

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

EDGAR MALECH RIBEIRO

**ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD):
PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**VOLTA REDONDA
2020**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD):

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluno: Edgar Malech Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. Adilson Pereira

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

R484a Ribeiro, Edgar Malech.
Atendimento à pessoa com deficiência (PcD): proposta de
capacitação para profissionais de saúde. / Edgar Malech Ribeiro. -
Volta Redonda: UniFOA, 2020. 107 p.

Orientador (a): Adilson Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2020.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Pessoa com deficiência. 3. Profissionais de saúde - ensino. I. Pereira, Adilson. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALUNO: EDGAR MALECH RIBEIRO

ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD): PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ORIENTADOR:
PROF. DR. ADILSON PEREIRA


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Adilson Pereira



Prof. Dra Denise Celeste Godoy de Andrade Rodrigues



Prof. Dr. (a) Marcelo Paula de Melo

Dedico aos meus pais, ao meu irmão, à minha esposa, ao orientador Adilson Pereira, a todos os profissionais e amigos que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até aqui e realizasse esse sonho em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e coragem para enfrentar este desafio, ao Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA pelo acolhimento. Sinto-me extremamente honrado por ser egresso da graduação em Educação Física e poder retornar como discente do curso de mestrado.

“Leve na sua memória para o resto da sua vida, as coisas boas que surgiram no meio das dificuldades. Elas serão uma prova de sua capacidade em vencer as provas e lhe darão confiança na presença divina, que nos auxilia em qualquer situação, em qualquer tempo diante de qualquer obstáculo.”

(Chico Xavier)

RESUMO

A presente pesquisa foi motivada a partir dos questionamentos que surgiram no decorrer da experiência do autor sobre o cuidar de alunos com deficiência. A escuta atenta, relativa aos responsáveis desses alunos, acerca dos problemas que enfrentavam quando conduziam seus filhos, aos mais variados profissionais de saúde, despertou o interesse sobre o modo como esses profissionais são preparados nos cursos de graduação. Essa perspectiva problematiza, a partir de levantamento bibliográfico, o Direito à Saúde direcionada ao paciente com deficiência, delimitando-se como objeto de pesquisa a abordagem dos profissionais de saúde relativa ao trato da Pessoa com Deficiência (PcD). A análise dessa questão tornou possível refletir a elaboração de produto de ensino com vistas ao desenvolvimento de competências junto a esses profissionais, a saber, oficina de capacitação tendo como base a abordagem da Pessoa com Deficiência (PcD). O produto foi testado sob a forma de protótipo para validação, cujos resultados possibilitaram a confecção da proposta final e sua disponibilização aos cursos de graduação em saúde.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência, Ensino, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

This research was motivated from the questions that arose during the author's experience on caring for students with disabilities. The attentive listening, concerning the guardians of these students, about the problems they faced when they led their children to the most varied health professionals, aroused interest about how these professionals are prepared in undergraduate courses. This perspective problematizes, from a bibliographic survey, the Right to Health directed to patients with disabilities, delimiting as the object of research the approach of health professionals related to the treatment of People with Disabilities (PCD). The analysis of this issue made it possible to reflect the elaboration of a teaching product with a view to developing competencies with these professionals, namely, training workshop based on the approach of the Person with Disabilities (PcD). The product was tested as a prototype for validation, the results of which allowed the preparation of the final proposal and its availability to undergraduate health courses.

Keywords: Disabled person, Teaching, Health professionals. Keywords: Disabled Person, Education, Health professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos do ensino na perspectiva da Teoria da Aprendizagem Significativa	46
Figura 2 - Aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados Pré e Pós Teste (Perguntas objetivas)	75
Tabela 2 - Questão subjetiva nº8	76
Tabela 3 - Questão subjetiva nº9	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PcD	Pessoa com Deficiência
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IDA	Integração Docente Assistencial
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PCNEM	Parâmetros Curriculares Nacionais para Ensino Médio
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
MEC	Ministério da Educação
IES	Instituições de Ensino Superior
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APS Atenção Primária à Saúde

TAS Teoria de Aprendizagem Significativa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Objetivo Geral.....	17
1.2	Objetivos específicos.....	17
2.	ESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1960.....	18
2.1	A reforma sanitária e as contribuições para a formação do SUS.....	18
2.2	A Pessoa com Deficiência e o direito à saúde: considerações acerca da memória histórica	19
2.3	Considerações jurídicas e o problema do “desenho universal” no atendimento à Pessoa com Deficiência	22
3.	HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E O ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	25
4.	APRENDIZAGEM COMO BASE DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA PROFISSIONAL E SOCIAL PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	29
5.	APRENDIZAGEM LÚDICA COMO FACILITADORA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS.....	33
6.	APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA C O M O BASE DA A Q U I S I Ç Ã O DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS.....	40
7.	DESENHO METODOLÓGICO DO PRODUTO DE ENSINO.....	50
8.	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PRODUTO DE ENSINO: OFICINA DE CAPACITAÇÃO – ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA (PCD)	59
8.1	Refletindo sobre o jogo como meio de aprendizagem	59
8.2	Oficina de capacitação - Atendimento ao Paciente com Deficiência (PcD)	63
9.	O PRODUTO APLICADO: PERCURSO METODOLÓGICO	66
9.1	Local de aplicação do Produto de Ensino	66
9.2	População e Amostra	66

9.3. Detalhamento do processo de testagem do Produto de Ensino.....	66
9.4. Aplicação do Produto de Ensino	67
10. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
10.1 Das oficinas.....	70
10.2 Dos Pré e Pós Testes.....	73
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
Anexo 1 – PARECERE CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	90
Apêndice 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	93
Apêndice 2 – Pré teste e Pós teste	97
Apêndice 3 - VIVÊNCIA	99
Apêndice 4 – Sugestão ficha de registro da oficina.....	100
Apêndice 5 – Sugestão ficha de registro do jogo	100
Apêndice 6 – Descrição das cenas.	102

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se, neste estudo, apresentar algumas análises em função da necessária compreensão dos fatores inerentes à relação: formação do profissional de saúde e a abordagem do paciente com deficiência. Sabemos que essa temática é pouco conhecida e, por isso, o encorajamento em investigar a referida questão, cuja proposta está ancorada em reflexões que tomam o que se preconiza como ideal de atendimento humanizado, considerando a dimensão biopsicossocial do PcD. Na realidade, o autor do presente trabalho, partiu da peculiaridade da trajetória de sua formação educacional e profissional; pois, tendo enfrentado experiências ao longo da infância e adolescência, nas quais as dificuldades decorrentes de ser disléxico lhe trouxeram muitos problemas no processo de escolarização, de natureza psicológica, afetiva, de relacionamentos, aprendizagem entre outros e, ao invés dos problemas subjogá-lo, ao contrário, permitiram-lhe, redesenhar e repensar sua própria atuação como profissional de saúde, quando em 2003, tornou-se graduado como Educador Físico.

A partir de então, as experiências decorrentes do trabalho no Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - CAPSi (saúde) e na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE (educação), evidenciaram o binômio educação saúde, tornando-se fator motivador na reflexão e no compromisso de se buscar condições mais justas e equânimes para as pessoas com deficiência, de modo que saiam da invisibilidade social e sejam percebidas sob a ótica da inclusão.

A formação advinda como Educador Físico, ocorreu em uma época, em que o currículo de formação integrava competências da denominada licenciatura plena. Essa formação permitia atuação nas áreas de saúde e educação escolar. As duas esferas de atuação, que ocorriam nos espaços de atendimento a crianças com deficiência (CAPSi e APAE), possibilitaram a escuta atenta junto aos pais e responsáveis, em que se evidenciaram as narrativas relativas aos modos como os profissionais de saúde abordavam as Pessoas com Deficiência (PcD). Como docente de Educação Física, atuando no espaço escolar, percebia a ocorrência do mesmo fenômeno, em que pais e responsáveis narravam as dificuldades que eles percebiam acerca do modo como os docentes de Educação Física e outros abordavam seus filhos na qualidade de alunos com deficiência.

Assim, a ideia de desenvolver alguma investigação na área de Ensino, como promotora de intervenções de ensino junto aos profissionais de saúde, tem por perspectiva auxiliar em mudanças comportamentais, tendo por base a ressignificação do modo como médicos, enfermeiros, educadores físicos, fisioterapeutas e outros, abordam as deficiências que caracterizam um grande contingente de pessoas que estão, por consequência, sob condições de maior de vulnerabilidade social.

Se a deficiência, por si mesma, já possui uma interpretação de déficit pessoal, a indicativa rotulação dessa pessoa ao ser denominada “paciente”, não auxilia em nada para que ela tenha a necessária acolhida relacionada à interpretação de seu estado. Ao contrário, tornar-se paciente, pode ampliar essa rotulagem negativa, daí a necessidade de tomarmos como base de nossas reflexões, a qualidade do atendimento dispensado às Pessoas com Deficiência (PcD) e a necessidade de se colocar essa questão como problema da formação em saúde.

Na esteira dessa situação-problema nomeamos a questão norteadora do nosso estudo, a saber: Como podemos auxiliar na aprendizagem de profissionais da saúde, ainda no estágio da formação acadêmica, tendo em vista o desenvolvimento de competências específicas para o atendimento do paciente que seja reconhecido como PcD?

Diante desta situação-problema desenvolvemos o produto sob o delineamento metodológico que obedece aos preceitos do percurso metodológico denominado Método do Arco, de Charles Maguerez e a relevância epistemológica da teoria da aprendizagem de Ausubel (1918-2008). Assim, o processo didático-pedagógico, previsto ao produto de ensino, foi modelado em três encontros. A divisão da oficina em três encontros se fez necessária para que os discentes desenvolvam tarefas entre um encontro e outro produzindo matéria-prima das reflexões em cima das propostas ofertadas na oficina. Os encontros procuraram desenvolver, como já enunciado, habilidades e competências a partir de situações-problema, que fazem parte da vida cotidiana das pessoas com deficiência. Foram utilizadas ferramentas sob a forma de imagem/vídeo que, ao serem disponibilizadas pelo dinamizador do encontro, teve a perspectiva de promover a situação-problema que se pretendeu abordar.

Mediante o exposto, todo o estudo foi pensado e elaborado abraçando o

percurso metodológico adotado e tendo como norteadores os seguintes objetivos:

1.1 Objetivo Geral

Desenvolver proposta pedagógica a partir de metodologia de ensino com vistas à humanização em saúde no atendimento à Pessoa com Deficiência (PcD).

1.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar a relação Direito à Saúde e a abordagem ao paciente com deficiência tendo por base o levantamento bibliográfico pertinente;
- ✓ Subsidiar estratégia de ensino, sob a forma de produto, com vistas à capacitação dos profissionais de saúde, no intuito de evidenciar e aperfeiçoar o cuidado da Pessoa com Deficiência (PcD).

O delineamento do trabalho procurou refletir algumas questões relativas à estruturação da saúde no Brasil, situando, como ilustração, a formação dos profissionais da saúde. A escolha desse segmento teve como critério o atendimento clínico que é ministrado por eles nas mais variadas esferas de atendimento: Estratégia de Saúde da Família, UPAs, Postos de Saúde, clínicas e etc. A capilaridade do atendimento clínico desses profissionais está presente em todo o território nacional e envolve os mais variados segmentos da população. Crianças, jovens, adultos, idosos, homens, mulheres, enfim, todas as parcelas da população, em algum momento, recebem o atendimento clínico como início de algum tratamento, intervenção de saúde etc.

Complementa-se a esse argumento o destaque de que o foco de nossa investigação se situa na questão do ensino e do modo como podemos desenvolver competências relativas ao atendimento à PcD para os vários profissionais de saúde e não o de analisar sistematicamente o processo de formação dos mesmos.

Contudo, tratar da questão da humanização na saúde e o atendimento à Pessoa com Deficiência, e refletir sobre como podemos otimizar o ensino de modo que o processo de aquisição de competências seja melhor conduzido é o cerne de nossa análise. Assim, refletir sobre a aprendizagem lúdica e a aprendizagem significativa são as bases sobre as quais a proposta de ensino foi estabelecida.

2. ESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1960

Para compreendermos a atual situação relacionada ao atendimento de saúde para todos os cidadãos do Estado brasileiro, optamos por determinar um ponto de partida histórico; afinal, nossa investigação não se propõe a analisar a história da saúde brasileira, mas de indicar um contexto no qual se configura o atendimento à Pessoa com Deficiência, dentre a modelagem de atendimento dado aos cidadãos. Reconhecer a cidadania de todos seria o fundamento para o estabelecimento de garantias acerca da qualidade desse atendimento e de seus reflexos na melhoria da vida da população (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, abordamos o atendimento de saúde, o problema da qualidade do atendimento e a requerida humanização, discutimos a necessidade de que os profissionais de saúde devem estar familiarizados com o atendimento endereçado ao PcD.

2.1 A reforma sanitária e as contribuições para a formação do SUS

Da década de 60 até o meado da década de 80, o Brasil viveu sob a égide de governos militares. Mesmo nesse contexto, no início da década de 70, grupos de estudantes da área da saúde e intelectuais reivindicavam a organização de uma saúde pública que objetivasse a melhoria do quadro sanitário do País. Os fatores que motivaram e permitiram a emergência do movimento denominado Reforma Sanitária, possuía posicionamento crítico acerca da concentração da gestão de saúde atrelada à esfera federal, cuja assistência referia-se, apenas, ao atendimento médico-hospitalar e que, para ter direito a esse atendimento, o cidadão deveria ser trabalhador com carteira assinada (REIS; RIDENTI; MOTTA, 2014).

A parcela da população que possuía recursos financeiros para pagar pelos serviços assistenciais, como sempre ocorreu, possuía acesso ao serviço de saúde, os demais, não. Essa problemática encontra-se refletida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2019, s.p.) ao publicizar:

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não

abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (p.30).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento da Reforma Sanitária, sintetizado pela defesa de que Saúde é direito de todos e dever do Estado. Desde então, o SUS vem em busca de implementar princípios como: universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde, descentralização da gestão setorial, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação popular com papel de controle social (CAVALCANTE FILHO, 2009).

A qualidade da prestação de serviços, do atendimento e de sua significação social é matéria sobre a qual se debruçam o direito, a sociologia, a psicologia, a economia, a enfermagem, a medicina e, em nosso estudo, a área de ensino. Assim, ao desenhar um paralelo sobre o cuidar-tratar, Zobolli (2007) relata que o profissional de saúde deve voltar a sua atenção para além do tratar a doença ou amenizar os sinais e sintomas, mesmo que esses cuidados sejam parte de sua atenção.

O cuidar deve ser valorizado considerando o indivíduo como uma pessoa em si mesma, e não somente meio para a ciência ou meios técnicos ou institucionais. Para isso é necessária maior sensibilidade com as emoções da pessoa, apresentando atenção, respeito, para responder às experiências específicas de aflição e sofrimento que indivíduos trazem quando procuram o atendimento dos profissionais de saúde (LUNARDI, et al. 2004).

2.2 A Pessoa com Deficiência e o direito à saúde: considerações acerca da memória histórica

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo tem algum tipo de deficiência (ONU, 2011). No censo demográfico do Brasil realizado em 2010, cerca de 23,9% da população tem

deficiência e destes 7% apresentam deficiência física (IBGE, 2010). Neste sentido, são necessários e muito importantes estudos sobre as práticas em saúde e inclusão social de deficientes.

A Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de 2001, aprovada pela OMS, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002), são considerados um grande avanço no entendimento sobre a deficiência física, respeitando as funções e a estrutura corporal, as realizações, como também os fatores ambientais (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Desta maneira, os prognósticos (funcionalidades e incapacidades), de acordo com a CIF, dos pacientes não têm base somente nas patologias e/ou sequelas, mas também, no conjunto total e no ambiente onde moram, deixando de lado a imposição de rótulos pelos diagnósticos (BRASIL, 2008).

Se verificarmos a história do nosso passado, em relação aos avanços que surgiram no século XX, durante o período colonial no Brasil, as pessoas com deficiência eram isoladas e excluídas socialmente, sendo confinadas pela família e, em caso de desordem pública, recolhidas às Santas Casas ou às prisões. Somente os cegos e os surdos, no século XIX, tinham acesso às ações de educação. O Brasil foi pioneiro na América Latina neste tipo de atendimento às pessoas quando criou em 1854 e 1856 o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, respectivamente (MAZZOTTA, 2011).

Na primeira metade do século XX, o Estado não promoveu novas ações para as pessoas com deficiência, apenas expandiu, de forma modesta e lenta, os institutos de cegos e surdos para outras cidades, como as Sociedades Pestalozzi (1932) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (1954) (JUNIOR, 2010, p.1).

Assim, no século XX passaram a ser considerados cidadãos os indivíduos com deficiência, pois passaram a ter seus direitos e deveres de participar na sociedade; mesmo que ainda em uma abordagem assistencial. A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, as famílias passaram a organizar os primeiros movimentos tendo como base as críticas à discriminação (FERNANDES; SHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Em síntese, todas as iniciativas, desde o Império até a década de 1970, são parte de uma história na qual as pessoas com deficiência ainda não

eram reconhecidas em sua autonomia para decidirem o que fazer da própria vida. Todavia, esse foi um período de gestação da necessidade de organização, de movimentos afirmativos dispostos a lutar por seus direitos humanos e autonomia (JUNIOR, 2010, p.1).

O modelo associativo produziu relações significativas para os sujeitos participantes. Na realidade, as entidades às quais se associavam eram voltadas para garantir sobrevivência e outras para a prática do esporte adaptado, e foram criadas para viabilizar a obtenção de recursos financeiros para a sobrevivência de seus filiados. E dessa maneira, em 1970 deu-se início ao ambiente para a formalização da consciência resultando no “movimento político das pessoas com deficiência” (JUNIOR, 2010).

O eixo principal das novas formas de organização e ações das pessoas com deficiência, surgidas no final da década de 1970 e início da década de 1980, era politicamente contrário ao caráter de caridade que marcou historicamente as ações voltadas para esse público. Na década de 1990, foram criados, nas três esferas de Governo, diversos conselhos, dentre os quais os conselhos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência (JUNIOR, 2010, p.1).

Na constituição de 1988 o Direito à saúde faz parte do conjunto de direitos sociais, promovido a partir da conscientização do valor da igualdade entre as pessoas. Isso se deu, pois, como remonta de Junior (2010), somente os trabalhadores com carteira assinada e suas famílias tinham por parte do Estado atendimento à saúde, as demais pessoas somente acessavam estes serviços como um favor e não tinham direito. Os princípios da universalidade e equidade em saúde deslocam a atenção à saúde das pessoas com deficiência para o lugar de política pública. O direito universal e a equidade em saúde, materializados a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitam a incorporação das necessidades de saúde do segmento de pessoas com deficiência na agenda política e nos serviços de saúde de modo a consolidar um conjunto de respostas sociais à questão. São criadas condições para a consolidação da assistência à saúde das pessoas, rompendo com a perspectiva contributiva e caritativa que marcou a atenção ao segmento (PEREIRA, 2009).

A universalidade e a hierarquização, propostas como diretrizes, a valorização de ações de prevenção, bem como outras proposições, alimentaram a esperança de que, finalmente, as demandas desse grupo motivariam a elaboração e concretização de ações de saúde na esfera pública, ampliando e qualificando significativamente a oferta de atenção (ALMEIDA E CAMPOS, 2012, *apud* SOUSA, 2014 p.12).

Dessa forma, são projetadas mudanças importantes para pessoas com deficiência, na medida em que os princípios de construção do SUS apontaram para uma efetiva inclusão desse grupo no seu conjunto de usuários.

2.3 Considerações jurídicas e o problema do “desenho universal” no atendimento à Pessoa com Deficiência

O desenho do atendimento à pessoa com deficiência vem sendo objeto de preocupação desde os tempos do Pós-guerra, em que muitas pessoas se tornaram dependentes de programas de reabilitação física, por motivos de perdas de membros e deficit sensorial, até mesmo com prejuízos psíquicos acentuados. Depois da Segunda Guerra, foi criada a indústria da reabilitação para o atendimento dos mutilados da guerra. Com isso, muitas crianças e jovens que precisavam de educação especial, até os anos 1970, eram segregadas, pois havia a concepção de um melhor atendimento em ambientes separados (JUNIOR, 2010).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (PcD), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei 13.146 de Julho de 2015, normatiza a inclusão social dessa parcela da população, com vistas à equidade das relações sociais. Essa também foi uma preocupação manifestada pelas Nações Unidas, que promulgou A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006. Em seu Artigo 1º, essa convenção definiu:

Pessoas com Deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

Porém, pensar políticas públicas de inclusão das pessoas com deficiência implica proceder a uma leitura crítico-reflexiva, já que vários fatores sócio, político-econômicos e culturais, influenciam e delimitam as ações dessas políticas. No âmbito da saúde, nosso foco de análise, o capítulo III, artigos 18 a 26 da Lei 13.146/2015 garantem o direito ao acesso universal, igualitário e integral aos serviços e ações de saúde às pessoas com deficiência. Assegurando também:

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido

acesso universal e igualitário (...)

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

A ideia de assegurar ao PcD todo acesso possível é uma postura de inclusão social pautada na proposta de Desenho Universal. O termo designa o denominado *Design Universal*, ou *Design Total* ou *Design Inclusivo*, e significa “design que inclui” e “design para todos”, tratando-se de um enfoque aplicado ao design de produtos, serviços e ambientes com a finalidade de que sejam colocados em uso pelo maior número de pessoas possível, independente de idade, habilidade ou situação (NUNES e MADUREIRA, 2015). Hoje, quando se fala em acessibilidade, deve-se pensar no termo Desenho Universal, de modo que todos os produtos: ambientes, programas e serviços sejam concebidos (até onde for possível), para que todas as pessoas possam usá-los, sem necessidade de adaptação ou projeto específico.

Isso significa uma mudança de paradigma que alcança todos os ambientes da vida em sociedade e, aqueles em que o trato humano se torna imprescindível, devem tornar evidente o quanto a cultura da inclusão e as garantias de acessibilidade podem se tornar possível (CAMARGO, 2017). Assim, o questionamento existente é se os profissionais da saúde estão sendo preparados, ainda nos cursos de formação para atuarem junto ao paciente com deficiência.

Segundo Costa (2015):

Em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência sinalizava que seriam desenvolvidas ações conjuntas com o Ministério da Educação e com as Instituições de Ensino Superior, considerando a necessidade de incorporar disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde das PcD nos currículos de graduação na área da saúde, sendo que até agora não houve nenhum movimento nesse sentido. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, não especificam atenção às pessoas com deficiência, embora as competências e habilidades que se esperam que os estudantes adquiram ao longo do curso devam ser estendidas a este grupo (p.15).

A capacitação dos profissionais de saúde não é irrelevante, já que se pretendem com as considerações tecidas até o momento, demonstrar que essa atuação deve ser norteada pelo viés da inclusão, colocando em prática os princípios constitucionais da universalidade e integralidade, articulados com a equidade no acesso ao serviço de saúde, criando a possibilidade de atender às demandas heterogêneas das síndromes, transtornos e deficiências. No Art.18, § 3o Lei 13.146/2015 está expresso: *Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.*

Partindo do princípio que não há modelos programáticos prontos que viabilizem soluções imediatas a essa realidade, fato que gera a necessidade de uma formação baseada nas formulações conceituais, metodológicas e acerca das novas organizações dos direitos das pessoas com necessidades especiais, tal problema passa, necessariamente, pela discussão das transformações, dos planos conceituais e práticos, das políticas de formação médica no Brasil; em particular, sobre assegurar a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência pelos serviços de saúde e a incorporação do debate sobre a noção de inclusão/exclusão.

3. HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E O ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com Moraes (2016) pode-se associar a humanização na saúde às várias categorias que se relacionam com o processo gestão de cuidados, e que podem ser exemplificados, nas palavras da autora como: “integralidade; satisfação do usuário; necessidades de saúde; qualidade da assistência; gestão participativa; protagonismo dos sujeitos; além de uma assistência capaz de prover acolhimento, resolutividade, bem como visar à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos”. Igualmente, se ressalta, a partir das reflexões acadêmicas aqui construídas, a importância de um debruçar sobre a particularidade das ações implementadas pelo Serviço Social no projeto de humanização, na área da saúde, inclusive como ampliação da valorização do trabalho profissional neste campo (MORAIS, 2016).

Nesse sentido, o desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pela restituição da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. De acordo com Rios (2009), o conceito de Humanização deriva do Humanismo que utiliza para o seu processo investigar, compreender e intervir nas relações do homem e sua natureza, assim a autora complementa:

A Humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços. Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização supracitadas como abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição. A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009, p. 10).

Já para Moraes (2016) a humanização é compreendida como uma “vertente moral ao evocar valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão, empatia e bondade”. No sentido etimológico o termo humanização significa: “ato ou efeito de humanizar (se); humanizar: dar condição humana a; civilizar; tornar-se humano, humanar-se” (FERREIRA, 2001, p. 369). Diante destas inferências,

entende-se que humanização consiste na realidade vivida pelo homem e que é transformada à medida que o tempo passa.

Na área da saúde, o conceito de humanização tornou-se uma necessidade para balizar a prestação de serviços, tendo como base a Constituição Federal de 1988. Contudo, esse conceito, no âmbito do direito, vinha sendo debatido desde a década de 50, tendo a influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). No caso brasileiro, o SUS emergiu dessa inspiração. Para Moraes (2016) o propósito do SUS é ser referência de humanização na saúde através de uma concepção ampliada de saúde onde, a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, veem seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total.

Para ganhar força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390). A humanização é muito importante e necessária nas práticas de saúde, dada às lacunas existentes no cuidado, o que revela uma “desumanização” além dos “[...] poucos dispositivos de fomento a cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; (...) modelo de atenção centrado na relação queixa conduta” (BRASIL, 2006, p. 15-16).

As lacunas existentes são as limitações da atenção e do acolhimento, que ficam acondicionadas às abordagens de rotina, o que não é considerado adequado, tanto para doente quanto para o profissional. Nesse sentido é necessária a inserção essencial da humanização nesses processos, através da educação em saúde, na prevenção e na promoção de saúde para reforçar a consciência da dor e do sofrimento existente na realidade humana no setor hospitalar (MORAIS, 2016). Com a instituição do SUS, pode-se ressaltar que o acesso à saúde emergiu como a conquista de um direito fundamental, uma conquista do sistema democrático, exigindo um modelo de gestão eficaz e universal para a população brasileira em geral, enfatizando-se também aos deficientes.

“A desorganização do fluxo de usuários é um grande problema enfrentado

pelo SUS. As queixas com relação a limites de acesso, qualidade e carências nos serviços de saúde de média e alta complexidade são crescentes” (FERREIRA, JUNIOR, COSTA, 2019, p.1). No que tange à Pessoa com Deficiência, sujeito de nosso trabalho, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990 compreende que a pessoa com deficiência é aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

De acordo com o IBGE, em 2010, cerca de 45.606.048 milhões de brasileiros possuem um tipo de deficiência, correspondendo a aproximadamente 23,9% do total populacional. Assim, o governo, diante da necessidade de adequar as suas políticas às necessidades da população, no âmbito do SUS publicou a Portaria nº 4.279/2010, para diminuir a “fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar, com efetividade e eficiência o conjunto de ações e serviços”.

Como podemos verificar o ideário de universalização da prestação dos serviços de saúde, acessível à população, amparado como direito constitucional, acessível a todos, ainda nos dias atuais, prescinde de garantias quanto à sua efetividade. O fato decorrente dessa constatação é que a população mais fragilizada, em termos de indicadores socioeconômicos, é a que mais sofre com esse problema (AMBITO JURIDICO, 2013).

Como não poderíamos deixar de evidenciar, as Pessoas com Deficiência são partes significativas desse segmento da população e, tendo por base as estatísticas do IBGE, datadas de 2010, como vimos anteriormente, com certeza, os dados ao serem atualizados no próximo Censo, poderão revelar a ampliação da população deficiente, pelo simples fato de ter aumentado a população brasileira, nos conduzindo à conclusão acerca de um quadro de extrema dificuldade quanto ao acesso à saúde por parte dessas pessoas. Muito embora, o presente trabalho não tenha por objetivo apontar soluções para essa realidade, extremamente complexa, ao menos, as formas como as Pessoas com Deficiência são abordadas, quando diretamente se relacionam com os profissionais de saúde, pode ser investigado e ser objeto de algum tipo de intervenção.

Assim, reconhecer a cidadania de todos seria o fundamento para se estabelecer garantias de qualidade no atendimento desses sujeitos. Uma perspectiva de compreensão de como a saúde das Pessoas com Deficiência pode ser implementada está ancorada no entendimento do que em tópico anterior abordamos acerca do Sistema Único de Saúde, o SUS, que tem como objetivo implementar os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde e participação popular, com o papel de controle social.

Eis, na perspectiva de implementação do SUS, a consideração do reconhecimento da Cidadania desses sujeitos em que a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (PcD), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei 13.146 de Julho de 2015, que tornou positivada a necessidade de equidade as relações sociais. As pessoas com deficiência têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e a partir do Desenho Universal, todos os produtos, ambientes, programas e serviços devem ser concebidos sem necessidade de adaptação ou projeto específico. Nesse sentido é preciso formar profissionais generalistas, moldando o profissional médico para o trabalho e o enfrentamento dos problemas da sociedade.

4. APRENDIZAGEM COMO BASE DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA PROFISSIONAL E SOCIAL PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

O mundo moderno está em constante transformação dada às inovações tecnológicas e modernização do ambiente de trabalho, que cada vez mais está instável e flexível, que exige a implantação de novos modelos de formação e de gestão, tendo como base as competências profissionais (BRASIL, 2001). Na área da saúde, as instituições também necessitam atualizar suas práticas em consequência a estas mudanças, exigindo perfis mais diferenciados dos trabalhadores, com competências profissionais bem específicas para a execução das funções ou tarefas.

Para um profissional construir sua competência profissional necessita de escolaridade e momentos de aprendizagem informais que acontecem em espaços distintos. O construtivista Meghnagi (1999) estudioso das competências profissionais desenvolveu uma pesquisa que definiu o termo competência como a aquisição de determinadas habilidades necessárias para a realização de uma tarefa, ou a capacidade de decisão, com habilidades e conhecimentos para a condução de uma situação particular (MEGHNAGI, 2005).

No setor da saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) descrevem quais as competências fundamentais para o desenvolvimento dos projetos pedagógicos e das grades curriculares para nortear a formação dos profissionais. Assim, é evidente a importância do ensino com base nas competências, sendo uma estratégia para as futuras transformações dentro do mercado de trabalho, e especificamente nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Dentro da realidade das instituições de saúde, especificamente, com a incorporação de novas tecnologias e serviços, soma-se ainda a preocupação de oferecer assistência de qualidade que gerem resultados positivos, não só para a organização e seus profissionais, mas também que atendam às necessidades dos clientes. Formar ou mobilizar competências pressupõe um trabalho diferenciado no interior das organizações que devem buscar constantemente instrumentos ou estratégias para desenvolvê-las, auxiliando os profissionais nas suas necessidades (CAMELO; ANGERAMI, 2013, p.1).

Novos debates são realizados para a ressignificação do termo competência no mundo do trabalho, relacionando os conceitos de trabalho, qualificação e educação tecnológica (DELUIZ, 2001). Duas correntes foram criadas para interpretar a competência sendo desenvolvidas por autores norte-americanos e franceses (p. 31- 32). A primeira entende a competência como a qualificação ou característica subjacente à pessoa, em que ela utiliza na realização de um determinado trabalho ou na resolução de uma determinada situação. Já a outra tem concebido a competência como fruto de trabalho (DUTRA, 2004).

No Brasil, a concepção da competência está relacionada à inserção do trabalhador no mercado do trabalho, que se mobiliza para atender às demandas da organização, e assim passa a construir as competências organizacionais (FLEURY; FLEURY, 2004). Na área da saúde a agregação desses conceitos pelo profissional deve ser idealizado na análise das práticas profissionais no contexto das inovações tecnológicas, nas constantes mudanças nos serviços, no perfil epidemiológico, e no padrão demográfico da população (SILVA; SENA, 2006).

Nesse sentido, a construção das competências na formação do profissional de saúde, implica a articulação de vários saberes na prática profissional, baseando-se na aquisição e incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes pessoais para transformar a realidade em saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007). Essa perspectiva indica que a educação consiste em um processo institucional, instrucional e formativo, que relaciona a pedagógica pessoal, tanto no âmbito da relação social coletiva, quanto no âmbito da relação individual.

Em 1950 no Brasil, dois movimentos surgiram para propor mudanças na formação superior dos profissionais de saúde que buscavam reaver a prática médica anterior ao avanço tecnológico, que ficou conhecida como Medicina Comunitária, incluindo as camadas sociais marginalizadas e estimulava o trabalho voluntário e o segundo movimento, em 1970, conhecido como Integração Docente assistencial (IDA), porque tinha como proposta diminuir a resistência dos estudantes sobre a abordagem epidemiológica e social, através da inserção dos mesmos na atenção primária por intermédio de atividades de extensão (OLIVEIRA, 2014).

Com a proposta de diminuir as limitações do acesso à saúde, esses movimentos não alcançaram êxito na modificação do ensino hospitalocêntrico e da prática fragmentada, mas contribuiu para o avanço na direção da adequação do ensino e da assistência à realidade da sociedade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Mesmo com os avanços das concepções e programas na formação dos profissionais de saúde no Brasil, a orientação predominante ainda se encontra aversa ao debate crítico e quase não tem ligação com a realidade social e epidemiológica da população (BRASIL, 2007). Por outro lado, com o aumento da expectativa de vida, muitas mudanças ocorreram no perfil epidemiológico, e assim se configuraram alterações nas demandas do sistema de saúde que, por sua vez, alimentaram novos debates sobre a formação dos profissionais de saúde (ALLEGGRANTE et al., 2009).

As problemáticas que envolvem as pessoas com deficiência têm sido tratadas de modo tangencial no contexto da sociedade brasileira, seja no campo político-institucional, seja no espaço de produção do conhecimento. Muitos aspectos nela envolvidos devem ser desvelados, e, para isto, requerem abordagens centrais no campo dos estudos epidemiológicos ou da materialização das políticas públicas direcionadas a estes cidadãos (MAIA et al., 2009, p.1).

No que tange à nossa perspectiva de investigação, o ministério da saúde em consonância aos princípios doutrinários do SUS para o atendimento à pessoa com deficiência, publicou, em 2009, portaria que trata da Política Nacional de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência, cujo objetivo é

reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2009, p.1).

Maia et al. (2014), constataram que após um curso de capacitação para atendimento junto às pessoas com deficiência, os profissionais demonstraram significativa apreensão às facilidades e fragilidades sobre a deficiência física, auditiva, visual e deficiência múltipla. Contudo, quando avaliados nos conceitos abstratos de necessidades especiais, pessoa cega e com baixa visão, por exemplo, as respostas aos questionamentos não foram satisfatórias, com índice de erro de 15,3%.

A pesquisa realizada por França et al. (2012), propôs a enumeração das facilidades e dificuldades no atendimento às demandas de usuários com lesão medular, perceberam a “desqualificação profissional para a assistência e um cuidado fragmentado e biológico, compondo desafios à construção de práticas de saúde efetivas e resolutivas”.

No estudo de Tedesco e Junges (2013), apontou as dificuldades dos profissionais na assistência aos usuários surdos, onde ressaltam “sentimentos de

desconforto, ansiedade e angústia dos profissionais como fatores presentes nos atendimentos, porque se sentem despreparados”; além da “necessidade de uma postura de disponibilidade e dedicação, incluindo a busca de aperfeiçoamento por meio de cursos e capacitações”. Diante disso, pode-se perceber que a capacitação e os debates sobre os problemas e desafios da saúde pública são importantes para transformar as práticas e competências dos profissionais de saúde e, como já destacamos, esses profissionais são sujeitos fundamentais. Ressalta-se que a educação permanente em saúde é imprescindível para tal desenvolvimento e produção das aprendizagens de cuidado, sempre com orientação para a resolução dos problemas de saúde, devendo contemplar os pacientes de modo geral e, no caso, sobre o qual estamos investigando, às Pessoas com Deficiência (PcD).

5. APRENDIZAGEM LÚDICA COMO FACILITADORA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Existe uma associação entre os jogos, as brincadeiras e as crianças. Segundo Borba (2007), o brincar traz experiências que relacionam diferentes tempos e lugares, tendo como marca a continuidade e a mudança por diferentes culturas. Assim, quando um adulto pensa na palavra brincadeira ele é remetido as suas recordações da infância, naquele tempo em que sua razão de viver era totalmente brincar.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional (BRASIL, 1998, p. 22),

Brincar é uma das atividades fundamentais para o desenvolvimento da identidade da autonomia. O fato de a criança, desde muito cedo, poder se comunicar por meio de gestos, sons e mais tarde representar determinado papel na brincadeira faz com que ele desenvolva sua imaginação. Nas brincadeiras as crianças podem desenvolver algumas capacidades importantes tais como a atenção, a imitação, a memória, a imaginação. Amadurecem também algumas capacidades de socialização, por meio de interação e da utilização e experimentação de regras e papéis sociais.

Velasco (1996) relata que ao brincar a criança passa a desenvolver suas capacidades físicas, verbais ou intelectuais. Quando a criança brinca, ela acaba estimulando suas capacidades inatas, mas para entender isso é necessário saber que o brincar não é algo inato nas crianças, mas se ela não brincar, conseqüentemente não será estimulada. O brincar está presente na vida do ser humano e até mesmo nos animais, e muitos acreditam que todos nascem e sabem brincar desde o princípio. Podem-se observar diversas formas de brincar em diferentes culturas, cada qual com suas características peculiares, pois brincar é algo aprendido, como afirma Kishimoto (2006). Diante desse fato, cada criança deve aprender, de acordo com cada cultura em que vive a forma correta para brincar. Diante desse pressuposto, ocorrerá sua socialização, seja em família, ou com outras crianças e também com os adultos, aprendendo, assim, diferentes formas de brincar.

Como afirma Friedmann (2006), os jogos e brincadeiras são compostos por regras e atividades estruturadas que despertam para um direcionamento de atitudes, provocando o interesse das pessoas, tanto entre adultos como no meio infantil, causando entretenimento e diversão. Contudo, após vários estudos, o lúdico passou a ser visto mais do que apenas um momento de diversão e recreação, como também

uma forma a ser explorada para ensinar, através de instrumentos pedagógicos. Nesse sentido, passa a se tornar um instrumento auxiliador na área da educação, da psicologia e de tantas outras áreas, facilitando assim, o processo de ensino-aprendizagem. Conforme Antunes (2003, p. 36),

[...] o jogo ganha um espaço como ferramenta ideal da aprendizagem, na medida em que propõe estímulo ao interesse do aluno, que como todo pequeno animal adora jogar e joga sempre principalmente sozinho e desenvolve níveis diferentes de sua experiência pessoa e social.

O termo “lúdico” se origina do grego “ludus” que significa “jogo”, porém, analisando a origem do termo não se pode direcionar para o jogar apenas, mas também para os comportamentos fisiológicos e psíquicos de cada indivíduo. De acordo com Antunes (2003, p. 33), “as implicações da necessidade lúdica extrapolaram as demarcações do brincar espontâneo”.

Nesse entendimento, para cada fase do desenvolvimento humano, o lúdico se apresenta com valores específicos. Assim sendo, em cada fase tanto infantil quanto na adolescência o lúdico tem sua finalidade estritamente pedagógica. Para Neves (2009, p. 45), “a criança e mesmo o jovem opõem uma resistência à escola e ao ensino, porque acima de tudo ela não é lúdica, não costuma ser prazerosa”. Diante disso, Carneiro (1995, p. 66) deixa claro que “todas as pessoas têm uma cultura lúdica, que é um conjunto de significações sobre o lúdico”. Dessa forma, pode-se afirmar que toda cultura lúdica o indivíduo acaba por produzi-la, construindo durante a vida, através das brincadeiras, a capacidade de desenvolvimento das crianças desde cedo.

Antunes (2003, p. 34) afirma ainda que ao conceber a cultura lúdica, construir-se-á ao longo do tempo uma noção histórica nas sociedades, resultando em mudanças e causando transformações. Nos tempos primitivos o lúdico sempre esteve presente nas danças, nas caças, na pesca e nas lutas. Na Grécia antiga, Platão dizia que os jogos deveriam ser ocupados nos primeiros anos da vida de uma criança. Já no Cristianismo os jogos começam a ser deixados de lado, pois são considerados profanos e sem significados.

Apesar de o lúdico ter crescido no meio acadêmico, diante da aceitação sendo um fator de contribuição de conceituação e reflexão, tem-se constatado muito pouco sua aplicação e sistematização enquanto ferramenta pedagógica, pois é

através das atividades lúdicas que as crianças alcançam desempenho com referências significativas, através das relações em que se conhecem a si mesmas, as descobertas do mundo, dos objetos e do outro, experimentando também aventuras, ação e exploração que são características fundamentais para a infância.

Dessa forma, Wajskop (1995) destaca que o jogo proporciona fixar nas crianças convicções de justiça, liberdade e solidariedade. Podem também ser resolvidas situações-problemas que permitem adaptá-las na sociedade de forma ativa. Marcellino (1997, p. 44) com isso, destaca que “ao tratar do lúdico foca a abordagem que se busca, o lúdico não como algo isolado ou associado a uma determinada atividade, mas que é através da educação que o momento cultural historicamente situado pode transcender aos momentos de lazer”, porque não atuar com os componentes lúdicos da cultura, em outras esferas de obrigação, notadamente na escola?”

Para Ferreira (1986), o termo lúdico aponta duas significações “relativo a jogo ou divertimento” e “que serve para divertir ou dar prazer”. Lúdico origina-se do latim “ludus” e é um termo adjetivo masculino; muitos estudos e pesquisas foram desenvolvidos para essa temática, fazendo com que a palavra evoluísse através de pesquisas na área da psicomotricidade, deixando que seu significado ficasse restrito apenas no sentido do jogo. O lúdico é parte da atividade humana, possuindo características claras por serem espontâneas e satisfatórias. O lúdico proporciona sentimentos de liberdade e espontaneidade nas tarefas propostas dando uma sensação de descontração sendo que quem interage vive em constante aprendizagem.

A evolução semântica da palavra “lúdico”, entretanto, não parou apenas nas suas origens e acompanhou as pesquisas de Psicomotricidade. O lúdico passou a ser reconhecido como traço essencial de psicofisiologia do comportamento humano. De modo que a definição deixou de ser o simples sinônimo de jogo. As implicações da necessidade lúdica extrapolaram as demarcações do brincar espontâneo (ALMEIDA, 2009, p. 1).

Quando o lúdico é utilizado de forma correta, a proporção de conhecimentos torna-se imensurável, e isso se deve ao fato de que a criança se diverte e ao mesmo tempo cria nela um grande interesse, sem que ela perceba. Com isso ocorre um processo contínuo de troca contínua de aprendizagem. Essas expressões da criança são bem enfatizadas por Kishimoto (2010, p. 1) que diz que:

Ao brincar, a criança experimenta o poder de explorar o mundo dos objetos, das pessoas, da natureza e da cultura, para compreendê-lo e expressá-lo por meio de variadas linguagens. Mas é no plano da imaginação que o brincar se destaca pela mobilização dos significados. Enfim, sua importância se relaciona com a cultura da infância, que coloca a brincadeira como ferramenta para a criança se expressar, aprender e se desenvolver (p.30).

Já na teoria de Vygotsky (1998), em um de seus princípios que é através das relações com o outro que o sujeito se constitui, através das atividades intermediadas por ferramentas técnicas e semióticas. Assim sendo, a análise do processo da constituição do sujeito se dá através das brincadeiras infantis com um destaque privilegiado, quebrando aquela barreira tradicional de que a brincadeira é uma atividade natural para satisfazer apenas os instintos infantis.

A brincadeira, portanto, traz como referência a importância das relações como forma de expressão e apropriação do mundo, bem como as atividades e o papel fundamental dos adultos. As crianças, ao brincarem, desenvolvem a capacidade para imaginar, fazer planos, desenvolver novos conhecimentos, atuando mesmo que de forma simbólica, em diferentes situações vividas pelo ser humano, experimentando novos sentimentos, conhecimentos, atitudes e adquirindo novos significados, construindo uma preparação para a vida com seus diversos desafios, sem ter ao menos vivido tais situações (ZANLUCHI, 2005).

Enfim, os jogos, brinquedos e dinâmicas de vários tipos, são considerados como atividades lúdicas e que estão presentes no cotidiano das pessoas e da sociedade desde o princípio da humanidade. Pois todo ser humano “sabe o que é brincar, como se brinca e por que se brinca” (SANTOS, 2010, p. 11), ainda que o lúdico e suas atividades estejam restritos apenas ao ato de brincar infantil, sendo direcionados apenas às crianças, conseqüentemente traz como resultados, um certo “preconceito” cultural pelo simples fato de brincar.

Na área da saúde, crianças internadas se tornam mais sensíveis e vulneráveis, contudo elas ainda estão propensas a estabelecer e manter novos vínculos afetivos, ter novos amigos, aprender e assim continuam se desenvolvendo, sendo estas atividades ocorridas através do lúdico (NOVAES apud CARDOSO, 2011, p. 55).

O lúdico dentro de unidade de saúde pode ser inserido através de uma

brinquedoteca, que é capaz de garantir a ludicidade dentro do ambiente hospitalar, que, na maior parte das vezes é um local hostil. A finalidade da brinquedoteca é favorecer o brincar. De acordo com Silvério e Rúbio (2012), pode ter outros objetivos como:

Diminuir a ansiedade e os traumas dos rituais de hospitalização; fortalecer a estrutura familiar, recuperar e/ou fortalecer a autoimagem, autoconfiança e autoestima, estabelecendo relações amigáveis e prazerosas que procuram minimizar os entraves relacionados às doenças e ao tratamento. (SILVÉRIO; RÚBIO, 2012, p. 9).

Para as crianças este ambiente é imprescindível para que ela possa reestabelecer sua saúde dentro do hospital, pois ao interagir com o lúdico a criança enferma sente-se mais leve, e ameniza todo o processo. Tal leveza é propiciada pelo desligamento da criança do “mundo real”, permeado de receituários, e remédios, e agulhas; onde é oferecido um novo mundo, bem colorido, cheio de fantasia, com muitas brincadeiras, possibilidade de grandes descobertas, imaginação, criatividade, permitindo que ela troque de vida: e dessa maneira ela pode ser quem ela quiser: o médico, a enfermeira, pode ser quem quiser tudo por intermédio do lúdico (SILVÉRIO; RÚBIO, 2012).

Para Novaes apud Cardoso (2011):

Para a criança doente, o lúdico tem três funções diferentes: recreativa, terapêutica e educacional. A primeira refere-se a brincar como momento de diversão, seria o brincar livremente; a função terapêutica estaria relacionada com o desenvolvimento neuromotor, social e emocional; por fim, a educacional representaria o ensino-aprendizagem. (NOVAES apud CARDOSO 2011, p. 55).

De acordo com Vieira e Carneiro (2008) a função terapêutica do brincar pode ser enfatizada através da compreensão de que a fantasia e o jogo de faz de conta são imprescindíveis para as crianças quando estão em uma situação de fragilidade na saúde.

Como parte das vivências de adoecer são dolorosas, ou no mínimo, desagradáveis, podemos supor que, ao retomá-las na situação imaginária, a criança pode também se posicionar diante delas de forma ativa, dando conta de elaborar, assim, as angústias e as ansiedades que o adoecer provoca (VIEIRA; CARNEIRO, 2008, p. 90).

Pode-se perceber que o lúdico dentro do hospital, inserido através da brinquedoteca hospitalar possui um imenso valor para a aprendizagem, pois permite

que a criança dentro do ambiente hospitalar melhore a sua autoestima, o prazer e a confiança. Pode-se também inferir que as ações lúdicas também podem ocorrer no ambiente coletivo do hospital em diversos momentos como em aniversários, ou na interação com palhaços e recreadores como acontecem, por exemplo, no hospital do câncer ou em momentos de cantoria e músicas que pode ser exemplificado pelos Doutores da Alegria (2016).

O lúdico também é importante para a formação profissional, pois contribuirá para que ele a utilize durante as suas atividades. Durante a formação dos educadores, por exemplo, as disciplinas de caráter lúdico contribuem para as atividades que estes exercerão durante a sua prática em sala de aula. Tanto na formação em educação quanto em outras profissões o lúdico permite facilitar essa formação e a preparação, e assim: “o lúdico servirá de suporte na formação do educador, como objetivo de contribuir na sua reflexão-ação-reflexão, buscando dialetizar teoria e prática, portanto reconstruindo a práxis.” (SANTOS, 2007, p. 41).

Uma das formas de repensar a formação dos educadores é introduzir nos cursos de formação uma base e uma estrutura curricular: a formação lúdica. Essa formação levará o futuro educador a conhecer-se como pessoa, saber de suas limitações e possibilidades, para quando este estiver atuando em sala de aula, saberá a importância do jogo e do brinquedo para a vida da criança, do jovem e do adulto. Quanto mais o educador vivenciar a ludicidade, maior será o seu conhecimento e a chance de se tornar um profissional competente, trabalhando com a criança de forma prazerosa estimulando a construção do conhecimento. A formação lúdica fará com que o adulto viva, conviva e resgate o prazer e a alegria do brincar, transpondo assim esta experiência para o campo da educação (MATOS, 2013, p. 139).

Muitas pesquisas e estudos estão sendo desenvolvidos com o tema da aprendizagem baseada em jogos (DONDLINGER, 2007), tendo por base a aprendizagem e a motivação por intermédio dos conceitos de gamificação de recompensas e rankings. Pode-se inferir que o surgimento do conceito de gamificação é um fenômeno que utiliza os elementos tradicionais de jogos e atividades divertidas, e que possui a finalidade de promoção do engajamento e o aprendizado comportamental para uma pessoa ou um grupo, e que apresenta resultados positivos através de sua utilização (ANNETTA, 2008).

De acordo com Vianna et al. (2013) a proposta da gamificação é a utilização de jogos com o objetivo de resolver problemas, motivar e engajar um determinado grupo. A partir do comportamento dos indivíduos a gamificação permite a existência

de um processo de melhoria de serviços, objetos ou ambientes baseados nos componentes dos jogos (HAMARI; KOIVISTO; SARSA, 2014).

A aprendizagem lúdica no ensino superior é uma forma emergente de prática que inclui muitos tipos de abordagem lúdica ao ensino, aprendizagem, pesquisa e prática acadêmica. Um modelo inicial para uma pedagogia de assinatura da aprendizagem lúdica no ensino superior (Nørgård, Toft-Nielsen e Whitton, 2017) foi recentemente publicado como ponto de partida para discussão. As pedagogias de assinatura são uma maneira de caracterizar abordagens de ensino em uma disciplina específica ou em uma abordagem filosófica específica (Shulman, 2005). Eles compreendem três estruturas: a estrutura superficial dos atos operacionais; a estrutura profunda de suposições sobre as melhores maneiras de aprender no contexto; e a estrutura implícita de valores morais que sustentam as crenças e atitudes do campo.

Em sua análise da pedagogia da aprendizagem lúdica no ensino superior, Nørgård *et al.*(2017) destacam a relação entre as estruturas superficiais da aprendizagem lúdica e a mecânica dos jogos, as estruturas profundas e as atividades do lúdico, e a estrutura implícita e a filosofia da lúdica. Como estruturas de superfície (jogo), eles identificam a facilidade de iniciar, a progressão explícita, os níveis de desafio apropriados e flexíveis, a mecânica do jogo envolvente e os artefatos físicos ou digitais. As estruturas profundas (lúdicas) destacadas são: envolvimento ativo e físico, colaboração com diversas outras pessoas, possibilidades imaginativas e uso de novidade e surpresa. Por fim, as estruturas implícitas (lúdicas) que eles identificam são uma atitude lusória, valores e abertura democráticos, aceitação de assumir riscos e fracassos e motivação intrínseca. Esse modelo argumenta ideologicamente que o aprendizado lúdico é mais do que ferramentas: além disso, engloba uma mentalidade filosófica que incorpora crenças sobre 'fair play', justiça social e inclusão. Essa pedagogia de assinatura fornece uma visão geral das estruturas e da filosofia em potencial do aprendizado lúdico, mas não oferece exemplos específicos de abordagens diferentes para o aprendizado lúdico ou sugere uma abordagem para classificar diferentes implementações do aprendizado lúdico.

6. APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA COMO BASE DA AQUISIÇÃO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

De acordo com Mariani (2009), a literatura aponta que as grandes transformações pelas quais a sociedade vem passando também modificam as formas de produção e apropriação dos conhecimentos. Nessa perspectiva, o ensino contemporâneo para o aluno, nos dias atuais, necessita que o professor, como mediador, atue de maneira a facilitar a aprendizagem. Com isso, permite que os alunos tenham a sala de aula como um ambiente de reflexão, onde eles se encontrem diante de situações desafiadoras, “problematizações, representações do imaginário coletivo, do desfazer e desconstruir conhecimento para construí-lo através de questões partilhadas em sala de aula” (MARIANI, 2009, p. 25).

Nas palavras de Freire (apud MIZUKAMI, 1986, p. 10), a abordagem tradicional de ensino tem sua base na “educação bancária”, sendo concebida a partir do depósito de conhecimentos, informações dadas e fatos no aluno. Nesse sentido Mizukami (1986) ressalta que essa metodologia inicia-se na ideia de que a atividade mental é conceituada pela habilidade de guardar e acumular saberes. Dessa forma o conhecimento humano tem caráter cumulativo, sendo adquirido por intermédio da transmissão.

Weber (2009), por outro lado, destaca que com a evolução e transformação sociais, surge uma nova demanda pelo conhecimento e com isso exige-se do professor uma mudança de perfil, dada à demanda de um conhecimento amplo que vai além do saber específico, pois nessa fase é necessário trabalhar a formação da consciência cidadã nos alunos.

Mas, Piaget (apud CUNHA, 2000) é quem fornece significativa contribuição ao demonstrar que as interações das crianças com as pessoas permitem que elas desenvolvam sua cognição, devido à diversidade de pessoas, envolvendo a escola, o aluno e os professores como partes desse ambiente interativo. O autor ressalta que para que o indivíduo alcance as construções, é necessário que ele interaja com o seu meio, modificando dessa maneira o papel do professor, que passa a ser de um facilitador, enquanto o aluno assume a posse das ideias.

Para que a criança tenha o desenvolvimento de uma consciência crítica, a escola deve contribuir com um ambiente que permita a reflexão sobre a vida do aluno como um todo. Mas para que esse desenvolvimento ocorra, ela não pode dissociar-se da afetividade, como está descrito nos Parâmetros Curriculares Nacionais (1997, p. 22-23), que os quais defendem princípios que orientam a educação escolar, como a dignidade do ser humano, onde deve-se respeitar os direitos humanos, a igualdade de direitos, a participação como princípio democrático e a responsabilidade pela vida social. Assim:

Eleger a cidadania como eixo principal da educação escolar implica colocar-se explicitamente contra valores e práticas sociais que desrespeitem aqueles princípios, comprometendo-se com as perspectivas e decisões que as favoreçam. Isso se refere a valores, mas também a conhecimentos que permitem desenvolver as capacidades necessárias para a participação social efetiva (1997, p. 25).

Segundo Barros (1998, p. 46) a aprendizagem é conceituada em casual e organizada, onde a aprendizagem casual é quase sempre de maneira espontânea, surgindo de maneira natural a partir da interação entre as pessoas com o ambiente. Assim, através da convivência social, da observação de objetos e acontecimentos, e etc., que as experiências das pessoas vão sendo acumuladas, dando base para que elas formulem suas atitudes e convicções.

A aprendizagem organizada é aquela que tem por finalidade específica aprender determinados conhecimentos, habilidades, normas de convivência social. Embora isso possa ocorrer em vários lugares, é na escola que são organizadas as condições específicas para a transmissão e assimilação de conhecimentos e habilidades. Esta organização intencional, planejada e sistemática das finalidades e condições da aprendizagem escolar é tarefa específica do ensino (BARROS, 1998, p. 64).

E, conforme Silva (2008) existe muitos desencontros dentro do atual processo de ensino e aprendizagem, o que abre caminhos para que surjam conflitos decorrentes das Dificuldades de Aprendizagem que alguns alunos apresentam. Os conflitos ocorrem, às vezes, por omissão da escola, outras, da família, que resultam, dessa maneira, em duas situações: o professor conduz o aluno ao conflito, dada a sua falta de formação específica, e o sentimento de exclusão e fracasso por parte do aluno, devido ao sistema de ensino que se volta somente para as crianças que apresentam um bom rendimento em sua aprendizagem.

Sob o ponto de vista neuropsiquiátrico, o aprendizado transcorre no cérebro,

(ROTTA; OHWEILER; RIESGO, 2016). Assim, o processo de aprendizado se encaixa no conceito de Vygotsky, sobre o processo de mediação e zona de desenvolvimento proximal (ZDP) e suas implicações no processo de desenvolvimento humano.

Para compreender e explicar como o desenvolvimento humano é complexo, levou Vygotsky a uma teoria histórico-cultural, dentre suas várias teorias partindo do princípio da racionalidade do homem, que é explicado pela sua busca constante de compreender os elementos que constituem sua realidade objetiva, e a partir disso passa a atribuir-lhe sentidos e significados concebidos a partir das vivências sociais (SOUZA; ROSSO, 2011). A base central da teoria vygotskyana é a Mediação, que consiste no “processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação; a relação deixa, então, de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento” (OLIVEIRA, 1997, p. 26).

A mediação, efetivada pelo “outro” mais experiente, viabiliza uma ação mais significativa do sujeito sobre o objeto e, desse modo, o indivíduo passa a transformar, dominar e internalizar conceitos, papéis e funções sociais presentes na sua realidade. Os processos de mediação, determinantes nas situações de aprendizagem, desempenham papel crucial neste campo psicológico do desenvolvimento (VYGOTSKY, 1991, p. 97).

Para Vygotsky, o desenvolvimento consiste num processo de aprendizagem do uso das ferramentas intelectuais, através da interação social com outros mais experimentados no uso dessas ferramentas (PALINCSAR; BROWN; CAMPIONE, 1993). Portanto, na perspectiva de Vygotsky, exercer a função de professor (considerando uma ZDP) implica assistir o aluno proporcionando-lhe apoio e recursos, de modo que ele seja capaz de aplicar um nível de conhecimento mais elevado do que lhe seria possível sem ajuda. O aprendizado é um eficiente instrumento de sobrevivência, capaz de moldar a casualidade da evolução, ao selecionar respostas adaptativas eficientes e transferir o conhecimento a outros indivíduos para garantir a sobrevivência da espécie. O segredo do sucesso da sobrevivência da espécie humana ensinado de uma geração a outra tem sua história atrelada à educação.

Segundo Campos e Mello (2015, p. 1526),

Devemos pensar em alternativas, tais como as diferentes formas de acesso ao conteúdo pedagógico; as diferentes formas de participação; os diferentes estilos de aprendizagem, habilidades e deficiências; além dos variados contextos de aprendizagem, quando transpostos para o contexto da Educação: um conjunto de princípios para o desenvolvimento de ambientes e de recursos pedagógicos que possibilitem processos de

ensino e de aprendizagem ao maior número de pessoas.

De acordo com Tavares (2004) nos anos 60, David Ausubel (1918-2008) firmou a sua teoria da aprendizagem significativa, pela qual ressaltava a importância da aprendizagem de significados (conceitos) para as pessoas, onde através da receptividade o ser humano aprende e transmite os conhecimentos para as gerações seguintes. Com a sua teoria Ausubel contribuiu para demarcar de forma clara a diferença entre aprendizagem significativa e a aprendizagem mecânica. Para Moreira (1999), a Aprendizagem Significativa é o marco central da teoria de Ausubel, onde não se tinha a concepção significativa do ensino e a aprendizagem que somente eram reconhecidos como um estímulo, resposta e reforço. Para Ausubel, o aluno, conforme a “teoria da aprendizagem significativa” perpassa de uma noção lógica do material para se tornar em um conceito psicológico.

O conhecimento já adquirido pelo indivíduo é denominado por Ausubel de conceito subsunçor, e são conceitos e proposições estáveis no indivíduo. O aluno por possuir esses conceitos estáveis permite conhecer ideias novas, unindo os conhecimentos prévios aos novos conhecimentos (MOREIRA; MASINI, 2001). O ensino pode ser conceituado como um momento em que uma pessoa tem a intenção de ajudar alguém a aprender algo. Agra et al. (2019) diz que “o conhecimento individual não é um objeto concreto e diretamente observável, mas, sobretudo, um conjunto de representações mentais construídas a partir da dinâmica interpretativa que o sujeito do saber estabelece com os objetos do mundo que percebe”. As ações de ensinar e aprender são mediados por diferentes representações de uma mesma informação: professor, aluno e o material de ensino (MOREIRA, 2012).

O centro do processo educativo está na relação professor-aluno, mesmo que estes estejam sujeitos a programas, regras da escola, e diversos fatores, exercem influência nessas relações, contudo é na visão do processo educacional e da metodologia pedagógica do professor que está o caminho para o desenvolvimento do trabalho. Na concepção de Freire (1980), o objetivo da educação é humanizar as pessoas, pois é a educação que transforma o mundo. As transformações em que a sociedade vem passando deixou o trabalho do professor mais difícil, pois os alunos de hoje são muito diferentes, então foi necessário acompanhar esse processo e o professor precisou mudar seu modo de relacionar-se com os alunos

(VASCONCELOS, 2001).

A formação de conceitos durante a infância e pela sua interação com o ambiente com que ela se relaciona, dada a importância dessa afirmação, acredita-se então, que “a prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje” (FREIRE, 2007, p. 143). Nesse contexto, durante as aulas o professor está socializado com o aluno, modificando a cada dia suas metodologias, sempre de acordo com os alunos, ensinando-os a aprender (FREIRE, 2007). Assim, há no processo de ensino-aprendizagem o aprendizado de ambos os lados, o do professor que aprende a ensinar e o do aluno que aprende a aprender, e assim, desenvolvem juntos novas formas de alcançar o conhecimento.

O contexto da Aprendizagem Significativa, segundo a teoria de David Ausubel(4), consiste na estratégia não arbitrária e não literal de uma situação formal de ensino, no processo de aquisição de novos conhecimentos e conhecimentos prévios (subsunçores) relevantes (AGRA et al., 2019). Quando um aluno se relaciona e interage ele passa a adquirir novos significados, e enriquece o seu conhecimento, tornando-se mais refinado e diferenciado, sendo capaz de utilizar esses conhecimentos como uma âncora para novas aprendizagens significativas (AUSUBEL, 1963; MOREIRA, 2014).

Nos dias atuais o processo de ensino-aprendizagem tem contribuído para uma aprendizagem mecânica, onde a memorização faz parte do cotidiano dos alunos, o que dificulta que os mesmos pensem. Desse modo, quando os alunos aprendem mecanicamente, o conhecimento adquirido é aplicável às situações já conhecidas, e que não necessita de uma compreensão prévia, pois não aprendeu a agir com autonomia dentro da realidade em que lhe é apresentada (LEMOS, 2011).

De acordo com Moreira (1999, p. 45):

A aprendizagem pode ser considerada significativa quando novos conhecimentos (conceitos, ideias, proposições, modelos, fórmulas) passam a significar algo para o aprendiz, quando ele é capaz de explicar com suas próprias palavras e quando é capaz de resolver problemas novos. Para que a aprendizagem significativa ocorra é necessária a existência de três fatores, que é a existência de material na estrutura cognitiva do sujeito, a predisposição para aprender e o esforço decidido para aprender, no sentido cognitivo e afetivo.

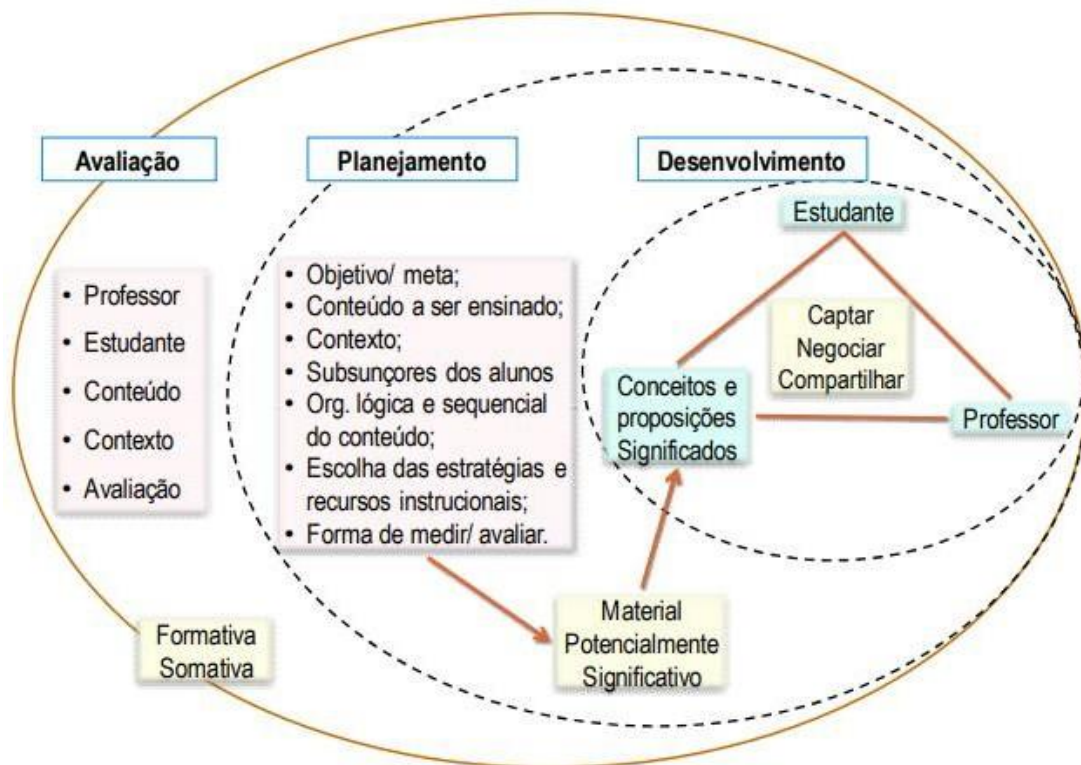
A aprendizagem significativa, de acordo com o autor, o aluno somente aprende

algo quando se torna capaz de desenvolver suas próprias ideias, e desta maneira consegue resolver um determinado problema.

De acordo com Ausubel (2003) para a ocorrência da aprendizagem é necessário que não somente o material de ensino deve estar relacionado à estrutura cognitiva do aprendiz, mas também deve estar consoante com o estabelecimento de relações conceituais substantivas e não, via de regra, entre o conhecimento já adquirido e o novo. Muitos aspectos exercem influências na aprendizagem com significado, e Novak (2000) expõe três elementos da educação que estão inter-relacionados e influenciam de maneira direta as fases do ensino: planejamento, desenvolvimento e avaliação (Figura 1).

A partir da intenção do professor para ensinar o aluno, e para que ele consiga captar os significados do conteúdo ensinado, é a partir da interação social que se alcança a efetivação do evento educativo; e de acordo com Gowin (1981) todos são responsáveis no processo de ensino, tanto o professor quanto o aluno, e são atuantes ativos na negociação e compartilhamento dos significados do material de ensino, e assim alcançam a aprendizagem significativa. De forma resumida, pode-se evidenciar com a Figura 1 as etapas do ensino e seus elementos fundamentais.

Figura 1 - Elementos do ensino na perspectiva da Teoria da Aprendizagem Significativa



Fonte: Adaptado de Belmont, Knudson e Lemos (2014).

Para que o processo educativo seja eficaz o aluno deve estar predisposto a aprender, como aborda Moreira (2014, p.77), que:

Para aprender significativamente o aprendiz tem que querer aprender, o que é natural, pois ninguém vai aprender qualquer conhecimento se não quiser aprendê-lo. Mas, uma vez iniciada, a aprendizagem significativa gera mais predisposição para novas aprendizagens significativas. Qualquer professor experiente sabe disso. Sabe também que a aprendizagem mecânica acaba por gerar uma aversão a certas matérias de ensino, como é, por exemplo, o caso da Física.

Ausubel descreve três tipos de aprendizagem significativa: aprendizagem representacional, aprendizagem conceitual e proposicional. De acordo com Moreira (2011, p.38), a "Aprendizagem representacional é a que ocorre quando símbolos arbitrários passam a representar, em significado, determinados objetos ou eventos em uma relação unívoca, quer dizer, o símbolo significa apenas o referente que representa". O autor ressalta que este tipo de aprendizagem é o mais elementar, e o mais fundamental, porque os outros tipos de aprendizagem dependem dele.

Para Moreira (2011, p. 38), a “aprendizagem conceitual ocorre quando o sujeito percebe regularidades em eventos ou objetos, passa a representá-los por determinado símbolo e não mais depende de um referente concreto do evento ou objeto para dar significado a esse símbolo”.

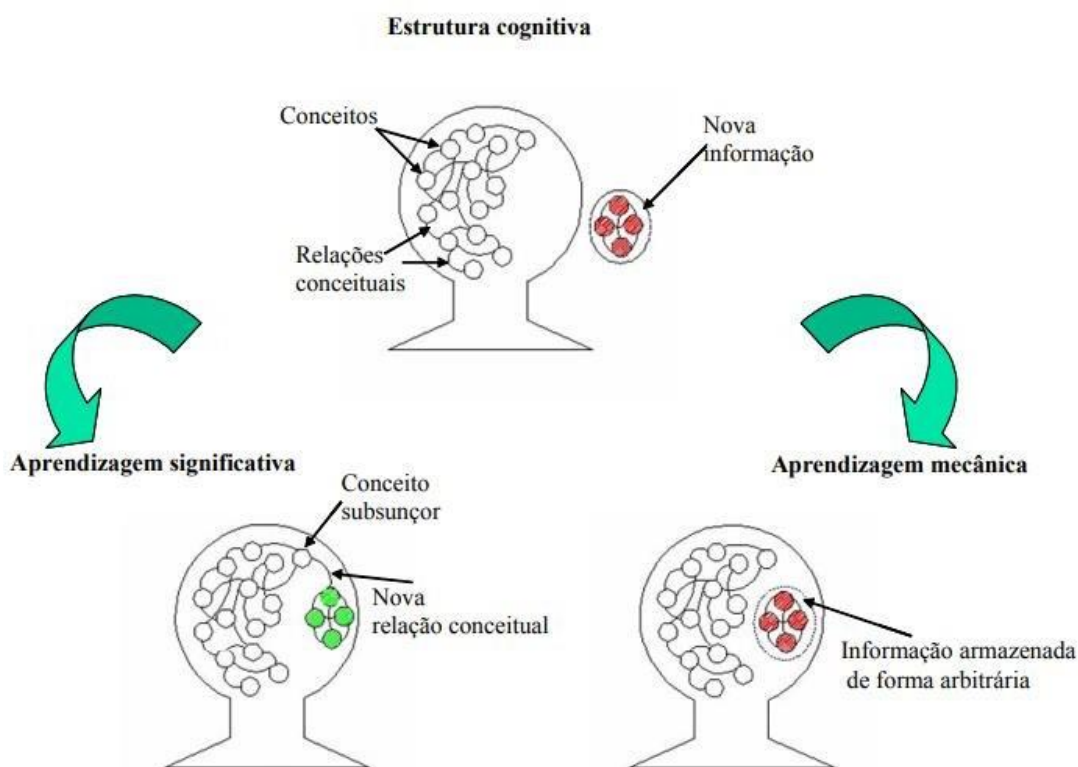
De maneira contrária a aprendizagem representacional pode ocorrer antes da conceitual. Para Moreira (1982), na aprendizagem proposicional, não ocorre um ensino da representatividade das palavras, como na aprendizagem representacional, ou do significado dos conceitos, como na conceitual, mas sim o aluno passa a ser capaz de entender o significado de ideias expressas verbalmente através dos conceitos dentro de uma proposição. Dessa maneira “as aprendizagens representacional e conceitual são pré-requisitos para a proposicional, mas o significado de uma proposição não é a soma dos conceitos e palavras nela envolvidos” (MOREIRA, 2011, p. 39).

Vigotski mantinha um intenso diálogo com várias disciplinas, tendo contribuído significativamente em diversas áreas do conhecimento, tais como crítica literária, pedagogia, psicologia, filosofia, neurologia e biologia. Sua própria atitude investigativa já apontava para uma inserção e atuação nos mais variados campos do conhecimento humano, manifestando uma visão não fragmentada sobre o mundo. Destacava a integração das várias disciplinas científicas como algo fundamental para se compreender os problemas sociais. No meio educacional, diversos documentos brasileiros trazem os conceitos de habilidades e competências, como os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs (BRASIL, 1997) e os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio – PCNEM (BRASIL, 2000).

Perrenoud (1999) conceitua que o termo competência surgiu com o objetivo de atendimento de uma necessidade do campo profissional e logo após passou a ser utilizada no campo educacional. De acordo com Zabala e Arnau (2010), no campo educacional a utilização deste termo ocorreu de forma rápida, causando opiniões a favor sobre o uso de habilidades e competências neste campo, pois tinha a intenção de substituir o ensino baseado apenas na memorização. Ausubel ressalta que a estrutura cognitiva de um sujeito é construída a partir da reunião dos conteúdos, que são organizados dentro de cada área particular de conhecimento de forma hierárquica, e os conceitos específicos de conhecimento inter-relacionam-se aos

conceitos mais gerais (MARTINEZ-MUT; GARFELLA, 1998). Nesse sentido, o indivíduo pode aprender novas ideias e informações e retê-las de acordo com que os conceitos relevantes e inclusivos se tornem claros dentro da estrutura cognitiva do sujeito e assim se tornando uma âncora para que elas se fixem (MOREIRA; MASINI, 2003). Assim, todo o processo da aprendizagem significativa está na assimilação de um novo conhecimento aos conceitos já existentes (conceitos inclusores ou subsunçores), o que possibilita que o novo conhecimento tenha um sentido para o indivíduo, como pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2 - Aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica



FONTE: Adaptado de Ausubel, 2003.

A Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) é uma teoria construtivista, pois defende que o conhecimento é um processo construtivo e valoriza, portanto, muito o papel da estrutura cognitiva prévia de quem aprende. A aprendizagem é considerada em última instância um processo pessoal e idiossincrásico, ainda que muito influenciado por fatores sociais e pelo ensino na sala de aula que é um processo eminentemente social. Trata-se de uma teoria cognitivo humanista em que o ser humano atua recorrendo a pensamentos, sentimentos e ações para dar significado às experiências que vivência (VALADARES, 2011 apud Pinto, 2014, p.25).

Diante deste contexto, infere-se que a área da saúde exija que os profissionais tenham internalizados o cuidado, e que este esteja permeado de criatividade,

flexibilidade, e que os conhecimentos e as competências tenham sua base em conhecimentos sólidos, permitindo que se tornem capazes relacionar a gestão e os recursos para todas as situações. Contudo, durante a sua formação o profissional nem sempre encontra condições de ensino-aprendizagem que o ensine a ter um pensamento crítico e o raciocínio clínico (FERREIRA et al., 2012), mas que tal pensamento crítico é um valor de referência para a avaliação, para que se obtenha a competência na prática clínica (WATERKEMPER; PRADO, 2011).

7. DESENHO METODOLÓGICO DO PRODUTO DE ENSINO

Foi adotado como percurso metodológico, primeiramente, o delineamento de reflexões que demonstraram a necessidade de instrumentalização dos profissionais de saúde sobre o trato dispensado a PcDs. A reflexão que conduziu esses argumentos, parte da evidência da importância do Sistema Único de Saúde – SUS e das garantias relativas ao direito à saúde, de sua importância àqueles que se situam na margem de maior vulnerabilidade social. Assim, a problematização do ensino e a aquisição de competências relativas ao modo como as PcDs são abordadas, obtém, de nossa parte, a proposição de produto de ensino visando esse objetivo.

O delineamento do produto de Ensino obedeceu ao percurso metodológico previsto pelo denominado Método do Arco, de Charles Maguerez e a relevância epistemológica da teoria da aprendizagem de Ausubel (1918-2008). Assim, o processo didático-pedagógico, previsto ao produto de ensino, foi modelado em três encontros. A repartição em três encontros foi necessária porque existem tarefas que os discentes deveriam desenvolver como matéria-prima de um encontro para o outro. Os encontros procuraram desenvolver, como já enunciado, habilidades e competências a partir de situações-problema.

Foram utilizadas ferramentas sob a forma de imagem/vídeo, produzidos pelo próprio autor, com o intuito de retratar situações baseadas em relatos de PcDs e familiares que fizeram parte de sua história profissional e que, ao serem disponibilizadas pelo dinamizador do encontro, teve a perspectiva de promover a situação-problema que se pretendeu abordar. A apreensão da realidade propiciada tomada de imagens/vídeos, relacionadas à abordagem de profissionais de saúde à PcDs, não se torna restrita à interpretação estabelecida pelo conhecimento prévio que o discente possuiria, o que significa dizer que a imagem/vídeo tem a propriedade de trazer consigo algo de provocativo, com a função de desestabilizar o indivíduo espectador, permitindo-lhe, refletir, a própria realidade. Assim, o conhecimento, tido como prévio, deve ser compreendido como algo a ser problematizado pela inquietante observação da realidade. Todo o processo de capacitação parte, necessariamente, da delimitação da situação-problema. Assim,

Para Macedo, a situação-problema tem como objetivo a aprendizagem. Ela é um sistema fechado e ao mesmo tempo aberto, pois a questão convida o aluno a percorrer todo o seu contexto e aberto porque promove trocas ou elementos para reflexão. Dentro deste ciclo fechado temos:

- Alteração: a situação-problema traz um contexto que formula uma modificação que surge no enunciado. Esta alteração deve ser analisada pelo aluno. Neste processo o educando pode reagir com indiferença, impedindo a resolução do problema. Portanto, é necessário, diferentes níveis de questões com diferentes obstáculos a serem superados, já que o obstáculo está ligado a tomada de decisão do sujeito. Quanto maior a resistência que o aluno apresenta, maior o desafio.
- Perturbação: trata-se de quando uma alteração foi entendida como um problema. Neste momento é importante prestar atenção no enunciado da questão, na pergunta, nas respostas, reunir conhecimentos, comparar, identificar, etc., possibilitando, ao modificar algo no sujeito, o fechamento do ciclo proposto pelo enunciado.
- Regulação: é o que o sujeito faz para voltar ao equilíbrio após a situação anterior. Após a reflexão e a tomada de decisão, escolher a melhor alternativa retoma o equilíbrio causado pelo ciclo rompido pela situação-problema. Também é um modo de agir a partir de um contexto de regras (MACEDO, 2005, p.30).

Ora, as oficinas planejadas possuíram situações-problema variadas, seja na dinâmica de sua abertura, quando então os discentes deverão, eles próprios, simularam situações enfrentadas cotidianamente pelas pessoas com deficiência, ou ainda em outro encontro, quando foram confrontadas com imagens/vídeos, que trazem outras situações simuladas, mas construídas a partir do testemunho de relatos verdadeiros.

Participantes de um estudo de Patel *et al.* (2015) afirmaram que os workshops são técnicas ativas de aprendizado e devem ser utilizados em seus alunos de graduação. Workshops modificados com questionário e pré e pós-testes foram recomendados para uso em estudantes de graduação subsequentes pelos participantes deste estudo. Gomathi *et al.* (2014) afirmaram que a inclusão do questionário após os workshops foi percebida como um aprendizado ativo mais interessante, interativo e promovido. Outros Estudos realizados na Nigéria afirmam que os seminários melhoram o ensino de graduação e, portanto, devem ser incluídas mais horas nos seminários (OSHIKOYA; SENBANJO; AMOLE, 2009; OSHIKOYA; SENBANJO; AMOLE, 2007). No entanto, neste estudo, os estudantes ficaram satisfeitos com a duração do tempo e a seleção de tópicos de cada workshop e não quiseram a inclusão de novos tópicos.

Bem, o que se pretende é que os discentes desenvolvessem habilidades e

competências para que se instrumentalizem de modo mais apropriado e sensível para a abordagem das pessoas com deficiência.

A interpretação aplicada aos conceitos de habilidade e competência não pode ser considerada canônica; há divergências entre os autores que se dedicam ao tema. Contudo, em que pese uma discussão mais aprofundada sobre o tema, o Ministério da Educação adotou como base do documento normativo relativo ao Exame Nacional de do Ensino Médio (ENEM), que:

[...] competências são as modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer. As habilidades decorrem das competências adquiridas e referem-se ao plano imediato do 'saber fazer'. Por meio das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências (BRASIL. 2000, p.5).

Contudo, os pesquisadores no campo da educação têm encontrado na obra de Philippe Perrenoud (1944), subsídios alinhados à perspectiva que o INEP/MEC adotou como conceituação sobre habilidades e competências. Na esteira dessa interpretação,

Perrenoud compreende que as competências estão intimamente relacionadas às operações cognitivas, ou seja, não basta “conhecer” determinada informação, a ideia de competência pressupõe que se faça algo com ela, estando, portanto, interligada à capacidade de abstrair conhecimentos e transportá-los para outras esferas. Ao corroborar este pensamento, Perrenoud define competência “[...] como sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Dessa forma, para o autor, o enfrentamento de uma situação de forma satisfatória implica em pôr em ação e em sinergia vários recursos cognitivos necessários à elaboração do conhecimento. A ideia de habilidade seria, então, complementar: para cada competência é necessário que o aluno desenvolva uma série de habilidades. Um exemplo simples e prático é o da competência para dirigir um automóvel, que requer habilidades como interpretar a sinalização de trânsito, operar o veículo, possuir noções de distância (p.1).

Ressalta-se, contudo, que a relação situação-problema e o desenvolvimento de habilidades e competências estão ancorados na teoria da aprendizagem significativa de Ausubel, que será explicada mais adiante. Assim, as oficinas foram organizadas de modo que a estrutura dos mesmos integre: A – Observação da realidade, B – Pontos-chave: problematização, C – Interpretação, D – Hipótese de

solução e E – Aplicação à realidade, como tópicos que devem ser considerados como momentos bem elaborados e conduzidos pelo mediador em cada um dos três encontros.

A - Observação da realidade

As oficinas foram mediadas pela observação do que se denomina realidade. O termo observação deve ser compreendido de modo mais abrangente para além do seu uso *stricto sensu*, pois se considera a atenção como algo que deve ser utilizado para a análise de imagens e vídeos. Assim, a observação da realidade deve propiciar a emergência de memórias às quais os discentes recorreram para compreenderem as variadas situações enfrentadas por PcDs.

O dicionário filosófico de Foulquié (1967, p. 714 – 715) considera que: “observar tem o mesmo sentido de conservar-se diante do observado (não deixar de olhar). Eis, portanto, o sentido que o ato de observar implica, para aquele que observa, o ato de se colocar atento à coisa observada, com o fito de melhor conhecê-la. Para o autor, observar implica em um ato que transcende a capacidade de imaginação, ou a produção de inferências imediatas. Observar é uma atividade de apreensão executada pela mente que se colocou atenta ao objeto observado. Ainda que, pela observação, alguma recorrência à imaginação se mostre como recurso imediato, observar não é a mesma coisa que imaginar.

A imaginação teria uma tendência de tornar o ato de observação disperso, devido às muitas imagens que emergem, seja por associação ao que está sendo observado, seja pela capacidade de se produzirem imagens provenientes do inconsciente. Isso pode ser evitado se a observação, ao ser conduzida com determinado propósito, e só nesse sentido, coloque toda a atenção focada na observação do objeto que se tem por análise.

A observação, neste sentido, pode ser compreendida como uma ferramenta de aprendizagem. Silva (1979, p. 94), a compreende como base de constituição do conhecimento sobre os fenômenos sociais, mas a observação, como ferramenta didática, pode não ser “suficiente para dar ao observador uma sensibilidade e uma compreensão exata dos comportamentos do universo pesquisado, o que só será possível se o pesquisador assumir papéis reais”.

Diante disso, a observação deixa de ser um ato simples em que está implicado o olhar, isto é, a atividade própria da visão. A observação tem o sentido de se poder ver para além do próprio ver. Essa é uma interpretação que está alinhada ao que o dicionário filosófico de Abbagnano (1998) que apresenta ao abordar a observação sob o viés dialético, em que, de imediato, a observação toma a realidade como que oculta, para depois, sua manifestação ou revelação.

A transposição dos obstáculos que impedem observar adequadamente um objeto possibilita apreendê-lo adequadamente. Esse foco no objeto a ser apreendido pela observação potencializa a inteligência, pois apreender é uma operação intelectual que resulta numa aprendizagem. O aprendizado pode ser a “[...] aquisição de uma técnica qualquer, simbólica, emotiva ou de comportamento” (ABBAGNANO, *ibidem*, p. 75).

De qualquer forma, a aprendizagem pode ser compreendida como sendo o resultado de processos interativos entre os indivíduos e das observações que realizam no meio em que está presente, apreendendo elementos, fatos e acontecimentos. Como afirma Foulquié (1967), observar não é tarefa fácil, pois envolve todos os processos citados anteriormente e a qualidade do aprendizado se inicia pela qualidade da observação.

Para que a *observação da realidade* seja uma ferramenta com vistas ao desenvolvimento de competências junto a graduandos, a oficina de abertura implementará uma dinâmica de interação com os participantes. Nela, eles foram conduzidos a simular deficiências variadas para que se colocassem ao menos de modo imaginativo, sob a condição de Pessoa com Deficiência e possam, dessa forma, desenvolverem melhor empatia. Para tanto, a observação de imagens/vídeos que simulam modos de relação da atuação de profissionais da saúde atendendo pessoas com deficiência se torna o elemento detonador da investigação que se processou em todos os encontros de capacitação.

B – Pontos-chave: problematização

Por meio da observação, foram levantados os denominados pontos-chave, que são os conceitos emergentes que traduzem de modo mais adequado o que foi

observado e, por consequência, problematizado. Assim, o dinamizador da capacitação pediu aos discentes que identifiquem aqueles aspectos que foram observados, destacando os diversos conceitos que consideraram mais importantes, registrando-os em uma ficha de coleta de dados. Essa fase é de suma importância, pois os referidos conceitos possibilitaram a problematização da realidade observada. A problematização pode ser considerada como metodologia de ensino, como o indicado pelo denominado Método do Arco, de Charles Maguerez. Segundo BERBEL (1998):

A Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, pode ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Embora saibamos de sua utilização para cursos como um todo, principalmente quando diretamente relacionado com a prestação de serviços à comunidade, como é o caso da formação de Auxiliares de Enfermagem e de cursos para Gerentes de Enfermagem (como aconteceu na UEL em 1995), temos proposto a Metodologia da Problematização como uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior (p.50).

Pode-se perceber, que o levantamento de pontos-chave só tem função como elemento de aprendizagem quando utilizados para a elaboração de problemas, esses, por sua vez, devem ser significativos, de modo que propicie alguma fundamentação como explicação da realidade problematizada. No caso da oficina para a capacitação de discentes para o desenvolvimento de competências, o que está no centro da referida oficina é a aprendizagem significativa, ao modo como Ausubel a compreende e que possibilita uma melhor condução dos passos que foram implementadas nas oficinas.

C – Interpretação da Realidade

Não pode-se desconsiderar que a problematização deve conduzir, necessariamente, à interpretação da realidade. Acerca desse item subsequente, a teoria da aprendizagem de Ausubel novamente é relevante. Afinal, o ato de interpretar a realidade está em conformidade ao referido autor, ancorado em subsunções, isto é, à busca de respostas incitadas pela problematização que, conduziu os sujeitos participantes da oficina a encontrar elementos em suas próprias consciências que lhes permitem interpretar a realidade, ancorados por algo que já teriam, e que poderia se relacionar com o objeto em questão.

Assim, quanto mais elementos estiverem disponíveis nesse arsenal intelectual, melhor seria o nível de interpretação da realidade que o participante poderia desenvolver e, por consequência, validar.

Por se tratar de oficina com vistas à solução de problemas específicos face ao comportamento que o médico deve implementar, como o mais adequado face às situações que ele, em tese, vivenciaria ao tratar de pacientes com deficiência, os exercícios de interpretação da realidade que simula *in loco* situações conflitantes, permite, a partir da problematização prévia, interpretar aquela realidade sob o viés do conhecimento que o discente possui.

Experiências prévias provenientes dos ambientes de família, grupos de amigos, etc, possuem extrema relevância, sobretudo, quando associadas ao conhecimento advindo de material especializado, que trata da legislação, dos direitos dos deficientes etc, disponibilizados no decorrer das oficinas, auxiliam na qualidade dos argumentos que procuram interpretar a realidade problematizada.

D – Hipóteses de solução

Por fim, os discentes apresentaram as soluções que acreditaram ser as mais adequadas, tendo em vista a situação problematizada e interpretada a partir da apresentação de uma simulação de atendimento médico sob a forma de imagem ou vídeo. Alguns elementos são fundamentais para que a solução apresentada hipoteticamente tenha sido aceita e se pode validá-la sob a perspectiva do que a razão considerou como coerente.

Esses elementos estão ancorados em áreas de conhecimento com as quais os estudantes pouco se aproximam: direito, ética, psicologia, antropologia, sociologia, são exemplos que áreas que subsidiam os argumentos com vistas à fundamentação das hipóteses de solução apresentadas.

Essa é também uma etapa consignada ao Método do Arco, de Charles Maguerez. Segundo BERBEL (1998):

As informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas

contribuições para resolver o problema. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da etapa seguinte. A quarta etapa é a das hipóteses de solução. Todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? Nesta metodologia, as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis (BERBEL,1998. p. 144).

A proposição de hipóteses não é nova como consequência do ato de interpretar a realidade e de propor soluções aos problemas. Hipotetizar pode ser considerado um verbo, isto é, ato que implica em ação proveniente da consciência que procura levantar a possibilidade de solução a determinado problema. É por isso, que a formulação de hipóteses coloca o indivíduo na perspectiva de produzir conteúdo com validade suficiente para que a resposta se torne crível do ponto de vista da lógica, já que traria consigo argumentos bem fundamentados.

E – Aplicação à realidade (prática).

A viabilidade de aplicação das propostas de solução dos problemas enunciados pela percepção das imagens/vídeos levantadas pelos alunos foi submetida à análise. Afinal, se uma solução, apresentada inicialmente como hipotética, tornou-se válida por razões de diversas naturezas, ainda assim, sua aplicação teve que ser analisada em função da adaptação que implicou ao se tornar aplicada à realidade. Assim, as soluções viáveis foram selecionadas e sua aplicação aprendida, testada e praticada.

Nesse ponto da oficina de capacitação de discentes dá com vistas a ressignificar o modo como foram abordados e tratados os pacientes com deficiência, o dinamizador das oficinas pode ser considerado educador na excelência do termo, pois da apresentação de imagens/vídeos à construção coletiva de soluções para os problemas que pacientes com deficiência enfrentariam nas consultas e outros modos em que há relação médico-paciente, a aplicação à realidade parece ser o último passo significativo desse percurso.

Contudo, o que ocorreria, em termos educacionais, é a concretização do que pode ser considerada Inclusão social. Afinal, a parcela da população que possui

deficiências variadas pode ser considerada vulnerável e minimizar essa vulnerabilidade a partir de um conjunto de oficinas, com vistas a desenvolver habilidades e competências, com garantias de sucesso, implica no reconhecimento de que o sujeito que promove uma atividade de tal natureza, pode ser considerado educador, no sentido mais pleno que o termo possuiria.

8. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PRODUTO DE ENSINO: OFICINA DE CAPACITAÇÃO – ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA (PCD)

Propomos o jogo como Produto de Ensino, privilegiadamente a ser aplicado para a capacitação de alunos dos cursos de graduação em saúde. Em fidelidade a essa proposta, resolvemos testá-lo em uma amostra representativa de discentes de vários cursos da área de saúde, como veremos adiante.

A referida capacitação foi mediada por estratégia de aprendizagem significativa, tendo seu fundamento em Ausubel, e adotando como estratégia pedagógica a mediação lúdica. De modo mais específico, utilizar-se-á a didática do jogo, tendo como base a identificação de erros. Na realidade, sobre essa forma lúdica com vistas à aprendizagem, temos como exemplo identificado, o tradicional “jogo dos sete erros”, comumente apresentada nos almanaques para crianças, em que são testadas habilidades de identificação visual e correção lógica cognitiva.

8.1 Refletindo sobre o jogo como meio de aprendizagem

Não sendo objeto de nossa reflexão compreender todos os meandros históricos, que deram suporte à manifestação do jogo como base das mais variadas formas de aprendizagem, cremos, ao menos, ser de interesse que as mais diversas dimensões humanas são marcadas pela dimensão lúdica; isto é, a dimensão do riso, do amor romântico, da amizade, da política, da aprendizagem para o domínio de habilidades de guerra, do exercício técnico para funções sociais, entre outras faces da vida social, tudo possui algum reflexo de aprendizado baseado na dimensão lúdica.

Ela é, com certeza, uma dimensão humana das mais significativas, de modo que Huizinga (2007), ao expressar suas reflexões na escrita da obra *Homo Ludens: o jogo como elemento de cultura*, nos diz: creio que depois de *Homo faber* e talvez ao mesmo nível do *Homo sapiens*, a expressão *Homo ludens*, merece lugar em nossa nomenclatura. (HUIZINGA, 2007).

A capacidade humana de criação, isto é, de imaginar sob a perspectiva de moldar projetos, nos tornou seres únicos. Muito embora possamos reconhecer o brincar como disposição natural nos animais, possibilitando-lhes aprendizado em função da sobrevivência, ainda assim, a disposição humana para o exercício do

brincar, transcende a esfera da sobrevivência; isto é, o brincar pode ser expresso sob a forma de prazer e aprendizado com vistas a empreender sentido às coisas e à realidade. Assim, podemos criar e imaginar meios de exercício do brincar, tendo o brincar como meio de aquisição de habilidades e competências variadas, para as mais diversas formas de expressão humana.

Desde as expressões de habilidades físicas, às habilidades intelectuais, as tarefas humanas podem ser melhores desempenhadas se for melhor proporcionado o domínio das habilidades e competências que o indivíduo deve possuir. Eis, portanto, a dimensão lúdica como responsável por esse desenvolvimento.

Ao nos colocarmos como sujeitos participantes de um jogo, uma série de ações-reações é imputada em nossa consciência, de sorte que a produção do que conhecemos por cultura e sua constituição está marcada pela dimensão lúdica, já que aprendemos brincando e nós desenvolvemos jogando. Como vemos, os processos variados de ensino-aprendizagem seriam, nesse sentido, mediados pelo jogo, de modo que:

O uso do jogo no ensino tem vantagens para professores e alunos. Para os primeiros, há a possibilidade de analisar o desempenho dos estudantes na resolução de uma questão, verificando seu raciocínio lógico ou detectando os erros cometidos. Dessa forma, é possível diagnosticar dificuldades em um item específico do conteúdo e necessidades individuais ou coletivas, buscando, então, novas estratégias de ensino para auxiliá-los. Ao empregar jogos em sala de aula, o professor deve tomar alguns cuidados para que a atividade não se esgote em si mesma, ou seja, para que seu emprego não se restrinja ao jogo em si, mas às habilidades que pode desenvolver (CURY; KONZEN, 2007).

Retornando à proposta ora apresentada sobre a capacitação de discentes do para a abordagem de pacientes com deficiência, cremos ser adequada a adoção de uma metodologia de ensino baseada em um jogo, cujo conhecimento prévio seria aquele que os discentes possuiriam, a partir da formação que tiveram no seio familiar e social, para a identificação de possíveis erros na cena apresentada.

Identificar diferenças é uma tarefa que exige raciocínio do jogador, atenção e habilidades viso motoras; afinal, é preciso estar muito atento à imagem para que seja possível encontrar, rapidamente, todas as diferenças e possíveis contradições detectadas pela mente. Mas, como podemos ambientar o processo de ensino-aprendizagem para que uma tarefa dessa natureza seja representada pelos discentes sob a perspectiva de jogo?

Uma estratégia que tomamos como base da proposta de capacitação é incitar a

curiosidade dos discentes por meio de uma representação numérica, como por exemplo, o protocolo de início da atividade poderá pedir que sejam identificados os “sete” erros contidos na cena. O fato de concebermos grupos de discentes poderia, no exemplo citado, que o grupo que identificar com clareza os erros terá alguma recompensa e isso já estabeleceria, por si mesmo, o ambiente lúdico.

E, porque, sete erros? Há na cultura um reflexo simbólico contido nos números, consignado às fontes mais ancestrais da cultura, como por exemplo, as virtudes que contrariam os pecados capitais (Humildade, Generosidade, Caridade, Mansidão, Castidade, Temperança e Diligência) e os ditos pecados capitais (Orgulho, Avarizia, Inveja, Ira, Luxúria, Gula, Preguiça), todos perfazem o número sete (7).

Assim, de modo geral, os números possuiriam uma referência simbólica estruturada em nossa cultura, de modo que entre outros, podem ser encontrados com facilidade nos mais variados discursos, sejam eles de natureza religiosa, ou não.

Uma simples busca na internet nos remeterá a informações, textos, imagens e vídeos, sobre os mais variados temas, de modo que ao buscarmos algo relacionado aos números, encontraremos sua aplicação associada a indicativos qualitativamente positivos ou negativos, por exemplo, os 7 melhores alimentos para emagrecer, os 12 mandamentos para uma boa noite de sono, os 5 conselhos para uma vida feliz, tenha 3 princípios para curar sua ansiedade, o 3 alimentos que você deve evitar, tenha 2 motivos para não errar de novo etc.

Portanto, podemos dizer que a proposta do produto de ensino se baseia na identificação de erros e que há um número x de erros possíveis de serem identificados permitindo ambientar o jogo como mediação de aprendizagem. Por outro lado, o ambiente lúdico pode prescindir dos números prévios de erros/acertos, mas, com certeza, não poderá prescindir de que existem erros e, portanto, acertos a serem identificados.

Neste sentido, cremos ser a proposta do jogo baseada na habilidade de identificar erros/acertos. E, por quê? Comparação, identificação, correção, habilidades exercitadas em função de se corrigir algum fato, são requeridas do aparato cognitivo para a solução do que foi considerado problema.

Verifica-se que a aprendizagem pretendida com tal exercício se baseia na problematização da realidade e dialoga com a teoria de aprendizagem que adotamos

como base de nosso trabalho, a saber, a aprendizagem significativa de Ausubel, à qual dedicamos tópico específico em nosso trabalho anteriormente.

Se a ideia de obtenção de aprendizado pelo uso do jogo não é novidade, possivelmente, indicarmos a aprendizagem de habilidades à clínica médica para a abordagem ao paciente com deficiência seja uma novidade no âmbito das aprendizagens médicas, como também, pode ser grande novidade na formação de outros profissionais de saúde. Em síntese, o jogo do qual nos referimos, parte de determinada situação apresentada, seja sob a forma de imagem/vídeo, contendo erros, cabendo ao discente, identificá-los e corrigi-los em função do que seria considerado mais adequado como resposta.

Segundo Gadotti (1995), decifrar o mundo significa que o acesso à realidade é possível e necessário, mas é também problemático, que é preciso ir além das aparências, atrás das máscaras. É este o papel da conscientização (...). Desta forma, a análise da realidade ou cenas que ela apresenta, depende da visão do avaliador. Comumente, o que é considerado errado ou certo está na cena que mais se aproxima com a própria realidade daquele que a ver, tendo por base suas vivências e costumes.

Assim, em nossa proposta, o que na verdade está em questão como aprendizado não é, em definitivo, estabelecer a priori o conceito do certo ou errado em relação ao trato da pessoa com deficiência, mas a capacidade de reflexão diante de possibilidades ou circunstâncias que as cenas que o mundo apresenta cotidianamente representam para o sujeito.

Como vimos anteriormente, o atendimento à Pessoas com Deficiência, por parte dos profissionais de saúde, pode ser considerado um grave problema no exercício clínico. Eis, portanto, a questão norteadora da proposta do produto, a saber: Como desenvolver aprendizagem com vistas ao desenvolvimento de competências em função da melhor qualidade do atendimento clínico de PcDs, nos mais variados espaços de atuação dos profissionais de saúde?

Possibilitar responder à questão norteadora nos imputa estabelecer objetivos que devem ser alcançados junto aos discentes que participam do processo de capacitação:

- Conhecer o histórico de construção das ideias que se identificam à pessoa com Deficiência (PcD).
- Compreender o conceito de Desenho Universal e Tecnologias Assistivas

e a relação com a acessibilidade do PcD.

- Identificar boas práticas e práticas consideradas errôneas na abordagem do PcD.

Basear a capacitação, como jogo, que procura identificar nas figuras ou vídeos, modos de abordagem estabelecidos como comuns e, ao mesmo tempo, instigar o intelecto desses discentes, operando sob a forma de análise, promovendo o esquadramento de todos os elementos contidos na imagem ou vídeo, permite acessar a memória que lhes foi inculturada e que foi estabelecida neles próprios como meio para se definir o que seria considerado “normal”, quanto ao modo de relação a ser estabelecido com as pessoas com deficiência.

Assim, o confronto com a realidade pode ser explicado de modo dual, isto porque a cena apreendida visualmente, se confrontaria com outra que a mente do discente teria como a mais adequada. Neste sentido, temos duas “imagens”, que estarão subjetivamente compondo as cenas apresentadas do jogo com vistas a se perceber o “certo e o errado” e uma terceira surgirá a partir da analogia das duas anteriores, essa, por último, será validada pelo conhecimento de natureza científica, da psicologia, da sociologia, do direito e da ética, para que o discente, simulando a atuação médica, de modo que o discente ao fim do processo de reflexão possa se imaginar exercendo aquelas habilidades necessárias para o acolhimento e intervenção médica para os males enfrentados por esses pacientes.

8.2 Oficina de capacitação - Atendimento ao Paciente com Deficiência (PcD)

Público a que se destina

Discentes de cursos da área de saúde, preferencialmente, discentes que se preparam para o acompanhamento de pacientes em clínica.

Materiais utilizados

- Carteiras didáticas
- Retro projetor
- Caixas de som
- Quadro branco e caneta piloto
- Notebook
- Caneta esferográfica
- Folha para anotação

- Folha para desenvolvimento do jogo
- Cadeira de rodas
- Vendas para os olhos
- Bengala modelo utilizado para pessoas cegas
- Muletas

Espaços utilizados

- Sala de aula.
- Espaço para vivencia.

Recursos utilizados

- 9 vídeos produzidos pelo autor do produto, que abordam três temáticas, são elas:

Temática 1 – Discussão sobre a tendência dos profissionais de saúde infantilizarem os PcDs.

Temática 2 – Reflexão sobre a dificuldade de comunicação com certos tipos de deficiência

Temática 3 – Destaca-se a discussão acerca da acessibilidade.

Vale lembrar que, os vídeos são curtos, de no máximo 3 minutos, feitos a partir de relatos verídicos e produzidos com recursos tecnológicos simples e em um ambiente improvisado. Todos os vídeos estão disponíveis no site www.edgarmribeiro.com.

Tempo de duração

A oficina de capacitação será dividida em 3 encontros sendo um encontro por semana de 1h30' = 90 minutos.

Ementa da Oficina de Capacitação – Atendimento ao Paciente com Deficiência (PcD):

Principais conceitos e terminologias relacionados às deficiências; História da deficiência; Reconhecimento das Diversidades; Legislação e documentos do amparo ao PcD e o direito à saúde; Ética e o respeito às alteridades aplicadas à clínica médica; Humanização da abordagem e do atendimento ao PcD.

Objetivo

Desenvolver competência relativa à empatia e técnicas adequadas face ao atendimento clínico humanizado de Pessoas com Deficiência.

Metodologia da Oficina

Será empregada a Metodologia da Problematização, consignada ao Método do Arco, de Charles Maguerez, tendo por base a teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. Os recursos metodológicos para mediar a aprendizagem estão consignados à adoção de metodologias ativas.

Conteúdo Programático

- 1) A história da exclusão e a inclusão na história
 - a. A exclusão como fenômeno histórico-social
 - b. Movimento de inclusão: Segregação, Integração, Inclusão.
- 2) Conceitos Básicos: Diversidade, Acessibilidade, Desenho universal,
 - a. Tecnologia assistiva
- 3) Legislação Geral e Educacional aplicada à inclusão; Política Nacional: Articulação Intersetorial com a área de Saúde
- 4) Postura do profissional de saúde diante dos PcDs.
- 5) Estudos de Casos
- 6) Avaliação

O processo de avaliação será realizado continuamente, considerando a participação e o envolvimento dos alunos nas discussões de textos, debates, e demais atividades de aproveitamento. Constará de produções individuais e em grupo a critério do dinamizador.

9. O PRODUTO APLICADO: PERCURSO METODOLÓGICO

9.1 Local de aplicação do Produto de Ensino

O processo de aplicação do produto se deu no *Campus* de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da região sul fluminense, Rio de Janeiro. A referida instituição foi escolhida em função de possuir vários cursos de formação na área de saúde. As características que nortearam a testagem do produto estão consignadas ao projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE: 94226918.5.3001.5236 e parecer de aprovação: 2.810.931 (Anexo 1).

9.2 População e Amostra

A população considerada para efeito de aplicação do Produto de Ensino pode ser designada pelo conjunto de discentes dos cursos de graduação da área de saúde da IES escolhida. Vale ressaltar que optamos por não identificar os cursos específicos para que a análise não fosse prejudicada por julgamentos pré-estabelecidos de cada curso. Sendo assim, do total de 45 alunos dos referidos cursos, 42 participaram efetivamente, um foi excluído por rasura e outros dois por abandono, devido a motivos pessoais. Destacamos, porém, que o número de alunos selecionados não teve por objetivo expressar representação de natureza quantitativa da população pesquisada. Em se tratando de pesquisa de natureza qualitativa, como é, de fato, a investigação que delineamos, 42 discentes tiveram a possibilidade de expressarem, em um primeiro momento, através do pré-teste, seu conceitos e ideias que já traziam de sua experiência cotidiana e baseadas nos senso comum, as perguntas do pré-teste foram pensadas e elaboradas para que extraíssem o máximo deste conhecimento da vida cotidiana, sem levar em consideração no momento o conhecimento científico. Após vivenciar a oficina os discentes são convidados a responder o pó-teste que mantém em sua estrutura as mesmas perguntas com o objetivo de confrontar os dados apurados anteriormente no pré-teste possibilitando uma análise de como a oficina contribuiu para uma possível mudança no modo de pensar a pessoa com deficiência. (Apêndice 2).

9.3. Detalhamento do processo de testagem do Produto de Ensino

A instituição manifestou interesse após receber contato prévio, tendo em vista

se tratar de aplicação de Produto de Ensino sob a forma de curso de capacitação tendo por modelo de implementações de oficinas desenvolvidas sob a forma de jogo. A IES apresentou carta de anuência e, tendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), que foi aplicado aos 42 discentes participantes.

A captação de discentes para participação nas oficinas se deu de forma aleatória, pois queríamos representações dos diversos períodos de formação. Foi enviado banner via rede social da IES, que continha o título da proposta, local do primeiro encontro, especificando a sala, horário, entrega de comprovante, mediante certificado emitido pela IES para efeito de aproveitamento de horas para o cumprimento de atividades complementares previstas na formação curricular.

A divulgação também se deu em rede social dos representantes de turma, que enviaram aos grupos de suas turmas via whatsapp. O período de tempo entre a divulgação e o primeiro encontro do referido curso de capacitação se deu em 48 horas.

Nesse íterim foi providenciada a impressão do TCLE, questionário pré-teste/pós-teste e outros materiais necessários para o desenvolvimento, como folha de anotações, material da dinâmica inicial e conteúdo a ser desenvolvido no primeiro encontro.

9.4. Aplicação do Produto de Ensino

No local e hora marcada, foram reunidos os discentes que se dispuseram a participar do curso de capacitação – Oficina de atendimento ao paciente com deficiência. Os discentes receberam o TCLE, preencheram, assinaram e entregaram o documento. Após o TCLE, foi entregue aos discentes o pré-teste, que responderam ao questionário prévio. (Apêndice 1)

Após o preenchimento do TCLE se iniciou o curso, com a aplicação de uma vivência (Apêndice 3), distribuição de uma folha para registro pessoal sem identificação vide (Apêndice 4), breve histórico, conceitos básicos de inclusão e exclusão em conformidade à programação delineada.

O segundo encontro deu-se na semana seguinte, seguindo-se a programação prévia, aplicou-se a memória do encontro anterior, que nada mais é, que um resgate dos conceitos trabalhados, reflexões e possíveis discussões e dúvidas que surgiram no período entre um encontro e outro, trazendo à tona tópicos e falas relevantes, que também colaborarão pra que o professor perceba como os discentes estão

assimilando a proposta da oficina. Após esse momento é distribuída a folha de anotações para um possível registro do jogo, vide (apêndice 5), dando-se início ao jogo de sete erros, com uso dos vídeos/imagens, onde os alunos assistiram 3 vídeos denominados: Leozinho, Falsa acessibilidade e A surda, onde os alunos apontaram supostos erros, e fizeram as anotações que acharam serem necessárias.

Em andamento com a oficina, abordou-se de forma teórica e conceitual os temas Acessibilidade, Desenho Universal, Tecnologia Assistiva e Acolhimento. Os alunos fizeram perguntas e participaram contando exemplos pessoais e referenciando os vídeos/imagens para ilustrar suas falas, algo muito relevante que foi usado para uma síntese no terceiro encontro, em que os mesmos se manifestaram, com claras ideias de conflito em relação àquelas provenientes do pensamento de senso comum.

Desse momento em diante promoveu-se a roda de conversa com o uso da problematização, surgindo novas propostas e divergências sobre as cenas apresentadas e interpretadas com a instrumentalização conceitual.

Finalizando o segundo encontro, foi solicitado aos discentes que se dividissem em grupos por empatia e construíssem uma nova cena, utilizando as ideias que foram discutidas, elaborando um novo vídeo, segundo critérios previamente determinados, não ter mais de três minutos e feito com o próprio celular, não se preocupando com a edição das imagens e sim em retratar como deveria ser o trato ao paciente com deficiência.

O terceiro encontro, 7 dias depois, os alunos compareceram com as propostas e seus vídeos prontos, o encontro se deu na mesma sala do último dia de oficina, adotando a mesma disposição das cadeiras e recursos de mídia utilizados no primeiro e segundo dias de oficina.

Foi elaborada a memória do segundo dia, trazendo à tona os conceitos e pontos relevantes do debate que foi rapidamente lembrado pelos discentes. Deu-se início ao conteúdo do terceiro dia, com a apresentação dos vídeos produzidos por eles. Para cada vídeo elaborado pelos discentes foi adotada a roda de conversa/debate a partir da problematização, proveniente dos próprios discentes.

Nesse último momento foi preparada a síntese, utilizando as colocações iniciais, anotações formuladas pelos discentes, promovendo-se uma avaliação. Após esse momento foi distribuída a folha do pós-teste, onde os alunos responderam o mesmo teste feito no início do curso de capacitação, com clara percepção e expressão dos comentários em voz alta, demonstrando mudança de mentalidade.

10. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

10.1 Das oficinas

No decorrer da aplicação do produto, tivemos a oportunidade de observar fatos e insites que traz a constatação de que a proposta de capacitação com vistas a humanização foi no mínimo provocada, promovendo nos discentes reflexões e questionamentos válidos e interessantes sobre o atendimento na saúde, seu papel como profissional e a proposta do que é real nos dias de hoje no Brasil no que se trata de abordagem a pessoa com deficiência.

Vale ressaltar que a oficina passa por momentos lúdicos, o que favorece a espontaneidade dos discentes no momento de sua defrontação com a proposta (KIYA, 2014).

Nos dias de hoje os jogos didáticos são vistos de forma educativa, de forma lúdica vem sendo aplicados em diversas instituições de ensino, a sala de aula passa a ser considerado hoje um ambiente de interação entre os alunos e professores, desta maneira os jogos didáticos vem deixando de ser apenas uma brincadeira; passando a ser considerado um método pedagógico. O jogo didático é visto como uma atividade que deve ser bem planejada e organizada, que quando esta é bem preparada acaba promovendo aprendizagens e desenvolve habilidades e competências capazes de estimular a aprendizagem através da motivação e interação, fazendo com que os alunos se coloquem em situações reais do cotidiano, onde diversos problemas são pontuados. Desta maneira os mesmos são estimulados a raciocinar e colocar as suas capacidades cognitivas em prática (COVOS et al. 2018, p. 66).

No primeiro momento do dia de oficina foram elucidados os procedimentos iniciais, antes de iniciar a oficina efetivamente, sendo realizado a leitura e assinaturas do TCLE, o preenchimento do pré-teste, e informações importantes para o bom andamento da oficina. Pode se perceber, neste primeiro momento, um certo distanciamento entre os participantes, natural pelo fato de não se conhecerem e também por conta da expectativa do que vivenciariam na oficina. Dando início a primeira atividade, onde a proposta era vivenciar algum tipo de deficiência, nas dificuldades que cada uma impõe, como o uso muletas, a escuridão utilizando vendas e cadeira de rodas por exemplo, dentro de algumas situações que foram sendo orientadas pelo dinamizador, no intuito de provocar reflexões iniciais sobre como é estar na condição de PcD e que decisões tomar para alcançar o objetivo proposto. Após o término da vivência foi realizada uma roda de conversa para que fosse possível que os participantes trocassem entre eles suas percepções e sentimentos acerca do que experimentaram. A aprendizagem significativa de David Ausubel acontecer de forma natural, (AUSUBEL, 2003).

Essencialmente, são duas as condições para a aprendizagem significativa: 1) o material de aprendizagem deve ser potencialmente significativo e 2) o aprendiz deve apresentar uma predisposição para aprender. A primeira condição implica 1) que o material de aprendizagem (livros, aulas, aplicativos, ...) tenha significado lógico (isto é, seja relacionável de maneira não-arbitrária e não-literal a uma estrutura cognitiva apropriada e relevante) e 2) que o aprendiz tenha em sua estrutura cognitiva ideias-âncora relevantes com as quais esse material possa ser relacionado. Quer dizer, o material deve ser relacionável à estrutura cognitiva e o aprendiz deve ter o conhecimento prévio necessário para fazer esse relacionamento de forma não-arbitrária e não-literal. É importante enfatizar aqui que o material só pode ser potencialmente significativo, não significativo: não existe livro significativo, nem aula significativa, nem problema significativo, ..., pois o significado está nas pessoas, não nos materiais. É o aluno que atribui significados aos materiais de aprendizagem e os significados atribuídos podem não ser aqueles aceitos no contexto da matéria de ensino. Naturalmente, no ensino o que se pretende é que o aluno atribua aos novos conhecimentos, veiculados pelos materiais de aprendizagem, os significados aceitos no contexto da matéria de ensino, mas isso normalmente depende de um intercâmbio, de uma "negociação", de significados, que pode ser bastante demorada (MOREIRA, 2012, p.8).

Como resultado desta discussão percebeu-se que os relatos de incomodo pela dependência, mesmo que temporária, foram unânimes e o estranhamento em ter que solicitar ajuda a desconhecidos também foi fonte de reflexões. Surgiram também indagações do que realmente é ajudar, e se o ato de ajuda está de acordo com o que o outro realmente precisa. A participação dos discentes foi muito positiva, muito deles trazendo fatos de suas vidas para enriquecer e justificar seus argumentos.

Uma participante, por exemplo, se emocionou por, após a vivência, conseguir entender alguns comportamentos de sua avó que é deficiente física em consequência da amputação das duas pernas necessitando assim do uso da cadeira de rodas. Ela não conseguia compreender o porquê a avó se recusava a sair de casa e o porquê de pedir tanta ajuda as pessoas, com a experiência vivida na oficina ela pode perceber as reais dificuldades que o cadeirante enfrenta, podendo compreender um pouco melhor sua avó.

No final da prática foi possível perceber que o distanciamento inicial já havia reduzido e que todos já interagiam entre si, nos mostrando que o objetivo, de promover um momento de interação lúdica e a discussão posterior, foi atingido.

Na explanação teórica, quando foram abordados fatos históricos de como os deficientes eram vistos e tratados em outras épocas, se tornou tema de debate, pois eles trouxeram relatos de que muitos fatos ainda aconteciam nos dias atuais, como o relato de um discente de que uma criança foi entregue a adoção, pois havia nascido com hidrocefalia. Esse e outros relatos nos confirmam a necessidade de pensar e refletir como a sociedade se relaciona com as PcDs e quanto o tema deste

estudo se faz relevante (AUSUBEL, 2003).

Na história da educação especial e da inclusão social do deficiente, podem-se ver grandes mudanças ocorridas durante toda vivência do homem. O mundo passou por diversas fases na forma de tratamento ao deficiente, de abandonados ou mortos, a sua inclusão social no mundo atual.

Em épocas remotas, principalmente nas sociedades greco-romanas, toda criança que possuía deficiência física, cognitiva ou sensorial eram rejeitas. Muitas eram abandonadas, e outras até mortas, pois na visão deles elas não possuíam uma beleza, o que era muito valorizado por aqueles povos.

Pesquisas feitas mostram que muitas tribos indígenas, através de sua cultura, matam a criança deficiente ou frágil de saúde assim que ela nasce, pois acreditam que estejam praticando um ato de amor. Isso acontecia nos primórdios, e é visto até hoje na cultura de algumas tribos indígenas brasileiras.

Foram vários estudiosos que colaboraram na integração dos deficientes ao meio social e a educação, e seu desenvolvimento. Um dos pioneiros, sempre lembrado como “o pai da Educação Especial”, foi o médico Jean Marc Gaspard Itard. Ele ficou conhecido por ter elaborado o primeiro programa sistemático de Educação Especial, e por ter tido a experiência na recuperação e na tentativa de educabilidade do menino Vitor de Aveyron, “o menino selvagem” (ITARD, 2017, p.1).

No segundo dia foram passados os vídeos e os temas abordados na explanação foram: conceitos de acessibilidade, desenho universal, Tecnologia Assistivas, dentre outros. Logo após no momento da discussão coletiva pode-se ver que os discentes estavam fazendo link com cenas apresentadas e os conteúdos teóricos apresentados, dando um feedback positivo pelo modo como a oficina estava sendo conduzida.

Ficou bem perceptível que o discurso baseado no senso comum do primeiro dia começa a dar lugar ao pensamento científico, fazendo com que inicie uma tomada de consciência de fatos presentes no dia a dia que passavam despercebidos, como por exemplo, o quanto é importante um banheiro bem adaptado e realmente pensado no conceito de acessibilidade, começando assim a fazer um paralelo entre o pensamento do senso comum e o científico.

A discussão em torno dos erros apresentados nos vídeos/imagens foi bem interessante, surgiram muitos questionamentos e percepções do quanto se tem a aprender sobre acessibilidade. A partir dessas reflexões foi proposto que os discentes gravassem cenas que fossem capazes de transmitir o que eles assimilaram do que seria um momento ideal de atendimento de um PcD, considerando todos os fatores importantes que inclui este atendimento (AUSUBEL, 2003).

Como recurso para mostrar que novos conhecimentos estão relacionados com conhecimentos prévios, organizadores devem ser sempre utilizados no ensino, pois o aluno muitas vezes não percebe essa relacionabilidade e pensa que os novos materiais de aprendizagem não têm muito a ver com seus conhecimentos prévios. Organizadores prévios devem ajudar o

aprendiz a perceber que novos conhecimentos estão relacionados a ideias apresentadas anteriormente, a subsunções que existem em sua estrutura cognitiva prévia (MOREIRA, 2012, p.11).

No último dia os discentes apresentaram os vídeos produzidos por eles e após as apresentações foram feitas as discussões que fluiu de forma natural, sendo apresentados pontos fortes e fracos dos vídeos, o que no final mostrou que muito foi assimilado, e que no mínimo iniciou-se um processo de mudança no pensamento de como a forma de lidar com o Pcd deve ser refletido e levado em consideração em situações que muitas das vezes nem damos a importância.

Vale ressaltar que, o discente que foi retirado da análise por rasura, no momento do pós-teste, se mostrou muito ansioso e contrariado, pois todas as suas respostas tinham mudado em comparação com o pré-teste, e fez com ele rasurasse suas respostas numa tentativa de acreditar que o que ele pensava antes da oficina fazia algum sentido. Este momento foi muito relevante para mostrar o quanto a proposta da oficina se faz pertinente numa classe de profissionais que vai estar a toda momento em contato direto com pessoas e cada uma destas pessoas tem sua especificidade, sendo necessário que este profissional esteja devidamente preparado para as mais diversas situações.

10.2 Dos Pré e Pós Testes

Adotamos como forma de apresentação e discussão a análise dos resultados relativos ao pré-teste e a comparação dos mesmos com a aplicação do pós-teste. A primeira questão abordada foi, se para os alunos, o tema da inclusão era exclusivo para os deficientes. Em outras palavras, se o tema da inclusão é algo para o qual as pessoas com deficiência e, somente elas, teriam interesse em abordar. De acordo com o pré-teste, 64% dos participantes disseram sim, ser exclusivo para as pessoas com deficiência.

Após a aplicação das atividades dos encontros, em que foram aplicadas propostas pedagógicas sobre o tema deficiência, os alunos puderam perceber que este tema não seria exclusivo para deficientes e que todos precisam ter uma consciência sobre essa questão.

O resultado do pós-teste, ao findar dos encontros, demonstrou que 100% dos participantes afirmaram que o tema inclusão não é algo de interesse exclusivo para deficientes. Assim, o objetivo do curso se demonstra atingido. A segunda questão aborda a compreensão dos alunos sobre a associação da pessoa com deficiência à imagem de vencedor em que 73% dos participantes afirmaram que sim.

Logo, após os encontros e ao conteúdo aplicado e compreendido, todos

alunos responderam ao pós-teste, excluída uma resposta por rasura. As dinâmicas propostas no curso permitiram refletir sobre a associação dos deficientes à imagem de vencedores.

Verificou-se que tal associação já seria um reflexo de emissão de juízo da pessoa com deficiência como segregada social e, por isso, a expressão de destaque, demonstra, por inversão, o quanto esse segmento da população sofre. A terceira questão procurou verificar se as pessoas com deficiência devem ter privilégios, e 85% afirmaram que os deficientes não devem ter esses privilégios.

As reflexões construídas no curso ressignificaram a ideia de privilégio. Se havia alguma possibilidade de indicar que a pessoa com deficiência não “merece privilégios”, compreendendo o conceito de privilégio como algum benefício indevido. Ao contrário, a análise desenvolvida no curso entende que não haveria necessidade de privilégios para os deficientes. Compreende-se que dadas as garantias de equidade em relação à acessibilidade das pessoas com deficiência, o conceito de privilégio não se aplica. Ao contrário, justiça, equidade, são valores éticos que transcendem ao sentido negativo aplicado ao conceito de privilégio.

A quarta questão aborda como os alunos percebem a necessidade de utilização de prudência para não causar constrangimento para as pessoas com deficiência. Antes dos encontros 90% afirmaram que sim, era necessária prudência para não causar constrangimento. A ideia desenvolvida no curso é que o conceito de prudência é pouco compreendido pelas pessoas. Na realidade a prudência é uma virtude, de natureza ética e a ideia, geralmente utilizada para se tratar a prudência, se refere ao comportamento manifesto por alguém que se sente receoso de cometer alguma indelicadeza com a pessoa com deficiente.

Respeito e equidade já seriam suficientes. Assim, após os encontros, 64% afirmaram que não seria necessária prudência para não causar constrangimento aos deficientes. O curso frisa a necessária naturalidade nas relações, sem ênfase exacerbada. A quinta questão aborda a opinião dos participantes a respeito da igualdade de tratamento relacionada às pessoas com deficiência. No pré-teste 78% dos participantes afirmaram que sim, deveríamos utilizar tratamento igualitário às PcDs. Após o curso de capacitação, essa interpretação foi profundamente modificada, pois 88% afirmam que não se deveria aplicar tratamento igual às pessoas que, naturalmente, seriam desiguais. Ainda, analisando-se a quinta questão, pode-se destacar algumas das expressões mais utilizadas nas respostas, e com isso verificar quais os conceitos mais enraizados sobre a questão da deficiência. No pré-teste 21% utilizaram a expressão “somos todos iguais”, 11%

utilizaram “tratar com equidade” e outros 11% usaram “respeitar as singularidades”.

É relevante dizer que essas colocações não são uma mera repetição advinda do curso e sim um entendimento manifesto pelos respondentes em sua própria análise, mudando a interpretação dos conceitos.

A sexta questão abordou a ajuda ao deficiente e a gratificação por tal ato. É importante destacar que o objetivo da pergunta foi pensar sobre o sentido subjetivo que haveria em alguém em “ajudar um deficiente”. Refletir sobre os sentidos positivo e negativo, ao responderem o pré-teste e pós-teste, demonstra que os discentes do curso aprenderam a ressignificar a qualidade desse auxílio endereçado ao deficiente.

No pré-teste 95% achavam que é gratificante ajudar um deficiente. Contudo, no pós-teste este percentual diminuiu para somente 42%. A sétima questão abordou a ideia de que as pessoas com deficiência seriam especiais, no pré-teste 71% afirmaram que sim, porém no pós-teste esse percentual diminuiu para 11%. Mostrar que ajudar uma pessoa é gratificante, independente de quem ela seja, deficiente ou não. O objetivo é mudar o pensamento sobre o sentido de relação humana respeitosa e ética, e com isso alterar a percepção de relações humanas (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados Pré e Pós Teste (Perguntas objetivas)

Questão	Respostas do pré-teste em números absolutos			Respostas do pós-teste em números absolutos		
	Sim	Não	Total+ Rasura	Sim	Não	Total+ Rasura
O tema inclusão é exclusivo para deficientes?	27	15	42	0	42	42
Nos dias de hoje, uma pessoa com deficiência deve ser associada a imagem de vencedor?	31	11	42	0	41	41+1
Pessoas com deficiência devem ter privilégios?	5	36	41+1	0	42	42
Temos que utilizar de prudência para não causar constrangimento a um deficiente?	38	4	42	15	27	42
Em sua opinião, devemos tratar todas a pessoas de modo igual?	33	8	41+1	4	37	41+1
Ajudar um deficiente é gratificante?	40	2	42	18	24	42
Pessoas com deficiência são	30	10	40+2	5	37	42

especiais?						
------------	--	--	--	--	--	--

A questão nº8 abordou a reação dos alunos ao encontrarem uma pessoa com deficiência, e a resposta se manteve nos dois testes aplicados, em que no pré-teste 64% afirmaram que reagiriam de forma natural, e já no pós-teste esse percentual aumentou para 82%.

Já a questão nº9, destaca a importância para os participantes sobre o acolhimento da pessoa com deficiência. No pré-teste 40% consideram importante o acolhimento e a empatia e 26% consideram a naturalidade. O resultado do pós-teste revelou que 35% consideraram a naturalidade, 28% a empatia e 23% a equidade, como fatores importantes no acolhimento (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Questão subjetiva nº8

8 Como você reage quando se depara com uma pessoa com deficiência?

	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
COMUM/NORMAL/NATURAL/ SEM DIFERENÇA/RESPEITO/DIGNI DADE/SEM CONSTRANGER	29	37
SEM REAÇÃO	1	0
CUIDADO/ATENÇÃO	1	1
DEPENDE	0	2
NOVA EXPERIÊNCIA	1	0
AJUDAR	9	2
EM BRANCO	1	0
TOTAL	42	42

Tabela 3 - Questão subjetiva nº9

9. O que você considera mais importante para acolher uma pessoa com deficiência?

	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
NATURALIDADE/NÃO DEMONSTRAR ASSUSTADO/NORMALMENTE	11	15
EMPATIA/COMPAIXÃO/HUMANIDADE /RESPEITO/CARINHO/AMOR	17	12
CUIDADO/ATENÇÃO	2	0
SENSIBILIDADE	0	1
CONHECER A PESSOA	1	0
EQUIDADE/INCLUSÃO/ACESSIBILIDA DE	7	10
AJUDAR	3	2
SOLIDARIEDADE	1	0
MUDANÇA MENTALIDADE SOCIEDADE	0	2
TOTAL	42	42

Em síntese, verificamos que houve mudança de postura dos alunos provenientes de vários cursos da área de saúde em relação ao modo como percebiam e, após o curso de

capacitação, passaram a perceber as Pessoas com Deficiência. Ora, há um significado que pode ser inferido do referido curso que revela, ao mesmo tempo seu contributo, isto é, algo positivo em relação à ignorância ou preconceitos estabelecidos acerca dos PcDs e, por outro lado, revela-se um problema relativo à ignorância e a esses preconceitos, pois, em se tratando de profissionais de saúde, o que se espera é que as Pessoas com Deficiência sejam abordadas de modo diferenciado, sem que isso signifique perda de sua dignidade ou do reconhecimento de seus direitos.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade da prestação de serviços no atendimento ao PcD e de sua significação social é matéria sobre a qual se debruçam muitas áreas: direito, sociologia, psicologia, economia, enfermagem, medicina. Nosso estudo teve como investigação a área de ensino e como podemos desenvolver competências, de modo que o cuidado considere o indivíduo como pessoa, tratando-o como fim em si mesmo.

Essa perspectiva implica em maior sensibilidade à dimensão emocional da pessoa, apresentando atenção e respeito, no intuito de se responder às experiências específicas de aflição e sofrimento que PcDs trazem quando procuram o atendimento dos profissionais de saúde.

O desenho do atendimento ao PcD vem sendo objeto de preocupação desde os tempos do Pós-guerra, em que muitas pessoas se tornaram dependentes de programas de reabilitação física, por motivos de perdas de membros e deficit sensorial, até mesmo com prejuízos psíquicos acentuados. De lá para os dias atuais, trilhamos um caminho com ganhos à cidadania dessas pessoas, por exemplo, hoje, quando se fala em acessibilidade, deve-se pensar nesse termo, o do Desenho Universal, de modo que todos os produtos, ambientes, programas e serviços possam ser concebidos (até onde for possível), segundo parâmetros de uso universal, para que todas as pessoas possam dispor dos produtos, sem necessidade de adaptação ou projeto específico.

Em se tratando da delimitação do segmento profissional que adotamos como base de nosso estudo, a escolha pelos profissionais da saúde se deu em função de terem eles formação de natureza clínica e, portanto, mais objetivada em especificar e diagnosticar as patologias que afligem o paciente. Para se alcançar a mudança desse paradigma, muitas instituições compreendem ser necessário reformular os currículos dos cursos de saúde, visando formar profissionais segundo a perspectiva de uma formação integral, concebendo a realidade social de modo inclusivo, contextualizando-a, ainda na fase das aprendizagens básicas.

Atualmente, tem aumentado a inserção das metodologias ativas por intermédio de currículos integrados em função das múltiplas competências que os profissionais de saúde devem desenvolver. Assim, pensar a formação desse profissional sob a ênfase biopsicossocial numa era de transformações tecnológicas e sociais é um grande desafio. Nessa perspectiva, emerge a importância de que os formandos da área de saúde tenham mais aproximação com o ambiente

sociocultural do paciente, o que vai ao encontro da importância da formação biopsicossocial e da construção do exercício profissional pautado, em primeiro lugar, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e, de modo complementar, ampliando o domínio de competências para que possam lidar com a defesa de valores fundamentais em um mundo de contínua mudança.

Ainda que o número de participantes não tenha atingido um contingente muito ampliado da população de discentes provenientes de cursos da área de saúde da IES investigada, os dados revelaram, qualitativamente, o que se acreditava com os objetivos estabelecidos, isto é, atingir positivamente ao público-alvo do produto de ensino, promovendo alteração de concepções valorativas em nível comportamental, demonstrando, com isso, mudança valorativa acerca do que são as pessoas com deficiência e os modos mais adequados de abordá-las.

O ensino é uma dimensão rica de elementos significativos e as dimensões cognitiva e afetiva não estão desvinculadas uma da outra. Essa é a perspectiva que o produto desenvolvido e aplicado procurou demonstrar, pois conhecer a legislação, a história dos direitos das pessoas com deficiência e outros conteúdos de natureza cognitiva, não implica, necessariamente, que o discente desperte alguma alteração acerca do modo como seu comportamento foi estabelecido face ao necessário trato que as pessoas com deficiência devem ter.

Se a mudança de comportamento é fator crucial dos processos educativos, sua possibilidade foi demonstrada a partir dos registros que os discentes submetidos ao curso de capacitação revelaram. Eis, portanto, o aspecto da pesquisa qualitativa emergindo como meio de se apontar caminhos para a implementação de produtos semelhantes ao proposto e, uma vez que as dinâmicas de ensino-aprendizagem tornaram possível aos discentes experienciar, testar, retestar, avaliar, aplicar o conteúdo conhecido, enfim, uma vez que as dinâmicas conduzidas de modo lúdico possibilitaram mergulho dos discentes nas questões relativas ao atendimento à pessoa com deficiência, cremos, ratificar a validade do produto de ensino, compreendendo ser o mesmo pertinente à formação dos discentes.

Destaca-se, por fim, que o produto de ensino, para além da necessidade de sua fundamentação, seguindo os roteiros próprios aos esquemas acadêmicos, cumpre seu papel ao mexer na vida das pessoas. Afinal, o substrato ético presente no produto de ensino indica que as pessoas com deficiência são sujeitos que necessitam de cuidados.

O mesmo se aplica àqueles que se colocam na outra ponta, profissionais de saúde, em particular, médicos e enfermeiros, além de outros tantos, são eles

também sujeitos que necessitam de cuidados. Assim, o produto de ensino também se aplica a minimizar essas outras deficiências, por vezes, muito mais significativas em relação àquelas que se veem nos PcDs, nos referimos à deficiência de visão, de escuta, de tato, de sensibilidade, compreendidas como deficiências que os profissionais, como pessoas, trazem acerca da interpretação sobre quem são os deficientes, de fato.

Essas deficiências, relativas à má interpretação do que seja a pessoa com deficiência trazem, de fato, um deficit de fundamento ético, que condena PcDs ao menos humano. Alterar essa realidade é desafio. Para o autor da pesquisa, desafio que se desponta, também de sua parte, como conquistado. Afinal, sua própria deficiência não o impediu de que atitudes que expressam inclusão se tornassem também deficientes.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicolau. **Dicionário de Filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALLEGGRANTE, J. P. et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Educ Behav**, v. 36, n. 3, p. 427-438, 2009.

ALMEIDA, Anne. **Ludicidade como instrumento pedagógico**. v. 12, 2009.

ALMEIDA, Marta Carvalho de; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Políticas e Modelos Assistenciais em Saúde e Reabilitação de Pessoas portadoras de Deficiência no Brasil: Análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Revista Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, set/dez, 2012.

AGRA, Glenda et al. Análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 1, p. 248-255, fev. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100248&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 15 ago. 2019.

AMBITO JURÍDICO. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>
Acesso em: 14/09/2019

ANNETTA, L. A. Video games in education: why they should be used and how they are being used. **Theory into Practice**, 47(3), p. 229-239, 2008.

ANTUNES, Celso. **Jogos para a estimulação das múltiplas inteligências**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 295 p.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva**. Lisboa: Plátano. 2003.

AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning**. New York: Grune & Stratton; 1963. 255 p.

BERBEL, N. N.: "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, p.141-142, 1998.

BARROS, Célia Silva Guimarães. **Pontos da Psicologia Escolar**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1998.

BELMONT, R. S., KNUDSON, D., & LEMOS, E. S. Continuing education in biomechanics for physical education teachers. **International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education**, 3(1), p. 14-21, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

BORBA, Ângela Meyer. **As Diversas Expressões e o desenvolvimento da**

criança na escola. 2007. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/ensifund9anobasefinal.pdf>.
 Acessado em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais (Ensino Médio)**. Brasília: MEC, 2000. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/14_24.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. - Brasília: MEC/SEF, volume 1 e 2, 1998.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília, DF: MEC, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atensaudecomdefic.pdf>. Acessado em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto (BR). **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União; 2001 Nov; Seção 1. p.37

BRASIL. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília, 2008. Disponível em:
[http:// portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf](http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf).
 Acesso em: 21 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Documento Básico – ENEM**. Brasília: Imprensa Oficial, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMARGO, Eder Pires de. Inclusão social, educação inclusiva e educação especial: enlases e desenlases. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru , v. 23, n. 1, p. 1-6, Mar. 2017.

CAMELO, SHH. ANGERAMI, ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 552-60, abr-jun. 2013.

CAMPOS, T.; MELLO, M. A. **O desenho universal e a tecnologia assistiva como potencializadores dos processos de ensino e aprendizagem**: Parte II, 2015.

CARDOSO, Mirelle Ribeiro. **Desafios e possibilidades da ludicidade do atendimento pedagógico hospitalar**. Brasília: Universidade de Brasília, 2011. Dissertação. (Pós-graduação em educação). 134 p.

CARNEIRO, M. A. B. Aprendendo através da brincadeira. Ande, **Revista da Associação Nacional de Educação**, v. 13, n. 21, Cortez Editores, 1995.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing care. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009.

COVOS, JS. COVOS, JF. RODRIGUES, FR. OUCHI, JD. **O novo perfil de alunos no ensino superior, e a utilização de jogos lúdicos para facilitação do ensino aprendizagem**. Revista Saúde em Foco – Edição nº – Ano: 2018

CUNHA, M. V. **Psicologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CURY, Helena Noronha e Konzen, Beatriz. Eletrônica de Educação Matemática. **REVEMAT**, v 2.6, p. 107-117, 2007.

DELUIZ N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Bol Técnico do Senac**, v. 27, n. 3, p. 1-13. 2001.

DONDLINGER, M. J. Educational video game design: a review of the literature. **Journal of Applied Educational Technology**, 4 (1), p. 21-31, 2007.

DOCTORES DA ALEGRIA. Disponível em. <http://www.doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-os-doutores/>. Acesso em 17 Jul. de 2019.

DUTRA JS. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo (SP): Atlas; 2004.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERNANDES LB, SCHLESENER A, MOSQUERA C. Breve histórico da deficiência e seus paradigmas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. Curitiba v.2, p.132 –144. 2011.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário século XXI escolar. **O minidicionário da língua**

portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, PB, Cohrs CR, DE DOMENICO, EBL. Software CMAP TOOLS® para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP.** v.46, n. 4, p. 967-72, 2012.

FERREIRA, JUNIOR, COSTA, **Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS.** Saúde debate 43 (123) 09 Mar 2020Oct-Dec 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n123/1003-1014/>. Acesso em: 15/09/2019

FLEURY A, FLEURY MTL. **Estratégias empresariais e formação de competências:** um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 3 ed. São Paulo (SP): Atlas; 2004.

FRANÇA, I. S. X. et al. O descuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Rev. bras. enferm,** v. 65, n. 2, p. 236-243, 2012.

FREIRE, R. **Conscientização:** teoria e prática da libertação. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FRIEDMANN, Adriana. **O desenvolvimento da criança através do brincar.** São Paulo, SP: Moderna, 2006.

FOULQUIÉ, Paul. **Diccionario del Lenguaje Filosófico.** Tradução de César Armando Gómez. Barcelona: Labor S.A. 1967.

GOMATHI KG, SHAAFIE IA, VENKATRAMANA M. Workshops liderados por estudantes como um método de ensino-aprendizagem-efetividade de um formato modificado. *Sudeste Asiático J Med Educ.* 2014; 8: 82–4.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis - Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

HAMARI, J.; KOIVISTO, J.; SARSA, H. Does Gamification work? – a literature review of empirical studies on Gamification. In proceedings of the 47th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii, USA, January 6-9, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

ITARD. A inclusão da Educação Especial e sua história. 2017. Disponível em: <https://institutoitard.com.br/a-inclusao-da-educacao-especial-e-sua-historia/>. Acesso em. 15/02/2019

KISHIMOTO, Tizuca Morchida. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KISHIMOTO, Tizuco Morchida. Brinquedos e brincadeiras na educação infantil, v. 2, 2010.

KIYA, MCS. O uso de Jogos e de atividades lúdicas como recurso pedagógico facilitador da aprendizagem. Material didático desenvolvido como requisito do PDE - Programa de Desenvolvimento Educacional, da Secretaria de Estado da Educação/SEED, na área de Pedagogia. 2014.

LEMOS, ES. The meaningful learning theory and its relationship with teaching and research on teaching]. **Rev Aprendizagem Significativa** [Internet]. 2011;1(3):47-52. Available from: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID17/v1_n3_a2011.pdf Portuguese.

LEONELLO, VM, OLIVEIRA MAC. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**. 2007 Dez; 41(Spe):847-52.

LUNARDI, Valéria Lerch et al . O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 6, p. 933-939, Dec. 2004 .

MAIA ER, ALMEIDA SB, OLIVEIRA WR, PAGLIUCA LMF. Assistência à pessoa com deficiência: competências do agente comunitário de saúde. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 Oct/Dec;3(4):937-44

MAIA, E. R., PAGLIUCA, L. M. F., & ALMEIDA, P. C. D. (2014). Learning of community health agent to identify and register disabled people. **Acta Paulista de Enfermagem**, 27(4), 326-332

MARCELLINO, N. C. **Pedagogia da animação**. 2. ed. Campinas, São PauloSP, Editora Papyrus,1997.

MARIANI, Verginia Aparecida. **Compreensão do novo paradigma**. 2009. Disponível em: http://www.inesul.edu.br/artigos.php?action=ler&id_noticia=53 . Acesso em: 29 jun. 2019.

MARTÍNEZ-MUT, B.; GARFELLA, P. “A construção humana através da aprendizagem significativa: David Ausubel”. In: MINGUET, P. A. (org.) **A construção do conhecimento na educação**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MATOS, MM. O lúdico na formação do educador: contribuições na educação infantil. **Cairu em Revista**., Ano 02, nº 02, p. 133-142, jan 2013.

MAZZOTTA, Marcos J. S. Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa. **Educ Soc**. Set; 19(64):50-86, 1999.

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: E.P.U, 1986.

MACEDO, Lino de. **Propostas para pensar sobre situações-problema**. In: BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Exame Nacional do Ensino Médio (Enem): fundamentação teórico-

metodológica. Brasília, p. 37-39, 2005.

MOREIRA, M.A., CABALLERO, M.C. E RODRÍGUEZ, M.L. (orgs.) (1997). **Actas del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo**. Burgos, España. pp. 19-44.

MOREIRA, Marco Antonio. **Teorias de Aprendizagem**. São Paulo: UnB, 1999.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 2001.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares**. São Paulo: Livraria da Física, 2011.

MOREIRA MA. Enseñanza de la física: aprendizaje significativo, aprendizaje mecánico y criticidade. **Rev Enseñanza de la Física** [Internet]. 2014;26(1): 45-52.

MOREIRA, Marco Antonio. **Linguagem e Aprendizagem Significativa**. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/PROIDDBahiana/liguagem-e-aprendizagem-significativa-marco-antonio-moreira>. Acesso em: 8 de jul. de 2019.

MOREIRA MA. [After all, what is meaningful learning?] **Rev Qurrriculum** [Internet]. 2012; 25: 29-56. Available from: <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/alfinal.pdf> Spanish.

MOREIRA, MA. O QUE É AFINAL APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA? Aula Inaugural do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências Naturais, Instituto de Física, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, 23 de abril de 2010. Aceito para publicação, Qurrriculum, La Laguna, Espanha, 2012.

NEVES, Libéria Rodrigues; SANTIAGO, Ana Lydia. **O uso dos jogos teatrais na educação: possibilidades diante do fracasso escolar**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2009.

Nørgård, R., Toft-Nielsen, C. & Whitton, N. (2017) Aprendizagem lúdica na idade adulta: explorando o Círculo Mágico no Ensino Superior. *International Journal of Play*, vol. 3, 272-282.

NOVAK, J. D. **Aprender, criar e utilizar o conhecimento: mapas conceituais como ferramenta de facilitação nas escolas e empresas**. Lisboa: Plátano. 2000.

NUNES, Clarisse; MADUREIRA, Isabel. Desenho Universal para a Aprendizagem: Construindo práticas pedagógicas inclusivas. **Invest. Práticas**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 126-143, set. 2015.

OLIVEIRA, M. K. de. Desenvolvimento e aprendizado. In: OLIVEIRA, M. K. de. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 1997.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de. **Formação e qualificação dos profissionais de saúde** [manuscrito]: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina. 2014. 174 f.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e as pessoas com deficiência**. 2011. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia>

deficiencia>. Acesso em: 30 jul. 2019.

OSHIKOYA KA, SENBANJO IO, AMOLE OO. Conhecimento dos estagiários de farmacologia clínica e terapêutica após graduação e treinamento em andamento na Nigéria: um estudo piloto. *BMC Med Educ.* 2009; 9: 50.

OSHIKOYA KA, BELLO JA, AYORINDE EO. Visão dos estudantes de medicina sobre os métodos de ensino da farmacologia na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Lagos, Nigéria. *Nig QJ Hosp Med.* 2007; 17 : 101–7

PALINCSAR, A., BROWN, A. E CAMPIONE, J. (1993). "First-Grade Dialogues for Knowledge Acquisition and Use". In Ellice A. Forman, Norris Minick e C. Addison Stone (Ed.), **Contexts for Learning** (pp. 43-57). New York: Oxford University Press.

PATEL JR, PATEL DS, DESAI R, PARMAR J, THAKER R, PATEL ND. Avaliação do seminário do aluno em educação médica: perspectiva do aluno. *Int J Curr Res Rev.* 2015; 7: 6-9.

PEREIRA. S.O. **História da atenção à pessoa com deficiência na Bahia: 1980 a 2000.** Salvador, 2008. 14 p.

PERRENOUD, Philippe. **Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão -** São Paulo: Áurea Editora, 2009. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_izabel_rios_caminhos_da_humanizacao_saude.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

ROTTA, N.T., OHLWEILER, L., RIESGO, R.S. et al. **Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, Marli Pires dos Santos (org.). **O Lúdico na Formação do Educador.** 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **O brincar na escola. Metodologia lúdico-vivencial, coletânea de jogos, brinquedos e dinâmicas.** 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SHULMAN, LS (2005) 'Pedagogias de assinatura nas profissões', *Dædalus*, vol. 134, n. 3, pp. 52–59.

SILVA, Luiz Ernani Torres da Costa e. **Dicionário Básico de Sociologia.** Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1979.

SILVA KL, SENA RR. A educação de enfermagem: buscando uma formação crítico-reflexiva e de competências profissionais. **Rev Latino-am Enfermagem.** Out; 14(5):755-61, 2006.

SILVA, M.C. Dificuldades de aprendizagem: do histórico ao diagnóstico. **O Portal dos Psicólogos.** p. 1-13. 2008.

SILVÉRIO, Claudia Aparecida; RUBIO, Juliana de Alcântara Silveira. Brinquedoteca Hospitalar: O Papel do Pedagogo no Desenvolvimento Clínico e Pedagógico de

Crianças Hospitalizadas. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**– Volume 3 – nº 1 – 2012.

SOUZA, Audrey Pietrobelli de; ROSSO, Ademir José. Mediação e zona de desenvolvimento proximal (ZDP): entre pensamentos e práticas docentes. In: **CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**, 10., 2011, Curitiba. Anais... Curitiba: Champagnat, 2011.

SOUZA, ASL. O Direito à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília – UnB. 2014. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/8250/1/2014_AntoniaSabrinaLopesSousa.pdf. Acesso em 05 jul 2019

TAVARES, Romero. Aprendizagem Significativa. **Revista Conceitos**, v. 5, n. 10. Paraíba: UFPB, 2004. Disponível em: <http://www.fisica.ufpb.br/~romero/pdf/ReuniaoTrabalhosAcademicos.pdf>. Acesso em 05 jul 2019

TEDESCO, J. D. R., & JUNGES, J. R. (2013). Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8),1685-1689.

VASCONCELOS, M. L. M. C. (In) **disciplina, escola e Contemporaneidade**. São Paulo, Editora Mackenzie, 2001.

VELASCO, Cacilda Gonçalves. **Brincar, o Despertar Psicomotor**. Editora Sprint, Rio de Janeiro, 1996.

VIANNA, Ysmar; VIANNA, Maurício; MEDINA, Bruno; TANAKA, Samara. Gamification, Inc.: **como reinventar empresas a partir de jogos**. MJV Press: Rio de Janeiro, 2013.

VIEIRA, Therezinha; CARNEIRO, Márcia Sartorelo. O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In: **BOMTEMPO**, Edda; ANTUNHA, Elsa Gonçalves; OLIVEIRA, Vera Barros. Brincando na escola, no hospital, na rua...Rio de Janeiro: Wak, 2008.

VYGOTSKY, L. S. **Aprendizagem, desenvolvimento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Ícone 1998.

VYGOTSKY, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N.; VYGOTSKY, L. S. **Psicologia e pedagogia**. São Paulo: Moraes, 1991.

WAJSKOP, G. **Brincar na Pré-Escola**. São Paulo: Cortez, 1995

WEBER, Marly. **Professor, mestre e aprendiz**. Disponível em: http://resumos.netsaber.com.br/ver_resumo_c_45051.html. 2009 Acesso em: 7 jul. 2019.

WATERKEMPER, Roberta; PRADO, Marta Lenise do. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em enfermagem. **Avances em Enfermería**. XXIX, n. 2, jul-dez, 2011.

ZABALA, Antoni; ARNAU, Laia. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: ArtMed, 2010

ZANLUCHI, F. B. O brincar e o criar: as relações entre atividade lúdica, desenvolvimento da criatividade e Educação. Londrina: O autor, 2005.

ZOBOLLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-162, 2007.

Anexo 1 – PARECERE CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE E O ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD): PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.

Pesquisador: Edgar Malech Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94226918.5.3001.5236

Instituição Proponente: SOBEU - ASSOCIACAO BARRAMANSENSE DE ENSINO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.959.331

Apresentação do Projeto:

Sem entrar no mérito da importância do presente estudo, o mesmo não apresenta nenhuma proposta que possa ferir a bioética na pesquisa científica, sendo utilizados como objeto de pesquisa a percepção de estudantes a cerca de determina situação vivenciada por portadores de deficiência.

Objetivo da Pesquisa:

Através do levantamento da importância de uma formação a saúde baseada na pedagogia da problematização, arco de Charles Maguerez, ou seja na atuação do profissional da saúde e estudantes com olhar centrado no sujeito e fundamentado nos direitos expressos na lei 13,146/2015, propor intervenção didático-pedagógica, por meio de simuladores de circunstâncias/ambientes que demonstrem os modos de relação na clínica no atendimento à Pessoa com Deficiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem definidos no projeto e no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com bom delianeamento metodológico inferir sobre a bioética nas pesquisas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados de forma coreta

Endereço: Rua Vereador Pinho de Carvalho Nogueira 267
Bairro: Centro **CEP:** 27.330-550
UF: RJ **Município:** BARRA MANSA
Telefone: (24)3325-0222 **Fax:** (24)3323-3690 **E-mail:** ubm@sobeu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARRA MANSA - UBM/RJ



Continuação do Parecer: 3.959.331

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendencias

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado está de acordo com o parecer do relator. Projeto aprovado. Os pesquisadores devem enviar os relatórios parcial e final ao CEP pela plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_EDGAR_MALECH_ASSINADA_TITULO_ATUALIZADO.pdf	04/12/2019 11:59:22	Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/11/2019 08:53:56	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.docx	24/11/2019 23:29:24	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Outros	PARECER_CONSUBSTANCIADO_DO_COEPS.docx	24/11/2019 22:49:57	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Outros	resumo_do_projeto_apresentacao.docx	24/11/2019 22:42:03	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Outros	carta_de_ciencia.docx	24/11/2019 22:20:54	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Outros	questionario_pre_pos_teste.docx	24/11/2019 21:11:52	Edgar Malech Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO.docx	24/11/2019 21:09:56	Edgar Malech Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vereador Pinho de Carvalho Nogueira 267
Bairro: Centro **CEP:** 27.330-550
UF: RJ **Município:** BARRA MANSA
Telefone: (24)3325-0222 **Fax:** (24)3323-3690 **E-mail:** ubm@sobeu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARRA MANSA - UBM/RJ



Continuação do Parecer: 3.959.331

BARRA MANSA, 07 de Abril de 2020

Assinado por:
Ariela Torres Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Vereador Pinho de Carvalho Nogueira 267
Bairro: Centro **CEP:** 27.330-550
UF: RJ **Município:** BARRA MANSA
Telefone: (24)3325-0222 **Fax:** (24)3323-3690 **E-mail:** ubm@sobeu.br

Apêndice 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Coordenador do Projeto: EDGAR MALECH RIBEIRO

Telefones de contato do Coordenador do Projeto: 24 998283573

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Pró Reitoria de Pesquisa e pós-graduação – Prédio 3, sala 5

Campos Olezio Glotti Av Paulo Erlei Alves Arantes, n 1325, 3 Poços, Volta Redonda / RJ

CEP: 27240 – 560

2- Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo: Desenvolver competências junto aos estudantes da área de saúde com vistas ao atendimento da Pessoa com Deficiência (PcD).

A finalidade dessa Pesquisa é a de obter subsídios para a fundamentação do produto de aprendizagem, objeto do Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Como objetivo consequente, a pesquisa visa contribuir para o processo e formação dos alunos do Curso de saúde, possibilitando o atendimento humanizado da Pessoa com Deficiência (PcD). Partiu-se da exigência disposta no Estatuto da Pessoa com Deficiência, capítulo III, artigos 18 a 26 da lei 13.146/2015, que garante o direito ao acesso universal, igualitário e integral aos serviços e ações de saúde às Pessoas com Deficiência.

Assim, o objetivo proposto, relativo ao desenvolvimento de competências junto aos estudantes da área da saúde, encontra seu amparo nas análises e pressupostos do direito à saúde da Pessoa com Deficiência, o que significa estabelecer critérios que possibilitem a reconfiguração da relação profissional-paciente; Analisar a partir das DCNs, que estabelecem a base curricular de formação da área da saúde, os aspectos relativos à preparação do profissional no trato da Pessoa com Deficiência; Propor uma Metodologia de Ensino com vistas ao desenvolvimento de competências a serem aplicadas à otimização da relação do

médico, em seu exercício clínico, junto ao paciente com deficiência, por meio da aplicação de simulações vivenciais.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

No intuito de estabelecermos os procedimentos para a coleta de dados, comunicamos que os participantes da pesquisa, discentes do Curso da área da saúde que serão submetidos, à sondagem, por meio questionário pré-teste, respondendo questões relativas ao conhecimento prévio que teriam acerca do modo como o paciente com deficiência deve ser tratado. A partir das respostas registradas no pré-teste, os alunos deverão participar de um curso de extensão, possibilitando a configuração do conhecimento prévio que possuíam acerca do objeto de pesquisa, a saber, o atendimento à pessoa com deficiência. Após o curso de extensão, os participantes responderão ao pós – teste, de modo que o pesquisador possa obter parâmetros comparativos entre as respostas do antes e do depois.

Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento RESPOSTA AO PRÉ-TESTE, PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE EXTENSÃO, RESPOSTA AO PÓS-TESTE, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

A sua participação como voluntário, ou a do menor pelo qual você é responsável, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa. ou menor.

A sua participação poderá envolver os seguintes riscos:

Todos que participam da pesquisa serão informados dos procedimentos do estudo, orientados e no caso de algum desconforto, a informar aos pesquisadores não continuarão com os procedimentos, caso o desconforto permaneça serão encaminhado ao setor competente da instituição, a fim de buscar suporte de outros profissionais.

Em relação aos riscos do estudo, são mínimos, pois a coleta de dados se dará em uma sala de aula, ambiente acadêmico já conhecido e frequentado por eles, a coleta de dados será feita de forma reservada e acompanhada pelo pesquisador que o auxiliará a todo momento os participantes.

Em relação aos benefícios, os participantes estarão participando de um curso sem custo e atendendo a exigências do curso, e ainda corroborando na geração de um material científico que ficará disponível aos participantes e a comunidade acadêmica para servir de consultas, análises e estudos para novas pesquisas com intuito de contribuir ao meio acadêmico.

Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.

Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Forma de acompanhamento e assistência:

Os participantes serão acompanhados pelos pesquisadores durante todo o processo de coleta de dados prestando toda assistência necessária que garante a segurança do participante na aquisição dos dados. Conforme abordado anteriormente.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Você é livre pra recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefício.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados pra você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Uma deste consentimento informado será arquivada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário, e outra será fornecida a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos:

A participação no estudo não acarretará custos para você bem como não implicará em nenhuma compensação financeira adicional

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Barra Mansa, _de _____ de 20_____.

Participante: _____

Apêndice 2 – Pré teste e Pós teste**Oficina de capacitação:**

Formação do profissional de saúde e o atendimento da pessoa com deficiência (PcD): proposta de capacitação.

Identificador: _____

QUESTIONÁRIO PRÉ TESTE:

1. O tema inclusão é exclusivo para deficientes?
() Sim () Não
2. Nos dias de hoje, uma pessoa com deficiência deve ser associada a imagem de vencedor?
() Sim () Não
3. Pessoas com deficiência devem ter privilégios?
() Sim () Não
4. temos que utilizar de prudência para não causar constrangimento a um deficiente?
() Sim () Não
5. Em sua opinião, devemos tratar todas as pessoas de modo igual?
() Sim () Não
6. Ajudar um deficiente é gratificante?
() Sim () Não
7. Pessoas com deficiência são especiais?
() Sim () Não

8. Como você reage quando se depara com uma pessoa com deficiência?

9. O que você considera mais importante para acolher uma pessoa com deficiência?

Oficina de capacitação:

Formação do profissional de saúde e o atendimento da pessoa com deficiência (PcD): proposta de capacitação.

Identificador: _____

QUESTIONÁRIO PÓS TESTE:

1. O tema inclusão é exclusivo para deficientes?
() Sim () Não
2. Nos dias de hoje, uma pessoa com deficiência deve ser associada a imagem de vencedor?
() Sim () Não
3. Pessoas com deficiência devem ter privilégios?
() Sim () Não
4. temos que utilizar de prudência para não causar constrangimento a um deficiente?
() Sim () Não
5. Em sua opinião, devemos tratar todas as pessoas de modo igual?
() Sim () Não
6. Ajudar um deficiente é gratificante?
() Sim () Não
7. Pessoas com deficiência são especiais?
() Sim () Não

8. Como você reage quando se depara com uma pessoa com deficiência?

9. O que você considera mais importante para acolher uma pessoa com deficiência?

Apêndice 3 - VIVÊNCIA

Vivencia: Somos todos deficientes: me ajude por favor?

Objetivo: Sentir a dificuldade de ser deficiente. E a necessidade de dependência do outro sem recursos adaptados.

Procedimento: Oportunizar experiências diversas em simuladores com condições de deficiência como: vendas, muletas, andadores, cadeira de rodas e assim, criar através de uma atividade lúdica uma brincadeira com objetivo de fazer com que o participante perceba as condições e as necessidades de uma pessoa com deficiência.

Desenvolvimento: Nesse momento os discentes terão que se deslocar de uma região a outra tendo de enfrentar suas deficiências simuladas e descobrir onde será a aula. O mediador estará aguardando os alunos como uma caça ao tesouro com pistas e charadas ou mapas. A regra é o surdo pedindo informação, o cadeirante se deslocando, sendo empurrado pelo cego, outro cego tendo que usar o piso tátil sem um guia, o amputado tendo que abrir, manusear as charadas ou o mapa do tesouro (sala de aula).

Apêndice 6 – Descrição das cenas.

Vídeos

- 1 ATENDIMENTO DOMICILIAR
- 2 FALSA ACESSIBILIDADE
- 3 ANAMNESE
- 4 O LAUDO
- 5 DEPRESSÃO
- 6 LEOZINHO
- 7 A SURDA
- 8 RECEPÇÃO
- 9 UM OLHAR

Descrição da cena: 1

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO: “Atendimento Domiciliar”
- Parte I
- Na primeira parte, Dr. chega na casa da senhora analisando as características de sua residência de forma invasiva, falando que a casa tem uma boa estrutura, sem ao menos olhar pra paciente Dona Marisa que de fato é o motivo de sua presença , mesmo sua filha apontando para ela, ele continua dando importância a infra estrutura do seu quarto e da casa.
- Parte II
- Na segunda parte Dr. começa a consultar Dona Marisa somente depois que sua filha dá uma cortada nele, falando que a estrutura é muito boa mas que precisava olhar sua mãe. Então ,ele começa a consulta de uma forma á forçar uma simpatia e uma intimidade familiar, como se ela fosse uma amiguinha, sem trato técnico ou respeito por ela e sua filha. Atende o celular no meio da consulta, demonstrando o seu não comprometimento com a ética como médico. Encerrando o atendimento sem definir um quadro clinico a seus entes.

Descrição da cena: 2

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “Falsa acessibilidade”
- Parte I
- O paciente chega ao consultório para uma consulta, se apresenta e a secretária indica que o mesmo deve aguardar para ser chamado. Depois de folhear uma revista, pergunta pelo banheiro e vai até o banheiro, tudo se passa de forma corriqueira e bem natural.
- Parte II
- Quando um segundo paciente cadeirante chega e se identifica, a secretária para tudo e se volta totalmente ao recém chegado com uma “abordagem diferenciada exclusiva”, avisa que ele deve aguardar e logo se dispõe a ajudar, mesmo percebendo não ser necessário, desejando ser útil, o mesmo a dispensa. A secretária se volta ao paciente querendo um bate papo de aproximação. Quando o primeiro paciente volta de sua ida ao banheiro, o paciente Roberto pergunta pelo banheiro, e a secretária, sem que ele lhe solicite auxílio, já toma a iniciativa de empurrá-lo em sua cadeira em direção ao banheiro. Ao chegar ao banheiro, o paciente percebe que o banheiro oferece uma acessibilidade não eficaz.
- OBS: Nessa cena é interessante ressaltar que criar uma acessibilidade sem o verdadeiro acolhimento, sem o comprometimento, só por força de lei não acolhe ninguém, citamos um verdadeiro banheiro acessível , minuciosamente pensado, seguindo toda regulamentação das normas estudadas para melhor acolher. Então, a roda de debates expõe o vídeo, colocando em cheque a questão para o grupo, se eles desejam ser como um banheiro acessível não eficaz ou um profissional que pensa no seu paciente de forma minuciosa e acolhedora.

Descrição da cena: 3

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “Anamnese”

-
-
- Parte I
-
- Na primeira parte a médica chama a paciente do lado de dentro da sala, sem ir até ela, mesmo sabendo da dificuldade de locomoção que a paciente tem. Então , Jéssica fica na porta da sala numa postura bastante receosa, e mesmo assim, ela não vai até ela começando assim um sutil jogo de chantagem, para o andamento da consulta com ela na porta, a doutora então faz algumas perguntas de anamnese. A médica pra conseguir fazer o exame usa-se de barganhas , guloseimas para comprar a confiança da paciente conseguindo assim executar o exame.
- Obs: Vale ressaltar, nessa cena, que a doutora não consegue estabelecer vínculos para uma relação ética, recíproca e comprometedora entre profissional/paciente. Apesar da profissional conseguir executar a parte clínica.

Descrição da cena: 4

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “O laudo”
- Parte I
- A consulta se inicia apenas com a mãe muito angustiada contando suas dificuldades em relação ao comportamento de seu filho, tanto na escola quanto em casa. O médico escuta os relatos da mãe sobre o comportamento do filho. Um momento depois, começa a descrever os comportamentos de uma criança que o médico leva a crer que se enquadra num quadro de autismo e a mãe afirma que o filho apresenta tais comportamentos. E lhe mostra um vídeo pelo celular. Mesmo sem ver a criança já define o diagnóstico, e explica com meias palavras para a mãe o que seria essa questão. A mãe se desespera e o médico receita um calmante, para a mãe e para o filho e pede que uma nova consulta seja realizada, agora com a presença da criança, já diagnosticada.

Descrição da cena: 5

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “Depressão”
- Parte I
- Roberto chega ao consultório e aguarda ser chamado, quando chega sua vez o médico cumprimenta a acompanhante que já é uma conhecida e a mesma apresenta o Roberto como seu esposo só após uma conversa íntima onde o paciente fica em segundo plano, com uma certa dificuldade e sem uma devida atenção, o paciente e sua acompanhante entram no consultório. A esposa faz relatos sobre as queixas que seu marido enfrenta e ambos não direcionam a atenção a quem devia e o médico começa a examiná-lo. A conversa íntima entre eles continua em meio aos procedimentos paralelos, o médico disponibiliza seu telefone pessoal numa clara atitude de interesse pessoal e depois receita uma medicação para o paciente direcionando a atenção a acompanhante, numa clara ação de desconsideração e respeito.

Descrição da cena: 6

- DESCRIÇÃO DAS CENAS:
- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO: “Leozinho”
- Parte I
- Na primeira parte, Leozinho chega com sua namorada e sua mãe para ser atendido pelo Dr. Edgar, mas o médico acaba não seguindo a conduta adequada de chamar primeiro as pessoas com necessidades, e chama a outra paciente que estava na fila.
- Parte II
- Na segunda parte, Dr. Edgar ao chamar Leozinho para a consulta, o trata de maneira infantilizada, falando e tocando nele como se fosse criança, passando a mão na cabeça dele (coisa que ele detesta). Em nenhum momento pergunta para ele como está se sentindo, e dirigindo-se à mãe ignora-o.
- Parte III
- Na terceira parte, o Dr. Edgar continua tratando Leozinho com infantilidade

dentro do consultório, e se dirigindo somente a mãe dele, pergunta sobre as suas queixas, lembrando que Leozinho já tem 17 anos. Mesmo no momento em que o examina, Dr. Edgar continua se referindo a sua mãe, sem perguntar a ele como está se sentindo, sem , sequer , olhar para ele, enfim, sem trato nenhum com ele. Vale ressaltar, que em momento algum o Dr. se dirige a namorada de Leozinho que acompanha a consulta.

Descrição da cena: 7

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “A surda”
- Parte I
- Na sala de espera existem três pessoas aguardando. O médico chama uma paciente, mas ninguém responde e passa a chamar o próximo. Depois da primeira consulta, chama novamente a primeira paciente, mas sem resposta chama o próximo que já entra. Quando termina a segunda consulta, o médico então pergunta para a moça se ela é a paciente que ele chama, sem notar que ela é uma pessoa surda, ela então de alguma maneira entende a situação afirma que sim e entra. Contudo o médico ainda não percebendo que ela é surda continua falando enquanto a mesma senta na cadeira. Assim, que a paciente começa a gesticular então ele percebe a dificuldade dela, continua falando rápido, alto na tentativa de estabelecer uma comunicação e entender o que ela esta sentindo. Não se preocupando ou não sabendo lidar com a limitação da paciente, o médico não olha para ela, não mexe os lábios ao falar, fala voltando as costas, desconsiderando sua dificuldade e continua como se nada houvesse de errado, enquanto a paciente fica perdida e sem entender o que ele está falando, comprometendo assim o atendimento.

Descrição da cena: 8

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “Recepção”
- Parte I

Um paciente chega ao consultório andando com dificuldade, avisa que tem uma

consulta e a secretária pede a ele para aguardar. Mesmo vendo a dificuldade do paciente, a secretária repara a fisionomia dele e começa a tecer comentários inadequados. Quando ele é chamado, ele não consegue levantar e a secretária grita o médico, que olha com desdém para ele e começa a perguntar onde dói de uma maneira ríspida. Logo o médico pede para que a secretária pegue a cadeira de rodas e o médico ajuda o paciente a se sentar nela, mas ele repara que ele pode não conseguir sentar na cadeira por não ser adequada ao seu tamanho e o encoraja a andar. Ele sai fazendo gestos para a secretária e não ajuda o paciente e nem se preocupa se ele vai conseguir chegar a sala de consulta. O médico para e olha o celular, só faz perguntas e nem toca no paciente para examinar de perto as suas dores. Ele passa um exame para o mesmo realizar, não o ajuda a se levantar e nem a andar, mas repara a fisionomia do paciente, também tecendo comentários inadequados relativos ao seu biotipo.

Descrição da cena: 9

- CRÉDITOS INICIAIS:
- TÍTULO “Um olhar”
- Parte I
- No consultório a mãe afirma que o filho sente dores de barriga e de cabeça. Por várias vezes o médico faz a mesma pergunta sobre onde dói para a mãe enquanto examina o paciente sem lhe dar o mínimo de atenção tratando-o como um objeto.