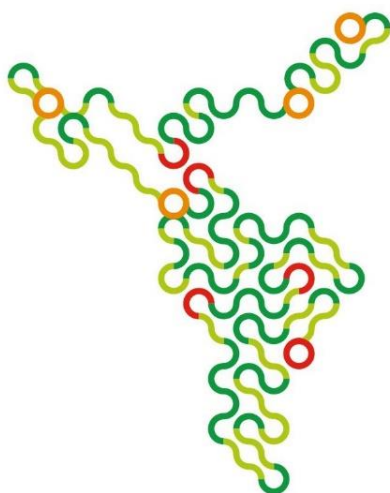


ANAIS DO EVENTO



III CONGRESSO
IBERO-AMERICANO
DE HUMANIDADES,
CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO:
**Produção e democratização
do conhecimento na
Ibero-América**

22 a 25 de maio de 2018

 Apoio:



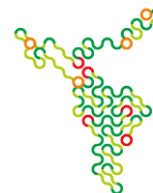
 Realização:



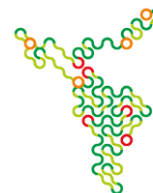
PROACAD
Pró-Reitoria
Acadêmica



Universidade do Extremo Sul Catarinense
III Congresso Ibero-Americano de Humanidades, Ciências e
Educação
Produção e democratização do conhecimento na Ibero-América

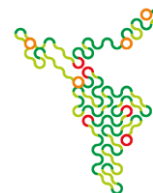


A EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA E A ATENÇÃO À POPULAÇÃO USUÁRIA DE SAÚDE MENTAL



TRABALHOS

A EDUCAÇÃO ESPECIAL PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL USUÁRIA DE SAÚDE MENTAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO	3
Nataly Farias de Goes; Rosângela da Luz Matos	
SUICÍDIO E SURDEZ: A SAÚDE MENTAL NÃO ACESSÍVEL	15
Ester Vitória Basílio Anchieta	
TRILHA AGROECOLÓGICA ACESSÍVEL: A INCLUSÃO DE CEGOS E SURDOS NA ESCOLA RURAL DE OSÓRIO NO RS.....	27
Lisângela Rossi Sityá Pazetto	
CAMINHAR É PRECISO: RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE O PROCESSO FORMATIVO CAMINHOS DO CUIDADO	38
Daiane Rocha	



A EDUCAÇÃO ESPECIAL PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL USUÁRIA DE SAÚDE MENTAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO

Nataly Farias de Goes¹
Rosângela da Luz Matos²

Resumo: A OMS (2001) propõe que as políticas para a população infantojuvenil deem atenção à saúde mental através da identificação precoce e a promoção da saúde nas escolas, ampliando o desenvolvimento social e emocional saudável. Os setores Educação e Saúde precisam, então, construir e fortalecer diálogos para efetivar políticas públicas de atenção psicossocial. Este trabalho resulta de pesquisa aplicada que interroga se crianças e adolescentes usuárias de saúde mental estão contempladas na política de educação especial. O procedimento de acesso aos dados deu-se a partir dos Planos de Educação dos municípios que compõem o Território de Identidade Metropolitano de Salvador (TIMS). O TIMS é composto por treze municípios, com população total de 3.543.973 milhões de habitantes. Destes 783.000 mil na faixa etária de 0 a 14 anos (IBGE, 2010). Todos os municípios possuem IDEB abaixo da média nacional (INEP, 2017). Segundo o INEP (2016) o TIMS registrou 457.788 mil matrículas entre educação infantil, ensino fundamental e ensino médio nas 1.253 escolas da rede pública. Segundo o DATASUS, 2.047 crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 e 18 anos, foram atendidas em 2016 em algum CAPS no estado da Bahia, contudo há inconsistência nos dados registrados no sistema. A análise dos Planos de Educação apontou que não há proposições de ações para a população infantojuvenil usuária de saúde mental, o que sugere a invisibilidade deste público no planejamento educacional dos municípios em estudo.

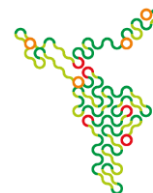
Palavras-chave: Educação Especial. Saúde Mental. Planos Municipais de Educação.

SPECIAL EDUCATION FOR THE POPULATION INFANTOJUVENIL USER OF MENTAL HEALTH IN MUNICIPAL EDUCATION PLANS

Astract: The WHO (2001) proposes that policies for the child and adolescent population should focus on mental health through early identification and health promotion in schools, enhancing healthy social and emotional development. The Education and Health sectors need to build and strengthen dialogues to implement public psychosocial care policies. This work is the result of applied research that asks whether children and adolescents who use mental health are contemplated in the special education policy. The data access procedure was based on the Education Plans of the

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação Gestão e Tecnologias Aplicadas a Educação (GESTEC), Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Brasil.

² Pós Doutora em Estudos Interdisciplinares sobre Universidade. Doutora em Sociologia. Professora do Programa de Pós-Graduação Gestão e Tecnologias Aplicadas a Educação (GESTEC), Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Brasil.



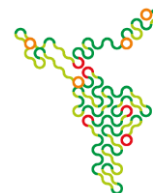
municipalities that comprise the Territory of Metropolitan Identity of Salvador. TIMS is composed of thirteen municipalities, with a total population of 3,543,973 million inhabitants. Of these 783,000 thousand in the age group from 0 to 14 years (IBGE, 2010). All municipalities have IDEB below the national average (INEP, 2017). According to INEP (2016), TIMS registered 457,788 thousand enrollments between kindergarten, elementary and high school in 1,253 public schools. According to DATASUS, 2,047 children and adolescents in the age group between 0 and 18 years were attended in 2016 in some CAPS in the state of Bahia, however there is inconsistency in the data recorded in the system. The analysis of the Education Plans pointed out that there are no propositions of actions for the child and adolescent population of mental health, which suggests the invisibility of this public in the educational planning of the municipalities under study.

Keywords: Special education. Mental health. Municipal Education Plans.

Introdução

O presente texto aponta discussões resultantes de pesquisa de mestrado que interroga se crianças e adolescentes usuárias de saúde mental estão contempladas na política de educação especial no Brasil. Sabe-se que a perspectiva de educação inclusiva constitui-se em um grande desafio e perpassa a educação ao longo da vida. Sabe-se também que não mais se admite uma realidade que exclua sujeitos do sistema educacional. Estas não são afirmações vagas ou idealistas, elas encontram-se ancoradas na atual legislação brasileira: a Constituição Federal vigente (1988), A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96, a Resolução CNE/CEB nº 4/2009, que dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, a Lei nº 12.764/12 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência Lei nº 13.146/15 e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação inclusiva.

O atual Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado pela Lei 13.005 de 25 de junho de 2014, traz no § 1º que os entes federados estabelecerão nos respectivos planos de educação estratégias que garantam, entre outras, o atendimento das necessidades específicas na educação especial, assegurado o sistema educacional inclusivo em todos os níveis, etapas e modalidades (BRASIL, 2014). O que nos faz entender que todos os Estados e Municípios brasileiros deverão assegurar em Lei específica de Plano Decenal de Educação, uma política de educação especial que os constituam em rede e sistema inclusivos.



A LDB 9.394/96 em seu Art. 9º indica a necessidade de elaboração de planos por parte dos entes federados: “A União incumbir-se-á de elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios”. O atual PNE destaca no art. 8º que “os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão elaborar seus correspondentes planos de educação, ou adequar os planos já aprovados em lei, em consonância com as diretrizes, metas e estratégias previstas neste PNE, no prazo de 1 (um) ano contado da publicação desta Lei”. Significa que todos os entes federados deveriam construir seus respectivos planos decenais de educação até junho de 2015.

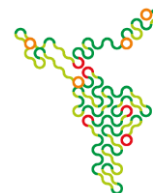
No momento deste estudo, segundo dados publicizados no *site* do Ministério da Educação (MEC), 25 estados brasileiros possuem Plano Estadual de Educação (PEE) aprovado em forma de Lei, e apenas dois ainda não possuem lei sancionada, são eles: Rio de Janeiro e Minas Gerais. Na Bahia, todos os 417 municípios possuem lei de Plano Municipal de Educação (PME) sancionada. Destarte, é aqui que se concentra o recorte deste estudo: PME dos municípios que compõem o Território de Identidade Metropolitano de Salvador (TIMS).

O texto está organizado em introdução, desenvolvimento e conclusões. A seção do desenvolvimento está estruturada em duas etapas: a primeira se apresenta com o subtítulo *A educação especial no Brasil e os Planos Municipais de Educação*, nesta buscamos discorrer sobre a educação especial no cenário nacional e conhecer como ela está posta nos PME dos municípios do TIMS; e a segunda, com o subtítulo *Se vê a população infantojuvenil usuária de saúde mental nos PME?*, nesta, apresentamos os resultados das análises parciais dos PME do TIMS com o fim de identificar até que ponto é dada visibilidade à população infantojuvenil usuária de saúde mental nos planos de educação.

O procedimento de acesso aos dados se deu a partir dos PME dos treze municípios que compõem o TIMS, mais especificamente a meta 4, que trata da educação especial, disponíveis no *site* oficial do MEC: PNE em Movimento.

A educação especial no Brasil e os Planos Municipais de Educação

De acordo com Mendes (2006), o movimento da educação inclusiva é mundial e se apresenta mais fortemente nos Estados Unidos. No cenário nacional o movimento segue o contexto



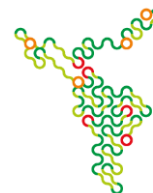
histórico mundial e ganha fôlego na década de 90. Isso se deu com as influências da Conferência Mundial sobre a Educação para Todos, ocorrida em Jomtien em 1990, da Declaração de Nova Delhi sobre Educação para Todos em 1993, da Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na área das Necessidades Educativas Especiais em 1994 e do Marco de Ação de Dakar, em 2000.

No Brasil, em 1994, publicou-se a Política Nacional de Educação Especial, que orientava o processo de integração das crianças com deficiência nas classes comuns, desde que possuam condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas para o ensino comum, no mesmo ritmo do grupo no qual está inserido. Contudo, esta Política não trouxe grandes mudanças para o paradigma da educação inclusiva, “ao reafirmar os pressupostos construídos a partir de padrões homogêneos de participação e aprendizagem, a Política não provoca uma reformulação das práticas educacionais de maneira que sejam valorizados os diferentes potenciais de aprendizagem” (BRASIL, 2008, p.4). Já a LDB 9.394/96 e o PNE, Lei nº 10.172/2001, defendem a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana. Atender à diversidade humana significa que há que se preparar e mobilizar sujeitos e instituições para garantir adequação de currículos, métodos, espaços, recursos e diversos outros aspectos necessários a uma escola efetivamente inclusiva.

Em 2008, o MEC lançou a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação inclusiva. Nesta, reconhece que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino demonstram necessidade de superar práticas discriminatórias e defende a educação inclusiva enquanto espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea (BRASIL, 2008). Assim, a escola é colocada no lugar de construção de equidade e a criança no lugar de sujeito com direitos que precisam ser garantidos. É com o olhar para a garantia de direitos que este estudo busca identificar como a educação especial está posta nos PME dos municípios que compõem o TIMS.

Ao discutirmos sobre planos de educação, cabe refletirmos sobre o ato de planejar no campo educacional. Logo nos remetemos a Melo (2004, p.19) quando se relaciona ao ato de planejar enquanto ato político, já que nele estão postas diversas relações de poder. Nesse sentido,

os planos e programas não expressam somente construções de interesses sociais diferentes, mas são resultado do embate histórico-social de projetos diferentes, distintos, até mesmo contraditórios, de sociedade e de educação; defendidos e



implementados historicamente, de forma múltiplas, por diversos sujeitos políticos coletivos. (MELO, 2004, p. 19)

Nesta perspectiva, observamos o entendimento de planejamento como efetivação de um posicionamento político, um instrumento de transformação ou de manutenção da sociedade. É com esse olhar que trazemos à tona as questões da educação especial na perspectiva inclusiva, postas no Plano Nacional de Educação, Lei 13.005 de 25 de junho de 2014, com vigência de 2014 a 2024.

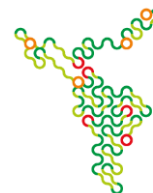
A Meta 4 do PNE, com desdobramento em 19 estratégias, preconiza:

Universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. (BRASIL, 2014)

Ao analisar o referido documento, observamos a confusão conceitual e de interpretações feitas em torno dos marcos e movimentos mundiais, como a Declaração de Salamanca, por exemplo, na medida em que a meta se refere a um sistema educacional inclusivo e se restringe às questões voltadas ao público com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Observou-se a prevalência desta expressão em 13 das 19 estratégias traçadas para o alcance da referida meta.

Apenas uma (ironicamente a última) estratégia da Meta 4, faz referência a um sistema educacional inclusivo ao tratar da busca por parcerias com instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, conveniadas com o poder público, para possibilitar a participação das famílias e da sociedade na construção do sistema inclusivo.

Outras metas fazem referência à educação especial, ao tratar das questões da educação para as comunidades indígenas ou quilombolas. Contudo, o que nos chama a atenção é a ausência do delineamento de estratégias definidoras da equidade educacional, foco de um sistema educacional inclusivo. Enfatizamos aqui que a expressão equidade educacional aparece no PNE apenas uma vez, no § 1º quando afirma que os entes federados devem, entre outros, “considerar as necessidades específicas das populações do campo e das comunidades indígenas e quilombolas, asseguradas a equidade educacional e a diversidade cultural”.

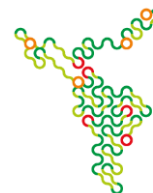


Nesta perspectiva, é de causar estranhamento o fato da expressão educação inclusiva aparecer também uma única vez no PNE, já que a política brasileira atual a compreende enquanto proposta educacional promotora da igualdade e defensora da valorização das diferenças na organização curricular. Assim, a estratégia 4.8 prevê: “garantir a oferta de educação inclusiva, vedada a exclusão do ensino regular sob alegação de deficiência e promovida a articulação pedagógica entre o ensino regular e o atendimento educacional especializado”. (BRASIL, 2014). Portanto, o PNE assevera que não se admitirá qualquer situação que venha a excluir os sujeitos das escolas por sua condição de deficiência, seja ela qual for. E ainda afirma que haverá uma preparação das instituições para a garantia do Atendimento Educacional Especializado (AEE) articulado com o ensino regular. Conforme Resolução CNE/CEB nº 4/2009, que dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, sua função é identificar e eliminar as barreiras no processo de aprendizagem.

Diante da ambiguidade que perpassa as compreensões acerca destes conceitos, consideramos relevante recorrermos às caracterizações do próprio Ministério da Educação. A educação inclusiva é assim definida enquanto proposta educacional que reconhece e garante o direito de todos os alunos de compartilhar um mesmo espaço escolar, sem discriminações de qualquer natureza. Ela deve ser promotora da igualdade e valorizar as diferenças na organização do currículo. Um currículo que favoreça a aprendizagem e atenda às necessidades de todos os alunos, sem discriminação. Enquanto a educação especial deve ser compreendida como campo de conhecimento, modalidade educacional que transversaliza o ensino que perpassa por todos os níveis, etapas e demais modalidades (BRASIL, 2008). Dito isto, cabe-nos reconhecer que o grande desafio para os planos de educação é a efetivação de um sistema educacional inclusivo.

A Conferência Nacional de Educação (CONAE) realizada em 2010, defende claramente a construção de um Sistema Nacional de Educação (SNE) que articule o regime de colaboração em nível nacional e oriente a política e o trabalho da sociedade como um todo. Propõe também que o conjunto das políticas educacionais sejam implementadas de forma articulada entre os sistemas de ensino, na garantia da universalização e da qualidade social da educação. (CONAE, 2010)

Assim, seguiremos então com a compreensão de que o PNE se constitui um ponto de convergência do Sistema Nacional de Educação, com a distribuição das responsabilidades entre



todos os níveis das esferas. Dourado (2017, p. 17) chega a conceituá-lo enquanto o epicentro das políticas educacionais. Com esta perspectiva da noção de articulação entre os entes, buscamos identificar nos PME do TIMS, como o planejamento educacional dos municípios conceituam e vislumbram as questões da educação especial. Os planos no nível municipal dialogam com o PNE?

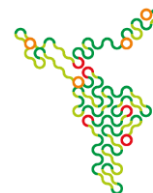
O TIMS é composto por treze municípios: Camaçari, Candeias, Dias Dávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz, e possui uma população de 3.543.973 milhões de habitantes. Destes, 783.000 mil na faixa etária de 0 a 14 anos (IBGE, 2010). Todos os municípios possuem IDEB abaixo da média nacional (INEP, 2017). Segundo o INEP (2016) o TIMS registrou 457.788 mil matrículas entre educação infantil, ensino fundamental e ensino médio nas 1.253 escolas da rede pública. O INEP, ao divulgar dados do Censo Escolar 2017, registrou matrícula inicial de 7.700 estudantes público alvo da educação especial no TIMS.

Ao analisar os PME do TIMS, foi verificado que os treze municípios apresentam em seus respectivos Planos, a meta que trata da educação especial para o público com Deficiência, Transtorno Global do Desenvolvimento, Altas Habilidades ou Superdotação. Dos treze, onze apresentam a educação especial na Meta 4, acompanhando o PNE, no que concerne à estrutura do documento. Dois deles apresentam a educação especial em outra Meta: Dias D'Ávila apresenta na Meta 11 e Vera Cruz apresenta na Meta 03.

Quanto à definição da faixa etária contemplada, 4 a 17 anos, onze municípios acompanham o PNE, enquanto Salvador e Madre de Deus não apresentam definição de faixa etária.

Alguns dos documentos analisados publicizam também os diagnósticos educacionais. Nestes, nota-se a ausência de dados estatísticos da população que demanda a educação especial, informações imprescindíveis para a construção de um planejamento educacional. Como também não foram encontrados dados referentes ao Território de Identidade, informações que contribuiriam para o planejamento das políticas territoriais locais.

Ao apreciar o PME de Salvador, verificamos a previsão de uma estratégia que atenda a esta lacuna, com vistas a suprimir a ausência de dados estatísticos: “4.17 Promover, através de articulações intersetoriais, a obtenção de informações detalhadas sobre o perfil das pessoas com



deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação de 0 (zero) a 17 (dezesete) anos” (SALVADOR, 2016, p.5).

Enquanto isso, em nenhum outro PME do TIMS, observou-se estratégia que atenda ao propósito de conhecer a população infantojuvenil com deficiências, de modo que se tenham dados demográficos detalhados sobre esta população e seu perfil. O que dificulta a proposição de políticas públicas para esta população, já que não se sabe de fato suas necessidades.

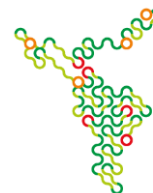
Portanto, vale enfatizar o que é perceptível, acerca dos diagnósticos educacionais apresentados nos PME. Esses não consideram, em sua maioria, dados e informações do contexto educacional em cena, para a construção da Meta da educação especial e suas estratégias, conforme preconiza o PNE. Além disso, verificou-se uma repetição das estratégias da Meta 4 do PNE nos planos municipais. Esta reprodução deu-se sem considerar as realidades locais, as necessidades e especificidades da população alvo desta política e os potenciais espaços de efetivação nos municípios.

Se vê a população infantojuvenil usuária de saúde mental nos PME?

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou no Atlas de Saúde Mental, que aproximadamente 700 milhões de pessoas sofrem de algum distúrbio de saúde mental, o que representa uma prevalência de 10% da população mundial. Ainda em 2002, a OMS já referia que o suicídio era a principal causa de morte entre os jovens, em grande parte dos países desenvolvidos, como também em muitos em desenvolvimento.

A infância e a adolescência se apresentam em cenário preocupante nos relatórios da OMS, pois os dados para esse grupo indicam uma prevalência geral de 10 a 20% de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Diante deste cenário, a OMS (2002) propõe que as políticas para a população infantojuvenil deem atenção à saúde mental através da identificação precoce e a promoção da saúde nas escolas, ampliando o desenvolvimento social e emocional saudável.

No Brasil, a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, prevê que crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 18 anos, em sofrimento psíquico grave e persistente



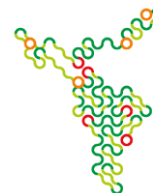
devem ser atendidas nos cuidados em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência – CAPS i. Para fins de garantia de financiamento nestes serviços, a Portaria nº 854/2012 ampliou a faixa etária de atendimento nesta modalidade para até 25 anos.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o guia “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”; neste, diversas orientações são explicitadas para os cuidados em saúde mental infanto-juvenil, evidenciando o cuidado integral em diversos serviços de saúde e a importância da articulação de rede, na perspectiva da inclusão social dos sujeitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental destaca: diretrizes relacionadas à importância da expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral à criança e ao adolescente; a efetivação de articulações intrasetoriais; a consolidação do fundamento intersetorial na organização da rede de cuidados, principalmente no tocante à educação, assistência social e justiça/direitos.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva se coloca na responsabilidade de acompanhar os avanços do conhecimento e das lutas sociais, com o objetivo principal de constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos (BRASIL, 2008). Ao pensar uma educação que se preocupe e legitime a importância de que todos aprendam, logo relacionamos à necessidade de atendimento aos sujeitos nas mais diversas condições às quais se encontrem. Dito isto, nos cabe perguntar se crianças e adolescentes usuárias de saúde mental, são visibilizadas nessa política de equidade educacional e, por conseguinte, nos planos de educação.

É notório que nas políticas públicas educacionais para a inclusão existe um olhar a partir das deficiências, contudo quando se trata da especificidade para a atenção à população infantojuvenil usuária de saúde mental, a própria legislação permite interpretações ambíguas. Ao interpretarmos a Lei Brasileira de Inclusão, nº 13.146, de 6 de julho de 2015, é possível considerar que este público está inserido no grupo da deficiência.



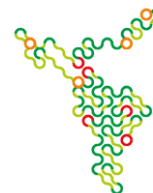
Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015)

No entanto, existem interpretações às quais compreendem que esta definição atenderia ao conceito de inclusão, mas sem se enquadrar no público alvo da educação especial, já que a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, publicada em 2008, não apresenta esta discussão. De certo modo, isso tem contribuído para reforçar a confusão conceitual e, por conseguinte, para a frágil apropriação por parte do setor educação e a indefinição persistente para propor metas e alocar recursos.

Durante a análise dos PME não foi encontrado nenhum registro do termo saúde mental, ou sofrimento psíquico, ou outro que pudesse substituir essa categoria. Portanto, nos PME do TIMS a atenção à população infantojuvenil usuária de saúde mental não está expressa claramente. Contudo, destacamos que o fato destes documentos não manifestarem claramente tal preocupação, não exclui a possibilidade de planejamento, bem como, de efetivação de ações para este público, desde que esta especificidade seja considerada enquanto público imerso no grupo das deficiências, conforme preconiza a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Conclusões

Portanto, ficou evidenciado que existe uma reprodução das estratégias do PNE na meta que trata da Educação Especial nos Planos Municipais de Educação dos municípios do Território Metropolitano de Salvador. Estes, em muitos casos, não consideram dados e informações do contexto educacional, as realidades locais, as necessidades e especificidades da população alvo desta política e os potenciais espaços de efetivação nos municípios. Portanto, é notória a latência da visibilidade da população infantojuvenil usuária de saúde mental nos Planos de Educação e, certamente é necessária a mobilização de esforços para que esse público infantojuvenil não permaneça no campo do invisível nas políticas e nas práticas educacionais.



Referências

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394/1996. Brasília, 1996.

_____. **Educação inclusiva: A fundamentação filosófica**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2004. V.1.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. MEC/SEESP. Brasília: Junho de 2008.

_____. **Resolução CNE/CEB Nº 4, de 02 de outubro de 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília: Ministério da Educação, 2009.

_____. **Lei Nº 13.005, de 25 de junho de 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação. Brasília: Ministério da educação, 2014.

_____. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, Ministério da educação, 2015.

CAMAÇARI. **Lei Nº 1415/2015 de 1º de dezembro de 2015**. Aprova o Plano Municipal de Educação em consonância com o Plano Nacional de Educação para o decênio 2015/2024. Disponível em <http://simec.mec.gov.br/sase/sase_mapas.php?uf=BA&tipoinfo=1>. Acesso em 23 de maio de 2017.

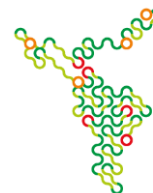
DIAS D'ÁVILA. **Lei Nº 467/2015 de 22 de junho de 2015**. Institui o Plano Municipal de Educação – PME no Município de Dias d'Ávila e dá outras providências. Disponível em <http://simec.mec.gov.br/sase/sase_mapas.php?uf=BA&tipoinfo=1>. Acesso em 17 de maio de 2017.

DOURADO, Luiz Fernandes. **Plano Nacional de Educação: o epicentro das políticas de estado para a educação brasileira**. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária, ANPAE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 2010**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>> Acesso em: 20 jul. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo Escolar, 2016**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br>> Acesso em 19 de nov. 2017.

_____. **Censo Escolar, 2017**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br>> Acesso em 20 de abr. 2018.



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), 2015. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br>> Acesso em 19 de nov. 2017.

MADRE DE DEUS. **Lei Nº 652/2015 de 17 de junho de 2015.** Aprova o Plano Municipal de Educação – PME do Município de Madre de Deus, em consonância com a Lei nº 13.005/2014 que trata do Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Disponível em <http://simec.mec.gov.br/sase/sase_mapas.php?uf=BA&tipoinfo=1>. Acesso em 23 de maio de 2017.

MELO, Adriana Almeida Sales. **A mundialização da educação:** consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela. Maceió: EDUFAL, 2004.

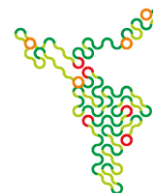
MENDES, Enicéia Gonçalves. **A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil.** Rev. Bras. Educ. 2006, vol.11, n.33, pp. 387-405. ISSN 1413-2478.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** Brasília: CNS/MS, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial da Saúde:** saúde mental - Nova concepção, nova esperança. 1ª Ed. Lisboa: abr, 2002.

SALVADOR. **Lei nº 9.105/ 2016.** Aprova o Plano Municipal de Educação de Salvador. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/sase/sase_mapas.php?uf=BA&tipoinfo=1>. Acesso em 22 de maio de 2017.



SUICÍDIO E SURDEZ: A SAÚDE MENTAL NÃO ACESSÍVEL

Ester Vitória Basílio Anchieta¹

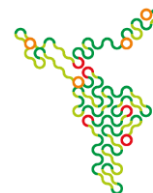
Resumo: Estudos norte-americanos descobriram que, se comparados a indivíduos ouvintes, surdos têm maiores taxas de transtorno psiquiátrico, ao mesmo tempo em que enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde mental. Esses fatores, obviamente, podem aumentar o risco de suicídio. No Brasil, no entanto, o peso do comportamento suicida em surdos é desconhecido até o presente momento. Posto isso, o objetivo deste estudo é fornecer dados quantitativos que levem à reflexão e, consequentemente, à indução de novas pesquisas sobre o comportamento e sobre o pensamento suicida entre pessoas surdas. Para tanto, buscou-se averiguar a incidência e prevalência do comportamento suicida, bem como supostos fatores de risco. Como instrumento auxiliar na coleta das informações desejadas foi utilizado um questionário anônimo, *online*, composto por sete questões, direcionado a pessoas surdas. Através das informações obtidas junto aos entrevistados, conclui-se que o pensamento suicida tem afetado a maioria dos surdos entrevistados, resultados assustadores que necessitam ser compartilhados e que instigam o desejo por dados ainda mais detalhados. Não é novidade que o SUS (Sistema único de saúde) é inacessível para surdos, sendo este um dos agentes do bloqueio à saúde mental pública acessível a esse grupo, todavia, somados a este fator, tem-se a escassez de profissionais que dominem a Língua Brasileira de Sinais e a ausência de TILS (Tradutores intérpretes de línguas de sinais), o que agrava a falta de assistência a esse público. Esses e outros dados concretos e relevantes são apresentados e discutidos neste trabalho no intuito de provocar um (re) pensar sobre a (ex) inclusão dos surdos no atendimento público de saúde.

Palavras-chave: Surdez. Saúde mental. Acessibilidade. Suicídio.

SUICIDE AND DEAF: MENTAL HEALTH NOT ACCESSIBLE.

Astract: North American studies have found that deaf people have higher rates of psychiatric disorder compared to hearing individuals, while at the same time facing difficulties in accessing mental health services. These factors, of course, can increase the risk of suicide. In Brazil, however, the weight of suicidal behavior in deaf people is unknown to date. Therefore, the aim of this study is to provide quantitative data that lead to reflection and consequently to the induction of new research on behavior and suicidal thinking among deaf people. In order to do so, we sought to ascertain the incidence and prevalence of suicidal behavior, as well as supposed risk factors. As an auxiliary tool in the collection of the desired information, an anonymous, online questionnaire, composed of seven questions, was used for deaf people. Through the information obtained from the interviewees,

¹Doutoranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (ProPed) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Professora na Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Petrópolis – RJ, Brasil. E-mail: estervbasilio@gmail.com



it is concluded that suicidal thinking has affected the majority of deaf people interviewed, frightening results that need to be shared and that instigate the desire for even more detailed data. It is not surprising that SUS (Unified Health System - Brazilian) is inaccessible to the deaf, and this is one of the agents of public mental health blockade accessible to this group. However, in addition to this factor, there is a shortage of professionals who dominate the Brazilian Language of Signals and the absence of Sign Language interpreters, which aggravates the lack of assistance to this public. These and other concrete and relevant data are presented and discussed in this paper in order to provoke thinking about the inclusion of the deaf in public health care.

Keywords: Deaf. Mental health accessibility. Suicide.

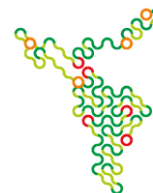
Introdução

Partindo da possibilidade da construção coletiva de conhecimentos, este trabalho pretende instigar espaços para o debate dos resultados de pesquisas que vêm se debruçando sobre a sociedade. Numa perspectiva multidisciplinar, busca-se tratar das possíveis compreensões sobre a diversidade das pessoas com deficiência, com enfoque no atendimento à população com problemas de saúde mental e suas famílias.

Sobre essa questão, em 2002, a Organização Mundial da Saúde – OMS afirmou que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de alguma perturbação mental, neurobiológica ou por problemas psicossociais, com destaque para a depressão, que aparece como principal causa de incapacitação no mundo e como a quarta principal causa de doenças. Em complemento, a OMS informou que, anualmente, 1 milhão de pessoas cometem suicídio e que entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Com base nesses dados, a projeção é de que uma a cada quatro pessoas, em algum momento da vida, será afetada por problemas mentais.

Dados semelhantes aponta o Atlas de Saúde Mental de 2014, ao considerar que uma em cada 10 pessoas no mundo sofre de algum distúrbio de saúde mental, uma prevalência de 10% da população mundial, representada, em números, por, aproximadamente, 700 milhões de pessoas (OMS, 2014).

Na região Sudeste do Brasil, uma pesquisa recente aponta que as escolas são as instituições que mais encaminham crianças e adolescentes para os Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência – CAPSi. Ao mesmo tempo, as escolas são as que mais são contatadas



pelos CAPSi para auxiliarem no desenvolvimento da aprendizagem dessas crianças. (TAÑO; MATSUKURA, 2017).

Uma vez apontada a temática de interesse, toma-se como norte da discussão a ser desenvolvida as seguintes perguntas: como as políticas públicas discutem, ou não, o atendimento de pessoas com deficiência em sofrimento psíquico? Como essa parcela da população é tematizada nas políticas? Profissionais têm sido formados para lidar com esse público? A (in)visibilidade dessa parcela da população nos processos de atendimento na saúde pode gerar mais e mais processos de exclusão, para além do sofrimento psíquico? As pessoas com alguma deficiência estão proporcionalmente mais vulneráveis do que pessoas sem deficiência?

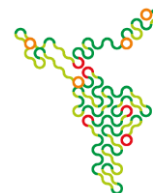
Na esteira desta discussão, entende-se ser necessária uma abertura maior para estudos e pesquisas que se debrucem sobre as políticas de inclusão no Brasil, entre elas a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, como também sobre as Leis e Decretos que sustentam os direitos humanos, sobretudo o acesso à saúde pública de qualidade. E por que não refletir a respeito das Políticas Nacionais de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) e sobre o Plano Nacional de Educação? Afinal, esses indivíduos frequentam as escolas e é nesse espaço que, muitas vezes, a condição psíquica é (re) velada.

Suicídio e a saúde pública

O suicídio e a automutilação são grandes problemas de saúde pública em todo o mundo. Em grande parte da população, os transtornos psíquicos e as doenças psicológicas não tratadas aumentam consideravelmente o fator de risco para o suicídio. De acordo com Turner et al. (2007), os indivíduos surdos e soropositivos sofrem taxas mais elevadas de problemas de saúde mental que os indivíduos ouvintes.

Relatórios recentes do Departamento de Saúde do Reino Unido e organizações não governamentais também revelam maiores dificuldades para os surdos no acesso a serviços de saúde mental e serviços de assistência social. Além disso, indicam que esses fatores podem colocar indivíduos surdos em maior risco de suicídio que a população em geral.

Atualmente, a escala do problema é desconhecida. Em novembro de 2006, segundo o *Royal National Institute for Deaf statistics*, o número estimado de pessoas, no Reino Unido, com surdez



ou com deficiência auditiva aproximava-se de 9 milhões. Nessa proporção, se daqui para a frente a taxa de suicídio em surdos não for maior do que na população auditiva (cerca de 10 por 100000 por ano), pode-se esperar cerca de 900 suicídios por ano entre as pessoas soropositivas ou com perda auditiva.

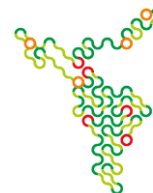
Com base nas taxas de automutilação na população geral do Reino Unido, a cada ano pode-se esperar entre 27.000 e 45.000 apresentações de automutilações entre pessoas surdas ou deficientes auditivos (D.A.) encaminhadas aos hospitais. Em 2007, o tamanho da população de surdos e D.A. nos Estados Unidos foi estimado em cerca de 20 milhões. Se nos próximos anos a taxa de suicídio em surdos não for maior do que na população auditiva, deve-se esperar aproximadamente 2000 suicídios por ano.

As causas de suicídio entre os surdos dos EUA também são desconhecidas. Alguns autores norte-americanos têm sugerido que os fatores de risco para uma saúde mental comprometida são semelhantes nas comunidades surdas e ouvintes. Outros evidenciam fatores de risco mais específicos para as populações surdas, apontando, por exemplo, falta de modelos, alienação de pares e distanciamento familiar.

Algumas definições

Para muitos, pode causar algum estranhamento ler o termo “surdo” e “deficiente auditivo” com certo distanciamento. É preciso entender que há duas perspectivas básicas de olhar para o indivíduo desprovidos da audição. Em uma visão clínica-terapêutica, grosso modo, a falta parcial da audição caracteriza a deficiência auditiva, enquanto a perda total ou severa caracteriza a surdez.

Em contrapartida, numa perspectiva socio-histórico-cultural, este indivíduo tem como marco o bem-estar dentro da comunidade surda, independente do grau de sua perda auditiva. É como se a língua de sinais fosse a demarcação de entrada à tal comunidade e, conseqüentemente, houvesse a apropriação da nomenclatura “pessoa surda”. É possível tecer uma ampla discussão sobre esse processo de apropriação linguística e condição biológica, porém, o objetivo neste trabalho é falar sobre este grupo como um todo, independente da sua perda auditiva (leve, moderada ou severa), bem como sobre o uso ou não da língua de sinais.

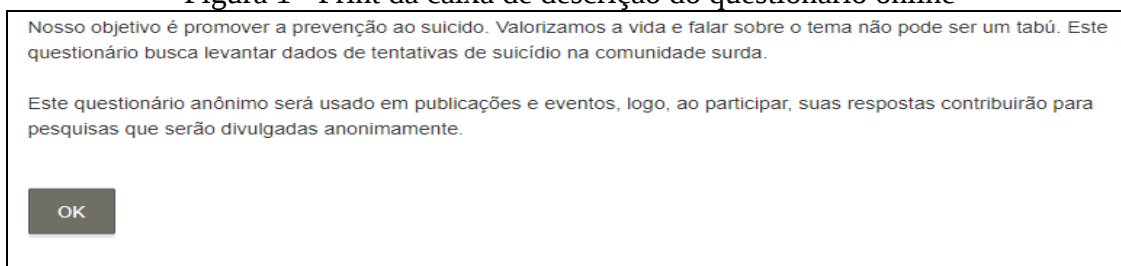


Importante ressaltar que os termos usados para descrever o comportamento suicida também variam. O suicídio descreve um ato intencional que resulta na morte, mas para os propósitos deste estudo focou-se em comportamentos suicidas não-fatais. Assim sendo, será abordada a tentativa de suicídio, que implica em um certo grau de intenção suicida (e é um termo particularmente usado tanto no Brasil quanto na América do Norte); e a automutilação, caracterizada como um ato de auto envenenamento intencional ou lesão, independentemente do propósito aparente do ato, também considerado como intenção suicida.

Apresentando dados brasileiros

No Brasil, por meio de um questionário anônimo *online*, divulgado através do SurveyMonkey, dados assustadores se revelaram. Por meio de um link, pessoas surdas puderam acessar a Web e responder as perguntas de forma rápida e objetiva. Sete (7) questões foram apresentadas em língua portuguesa escrita, sendo seis (6) de múltipla escolha e uma (1) questão optativa discursiva. A pesquisa era iniciada com uma explicação ao leitor sobre o objetivo do questionário e a aplicação de uso do instrumento investigativo, por meio de uma caixa de descrição que era aberta com o seguinte texto:

Figura 1 - Print da caixa de descrição do questionário online



Nosso objetivo é promover a prevenção ao suicídio. Valorizamos a vida e falar sobre o tema não pode ser um tabú. Este questionário busca levantar dados de tentativas de suicídio na comunidade surda.

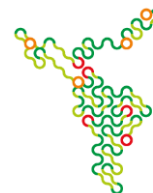
Este questionário anônimo será usado em publicações e eventos, logo, ao participar, suas respostas contribuirão para pesquisas que serão divulgadas anonimamente.

OK

Fonte: Página da plataforma SurveyMonkey ¹

Após clicar em “OK”, as perguntas eram apresentadas uma a uma. A primeira, “Você é surdo?”, serviu como filtro para esta investigação, considerando que o objetivo é analisar ocorrências de pensamento suicida em pessoas surdas. Das 193 respostas colhidas até 02 de março de 2018, somente quatro (4) pessoas que acessaram o questionário não se consideram ou não são

¹ Disponível em: <<https://pt.surveymonkey.com/r/7N5PFCR>>.



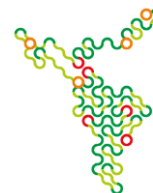
peças surdas. Sendo assim, esta pesquisa analisa 189 respostas. Ao clicar em “não” para essa resposta, o questionário era encerrado.

A segunda pergunta do questionário, “Você usa Libras?”, foi criada pensando em uma possível relação do pensamento suicida com a falta de comunicação sinalizada. Porém, foi unânime o uso da língua brasileira de sinais entre os entrevistados.

A terceira pergunta, “Você já pensou em suicídio?”, possivelmente a mais importante, também revelou os dados mais preocupantes. Trinta e uma (31) pessoas disseram que não pensaram em suicídio, enquanto cento e cinquenta e oito (158) pessoas revelaram que sim. Desse total positivo, oitenta e uma (81) pessoas já tentaram tirar a própria vida e setenta e sete (77) nunca tentaram.

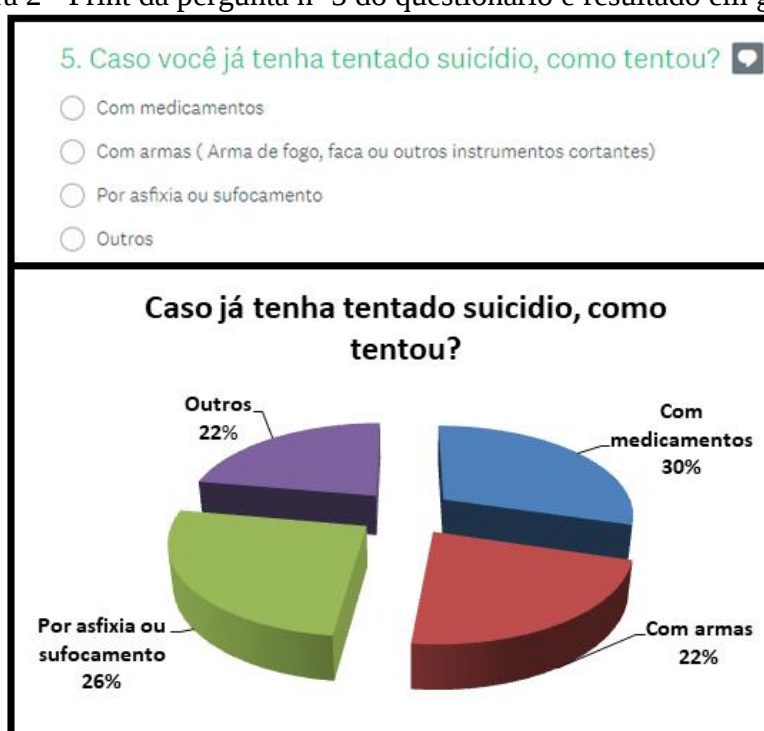
Estes últimos dados revelam um problema silenciado entre a comunidade, os profissionais da área e o Estado: a maioria dos entrevistados conviveram ou convivem com o pensamento suicida. Para entender os fundamentos de dados tão elevados, o questionário continuou buscando levantar a idade dos pesquisados. É importante, porém, ressaltar, nesta pesquisa rápida, uma falha na pergunta nº 4, que não filtrou a idade das pessoas que se declararam conviver com o pensamento suicida em algum momento das pessoas que nunca tiveram esse pensamento. Por consequência, as idades apresentadas são referentes a todos os surdos que responderam, sendo dezessete (17) pessoas com 17 anos ou menos; cinquenta e quatro (54) pessoas com idade entre 18 e 20 anos; setenta e quatro (74) pessoas com idade entre 21 e 29 anos; trinta e uma (31) pessoas com idade entre 30 e 39 anos; sete (7) pessoas com idade entre 40 e 49 anos; quatro (4) pessoas com idade entre 50 e 59 anos; e duas (2) pessoas com 60 anos ou mais. Não é possível, assim, ter uma precisão exata de qual faixa etária se concentra mais fortemente as tentativas de suicídio.

Por se tratar de um questionário online simples, não é possível mencionar qual o perfil do público que o respondeu, se foi um público acadêmico, de trabalhadores, estudantes de ensino fundamental ou médio. O que se pode afirmar é que foi respondido em massa por jovens. Isso não significa, entretanto, que o pensamento suicida se concentra nessa faixa etária, mas pode-se supor o fácil acesso desse público à internet ou a facilidade e interesse em responder ao questionário.



A quinta pergunta desse questionário buscou entender como as pessoas que convivem ou conviveram com o pensamento suicida praticaram tal ato. As respostas consideradas foram referentes às oitenta e uma (81) pessoas apontadas na pergunta nº 3 como sujeitos que já tentaram suicídio. Desse total, vinte e quatro (24) pessoas afirmaram ter tentado tirar a própria vida com uso de medicamentos, dezoito (18) pessoas com armas (arma de fogo, faca ou outros objetos cortantes), vinte e uma (21) pessoas por asfixia ou sufocamento e dezoito (18) pessoas de outras formas.

Figura 2 - Print da pergunta nº 5 do questionário e resultado em gráfico.



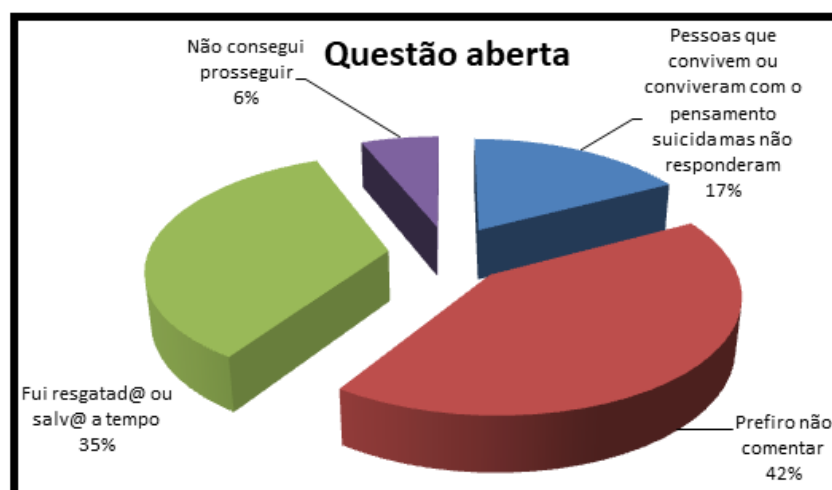
Fonte: Página da plataforma SurveyMonkey; elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa, respectivamente.

A pergunta seguinte trata-se da única questão aberta e não obrigatória do questionário, por isso, pouco respondida. Foram obtidos apenas sessenta e sete (67) relatos de como foi a tentativa suicida.

Ao analisar os dados da questão nº 6, foram criadas categorias de respostas para facilitar a compreensão dos dados apurados. As categorias estabelecidas foram: “Prefiro não comentar” (34

respostas enquadradas); “Fui resgatada/salva a tempo” (28 respostas enquadradas); e “Não consegui prosseguir” (5 respostas enquadradas). O gráfico abaixo traz a distribuição dos dados coletados.

Figura 3 - Dados gráficos da categorização da questão discursiva.

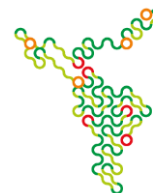


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa.

Para que se possa elucidar a preocupação trazida com esses dados, foram selecionadas algumas respostas, as quais seguem sem identificação de autoria, afim de não expor os participantes e para conscientizar da importância da discussão do tema. As respostas foram retiradas do próprio questionário online e expostas no quadro a seguir.

Quadro 1 - Descrição de relatos – Questão nº6

P6
<i>Se possível, descreva sua experiência e comente como desistiu de praticar o ato suicida.</i>
“Corte da faca, me faz sentir bem como fosse facada mesmo”.
“Tentei suicídio 4 vezes. Minha família não comunica. Escola e faculdade horrível. Eu não tenho amigos e surdos que sabem libras também não gostam de mim porque sou oralizado.”.
“Sem controle com as pessoas que prática bullying contra mim e relacionamento destruído”.



“Chorei muito, me senti sozinho e a vontade de morrer só aumentou muito. Desisti por causa da minha noiva, mas a vontade de morrer continua.”.

“Era muito pouco maduro para entender o que ocorria comigo, conforme que descobria como era o mundo, quando tinha 15 anos. Me sentia um zé ninguém, inferior de qualquer pessoa, incapaz de conquistar meus sonhos. Porém, com o passar dos anos, me aceitei como era e superei todos os obstáculos. Uma das frases que me ajudou muito a entender e desistir dos pensamentos de praticar ato suicida foi: ‘Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo.’ A frase é do poeta Fernando Pessoa.”.

“Tinha dificuldades de me aceitar como surda e com isso cortei meu pulso, fora outras vezes q tomei medicamento com bebida alcoólica. Foi um momento muito difícil na minha vida. Mas graças a Deus hj me aceito como surda e sou feliz.”.

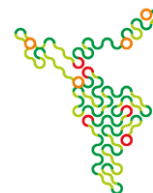
“Na verdade, foram três tentativas: atropelamento, enforcamento e overdose dos medicamentos. Na primeira tentativa, com 10 anos de idade, fiquei com sequelas nas pernas. Já na segunda tentativa, aos 12 anos, tentei se enforcar numa fazenda, porém não deu certo (o nó se desfaz). Com 16 anos, fiz a mistura de álcool com vários psicotrópicos, desmaiei e acordei num hospital (fizeram a lavagem estomacal). Atualmente ainda convivo com pensamentos suicidas de vez em quando.”.

“Problema de familiar, falta entendimento e falta relação de comunicação e também julgar o que sonho de minha vida achava que eu não era capacidade. Foi passado.”.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa.

Não é possível generalizar as causas dos discursos apresentados. Mas, inevitavelmente, nesses relatos, é possível sentir o sofrimento de indivíduos surdos que, em algum momento, pensaram (ou pensam) em acabar com a própria vida.

Por fim, a pergunta nº 7 foi elaborada com o objetivo de levantar dados sobre o acompanhamento da saúde mental dos participantes. Essa pergunta foi aberta para todos os cento e cinquenta e oito (158) sujeitos que já conviveram com pensamento suicida. Do total de respondentes setenta e sete (77) marcaram a primeira opção, afirmando “Não faço



acompanhamento, mas acho que sou depressivo(a)”; dezenove (19) pessoas selecionaram “faço acompanhamento médico mas não me medico”; vinte e sete (27) pessoas optaram por “Faço acompanhamento médico e tomo remédios”; e, por fim, trinta e cinco (35) pessoas fazem terapia.

Diante dos resultados cabe a seguinte indagação: será que a falta de acompanhamento médico massivo se relaciona com a falta de acessibilidade médica? Tentou-se, pois, mapear de modo informal médicos psiquiatras fluentes em Libras do Brasil e nenhum foi localizado². Psicólogos fluentes em Libras já apareceram, mas em quantidade ainda incerta e inexpressiva. Mapeou-se, até o momento da pesquisa, vinte e sete (27) profissionais que se apresentaram como fluentes e aptos para o atendimento à pessoa surda sem a presença de intérpretes.³

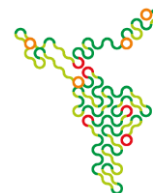
Os dados desta pesquisa são ainda insuficientes para se tirar conclusões a respeito da falta de acompanhamento médico aos surdos, porém, abre os olhos de pesquisadores para permanecerem investigando a causa, a prevalência e a incidência do pensamento e/ou comportamento suicida entre surdos. Analisando alguns artigos norte-americanos, encontram-se poucos dados sobre comportamento suicida em subgrupos de populações surdas. Algo que também precisa ser explorado. Será que há alguma relação com a surdez pré-lingual e aqueles com aquisição tardia? É preciso pesquisar.

Conclusão

Um relatório do Departamento de Saúde do Reino Unido, intitulado “A Sign of the Times” esclarece a necessidade de maior acessibilidade para pessoas surdas em serviços mentais na Inglaterra. Uma das principais mensagens do documento é que uma abordagem de “tamanho único” para os serviços de saúde mental não oferece aos pacientes surdos um padrão de cuidados adequado e pode desencorajar este grupo a buscar ajuda. O relatório descreve uma série de medidas destinadas a melhorar o acesso aos serviços de saúde mental para surdos, incluindo a formação de pessoal clínico e o desenvolvimento de instrumentos específicos de diagnóstico e rastreamento da depressão.

² Pesquisa realizada através de buscadores online e de indicações pela comunidade surda.

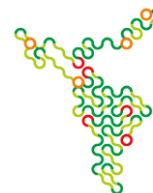
³ A busca por profissionais (Médicos psiquiatras e psicólogos) continua. Não há nenhum levantamento formal desta estatística. Tem-se buscado mapear estes profissionais através de indicações da própria comunidade surda.



Com base nesse relatório e nos dados obtidos com esta pesquisa, não se pretende dar uma conclusão, mas sim um impulso para se trabalhar a temática, que reflete diretamente no acesso da pessoa surda ao atendimento clínico-terapêutico. Não é difícil perceber que os dados apresentados indicam fatores de risco verdadeiros, que envolvem nitidamente a família, a escola, a formação profissional e as políticas públicas de intervenção em ocorrências de suicídio. No acompanhamento dessas pessoas, não se pode deixar de citar a importância do CVV (Centro de valorização a Vida), que atua com voluntários por todo o Brasil. Mas, será que nesses centros contamos com voluntários fluentes em LIBRAS? Será que os acessos virtuais ao CVV são acessíveis ao surdo? Como se vê, este texto se aproxima ao fim, não com respostas, mas com muitas indagações.

Destaca-se, então, a falta de pesquisas (especialmente brasileiras) na área e a necessidade de se ampliar as discussões a serem aplicadas diretamente na formação de médicos e psicólogos aptos a lidar também com os surdos. O suicídio é um evento não tão raro e, se em meio ao mundo moderno temos identificado tantos problemas psíquicos em surdos e ouvintes, é preciso se registrar os acontecimentos e ocorrências, bem como a falta de profissionais da saúde aptos para ajuda-los para que estudos futuros possam comparar a prevalência.

Não ficou claro se as taxas de comportamento suicida entre pessoas surdas são mais altas do que na população geral. Entretanto, percebe-se que as pessoas surdas podem estar mais isoladas socialmente, podem ter mais problemas de saúde física e podem ser mais propensas a sofrer sintomas depressivos do que aqueles que estão ouvindo. Esses fatores aumentam o risco de suicídio na população e pode ser que as pessoas surdas corram maior risco de suicídio do que ouvintes. Destarte, os profissionais que atuam com surdos devem estar cientes dessa possibilidade e, mesmo que o risco não seja significativamente aumentado em indivíduos surdos, os serviços ainda devem ser acessíveis a este grupo e as estratégias preventivas específicas. Ainda não há evidências de eficácia nas estratégias de prevenção do suicídio em pessoas surdas, nem mesmo em documentos públicos, mas, por certo, serão benéficas.



Referências

DEAFNESS and suicide? Reddit. [S.l.], 20 oct. 2014. Disponível em:

<https://www.reddit.com/r/deaf/comments/2jr9wj/deafness_and_suicide/>. Acesso em: fev. 2018.

Mental Health Atlas. Reddit. [S.l.], jan. 2015. Disponível em: <

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/> Acesso em: fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção do suicídio (SUPRE)**. Programas e Projetos. Saúde Mental. [S.l.], ago. 2012. Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS. **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS**. Tradução de Juliano dos Santos Souza e Neury Jose. Genebra, 2000. Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf>. Acesso em: fev. 2018.

SUICÍDIO e surdez. SurveyMonkey. (Pesquisa online). Disponível em:

<<https://pt.surveymonkey.com/r/7N5PFCR>>. Acesso em: fev. 2018.

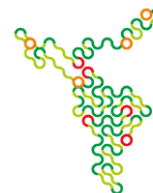
TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias nos centros de atenção psicossocial infantjuvenis. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 23, p. 51-63, 2017.

TURNER et al. *Suicide in deaf populations: a literature review*. *Journal List. Ann Gen Psychiatry*. v.6. [S.l.], 2007. PMC2093933. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2093933/>> Acesso em: fev. 2018.

UNDER, KATE. **LOOKING BACK: THE ISOLATION OF DEAFNESS AND CONSIDERING SUICIDE. KATE'S COCHLEAR IMPLANT**. A BLOG ABOUT MY EXPERIENCE OF BEING DEAF AND GETTING A COCHLEAR IMPLANT. [S.l.], 07 JAN. 2010. DISPONÍVEL EM:

<[HTTPS://KATELOCKE.WORDPRESS.COM/2010/01/07/THE-ISOLATION-OF-DEAFNESS-AND-CONSIDERING-SUICIDE/](https://katelocke.wordpress.com/2010/01/07/the-isolation-of-deafness-and-considering-suicide/)>. ACESSO EM: FEV. 2018.



TRILHA AGROECOLÓGICA ACESSÍVEL: A INCLUSÃO DE CEGOS E SURDOS NA ESCOLA RURAL DE OSÓRIO NO RS

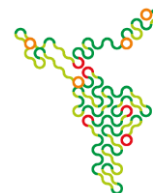
Lisângela Rossi Sityá Pazetto¹

Resumo: Este artigo versa sobre a inclusão de pessoas com deficiência em atividades escolares. O principal objetivo deste estudo é apresentar o processo de inclusão de cegos e surdos na escola Ildefonso Simões Lopes – Rural, no município de Osório-RS. A Escola Rural tem em seus ambientes, trilhas ecológicas onde é possível desfrutar do contato direto com a natureza e suas variadas espécies de animais e vegetais que fazem parte da Mata Atlântica. Há também um espaço específico onde são cultivados alimentos, ervas medicinais para o consumo da escola. Esses espaços são preservados pelos alunos, professores e funcionários dos cursos técnicos da escola, mas também podem ser visitados por creches, escolas e comunidade. O projeto de Trilha Acessível na Escola Rural surge para tornar o espaço junto a natureza acessível a todas as pessoas, sejam elas com deficiência ou não, durante a realização do projeto adotou-se os seguintes passos metodológicos, como por exemplo: aulas expositivas envolvendo principalmente a Língua de Sinais e o código Braille, em seguida realizou-se as aulas práticas buscando a sensibilização, interpretação e educação ambiental. Durante as aulas práticas que visa além da construção de conhecimento a adequação do espaço para pessoas com surdez e deficiência visual, onde foram instaladas placas informativas em Libras e Braille. Ao final deste estudo conclui-se que as trilhas em áreas naturais são muito importantes também para a função de conectar o visitante ao lugar, criando mais compreensão e apreciação dos recursos naturais, e quando tornarmos esta trilha acessível ela provocará uma mudança de comportamento não só da pessoa com deficiência e sim de todos que passam por ela. Portanto a trilha agroecológica acessível é de fundamental importância para a comunidade escolar possibilitando a todos acesso ao percurso onde são cultivados os alimentos e ervas medicinais da escola. São caminhos determinados que levam a experiência as paisagens despertando novas concepções de meio ambiente e acessibilidade.

Palavras-chave: Trilha. Agroecologia. Acessibilidade.

Astract: This article deals with the inclusion of people with disabilities in school activities. The main objective of this study is to present the process of inclusion of the blind and deaf in the Ildefonso Simões Lopes - Rural school, in the municipality of Osório, RS. The Rural School has in its environments, ecological trails where it is possible to enjoy the direct contact with nature and its varied species of animals and vegetables that are part of the Atlantic Forest. There is also a specific space where food, medicinal herbs are grown for school consumption. These spaces are preserved by the students, teachers and staff of the technical courses of the school, but can also be visited by day care centers, schools and community. The project of Accessible Track in the Rural School

¹ Professora e Tradutora/ Intérprete de Libras pela 11ª CRE/RS. Capão da Canoa/RS, Brasil.



arises to make the space with nature accessible to all people, whether they are disabled or not, during the implementation of the project the following methodological steps were adopted, such as: expository classes involving mainly the Sign Language and the Braille code, then the practical classes were carried out seeking awareness, interpretation and environmental education. During the practical classes that aims beyond the construction of knowledge the appropriateness of the space for people with deafness and visual impairment, where information boards were installed in Libras and Braille. At the end of this study it is concluded that the trails in natural areas are very important also for the function of connecting the visitor to the place, creating more understanding and appreciation of the natural resources, and when we make this trail accessible it will provoke a change of behavior not only of the disabled person, but of all who pass through it. Therefore, the accessible agroecological trail is of fundamental importance for the school community, allowing everyone access to the path where the food and medicinal herbs of the school are grown. They are determined paths that lead to the experience of the landscapes, awakening new conceptions of environment and accessibility.

Keywords: Trail. Agroecology. Accessibility.

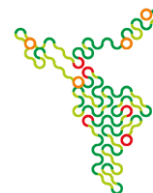
1 INTRODUÇÃO

As trilhas são caminhos, entradas ou até mesmo passagens que darão às pessoas acesso a lugar turístico ou não. Elas são basicamente usadas para caminhada, ciclismo, motocross, entre outras atividades. Algumas pessoas se locomovem de uma forma divertida ou educativa, pois algumas trilhas podem conter informações com placas usadas para indicar a direção do caminho, identificado de árvores nativas e/ ou exóticas plantas medicinais, animais que habitam o local, entre várias outras coisas.

Todas pessoas precisam ter acesso a trilha, não importando se tenham deficiência ou não. A trilha agroecológica acessível é de fundamental importância para a comunidade escolar possibilitando a todos o acesso ao percurso onde são cultivados os alimentos e ervas da escola. São caminhos determinados que leva a experimentar as paisagens despertando novas concepções de meio ambiente.

O principal objetivo deste estudo é o de apresentar o processo de inclusão de cegos e surdos na escola Ildefonso Simões Lopes – Rural no município de Osório-RS.

O projeto de Trilha Acessível na Escola Rural surge para tornar o espaço junto à natureza acessível a todas as pessoas, sejam elas com deficiência ou não, durante a realização do projeto adotou-se os seguintes procedimentos metodológicos. Primeiramente por meio de aulas expositivas envolvendo principalmente legislação e de como elaborar uma trilha com acessibilidade para



peças com surdez e deficiência visual. Em seguida realizou-se as aulas práticas buscando a sensibilização, interpretação da legislação e educação ambiental. E na etapa seguinte foi construção das placas em braile e libras pelos alunos. As aulas práticas que visa além da construção de conhecimento a adequação do espaço para pessoas com surdez e deficiência visual, foram instaladas placas informativas em Libras e Braile. E em uma etapa final foi realizada a avaliação desta trilha pelos alunos.

Este artigo está organizado da seguinte forma, primeiramente aborda-se estudos teóricos sobre os tipos de trilha, agroecologia, acessibilidade, surdez e deficiência visual. Em seguida apresenta-se os principais etapas da realização do projeto. Ao final apresentam-se as considerações finais deste estudo.

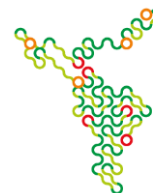
2 TRILHA AGROECOLÓGICA ACESSÍVEL

A trilha agroecológica acessível surge a partir da necessidade de acesso e compreensão do percurso e das áreas específicas delimitadas na trilha proporcionando experiências que levam reconstrução de conceitos no momento de contato com o meio ambiente.

A agroecologia tem como principal objetivo a produção limpa de alimentos mais saudáveis e naturais, através do uso racional dos recursos naturais e muito mais.

O conceito de agroecologia consolidou-se na ECO 92, quando diversas ações para implantar o Desenvolvimento Sustentável no planeta foram lançadas. Há muitas explicações sobre o termo, mas podemos defini-lo como um conjunto de ações que visam sistematizar a abordagem da agricultura em diversos aspectos, criando modelos justos, economicamente viáveis e sustentáveis ecologicamente. (<http://www.pensamentoverde.com.br/meio-ambiente/conceito-e-definicao-deagroecologia/>)

Sabe-se que a Escola Rural trabalha a agroecologia em seus dois cursos técnicos integrados ao ensino médio, o tema faz parte do currículo do Técnico em Meio Ambiente e do Técnico em Agropecuária.



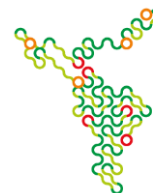
2.1 Trilha

As trilhas são caminhos, entradas ou até mesmo passagens que darão às pessoas acesso a lugares turísticos ou não. Elas são basicamente usadas para caminhada, ciclismo, motocross, entre outras atividades. Algumas pessoas se locomovem de uma forma divertida ou educativa, pois algumas trilhas podem conter informações com placas usadas para indicar a direção do caminho, identificação de árvores nativas e/ou exóticas, plantas medicinais, animais que habitam o local, entre várias outras coisas.

Na maioria das trilhas elaboradas por empresas turísticas ou parques, tem como objetivo mostrar para os turistas suas riquezas ambientais e naturais do local e/ou também mostrar suas trilhas com esportes radicais que chamam muito a atenção dos turistas, movimentando o financeiro do empresário. De acordo com Rocha et al (2006 apud ANDRADE; ROCHA, 2008, p.6)

As trilhas podem ser sub classificadas das seguintes maneiras: trilha guiada é aquela realizada com acompanhamento de um guia/condutor, tecnicamente capacitado para estabelecer um bom canal de comunicação entre o ambiente e o visitante, oferecendo segurança a todos na caminhada. Trilha autoguiada: permite o contato do visitante e o meio ambiente sem a presença de um guia. Recursos visuais gráficos e outros orientam a caminhada, com informações de direção, distância, elementos a serem destacados (árvores nativas, plantas medicinais, ocorrência de comunidades de animais, etc.) e os temas desenvolvidos (mata ciliar, recursos hídricos, raridade geológica, indicações arqueológicas, etc.).

Algumas modalidades esportivas relacionam práticas, dentre as quais podemos citar: Hiking (significa caminhada), um exemplo de trilha, pois se conceitua como uma caminhada de pouca duração, no mínimo algumas horas e nunca um dia ou mais. É a forma mais usada no turismo de aventura para as pessoas que preferem um pequeno passeio. Já Trekking (significa caminhada), usado para longas caminhadas, com mais duração, executada mais por pessoas que procuram por campings, pousadas, casas ou até bivaque improvisado (acampamento improvisado com barracas e tudo mais). E dentro do turismo de aventura, temos também o montanhismo, que é para subidas de montanhas que podem incluir muitos riscos. E várias modalidades como escalada, rapel e outros tipos de técnicas verticais, por isso temos que ter muita cautela e equipamentos de segurança para poder executar o montanhismo.



2.1.2 Trilhas interpretativas acessíveis

As trilhas interpretativas são utilizadas com frequência como meios de interpretação ambiental visando à transmissão de conhecimentos e propiciando atividades que buscam analisar os significados dos eventos observados no ambiente, bem como suas características. Utilizam principalmente a observação direta, além dos meios ilustrativos satisfazendo as necessidades dos usuários, sem comprometer a conservação da área.

As trilhas interpretativas são usadas como instrumento básico de promoção de aprendizagem e sensibilização para educandos portadores de necessidades especiais, sobre temas relacionados ao meio ambiente.

2.3 Acessibilidade e a legislação

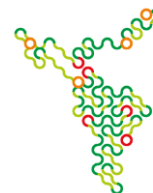
A lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000, estabelece nos mais gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Segundo a Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; II - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros...

Acessibilidade são as condições e possibilidades de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações públicas, privadas e particulares, seus espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, proporcionando a maior independência possível e dando ao cidadão deficiente ou àqueles com dificuldade de locomoção, o direito de ir e vir a todos os lugares que necessitar, seja no trabalho, estudo ou lazer, o que ajudará e levará à reinserção na sociedade.

Este ainda é um grande desafio, uma constante maratona. E além das barreiras físicas presentes existem outras psicossociais que são inerentes às questões da pessoa com deficiência e que necessitam ser removidas: o preconceito, a ignorância e o medo.



A pessoa com deficiência física por lesão medular apresenta perdas ou reduções em sua estrutura física, portanto sua personalidade, seu modo de agir e pensar permanece os mesmos.

Trata-se, portanto de alguém que se encontra numa situação de grande dependência, sendo o uso da cadeira de rodas referencial fundamental para o seu relacionamento com o meio, com o mundo. É preciso vê-la como participativa integrada ao meio social, fortalecendo sua adaptação e aptidões e, entender que o que este errado é as edificações, os transportes etc, estes sim são deficientes.

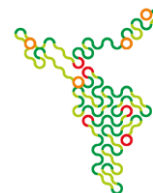
Combater toda e qualquer forma de preconceito e discriminação é nossa obrigação como cidadão. Essa luta deve ser tratada diariamente, em casa, no meio social e no trabalho. A nossa participação nesse processo é fundamental, respeitando as diferenças na construção do direito a cidadania, mas principalmente como atuantes e não meros expectadores.

Depende de nós assegurarmos o direito à igualdade, ao respeito ao próximo, não por imposição, mas por uma consciência de responsabilidade social, por sentirmos que o significado da fraternidade nos eleva enquanto seres humanos, pois somos responsáveis pela qualidade de vida de nossos semelhantes.

O ambiente sócio físico é o principal gerador das dificuldades que se impõe à livre circulação de indivíduos ou grupos. Tais empecilhos podem ser: físicos, comunicacionais, sociais e/ou atitudinais.

A barreira física ou arquitetônica: obstáculos para o uso adequado do meio, geralmente originados pela morfologia de edifícios ou áreas urbanas. Também podemos citar como exemplo calçadas com degraus (dificultando a circulação de pedestres), portas estreitas, rampas com inclinação exagerada, dentre tantos outros que infelizmente encontramos em nossas cidades.

A barreira comunicacional: dificuldade gerada pela falta de informações a respeito dos locais, em função dos sistemas de comunicação disponíveis (ou não) em seu entorno, quer sejam visuais (inclusive em braile), lumínicos e/ou auditivos. Também são barreiras comunicacionais a falta de sinalização urbana, deficiência nas sinalizações internas dos edifícios, ausência de legendas e audiodescrição na TV, entre outras.



A barreira social: relativa aos processos de inclusão/exclusão social de grupos ou categorias de pessoas, especialmente no que se refere às chamadas “minorias”, como grupos étnicos, homossexuais, pessoas com deficiência e outros.

A barreira atitudinal: gerada pelas atitudes e comportamentos dos indivíduos, impedindo o acesso de outras pessoas a algum local, quer isso aconteça de modo intencional ou não. Os carros estacionados nas calçadas que, além de impedirem a passagem dos pedestres, estão bloqueando o piso tátil direcional.

Outras barreiras atitudinais: uso indevido de vagas reservadas para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, obstrução de relacionamentos de guia, os diversos tipos de preconceito, desrespeito com os idosos e vários outros exemplos.

2.3.1 Surdez

A pessoa com surdez utiliza a Língua de Sinais como forma de comunicação e apreensão de mundo, reconhece sua identidade Surda. No Brasil temos como segunda língua oficial a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, sendo essa uma língua visual espacial com todas as especificidades de uma língua.

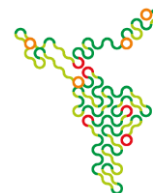
O nível de surdez de cada indivíduo é variável, podendo ser classificada como leve, severa ou profunda.

Pessoa com surdez severa: indivíduo que apresenta perda auditiva entre setenta e noventa decibéis. Este tipo de perda vai permitir que ele identifique alguns ruídos familiares e poderá perceber apenas a voz forte, podendo chegar até aos quatro ou cinco anos sem aprender a falar. (Lei 10.098/2000).

Se a família estiver bem orientada pela área da saúde e da educação, a criança poderá chegar a adquirir linguagem oral.

A compreensão verbal vai depender, em grande parte, de sua aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações.

Pessoa com surdez profunda: indivíduo que apresenta perda auditiva superior a noventa decibéis. A gravidade dessa perda é tal que o priva das informações auditivas necessárias para perceber e identificar a voz humana, impedindo-o de adquirir a língua oral. As



perturbações da função auditiva estão ligadas tanto à estrutura acústica quanto à identificação simbólica da linguagem. (Lei 10.098/2000).

As pessoas com surdez, na sua maioria, fazem parte da comunidade Surda, possuem uma identidade Surda, utilizam a Língua Brasileira de Sinais como meio de comunicação e apreensão de mundo, devendo ser respeitadas dentro da sua especificidade linguística e bicultural.

2.3.2 Deficiência visual

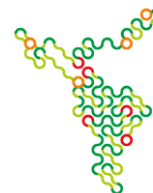
A deficiência visual se dá a partir de um comprometimento total ou parcial da visão, tendo como parcial de 40 a 60% de perda.

Não são deficientes visuais pessoas com doenças como miopia, astigmatismo ou hipermetropia, que podem ser corrigidas com uso de lentes ou em cirurgias.

Segundo critérios estabelecidos pela OMS (Organização Mundial da Saúde) os diferentes graus de deficiência visual podem ser classificados em:

- Baixa visão (leve, moderada ou profunda) Pode ser compensados com o uso de lentes de aumento, lupas, telescópios, com o auxílio de bengalas e de treinamentos de orientação.
- Próximo a cegueira: Quando a pessoa ainda é capaz de distinguir luz e sombra, mas já emprega o sistema braile para ler e escrever utiliza recursos de voz para acessar programas de computador, locomove-se com bengalas e precisa de treinamentos de orientação e mobilidade.
- Cegueira: Quando não existe qualquer percepção de luz. O sistema Braille, a bengala e os treinamentos de orientação e de mobilidade, nesse caso, são fundamentais.

Para que se possa preparar e tornar um lugar acessível é preciso antes de tudo conhecer a legislação, a definição de cada deficiência, assim como quais as adaptações necessárias para promover a acessibilidade, neste caso especialmente de cegos e surdos dentro da trilha agroecológica acessível.



3 TRILHA AGROECOLÓGICA ACESSÍVEL

As pessoas com surdez e deficiência visual entendem a sensibilização dentro da trilha agroecológica acessível quando os pontos são identificados através de placas que utilizam a língua de sinais - Libras e o código de escrita Braille tendo acesso às informações ali descritas.

A partir do estudo da legislação, do planejamento e organização foi criada a Trilha Agroecológica Acessível na Escola Estadual de Ensino Médio Ildefonso Simões Lopes, mais conhecida como Escola Rural, tendo como foco de acessibilidade pessoas com surdez e deficiência visual.

3.1 Procedimentos metodológicos e resultados

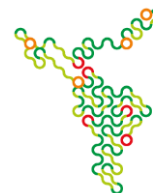
No presente trabalho foi criada a acessibilidade na trilha agroecológica, onde pontos foram definidos e identificados em Libras e Braille na Escola Estadual de Ensino Médio Ildefonso Simões Lopes, mais conhecida como Rural.

A prática foi desenvolvida na trilha que inicia na composteira, sala verde, túnel verde, estufa pet, espiral de ervas medicinais e na horta da escola citada localizada na Rua Professora Ieda Bergamaschi Teixeira Nº450 - Osório/RS, durante os meses maio, junho, julho e agosto.

Feito um estudo do tema, análise e escolha da trilha escolhida com a ajuda dos professores responsáveis pelo local da trilha Agroecológica da Escola Rural, então iniciou a confecção das placas em Libras e Braile.

Como principais resultados deste projeto destacam-se a análise da prática que foi realizada através do questionário onde os visitantes convidados a participar do passeio pela trilha responderam para obtenção de dados no estudo comparativo entre a trilha sem acessibilidade e a trilha com acessibilidade.

A sensibilização aconteceu com o público-alvo, a classe de surdos da Escola Prudente de Moraes, professores e comunidade escolar. Após a visitação do público-alvo e comunidade escolar, sendo convidados surdos e turma 312 do Curso Técnico em Agropecuária da Escola Estadual de Ensino Médio Ildefonso Simões Lopes, mais conhecida como Rural, pode-se fazer o estudo comparativo na trilha elaborada pelas autoras do presente artigo.



No momento em que terminamos o percurso delimitado da trilha, foi distribuída uma simples pergunta com respostas diretas (sim e não) para que possamos saber se nossos objetivos e hipótese foram alcançados com sucesso, que foi respondido pelos convidados. Provou-se com o desenvolvimento deste projeto que é possível viabilizar a acessibilidade na trilha da escola Rural.

As pessoas com surdez e deficiência visual entendem a sensibilização dentro da trilha agroecológica acessível quando os pontos são identificados através de placas que utilizam a língua de sinais - Libras e o código de escrita Braille tendo acesso às informações ali descritas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados foram alcançados de maneira satisfatória, foi possível viabilizar a acessibilidade na trilha agroecológica da Escola Rural/Osório-RS, o público-alvo e a comunidade escolar teve contato e pode compreender cada ponto interagindo com o meio ambiente.

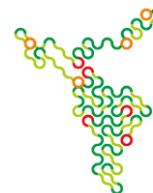
Os objetivos específicos e o objetivo geral, foram alcançados principalmente pelo conhecimento teórico adquirido e mais importante os conhecimentos práticos. Desta forma é possível afirmar que a metodologia utilizada foi suficiente para obter determinados resultados, pois foi constatado através do procedimento metodológico.

A acessibilidade vai além de barreiras arquitetônicas, comunicacionais, entre outras, ela perpassa o íntimo de cada sujeito, seja uma pessoa com deficiência ou não, ela transforma vidas tornando-as com qualidade.

Sabe-se que leis de acessibilidade existem para diferentes deficiências onde cada uma é atendida de acordo com a sua especificidade, e devem ser aplicadas em locais públicos e privados, a fim de garantir de forma autônoma o acesso de todas as pessoas.

Muito já se conquistou e a evolução é notória em muitas circunstâncias. Entretanto, ainda há um longo caminho para que se atinja o ideal de forma real a partir de uma perspectiva inclusiva e acessível, onde gestores cumpram a lei e façam a sua parte assim como a sociedade.

A Trilha Agroecológica Acessível foi um projeto que proporcionou a acessibilidade eliminando as barreiras comunicacionais e sensitivas entre os alunos e demais usuários deste espaço. Assim como no ambiente escolar este estudo proporcionou uma avaliação crítica dos alunos



de como o espaço urbano pode ser melhorado e proporcionar inclusão dos deficientes em todos os meios de convivência social.

Referências

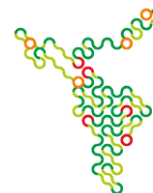
ALTIERI, Miguel. **Agroecologia:** bases científicas para uma agricultura sustentável. Rio de Janeiro: Expressão popular, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.

Disponível em: <http://www.pensamentoverde.com.br/meio-ambiente/conceito-e-definicao-deagroecologia/> Acesso em: 20/05/2017.

ROCHA, C.H.B.; FONTOURA, L.M. & SIMIQUELI, R.F. **Proposta de classificação de trilhas em parques através do critério da rampa média:** estudo de caso no Circuito das Águas – Ibitipoca/MG. I Congresso Nacional do Planejamento e Manejo de Trilhas, UERJ, Rio de Janeiro, Anais em CD, 2006.



CAMINHAR É PRECISO: RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE O PROCESSO FORMATIVO CAMINHOS DO CUIDADO

Daiane Rocha¹

Resumo: Este relato de experiência é resultado de uma ação de educação permanente em saúde, intitulado Caminhos do Cuidado. A ação permitiu mudanças de olhares, e das práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, por meio da pedagogia problematizadora, corroborando com o cuidado integral em saúde e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Clínica Ampliada, Saúde Mental.

WALKING IS ACCURATE: STORY OF EXPERIENCE ON THE TRAINING PROCESS PATHWAYS OF CARE

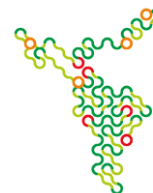
Astract: This story of experience is the result of a permanent health education action, entitled Pathways of Care. The action allowed for changes of looks, and of the practices of care to people in psychic suffering, through posing pedagogy, corroborating the integral health care and strengthening of the Psychosocial Attention Network (RAPS).

Keywords: Permanent Health Education, Extended general practice, Mental health.

A educação em saúde é como um processo de ação e reflexão, possui papel fundamental na transformação da realidade, principalmente no que diz respeito ao processo de saúde. É por meio da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, que as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são aplicadas nos processos formativos aos profissionais de saúde, com o intuito de discutir os processos de trabalho e provocar mudanças no modelo atual de cuidado à saúde, promovendo trocas de conhecimentos acerca da realidade na qual estão inseridos.

A EPS é um percurso em construção, e caminhar é preciso nesse processo de construção de novas práticas, de novos olhares do sujeito social, ou seja, de uma práxis transformadora (PITANO, 2017). A Reforma Sanitária, seus princípios e diretrizes, permitiram a consolidação de EPS, resultado de uma luta coletiva na área da saúde pública para que a qualificação dos trabalhadores fosse tornada uma política pública e um compromisso do Estado brasileiro, no sentido de contribuir para transformar o modelo de atenção à saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde.

¹ Mestre em Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, realizando especialização Gestão em Saúde Pública pela UFSC, Criciúma/SC, Brasil.

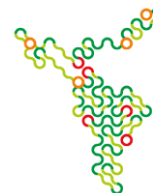


Para Ceccim e Ferla (2009) a EPS tem no trabalho o espaço de “prática de ensino-aprendizagem”, isso significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo por base os problemas enfrentados no dia-a-dia no processo de trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A EPS se apoia no conceito de ensino problematizador, ou seja, inserido de maneira crítica na realidade social, onde os processos formativos se dão de forma horizontal, sem superioridade do educador em relação ao educando. A produção de conhecimentos é embasada nas práticas, nas trocas diárias, de forma a responder questionamentos resultantes das experiências cotidianas nos processos de trabalho.

Sendo assim, é oposta ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. O desenvolvimento continuado dos trabalhadores da saúde, é um conceito forte e transformador visto que sintetiza processos formativos propriamente educacionais com a prática laboral das atividades tipificadas na saúde, sendo por isso instrumento privilegiado, haja vista a capacidade em desvelar a relevância da qualificação do trabalhador para a consolidação do cuidado integral à saúde, o que envolve saberes técnicos e científicos, éticos da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. A EPS não expressa uma opção didático-pedagógica, e sim uma opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009).

Nesse sentido o projeto Caminhos do Cuidado capacitou alguns profissionais da atenção básica (agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, e técnico de enfermagem), para um cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas, e aqueles que estão em sofrimento psíquico. A escolha desses profissionais se deu por serem estes a realizar o primeiro contato, dada a estrutura territorial de saúde que o Sistema Único de Saúde preconiza. O projeto Caminhos do Cuidado, também contemplou o item qualificação dos recursos humanos envolvidos no cuidado à saúde, tratamento, reinserção social e prevenção ao uso de crack e outras drogas preconizado pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (CAMINHOS DO CUIDADO, 2013).

A partir desse item, foi proposto um processo formativo que promoveu um encontro entre as práticas cotidianas vivenciadas pelos alunos e os eixos temáticos do curso (conceitos e políticas de saúde mental; Atenção Básica à Saúde; Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade



do Cuidado) buscando responder à demanda do cuidado integral, ou do processo de cuidado de uma clínica ampliada às pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuária de álcool e outras drogas. Para a capacitação, foi utilizada a estratégia pedagógica da problematização, para provocar ação-reflexão na produção de conhecimentos, corroborando com a prática profissional, tendo por base os princípios do SUS, das Políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica.

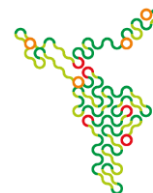
Essa pedagogia de formação de recursos humanos permite a transformação da realidade e consolidação da saúde mental na Atenção Básica, fortalecendo as práticas de educação permanente no SUS, em sintonia com os preceitos apontados por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao tratar da lógica da educação permanente como responsabilidade sanitária, transdisciplinar, descentralizadora e ascendente. Cabe ainda ressaltar a importância de instituir programas de educação permanente como parte fundamental na reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, de um cuidado longitudinal entre equipes e usuários, conforme citou Campos (2008), mas também de novas práticas.

[EPS] ... no concreto do trabalho de cada equipe – é de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, p.165, 2005)

O projeto caminhos do cuidado, compondo esse processo formativo, contribui para as transformações no cuidado em saúde, e do modelo de cuidado tradicional para o cuidado de uma clínica ampliada. Assim foi possível qualificar os profissionais a partir de suas ferramentas de trabalho, suas qualidades, demonstrando iniciativa, acolhimento, resultados pessoais e satisfação de contribuir na mudança da realidade do usuário atendidos nas mais diversas realidades dos territórios. Desta forma o projeto permitiu o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O curso teve ainda o objetivo de sensibilizar Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem para que reconheçam o seu papel de promover a inclusão das pessoas na rede de cuidado, focando também nos dispositivos presentes no processo de trabalho, como a rede intersetorial privada e/ou pública, atuando no reconhecimento das situações problemáticas no seu território, no acolhimento dos usuários, na mobilização e articulação da rede de atenção à saúde e comunitária.

O projeto proporcionou a reflexão à respeito de novas práxis no âmbito da saúde, dando significados ao sofrimento do sujeito que procura a atenção básica (Equipe Saúde da Família),



permitindo a liberdade de criação de procedimentos menos convencionais e de um cuidado humanizado, que é transversal a intersectorialidade das políticas públicas, mas também aos dispositivos comunitários, que marcam as singularidades de cada serviço e de suas próprias demandas na produção de saúde, por meio da pedagogia problematizadora.

Por resultado, os processos de trabalho foram remodelados, passando a considerar a produção de saúde como sinônimo de qualidade de vida, tornando obsoletas velhas práticas como a lógica biomédica centrada no sujeito, que produz uma sociedade doente corroborando com Pitano (2017). Portanto para operar na lógica de produção de qualidade de vida se faz necessário aceitar o modelo da clínica ampliada, e criar novas práticas através de ações de EPS imbuídas de uma práxis transformadora, para trilhar os caminhos do cuidado singular em saúde, respeitando as singularidades e o território no qual o sujeito está inserido.

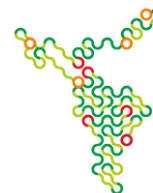
Método:

Trata-se de relato de experiência que descreve a atividade realizada em uma capacitação EPS de profissionais da atenção básica; agente comunitário de saúde e técnicos de enfermagem na atenção básica para ampliar o Cuidado Integral e as Redes de Atenção aos usuários em sofrimento psíquico e àqueles que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. As capacitações foram realizadas pela pesquisadora do presente artigo nos anos de 2014 e 2015 na região de saúde da grande Florianópolis, com turmas de 40 alunos, tendo sido realizados cinco encontros presenciais com cada turma.

Política de Saúde: de ontem a hoje reconstrução constante.

A atenção à saúde ainda está em disputa, há confluência nos discursos nos quais a saúde têm se expandido para além das doenças infecciosas passando a incluir doenças crônicas, violência, patógenos emergentes, ameaças de bioterrorismo, e os contextos sociais que influenciam a saúde através de fatores sociais, biológicos e ambientais (CDC,1999,p.01).

Hoje ainda encontramos muitos profissionais e serviços de saúde agindo sobre uma lógica privada de saúde, de um modelo biologicista, médico-centrado, de abordagem clínica individualista-sintomática, na contramão do cuidado integral à saúde orientado pelo modelo da clínica ampliada, conforme a Política Nacional HumanizaSUS (PNH), que preconiza um modelo centrado no sujeito



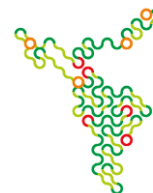
e na comunidade, contrária a centralidade no sintoma apresentado e na doença em questão ou de um corpo recortado, tendo por sua vez um olhar sobre o sujeito, considerando sua singularidade, sua inserção num contexto social de que resulta seu estado de saúde multifocal, que necessariamente precisará de uma abordagem multiprofissional e humanizada (COELHO,2008).

Nesse sentido, onocko campos (2013) coloca que as reformas psiquiátrica e sanitária ora se juntam ora se bifurcam, pois, a presença da saúde mental na atenção básica reproduz uma falsa dicotomia entre individual e coletivo, o social e o clínico. A atenção básica, mesmo com suas deficiências, possui uma estrutura de base territorial, inserida nas comunidades brasileiras realizando promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (brasil, 2012), sendo essa a razão pela qual a saúde mental está imbrincada na atenção básica, visto que mente e corpo são indissociáveis no cuidado integral à saúde.

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (...)deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (PNPS, 06-07, 2015).

Alguns estudos apontam a necessidade de dispositivos públicos acessíveis a todos, para promover maior qualidade de vida. A ESF sozinha não dá conta de criar mecanismos, mas enquanto articuladora do cuidado e por meio da intersetorialidade, pode desenvolver atividades diversas que impactam na saúde da população. Alguns exemplos podem ser citados, como a academia da cidade, grupos educativos, horta comunitária ou de ervas medicinais, práticas esportivas, culturais e de lazer, vinculadas a outras secretarias ou com apoio do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, e até mesmo pelos profissionais da ESF.

No planejamento das ações do serviço de atenção básica, ao fazer a territorialização, é diagnosticado na comunidade adscrita um arsenal de situações e problemas de saúde tradicionais e contemporâneos, que podem ser alcançáveis e tratados com outros métodos de cuidado, como por exemplo as atividades já citadas, pois influem diretamente na qualidade de vida, evitando a



cronicidades de algumas patologias e a reversão de outras tantas, por meio da promoção do bem-estar.

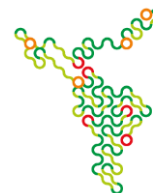
A saúde mental na atenção básica, considera o território *in loco* o local do cuidado, e o sujeito como um ser integral onde a mente e o corpo fazem parte de um mesmo ser complexo, sendo ambas as partes reflexos e produtos de si e das relações sociais de múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e de produção de cuidados. Diante dessa percepção nos surge a necessidade de novas práticas de cuidado em saúde, valorizando as estratégias terapêuticas não medicamentosas para intervenção na área da saúde.

Em meio ao processo de vida, com vários estressores que levam a patologização do corpo, há muito para se fazer na ESF no que se relaciona a saúde mental, haja visto o importante papel que cumpre na promoção da saúde e da qualidade de vida. Novas práticas, implicam em novas formas de fazer prevenção, promoção e tratamento no território de saúde, significa compreender os processos que geram qualidade de vida, como a atividade sociocultural que tem importante papel na proteção da saúde mental das pessoas (PONDÉ; CARDOSO, 2003).

Para Ceccim (2005) um dos desafios da EPS é construir novas práticas, mais pedagógicas e próximas da realidade de cada serviço, se fazendo valer das relações intersetoriais, desenvolvendo potencialidades existentes em cada realidade. Por meio, da organização das práticas de cuidados, oferecendo ações e serviços de saúde que tenham em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (CECIMM, p.163, 2005).

Para Coelho (2008) alguns apontamentos sobre AB são importantes, um deles são as quatro características de Bárbara Starfeild; a acessibilidade, longitudinalidade, a integralidade e a coordenação de projetos terapêuticos do cuidado, com destaque para a última característica haja vista a importância desta na atenção à saúde. Outro entendimento importante é o do Ministério da Saúde, que caracteriza a AB por não dissociar a atenção individual e coletiva a partir da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde, organizado pelo trabalho em equipe



por meio de práticas gerenciais e sanitárias, utilizando tecnologias de elevada e baixa densidade com base nos problemas de saúde mais frequentes no território.

O projeto Caminhos do cuidado, enquanto uma ação de EPS foi uma excelente oportunidade por ofertar em diversas turmas e diversos território (municípios) contato com profissionais de saúde, que possuem uma determinada formação e vivência, e que ao interagir com a pedagogia problematizadora, produziram resultados nas suas equipes de origem e na rede de saúde local. Foi importante conhecer a realidade de cada município, seus serviços em rede, a organização da atenção à saúde, e dessa forma apontar outras maneiras de produzir saúde com a rede que se tem.

A metodologia, permitiu que os tutores replicassem nas turmas, o resgate da humanização no enfrentamento ao sofrimento psíquico dos usuários em decorrência do abuso do consumo de álcool e/ou outras drogas.

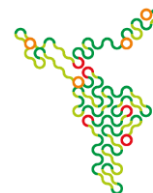
Conclusão

Dentre os apontamentos apresentados no relato de experiência, concluo que a saúde mental é intrínseca à saúde coletiva na atenção básica, por constituir um mesmo sujeito que é afetado pelas relações sociais, econômicas e culturais, desse território, logo a oferta de cuidado e ações à saúde não podem ser fragmentadas, devendo sim serem inseridas novas práticas e saberes para fazer frente a essa complexa realidade.

Podemos relatar que por meio da problematização das práticas e das ações crítico-reflexiva nas oficinas realizadas com os profissionais que participaram do projeto Caminhos do Cuidado, houve mudanças no cuidado integral à saúde, principalmente, no que se refere a acolhida aos usuários de álcool e outras drogas.

Corroborando com o conceito de saúde ampliada, ou de Clínica Ampliada, resultante dos determinantes sociais, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e outras formas que são determinantes nas relações sociais e na organização social de produção e desenvolvimento social (DA ROS, 2006), o cuidado integral à saúde ocorre na singularidade de cada caso.

A reforma psiquiátrica é uma transformação da própria ciência, que passa da neutralidade ao questionamento das verdades, estando em constante mudança, pois a verdade da ciência passa a ser



provisória, outros aspectos influenciam; política ideologia, religião, cultura, moral e as condicionantes sociais.

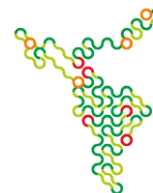
A mudança no modelo de saúde passa pelo cuidado singular do sujeito, e não dá doença, pois antes do adoecer, há um ser que se reproduz na complexidade da realidade, sua vida, social, política, cultural, enfim uma gama de acontecimentos que influenciam na produção de saúde, na “saúde ampliada”, que não pode se restringir a sintomas, a patologias, diagnósticos e medicalização. Basaglia (1985) já havia resgatado um conceito de saúde ligado a reprodução social, logo as intervenções técnicas devem caminhar nesse sentido, buscando ouvir, o que o sujeito necessita conhecer sua dinâmica social para poder ofertar algum cuidado, produzindo autonomia tanto para o sujeito quanto ao profissional, nas trocas de saberes e na construção singular, no contato com outro o que é possível no momento.

Para Merhy e Ceccim (2009) a produção de saúde ocorre no processo do cuidado implicando, na construção de relações, de alteridade, implicando em encontros no cotidiano do cuidado, do campo singular de práticas humanizadas na produção de saúde, e não no campo particular da prestação de assistência.

O trabalho multidisciplinar em serviços de saúde permite a construção de novas práticas, de questionamentos das ações tradicionais, refletindo mudança do cotidiano, que perpassam os diversos profissionais da rede. Mas também, perpassam novos processos de trabalho, para além das estruturas físicas constroem-se possibilidades de um trabalho integrado construindo parcerias entre instituições, que extrapolem as redes de saúde, que seja uma rede intersetorial tal qual o preconizado na RAPS.

O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar convoca o profissional de saúde a construir cotidianamente esse novo processo de trabalho, que não é individual e nem especializado, mas a junção de vários olhares e saberes profissionais unidos aos usuários do SUS na produção de vida, que passa pela saúde, pelo território vivido e independe do profissional, mas depende de um coletivo, e de ações coletivas.

A atuação do assistente social na saúde pode fornecer subsídios para o fortalecimento do usuário e sua participação na saúde, ampliando as possibilidades de influência nas decisões que interessam a estes sujeitos, mas sobretudo, produz na dinâmica do processo de trabalho, ações de EPS construindo respostas que ampliem o atendimento das necessidades sociais e reafirma o



posicionamento em favor da equidade e justiça social na saúde “comprometido com a busca de respostas aos problemas colocados para a efetivação da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde” (SARRETA, et al, p.18, 2016).

Com tudo, corroborando com Ceccim (2005) um dos desafios da EPS é construir novas práticas, mais pedagógicas e próximas da realidade de cada serviço, se fazendo valer das relações intersetoriais, desenvolvendo potencialidades existentes em cada realidade. Por meio, da organização das práticas de cuidados, oferecendo ações e serviços de saúde, que tenham em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde.

REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Portaria Nº 1.996 DE 20 DE AGOSTO DE 2007.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 20/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2003.

BRASIL. **Programa Crack é possível vencer.** Disponível em <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>. Acessado em 13/06/2014.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

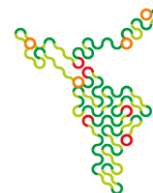
CAMINHOS DO CUIDADO. **Sobre a História.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública.** Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo. XXVII Ano. n. 87. 2006. p. 132 – 146

_____, Gastão Wagner de Sousa. GUTIÉRREZ, Adriana Coser. Et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.** IN: Manual de Práticas de Atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. 2008.

_____, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CDC. **Framework for Program Evaluation in Public Health.** Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1999,48 (RR-11): 1-40.



CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional a saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [online], vol.9, n.16, 2005.

COELHO, Ivan Batista. **Formas de Pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.

DA ROS, M. A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros - org. A saúde em debate na educação física. Vol 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

MERHY, Emerson Elias. CECCIM, Ricardo Burg. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização**. 2009. Disponível em:
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>. Acesso em: 20/04/2015.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Saúde Mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam**. In: PAULON, Simone. NEVES, Rosane. Saúde Mental na Atenção Básica – a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PITANO, Sandro de Castro. **A EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA DE PAULO FREIRE, UMA PEDAGOGIA DO SUJEITO SOCIAL**. Revista Inter-Ação, v. 42, n. 1, p. 087-104, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/interacao/article/view/43774>>. Acesso em: 24 set. 2017.

PONDÉ, Milena Pereira; CAROSO, Carlos. **Lazer como fator de proteção da saúde mental / Leisure as a protective factor for mental health**. Revista de Ciências Médicas Campinas. [on line] 12(2): abr.-jun. 2003.

SARRETA, Fernanda de Oliveira et al. **Serviço Social e Educação Permanente em Saúde: a potencialidade para integração ensino-serviço**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, UFTM, REFACS (online); vol 4, no 1, p.17-25. 2016.