para Desmitificar' se mostra indispensável no combate da disseminação do HIV, através do diálogo com os estudantes. Durante o Projeto, são abordados diferentes temáticas relacionadas ao HIV/AIDS, como formas de prevenção do vírus, tratamentos, serviços de saúde disponíveis, políticas voltadas para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, etc.

CONCLUSÕES

Conforme supracitado, o estudo demonstra a necessidade de atividades com o intuito de proporcionar maiores discussões e/ou reflexões sobre a temática, contribuindo para a formulação de estratégias e/ou até mesmo projetos para a educação em saúde, proporcionando assim reflexões e ações que influenciem na prevenção às infecções pelo HIV, bem como na redução do preconceito em relação às pessoas soropositivas.

Embora o conhecimento acerca das práticas preventivas seja de inquestionável importância, em especial a prática do sexo seguro, algumas questões ainda necessitam serem mais difundidas na sociedade, de modo a combater pensamentos sem fundamentação teórica.

Percebe-se também, que mesmo com todo o avanço e desenvolvimento de pesquisas/informações relacionadas à temática, o assunto em questão ainda é tratado como 'tabu', por determinada parte da população, que ainda carrega enraizada ideias equivocadas acerca das formas de contágio do vírus, comportamentos sexuais, questões envolvendo sexualidade, etc. Essas ideias muitas vezes servem de alicerce para a intolerância.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2016). Boletim Epidemiológico – Hiv e Aids. Brasília, DF.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.

Cintrón-Bou, F. et. al. (2016). Experiences related to an intervention to reduce stigma related to hiv / aids among medical students in Puerto Rico. *Interam J Psychol.*, 50(1): 137-148.

Nóbrega S. M., Coutinho M. P. L. (2003) O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho M. P. L., Lima A. S., Oliveira F. B., Fortunato M. L., organizadores. *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Ed.UFPB. p. 67-77.

Pinto, A. C. S, Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, v.19, n.1, p.45-50.

Pires, P. das N., Marega, A., & Creagh, J. M. (2017). Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo VIH nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 30-40.

Silva, S. A. T. da C. S. (2014). As representações sociais sobre Aids para jovens universitários de Belo Horizonte. Minas Gerais: PPGP/UFMG.

WHO (1989). *Guide to Planning Health Promotion for AIDS Prevention and Control*. Geneva: World Health Organization, AIDS Series, 5.

ATENÇÃO AO PARTO EM UMA MATERNIDADE DE SALVADOR: EXPERIÊNCIA DE PUÉRPERAS

ATTENTION TO BIRTH IN A MATERNITY OF SALVADOR: EXPERIENCE OF PUERPERAS

ATENCIÓN AL PARTO EN UNA MATERNIDAD DE SALVADOR: EXPERIENCIA DE PUERPERAS

Bárbara Angélica Gómez Pérez¹, Michelle Viçoso Gomes Lopes²

¹Mestre em Enfermagem. Profa Assistente na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Profa Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia- UNEB. babyagp@hotmail.com

²Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia - UNEB. milopes123@yahoo.com.br Tel: (71) 3035.5705 e 99391.3792

INTRODUÇÃO

O termo humanização da assistência ao nascimento contempla inúmeras interpretações e manifesta uma modificação na compreensão do trabalho de parto e parto como experiência humana, e para os profissionais que o assistem uma revisão nas práticas e intervenções utilizadas e reproduzidas pelo modelo de assistência implementado em nosso país. Humanizar a assistência é uma atitude de consideração à essência do ser humano, embasada nas particularidades e subjetividades da parturiente, contemplando sobretudo a relação interpessoal, o vínculo estabelecido entre profissional, parturiente e acompanhante, preservando sua autonomia, numa verdadeira postura de cidadania. OBJETIVOS: Analisar a percepção das puérperas em relação a assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto/parto normal em uma Hospital público na cidade de Salvador-Bahia, verificar se as práticas utilizadas durante o Trabalho de parto/parto pelos profissionais de saúde estão de acordo com os pressupostos do Programa

de Humanização no Pré-Natal e Nascimento bem como identificar fatores relevantes ao debate sobre Atenção Humanizada ao Parto.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa com 09 puérperas que vivenciaram o trabalho de parto/parto normal em um Hospital público na cidade de Salvador-BA, sendo o critério para o número de entrevistas a saturação das respostas. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado e individual com dados de identificação, questões abertas e fechadas que fizeram alusão aos objetivos do estudo, permitindo à puérpera expressar o que achavam relevante em relação ao tema. As puérperas foram esclarecidas sobre o propósito do estudo e a inclusão se deu com autorização prévia através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se trata de um subprojeto que deriva de uma

pesquisa maior intitulada “Percepções de puérperas durante trabalho de parto e parto: relações de poder e gênero” com aprovação em CEP (Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos) nº parecer: 725.114. O método utilizado para avaliação dos dados foi a Análise de Conteúdo, um conjunto de técnicas de análise sistematizadas e objetivas que classifica as vivências do sujeito bem como suas percepções sobre determinado objeto e fenômeno, permitindo a inferência por parte do autor sobre os dados coletados. Após transcrição das falas, o material obtido foi classificado em duas categorias: Qualidade da Assistência no Parto e Pós-parto e Práticas Assistenciais durante Trabalho de Parto e correlação com os pressupostos do programa de Humanização, de forma a se atribuir significado aos dados coletados.

RESULTADOS

Para as puérperas a assistência por parte dos profissionais em sua maioria foi avaliada como positiva, no entanto distinguimos um cenário que se distancia dos pressupostos do Programa de Humanização, como relatos de violência obstétrica durante assistência. Ao considerarmos as condições sócio-econômicas e demográficas das puérperas, que expõe as mesmas a uma maior vulnerabilidade assim como o caráter histórico de submissão ora pela questão de gênero, ora pela verticalização na relação profissional/paciente, suscitaram nas mesmas o entendimento de que foram bem assistidas quando na realidade isso não ocorreu.

DISCUSSÃO

Os depoimentos chamam atenção ao fato de que várias premissas do ideário do parto humanizado não estão sendo respeitadas na maternidade, apontando para a necessidade da instituição de concentrar esforços, através de uma articulação das diretorias de enfermagem e medicina no sentido de promoverem e qualificarem os profissionais para que coloquem em práticas as diretrizes do Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento. As situações de dificuldades e conflitos devem ser

discutidas com a equipe para que todos possam refletir e expressar suas opiniões e contribuir para que revejam suas condutas com vistas a implementar a humanização de fato, mas sem ser encarada em caráter normativo e disciplinador, para não acabar sendo o viés do que se pretende. Percebemos que a maternidade não oferece as boas práticas de atenção ao parto de acordo com as evidências científicas, o que é mais preocupante por se tratar de uma instituição que serve como campo de prática para muitas universidades. Torna-se necessário que as universidades elaborem matrizes curriculares que abordem e evidenciem a importância de uma graduação mais humanizada, respeitando o direito das parturientes e que valorize a formação multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatos de violência obstétrica foram identificados neste estudo e a forma da assistência baseada em protocolos tecnicistas ficaram evidentes, resgatando a necessidade de reflexões e propostas de mudanças. Imprescindível se faz a adoção por parte da equipe de uma flexibilização das práticas considerando as variantes socioculturais e pessoais das parturientes, valorizando o que as mulheres têm a dizer de acordo com as proposições do Programa. As resistências à mudança podem em parte ser atribuídas a influência de longa data do modelo biomédico e tecnicista que se faz presente na assistência, mesmo que as proposições da humanização já estejam sendo divulgadas há bastante tempo. Conclui-se que é de suma importância a instituição concentrar esforços para viabilizar uma assistência mais humanizada e qualificada de acordo com os preceitos do Programa de Humanização considerando a individualidade da parturiente com ênfase na promoção da saúde e autocuidado e não apenas na dimensão biológica e tecnicista.

Descritores: Atenção ao Parto, Humanização da Assistência, Percepção, Violência Obstétrica.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J.M.; OLIVEIRA, A.F.P.; SCHRAIBER, L.B. (2013).
Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29 n.11,. Recuperado de :<<http://goo.gl/8nSnWU>>. Acesso em: 04 de nov. 2015.
- BARDIN, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. (L.A Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Programa de Humanização do Parto: humanização no pré- natal e nascimento*. Brasília. Recuperado em: <<http://goo.gl/GGQaR2>>. Acesso em: 01 maio. 2016.
- Diniz, C.S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3. Recuperado de : < <http://goo.gl/WSnTNA> >. Acesso em: 08 abr. 2016.
- Haidar, F.H., Oliveira, U.F., Nascimento, L.F.C.(2001). Escolaridade Materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.17, n.4, jul/ago 2001. Recuperado de em: < <http://goo.gl/S0102311X>>. Acesso em: 10 de abr. 2017.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Maternidade Segura: assistência ao parto Normal: um guia prático*. GENEBRA: OMS. Recuperado de :< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>>. Acesso em 19 de jul. de 2017.

SENTIDOS DO TRABALHO PARA AS PESSOAS INFECTADAS PELO HTLV-1

SENSE OF WORK FOR PEOPLE INFECTED WITH HTLV-1

SENTIDOS DEL TRABAJO PARA LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL HTLV-1

Cristiane Magali Freitas dos Santos¹, Mônica Ramos Daltro², Patrícia Pereira³, Ellen Paula Souza Teixeira⁴, Thais Brito De Meira Wanderley Silva⁵, Ney Cristian Amaral Boa Sorte⁶

¹Doutoranda no Programa de Medicina e Saúde Humana (MSH) - EBMSP; cristianemagali@bahiana.edu.br

²Dr^a em MSH; Docente do Programa Stricto Sensu e Graduação do Curso de Psicologia, EBMSP.

³Bolsista PIBIC Bahiana e Graduanda do Curso de Enfermagem da EBMSP.

^{4,5}Bolsistas PIBIC-voluntárias e Graduandas do Curso de Enfermagem da EBMSP.

⁶Dr^o em MSH; Docente do Programa Stricto Sensu e Graduação do Curso de Psicologia, EBMSP

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus linfotrófico de células T humano tipo 1 (HTLV-1), isolado nos EUA em 1980, tem caráter endêmico em diversos continentes, com maior prevalência no Japão, Melanésia, África e América do Sul, infectando cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. O Brasil, é o país com maior número absoluto de infectados, sendo Salvador-Ba (1,76%) a cidade com maior prevalência conhecida (Carneiro-Proietti et al, 2002; Dourado et al, 2003; Galvão-Castro et al, 1997; Hlela, 2009). Apesar da elevada prevalência da infecção, aproximadamente 90% dos casos são assintomáticos ou oligossintomáticos (Caskey, 2007) e as complicações mais conhecidas, graves e estudadas só se manifestam em cerca de 5% dos infectados, sendo a morbidade tradicionalmente considerada baixa. Frente a este cenário, a infecção pelo HTLV vem sendo negligenciada pelo poder público (Fundação Oswaldo Cruz, 2009). Somente em 2004, vinte e quatro anos após o isolamento do vírus, o Ministério da Saúde publicou o Guia para Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV através da Secretária de Vigilância em Saúde/Programa Nacional

de DST e AIDS, e mesmo após a elaboração desse guia, o que se observa é que a adoção de estratégias educativas e de normatização de condutas que contribuem com a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das pessoas infectadas, carecem de implementação na atenção primária e referencialmente em rede de atenção nos centros de referência. Nesse cenário da infecção pelo HTLV-1 despontam dois grupos distintos com demandas que convergem no tocante ao impacto psicológico quando se estabelece o diagnóstico da infecção; aos 95% dos infectados assintomáticos ou oligoassintomáticos e que permanecerem transmitindo o vírus sem nunca desenvolverem doenças associadas ao HTLV, registra-se a o medo de evoluírem com as doenças incapacitantes associadas aos contextos relativos à condição de infectado e sua impactos sobre a vida sexual; e aos os 5% dos indivíduos que adoecem após a infecção, reserva-se a convivência com o estigma social, com desordens secundárias associadas ao HTLV-1 e condições psicossociais que promovem declínio da capacidade produtiva e o medo da incapacidade, aspectos de grande relevância na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Esse cenário

de enfrentamentos individualizados nos sujeitos que experimentam a infecção favorece o atual desconhecimento por parte de muitos profissionais de saúde e potencializa a invisibilidade e estigma social para esta infecção/morbidade de alta relevância. O acolhimento, acompanhamento, tratamento e suporte terapêutico interprofissional através de serviços de referência torna-se uma sustentação para o bem-estar físico, mental e social das pessoas com a infecção pelo HTLV-1. Faz-se mister considerar nesse contexto de comprometimento em diferentes esferas da vida, o declínio da capacidade produtiva e o medo da incapacidade, de forma que a centralidade do trabalho assume papel de grande relevância na harmonia psíquica desses sujeitos. De uma maneira geral os domínios mais afetados na qualidade de vida no trabalho de portadores de doenças crônicas estão relacionados com a dor, saúde física, condições emocionais e as atividades da vida diária. É importante se considerar que pessoas com demandas de agravos crônicos à saúde e necessidades especiais, podem encontrar no cotidiano do trabalho, ao invés de uma luta silenciosa, um espaço destinado à fala, com a clara definição de cooperação tanto horizontal (entre os pares) como vertical (com o nível gerencial). Nesse sentido, o sofrimento no e do trabalho nessas condições, poderá então adquirir um sentido para sua existência (Santos, 2008). Ao assumir esse entendimento, este estudo se constitui com a proposição de aprofundar conceitos, produzir complementaridades e preencher lacunas existentes, delineadas a partir das perguntas investigativas: qual a percepção das pessoas infectadas pelo HTLV sobre a sua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e, que estratégias utilizam para enfrentar as adversidades secundárias à infecção e adoecimento pelo HTLV-1?

OBJETIVO

Conhecer a percepção de pessoas infectadas pelo HTLV-1 sobre sua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

METODOLOGIA

Estudo de caráter observacional, tipo transversal, com abordagem qualitativa, desenvolvido Centro Integrativo e Multidisciplinar de Atendimento ao Portador de HTLV localizado no ambulatório docente assistencial de uma instituição de ensino superior da Bahia, aprovado pelo CEP sob o CAAE-55432116.4.0000.55449, com carta de anuência e consentimento por parte do lócus da pesquisa, e para os participantes da pesquisa, a aceitação voluntária foi definida ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha o compromisso com os princípios éticos do sigilo e confidencialidade no tratamento dos dados, tendo sido solicitado aos participantes escolher um codinome numa relação com nomes de heróis. A coleta de dados se desenvolveu no período de agosto de 2016 a junho de 2017 e a amostra foi selecionada por conveniência a partir do público matriculado no CHTLV, desde que preenchidos os critérios de inclusão: possuir vínculo empregatício ativo e estar na faixa etária entre 18 aos 59 anos. Estar afastado do trabalho ou possuir alterações físicas/genéticas anteriores à infecção pelo HTLV-1 que pudessem afetar a QVT (como paralisia de membros inferiores) foram considerados critérios de exclusão. A coleta de dados utilizou questionários para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos, e uma entrevista aberta com foco na QVT, que foi aplicada durante a consulta de enfermagem no ambulatório do CHTLV. O roteiro da entrevista continha uma pergunta aberta (pista) sobre a percepção dos sujeitos da pesquisa acerca de sua QVT, "fale um pouco sobre o seu trabalho". Durante a narrativa, se o participante não abordasse aspectos da QVT relacionado com o HTLV, outras perguntas foram disparadas: como é a sua qualidade de vida no trabalho?; aconteceram mudanças relacionadas ao seu trabalho depois que você soube da confirmação sorológica para o HTLV-1, ou relacionadas a adoecimento desde que está com esta infecção? Como você enfrenta as adversidades relacionadas à infecção e adoecimento pelo HTLV 1? Quando ocorreu a ampla saturação dos conteúdos expressos, estratégia intencional visando constituir vasto material de análise, haja vista, se tratar de temática quase inexplorada. O banco foi finalizado com 24 entrevistas, todas gravadas em meio eletrônico (gravador de mp3) e posteriormente

transcritas para permitir a análise das narrativas. Os arquivos serão mantidos sob guarda da equipe da pesquisa por um período de 05 anos (compatível com o período de arquivamento do protocolo no CEP), e depois deste prazo serão destruídos. A transcrição deu-se na íntegra, sem modificação do expresso, mas condizente com a linguagem do pesquisador e com a área de pesquisa e os dados foram tratados a partir do método de análise de conteúdo temática proposto por (Minayo, 2012), numa articulação das unidades de sentido (US) e de significados (USg) permitindo conformar os núcleos de sentido e suas categorias correlatas. O processo de codificação se estabeleceu com três pesquisadores (triplo cego) que individualmente interagiram com os dados através da leitura exaustiva e estabeleceram suas inferências sobre as US e USg, e posteriormente foram conformados e validados, de forma conjunta, os núcleos temáticos emergentes. A formulação dos núcleos esteve alinhada com um marco teórico-metodológico preestabelecido e uma dialógica das intersubjetividades do sujeito das narrativas com àquelas que os escutaram, cada um com o seu conteúdo teórico-existencial.

RESULTADOS

A amostra se caracterizou compatível com os padrões identificados em estudos sobre prevalência da infecção pelo HTLV-1 na cidade de Salvador: adultos, idade média de 43 anos (dp ± 09); gênero feminino (87,5%), classe social D-E (83,3%) e a cor de pele autodeclarada negra (n.12-50%). A maioria encontra-se no curso assintomático da infecção, sem registro significativo de depressão maior recorrente ou atual (83,3%), mas, referem ocorrência estresse (62,5%), identificado na fase de resistência (37,5%), quase-exaustão (16,7%) ou exaustão (8,3%), com predominância dos sintomas psicológicos (37,5%) em detrimento dos físicos (16,7%); ao que sugere que a predominância na fase de resistência aponta para que para tentativa inconsciente de estabelecer a homeostase interna. Na análise de conteúdo emergiram quatro núcleos temáticos desdobrados em categorias analíticas, a saber: 1. Sentido do trabalho: exprime as questões relativas à 1.1 Centralidade e valor do trabalho como espaço de vivência da (in)capacidade

produtiva-social que permite lhes permite reafirmar seu valor e que distancia a condição de infectado-doente, favorecendo o empoderamento como “ser de fazer/produtivo” e atenuando as experiências de desamparo e exclusão; e 1.2 Campo de conflitos, onde muitas vezes se faz necessário ocultar ou negar o diagnóstico da infecção pelo HTLV-1 para que a dor e o absenteísmo não sejam concebidos como simulação e oportunismo, o que amplia os sentimentos de medo de perder o emprego, desrespeito e isolamento no trabalho; 2. Impacto da doença: exprime as marcas resultantes do diagnóstico e ou da doença secundária ao HTLV-1, descritas a partir de duas perspectivas: 2.1 Sofrimento físico, a marca da dor e limitações físicas ocasionadas pela infecção e sua interferência na vida social das soropositivas, aspectos relacionados com o declínio do bem-estar na vida e no trabalho e 2.2 Sofrimento psicológico, que contempla a experiência do luto e experiências negativas com o outro, como o preconceito-desrespeito-constrangimentos. Os ditos dos participantes da pesquisa apontam com veemência os impactos negativos da 3.(des)Informação sobre o vírus do HTLV-1 não somente na sociedade em geral e entre as pessoas com o vírus, mas também, entre os profissionais de saúde, que frequentemente não associam os sintomas relatados pela pessoa infectada com as doenças associadas ao vírus e favorece certa peregrinação entre serviços de saúde e especialistas, na busca de um diagnóstico e indicativa de tratamento aos males que se apresentam de forma progressiva. Foram produzidos relatos como: “...eu tenho HTLV, todo mundo lhe olha, mas ninguém sabe o que é, acham até que seja uma doença grave, mas não dão muita importância. Eu acredito que muita gente no meio que estou tenha e nem sabe que tem, e só vão descobrir ao acaso. A internet fala muita coisa para a gente e a gente não filtra, então você começa a ficar, meu Deus eu vou morrer (Vampira)? Nesse cenário a infecção/doença permanece desconhecida e por conseguinte negligenciada. 4. Estratégias de enfrentamento: expressa os esforços, comportamentos e pensamentos engendrados para neutralizar, controlar ou minimizar a experiência problemática e melhorar o conforto e bem-estar (Silva, 2011). Nesse estudo se observou que as pessoas com a infecção pelo HTLV-1 utilizam estratégias compatíveis com a classificação proposta por Folkman e Lazarus (Antoniazzi, 1998), quer sejam àquelas 4.1 focadas nas emoções e que

buscam minimizar o impacto emocional resultante da situação problema, um enfrentamento de certa forma paliativo e que é assumido especialmente entre indivíduos soropositivos sintomáticos que consideram a evolução de doenças crônicas e limitantes como fator não modificável, assim se identificou entre eles condutas classificadas como afastamento, negação, aceitação ou resignificação; bem como, 4.2 estratégias focadas no problema, com registros de se implicar no autocuidado, iniciar atividades físicas e adotar condutas de prevenção dos agravos e contra a transmissão do vírus do qual é portador. Também constitui um mecanismo defensivo para eliminar ou a diminuir a condição estressora o uso da 4.3 Rede de apoio compreendida como família, amigos, relações de trabalho e das práticas sociais. As narrativas desses indivíduos revelam melhor enfrentamento e redução do medo e ansiedade - uma sustentação - quando encontram apoio em sua rede de contatos, contrariamente aos que sinalizam o sentimento de desamparo ou desrespeito entre os que ocultam sua condição de infectado e não buscam esse suporte. Por fim, entre as estratégias de enfrentamento, um traço recorrente nas falas foi a 4.4 Espiritualidade/religiosidade, a força da fé constituída como suporte nas situações consideradas difíceis, com narrativas do sentido supremo da vida e das “dores vividas”, como da crença de cura por intermédio de Deus.

DISCUSSÕES

Refletir sobre o trabalho é fundamental para compreendê-lo como experiência prática e de que forma seus sentidos e condições necessárias para exercê-lo se modificam de acordo com o contexto econômico, histórico, político, social e cultural em que se vive. Nesse estudo o trabalho foi para além do “espaço para se ter”, no sentido de adquirir recursos necessários para manutenção da vida e aquisição de bens, e colocado como “espaço para se ser”. Em uma sociedade capitalista que carrega consigo muita complexidade dos processos produtivos visando a constante acumulação de capital, parece-nos que esse grupo localiza no trabalho um ponto de reafirmação da dignidade. Os estudos de Émile Durkheim consideram além do caráter produtivo do trabalho, uma dimensão

moral se encaixar como uma das esferas da vida do indivíduo, cuja função vai além das características produtivas e perpassa por uma dimensão moral do que ele chama de solidariedade. A implicação subjetiva do trabalho sobre a pessoa com HTLV-1 parece estar associada o entendimento que este lhe confere autonomia e favorece as estratégias de superação e resignificação, em contrapartida, os registros sobre a desinformação e o preconceito são relatados como geradores de angústia e sofrimento. No Brasil, a infecção pelo HTLV pode ser considerada um problema de Saúde Pública, mas por ser uma doença com longo período de latência, de curso assintomático para o maior número de soropositivos, e por não possuir um alto perfil de morbimortalidade, perpetua-se a invisibilidade e negligência em se estabelecer as políticas específicas em seu enfrentamento (Zihlmann & Paulo, 2009). Esse desconhecimento prejudica as ações educativas de população em geral, e muito frequentemente a soropositividade é confundida como sendo pelo vírus HIV, o que aumenta a angústia e estigma percebido pela pessoa infectada com o HTLV-1. Essas marcas instituídas no corpo e no psiquismo são geradoras de sentimentos de medo, insegurança e frustrações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do estudo sobre a percepção de pessoas infectadas pelo HTLV-1 sobre sua QVT emergiram os núcleos temáticos, sentido do trabalho, impactos da doença, (des)informação e estratégias de enfrentamento, com um desdobramento em subcategorias que permitirão revelar o sofrimento vivenciado por essas pessoas que permanecem numa luta silenciosa por reafirmar a sua dignidade e valor numa sociedade que a estigmatiza. A invisibilidade desta problemática reforça a necessidade de se implementar políticas públicas específicas e amplo processo educativo não somente para a sociedade como um todo, mas capacitações para os profissionais de saúde que devem estar preparados para o acompanhamento qualificado, o atendimento em rede de serviços e a identificação das muitas situações que podem gerar consequências negativas para a pessoa com a infecção, não apenas no trabalho, mas em todas as áreas de sua vida. A interpretação temática dos núcleos de sentido e suas categorias tocam em

vivências de processos humanos e com múltiplas possibilidades de entendimento, mas, estarão sempre marcadas pela incompletude na compreensão que os pesquisadores assumem dos fatos. Assume-se como limitações do estudo o fato de haver sido utilizada uma amostra de conveniência com os pacientes o CHTLV, o que pode gerar um viés de seleção, entretanto, ao considerar que se trata de um serviço de referência cuja população estudada é semelhante à população alvo da aplicabilidade dos resultados indicativos nesse estudo, portanto, passível das mesmas necessidades, sobretudo no que diz respeito ao apoio psicológico para ele próprio e sua família.

Descritores: Qualidade de Vida. Trabalho. Aspectos Psicossociais. HTLV-1.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Carneiro-Proietti, A. B. F., Catalan-Soares, B., & Proietti, F. A. (2002). Human T Cell Lymphotropic Viruses (HTLV-I/II) in South America: Should It Be a Public Health Concern? *Journal of Biomedical Science*, 9(6), 587–595. <https://doi.org/10.1159/000067286>
- Caskey MF, Morgan DJ, Porto AF, Giozza SP, Muniz AL, Orge GO, T. M., & Barrón Y, Carvalho EM, G. M. (2007). Clinical manifestations associated with HTLV type I infection: a cross-sectional study. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 23(3), 365–71. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17411369?report=docsum&format=text>
- Dourado, I., Alcantara, L. C. J., Barreto, M. L., Teixeira, M. D. G., & Galvão-Castro, B. (2003). HTLV- I in the General Population of Salvador, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 34(5), 527–531. <https://doi.org/10.1097/00126334-200312150-00013>
- Fundação Oswaldo Cruz. Isis Breves. (2009). Portadores do vírus HTLV se unem na luta por mais atenção para a doença. Retrieved October 30, 2017, from <https://agencia.fiocruz.br/portadores-do-virus-htlv-se-unem-na-luta-por-mais-atencao-para-a-doenca>
- Galvão-Castro B, Loures L, Rodrigues LG, Sereno A, Ferreira Júnior OC, F., & LG, Muller M, Sampaio DA, Santana A, Passos LM, P. F. (1997). Distribution of human T-lymphotropic virus type 1 among blood donors: a nationwide Brazilian study. *Transfusion.*, 37(2), 242–3. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9051104?report=docsum&format=text>
- Hlela, C., Shepperd, S., Khumalo, N. P., & Taylor, G. P. (2009). The prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 in the general population is unknown. *AIDS Reviews*, 11(4), 205–14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19940947>
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Santos, C. M. F. dos. (2008). DINÂMICA DO PRAZER-SOFRIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA. *RI UFBA*, 1–134. Retrieved from <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9560%0A>
- Silva, A. R., & Htlv-i, P. D. E. (2011). No Title.
- Zihlmann, K. F., & Paulo, S. (2009). Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Da invisibilidade à visibilidade do sujeito vivendo com a infecção / doença do vírus linfotrópico de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1) e o lugar das decisões reprodutivas nas tramas do saber e do c, 1. <https://doi.org/10.11606/T.6.2009.tde-02092009-142639>

Barema de avaliação de trabalho científico			
Cada um dos itens deverá ter uma pontuação de 0 a 10 e, os valores, somados no fim da avaliação.			
CCAIIQ 2017	QUESTÕES ORIENTADORAS	ORIENTAÇÕES GERAIS	Pontos
Questões objetivas de investigação	1 A temática proposta é relevante?	Existe no título, resumo e na introdução uma indicação clara referente à problemática proposta?	1
	2. As questões de investigação estão claramente formuladas?	As questões de investigação têm destaques e são claras? Existe um sistema hierárquico de questão e/ou subquestões de investigação?	1
	3. A fundamentação teórica é atualizada e articulada com a temática ou com os objetivos de estudo?	Quantos autores internacionais são citados como base do trabalho? As publicações clássicas são citadas de forma articulada com outras publicações (Referência de atualização de cinco anos)	1
Metodologia	4. A opção metodológica é coerente com os problemas e com a questão de investigação?	Todas as questões enunciadas são contempladas no desenho metodológico? É fácil perceber a sua coerência? Existem algumas tabelas ou figuras que explicitem a sua relação?	1
	5. A coleta de dados está descrita de forma clara (informação sobre a disponibilidade ou origem dos dados)?	Quais os dados que serviram de base de dados para a construção de respostas às questões de investigação? Existem justificativas sobre o processo ético (autorizações, consentimentos, anuências)?	0,8
	6. Os métodos e técnicas de análise de dados são adequados ao estudo?	Quais os métodos utilizados? As técnicas de análise são apresentadas? Estão descritos de forma clara? São apresentados elementos de um sistema de análise, tais como dimensões, categorias e subcategorias? São coerentes com as questões de investigação?	1
	7. É explicado o processo de codificação (Número de investigadores envolvidos, dimensões de categorias de análise)?	Qual o processo e o número de investigadores envolvidos na codificação? É explicado como foi validada a codificação? Existe a preocupação em mostrar quão rigoroso e sistemático foi o processo?	0,8
Resultados e Conclusões	8. A quantidade e qualidade dos dados apresentados possuem potencial para uma análise qualitativa relevante?	Os autores indicam que a quantidade e qualidade dos dados são consistentes e suficientes para responder às questões de investigação? Existe diversidade de fontes e características de dados?	1
	9. A discussão dos resultados tem por base a fundamentação teórica e as questões de investigação apresentadas?	Qual o poder de argumentação patente na discussão dos resultados? Estão articulados com a fundamentação teórica e com os objetivos e as questões de investigação do trabalho?	1
	10. Nas conclusões, são apresentadas sínteses dos argumentos que dão suporte aos resultados?	Existe, nas conclusões, uma síntese dos resultados? Essas conclusões estão relacionadas com as questões de investigação? Existe triangulação das conclusões com a literatura? São apresentadas as limitações dessas conclusões?	1
Total de pontos			9,6

(IN) VISIBILIDADE DA IMPRENSA BRASILEIRA FRENTE AS DEMANDAS DE SAÚDE DA MULHER TRANSGENERA

Carlos Alberto Ferreira Danon¹, Mônica Ramos Daltro², Rodrigo de Carvalho Leite³

¹Professor assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

²Dr^a em MSH; Docente do Programa Stricto Sensu e Graduação do Curso de Psicologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

³Estudante do curso de Especialização Saúde Mental na Atenção Básica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

INTRODUÇÃO

No âmbito da literatura acadêmica especializada, em consonância com os discursos circulantes nos movimentos sociais, as abordagens em torno da categoria transexualidade caminham para um construto que se refere a uma pessoa cujo sentimento, o comportamento, os desejos encontram-se incompatíveis ou em desacordo ao socialmente legitimado pelas supostas hegemonias prescritas para o “sexo biológico”. Embora haja um amplo leque conceitual, em diversas esferas do conhecimento sobre as transexualidades, essa abordagem parece ser a mais presente em textos orais e escritos expressos na contemporaneidade.

Apesar de sinalizarmos para um relativo consenso conceitual discursivo e operativo, salientam-se a diversidade e as diferenças entre as pessoas transgêneras no que diz respeito às suas performances sociais identitárias, em especial, na (re) construção ou na adequação de seus corpos. Tal dinâmica reflete a complexidade da sexualidade humana.

As padronagens sociais instituídas pelas hegemonias de poder excluem as pessoas trans da trilha da normalidade ou das possibilidades humanas de ser e de existir. Nesta ótica, discriminatória e excludente, a condição trans deixa o perfil da transição, da circularidade na teia da sexualidade humana para encontrar a negação, a cegueira que as ou os tornam invisíveis. Assim, não são pautados ou pautadas nas agendas institucionais das políticas públicas ou privadas de atendimento ou de atenção social. O contexto social discriminatório impõe a população trans uma condição de afastamento dos direitos sociais, incluindo as políticas de saúde.

Reconhecida na produção e reprodução de valores e sentidos sobre as diversas formas de se falar sobre as sexualidades, seja pela introdução de temáticas até então consideradas tabus para um amplo espectro de pessoas, seja, pela forma como ela tem abordado essas temáticas (BORGES E CANUTO, 2013), a imprensa de saúde cresce universalmente, configura-se como um importante espaço de circulação de informações e produções de subjetividades e na contemporaneidade, se coloca carregada

posições epistemológicas, culturais e políticas. Possuindo um grande poder de informação, essa imprensa para Miguel (2003), se torna um fator de influência no processo das Políticas Públicas no jogo político contemporâneo.

Muito além da transmissão de informação ou da tradução de descobertas científicas para um público supostamente leigo, o jornalismo semanal representa uma forma de poder que, nas sociedades “de massa”, possui papéis extremamente significativos, tais como: influir na formação das agendas públicas e governamentais; intermediar relações sociais entre grupos distintos (CAPELATO, 1988); influenciar a opinião de inúmeras pessoas sobre temas específicos. Para Moreira (2002), constitui um importante formador de conceitos e com esse “poder” que lhe é atribuído e, diante da complexidade das dificuldades, em especial, as de saúde, faz-se necessário uma reflexão sobre a atuação e qualidade do que é ofertado.

OBJETIVO

Este estudo é parte da tese de doutoramento As demandas contemporâneas de saúde das mulheres trans no espelho do currículo do Curso de Medicina: silêncio, periferia ou centralidade? que objetiva analisar o currículo do Curso de Medicina da EBMSP quanto o perfil formativo médico para à atenção à saúde das demandas específicas identitárias da população mulher trans. Esta etapa da pesquisa buscou identificar essas demandas evidenciadas na imprensa escrita em dois periódicos brasileiros, a Revista Veja e a Revista Carta Capital.

A TRILHA METODOLÓGICA: UM RASTRO AFIRMATIVO

O trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo, exploratório, envolvendo método Análise temática-categorial, utilizando como fonte de informação 55 exemplares da Revista Carta Capital e 56 exemplares da Revista Veja, ambas impressas semanalmente e publicadas no período

compreendido entre julho de 2016 até julho de 2017 que abordem o tema saúde da mulher trans.

A escolha das Revistas não foi aleatória, já que a Revista Veja é tida como a segunda revista semanal mais lida do mundo, atrás apenas da americana Time. (Veja, 2017). Publicada pela Editora Abril, Veja foi lançada em 1968 pelos jornalistas Victor Civita e Mino Carta e possui tiragem média de 1,1 milhão de exemplares por semana. (Oliveira, 2015)

Antagonista a Veja, a Carta Capital foi fundada em agosto de 1994 por Mino Carta e Bob Fernandes. Inicialmente com periodicidade mensal até 1996, quando passou a ser quinzenal, e que, em 2001, passou finalmente a ser semanal. (Rodrigues, 2013). Tida como uma revista que consiste num texto jornalístico cujo grau de informatividade, em certa medida, difere de outros da mídia impressa, pois nele prevalece o caráter crítico-analítico sobre o informativo (Calles, 2004).

As pesquisas das revistas impressas foram realizadas na Biblioteca da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública durante os meses de julho e agosto de 2017, dispondo como primeiro critério de inclusão publicações que possuíam os títulos e chamadas contendo qualquer relação com demandas de saúde da população em geral. O segundo critério de inclusão, refere – se a citações envolvendo transgênero, transexuais ou transexualidade. Como critério de exclusão, matérias que não tragam na chamada ou no corpo do texto demandas de saúde das mulheres trans.

Os resultados encontrados serão trabalhados a partir do método Análise temática-categorial, o que para Bardin (2011), consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. Para tal análise, alguns procedimentos serão aplicados, conforme aponta Oliveira (2008):

Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto, Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado, Determinação das unidades de registro, Definição das unidades de significação ou tema, Análise temática das UR, Análise categorial do texto, Tratamento e apresentação dos resultados: e Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo. (p.71)

Assim, a coleta de dados se relaciona a uma análise compreensiva que relaciona a interpretação política com a análise do discurso em uma combinação dialógica contínua que indica a performatividade representação das revistas em relação às mulheres trans. Nessa linha, a análise busca o lugar da mulher trans nas revistas, trilhando uma conduta afirmativa. Ou seja, um olhar de procura relevante da mulher trans nas linhas e entrelinhas dos periódicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 2054 reportagens publicadas na Revista Veja, foram selecionadas 139 publicações, dentre elas 116 referentes a saúde de uma forma geral e 23 citações a transgêneros, transexuais e transexualidade. Dessa amostragem, apenas 3 apresentaram alguma demanda relacionada a saúde da mulher trans.

Em relação a Revista Carta Capital, das 1303 publicações analisadas, foram selecionadas 89 publicações, sendo 82 relacionadas a saúde de uma forma geral e 7 a citações de transgêneros, transexuais e transexualidade. Dessa amostragem, apenas 1 apresentou alguma demanda relacionada a saúde da mulher trans.

Os assuntos mais comentados em ambas as revistas relacionadas a saúde de forma geral apresentam a temática câncer, aborto e drogas e em relação a saúde da mulher trans, conforme apontado pela figura 2, as temáticas mais abordadas são o processo transexualizador, nome social, transfobia, nomenclatura, banheiros e traumas.

Diante dos resultados encontrados, é perceptível um pequeno número de publicações incluídas a partir do primeiro critério de inclusão em ambas as revistas em relação ao número de publicação em geral, sendo que esses resultados quando apresentados em porcentagem, demonstram 6% de publicações relacionadas a saúde de uma forma geral e apenas um 1% relacionado a citações de transexuais, transgêneros e transexualidade. Quando aplicados o primeiro critério de exclusão, que abrange toda e qualquer reportagem apresentando demandas de saúde da mulher trans, esses números se reduzem

a quase 0%. Cabe aqui ressaltar que durante o período analisado, foi encontrado uma ausência total de demandas de saúde do homem trans.

Outro ponto que chama atenção é ausência de capas relacionadas a demandas de saúde, sendo grande parte delas voltadas para assuntos relacionados a política, esquecendo que a saúde também se configura como um ato político. Em relação as demandas de saúde das mulheres trans veiculadas no jornalismo semanal, pode se constatar que não surgem como a demanda principal das publicações e sim em segundo plano, além do que o foco encontra -se no processo transexualizador, perpassando pela juridicidade. Essas demandas são apresentadas em seções como Justiça, Brasiliano (Generalidades), Primeira Pessoa (depoimento) Conversa e Gente (Coluna Social), porém durante o período analisado nenhuma demanda foi veiculada em seções relacionada a saúde. As mulheres trans, na grande maioria das publicações, são associadas ao glamour do cinema, televisão, música e passarela e as que não fazem parte desse eixo midiático, são colocadas a margem e vulgarizadas.

CONCLUSÕES

Em virtude dos dados apresentados, é possível considerar que a mídia, representada aqui pelas Revistas Carta Capital e Veja, importantes formadoras de opiniões e influenciadoras de ações políticas públicas e sociais, invisibiliza não só a saúde da mulher trans, objeto do nosso estudo, mas a saúde de uma forma ampla e geral, representada por esses periódicos como algo inerente a presença de doenças ou como algo a ser medicalizado, contrariando as concepções contemporâneas de saúde. Além disso, a prevalência de capas e reportagem com o tema política esquece que a saúde é um ato político pois as políticas públicas estão envolvidas em uma relação de poder.

No que tange as mulheres trans, representadas de uma forma glamourizada, condizendo com mulheres que se encontram na periferia da atenção à saúde, suas demandas de saúde nos periódicos se aproximam a 0% e nota -se um não comprometimento com a terminologia acadêmica ou

dos movimentos sociais provocando um reforço ao estigma e o preconceito que se encontra enraizado culturalmente, proporcionando o adoecimento a esse segmento populacional que não encontra na saúde respaldo a suas necessidades básicas.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário que o jornalismo assuma seu papel de agente social, incentivando a discussão política e a opinião pública, tendo o poder de não só denunciar a ineficácia dessas políticas, mas também de oferecer conhecimento, empoderando e transformando a mulher trans em uma mulher possuidora de direitos. Desta forma, ampliando e transformando o seu acesso a saúde.

REFERÊNCIAS

- Calles, D. C (2004). Procedimentos de construção textual na seção a semana da revista Carta Capital. Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura Letra Magna. Ano 01, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.letramagna.com/divacleidecalles.pdf>> Acesso em: 28/10/2017.
- Coelho, M. T. Á. D., & Sampaio, L. L. P (2014). As transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e contexto. In: _____. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. Salvador: EDUFBA, p. 13.
- Oliveira, A. D. D (2015). Os movimentos sociais na capa da revista Veja: uma análise discursiva / Airton Donizete de Oliveira. – Londrina. 143 f.: il. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/mestrado/comunicacao/wp-content/uploads/Os-movimentos-sociais-na-capada-revista-Veja-uma-analise-discursiva.pdf>> Acesso em: 28/10/2017.
- Oliveira, D. C (2008). Análise de conteúdo temático – categorial: Uma proposta de sistematização. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):569-76. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em 27/10/2017.
- Peres, W.S (2010). Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões. In: COSTA, H. et. al. (Orgs) Retratos do Brasil Homossexual: Fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EdUSP, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, p. 307-319.
- VEJA, R (2017). Obrigado, leitor. Editora Abril. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/brasil/obrigado-leitor/>> Acesso em 28/10/2017.

RODRIGUES, L. S (2013). Imagens no jornalismo de revista: A cobertura das manifestações brasileiras de junho de 2013 em Carta Capital, Veja, época e IstoÉ. Porto Alegre, 92f. il. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88495/000913063.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28/10/2017.

Santana, M. S. P; Análise da coleção de revistas da biblioteca Sesc cidadania. (2012). Goiânia: (GO), 78 f.: il. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/4400/2/TCCG-BIBLIOTECONOMIA-M%C3%81RCIA%20SANTANA.pdf>>. Acesso em: 28/10/2017.