

O DESAFIO PARA AS AÇÕES INTERDISCIPLINARES NO CUIDADO EM SAÚDE FRENTE A DIVERSIDADE E DESIGUALDADE SOCIAL¹

THE CHALLENGE OF INTERDISCIPLINARY ACTIONS IN HEALTH CARE IN DIVERSE AND UNEQUAL COMMUNITIES

Lidiane Musselin², Fabiana Corrêa², Priscila Pavan Detoni³ e Marilucia Vieira dos Santos⁴

RESUMO

O presente estudo é um relato de experiência sobre desigualdades e diversidades sociais, o impacto desses fatores para as ações interdisciplinares de cuidado em saúde, realizadas em um projeto extensionista de ensino superior em um bairro periférico de uma cidade de médio porte do Vale Taquari/RS/Brasil. As equipes de extensão foram formadas por um professor tutor e estudantes dos diversos cursos das áreas da saúde e das humanidades no período de 2016 a 2018. A partir da análise dos diários de campo, foi realizada a interlocução entre as práticas vivenciadas com a referência bibliográfica, para discussão sobre o quanto impacta para as ações de educação em saúde na comunidade atendida. Dentre as questões sociais do bairro, destacam-se as dificuldades de emprego, renda insuficiente, baixa escolaridade, além das doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, as cardiovasculares, pulmonares, metabólicas/hormonais e neurológicas. A adesão da comunidade para a educação em saúde depende do reconhecimento das equipes de extensão sobre a diversidade e as desigualdades sociais presentes no território de abrangência, que se deparam com uma população diversa, por marcadores sociais e culturais que afetam diretamente as concepções sobre saúde e cuidado. Nesse sentido, é necessário reconfigurar as intervenções educativas com vista à autonomia das pessoas da comunidade no processo do cuidado em saúde e aumento da qualidade de vida.

Palavras-chave: cidadania, determinantes sociais em saúde, extensão universitária, interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The present study is an experience report about social inequalities and diversities, the impact of these factors on interdisciplinary health care actions, carried out in a higher education extension project in the suburbs of a medium-sized city in Rio Grande do Sul, Brazil. The extension teams were formed by a tutor professor and students from various undergraduate courses in the areas of health and the humanities from 2016 to 2018. Based on the field diaries, we related the practices experienced with the bibliographic references and we performed a discussion about the impacts of health education actions on that community. Among the social issues of that area we highlight the difficulties of employment, insufficient income, poor education, in addition to chronic non-communicable diseases such as cardiovascular, pulmonary, metabolic, hormonal, neurological ones. Community adherence to health education depends on the recognition the extension teams must have about the diversity and social inequalities present in the target community, which face a diverse population with social and cultural markers that directly affect the conceptions of health and care. In this sense, it is necessary to reconfigure educational interventions aimed at promoting autonomy for the people in the suburbs in their process of health care and the search for life quality.

Keywords: citizenship, determinants in health, university extension, interdisciplinarity.

¹ Trabalho de Extensão.

² Alunas do curso de Psicologia - Universidade do Vale Taquari/Lajeado/RS. Bolsistas do Projeto de Extensão Ações Interdisciplinares de Cuidado em Saúde. E-mail: projetosocial@univates.br

³ Psicóloga - Docente na Universidade do Vale do Taquari (Univates). E-mail: priscila.detoni@univates.br

⁴ Orientadora. Fisioterapeuta - Docente na Universidade do Vale Taquari (Univates). E-mail: fisiolus@univates.br

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta o relato de experiência com foco nas reflexões sobre desigualdades e diversidades de um projeto interdisciplinar de cuidado em saúde, realizado como extensão universitária por um grupo de professores e estudantes dos diversos cursos das áreas da saúde e humanidades. Nessa perspectiva, trata-se das intervenções de um projeto realizado em uma cidade de médio porte do Vale Taquari, na região central do Rio Grande do Sul. O Projeto de Extensão “Ações Interdisciplinares de Cuidado com a Saúde” (PI) visou promover ações interdisciplinares que contribuam com o processo de formação diferenciada dos estudantes da Universidade do Vale do Taquari - Univates/Lajeado/RS, para promover novas práticas de cuidado em saúde em conjunto com a unidade de saúde local, no benefício da comunidade para autonomia do seu cuidado (SANTOS *et al.*, 2016a).

O projeto oportunizou aos estudantes acadêmicos identificar o contexto socioeconômico, para propor estratégias interdisciplinares de cuidado em saúde sustentáveis, integrando a universidade e a comunidade (GRAVE *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2017). Dessa forma, possibilitou a interação entre os cursos das áreas da saúde, como os de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Estética e Cosmética, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia e das Ciências Humanas e Sociais, representadas pelos cursos de Arquitetura, Direito, História, Jornalismo e Pedagogia (MARTINS *et al.*, 2017); bem como das instituições públicas e filantrópicas representativas do bairro foco, tais como escolas, projetos sociais, religiões e posto de saúde (SANTOS *et al.*, 2016b).

Todas as atividades desenvolvidas pelo projeto tiveram como ponto de partida as trocas de informações com os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), além das demais instituições e da própria comunidade (SANTOS *et al.*, 2016a). Buscou-se assim estimular o trabalho em equipe multi e interdisciplinar, valorizando o conhecimento de todos os sujeitos envolvidos, pois a relação da equipe, a adesão da comunidade e o apoio dos gestores são fatores importantes para o planejamento e as ações continuadas de saúde como possibilidades de efetividade de ações educativas em saúde, para melhoria da qualidade de vida da população assistida (ANDRADE *et al.*, 2011).

O projeto PI também teve como princípio o cuidado humanizado, que implicou a compreensão e a valorização da pessoa humana, enquanto sujeito histórico e social, na busca constante de novas alternativas terapêuticas singulares e coletivas eficientes para desenvolver as demandas e as potencialidades dos sujeitos. A interlocução entre as equipes do projeto e profissionais da ESF ocorreu com frequência com vista à qualificação do trabalho desenvolvido junto à comunidade foco, por meio da troca de saberes/experiências e da discussão dos casos clínicos acompanhados, para que, em conjunto, possam melhor compreender as demandas e propor estratégias terapêuticas de promoção à saúde e prevenção à doença (GRAVE, 2013). Uma vez que entende-se por concepção de saúde o completo estado de bem estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doenças (SBEGHEN *et al.*, 2017), o sujeito deve ser capaz de lidar com a sua

condição de saúde e/ou de doença no ambiente que habita, sendo ponderado o meio nas nuances das suas desigualdades e diversidades.

A pauta das desigualdades sociais em saúde esteve presente na história de construção de direitos em saúde no Brasil, principalmente ligados a possibilitar o acesso à saúde para diferentes populações com a Constituição Federal de 1988, a qual definiu a saúde com um conceito amplo, que incluiu os seus principais determinantes e apontou, em linhas gerais, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (BARATA, 2009). Desde então, os serviços em saúde e os profissionais da área e de formação em saúde se deparam com uma população diversa, pelas suas diferentes etnias, raças, classes sociais e culturais, sendo fatores que influenciam no processo de saúde e cuidado.

As desigualdades sociais são de âmbito epidemiológico, ou seja, a posição social de cada indivíduo repercute sobre sua saúde, bem como a etnia e a discriminação. Como categorias importantes de análise, incluem-se os marcadores sociais da diferença que produzem Determinantes Sociais em Saúde-DSS (BARATA, 2009). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são as condições em que as pessoas vivem e trabalham, dentro dos fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma determinada população. Enquanto os marcadores sociais da diferença têm sido utilizados em estudos para referir a todas as especificidades que constituem as identidades, como raça/etnia, classe social, moradia e habitação, tipo de emprego e educação; os marcadores da diferença possibilitam não somente calcular uma somatória de opressões, mas de perceber que os marcadores sociais e, também, de identidade, para além de uma forma de categorização limitante, oferecem recursos que possibilitam a ação (PISCITELLI, 2008).

Brah (2006) define diferença, diversidade, pluralismo e hibridismo como um dos termos mais debatidos e contestados do nosso tempo, pela multiplicidade do seu significado. Portanto, a autora busca não privilegiar o nível macro ou micro de análise, mas articular discursos e práticas inscritas nas relações sociais, nas posições de sujeito e nas subjetividades, o que pode ser explicado pela interseccionalidade. A interseccionalidade torna-se, então, uma ferramenta de análise que nos ajuda a perceber como diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades. São nos pontos de intersecção que se percebem as diferentes experiências de opressão e de privilégio. Todavia, não se deve olhar a combinação dos diferentes marcadores sociais da diferença como uma mera soma, mas sim percebê-la como uma resultante de experiências singulares que não podem ser ordenadas em escalas e/ou hierarquias (BRAH, 2006).

Nesse contexto, entende-se que é de suma importância discutir sobre as diversidades/diferenças e desigualdades sociais que cercam as pessoas, uma vez que esses fatores afetam diretamente a qualidade de vida. Assim, o objetivo do presente estudo é discutir sobre as diversidades e desigualdades sociais de um bairro periférico de uma cidade de médio porte do Vale Taquari/RS, o impacto

desses fatores para as ações interdisciplinares de cuidado em saúde, realizados por um projeto extensionista de ensino superior durante o período de 2016 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como qualitativo, descritivo e exploratório. Na primeira parte, foi descrito o relato das experiências do projeto de extensão universitário “Ações Interdisciplinares de Cuidado em Saúde”, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Vale Taquari - Univates. As informações foram extraídas de seis atas de reuniões entre os professores tutores multiprofissionais envolvidos e os sete diários de campo utilizados pelas equipes acadêmicas, do período de 2016 a 2018. Na segunda parte, foi realizada uma interlocução entre as práticas vivenciadas com a referência bibliográfica, para discussão sobre o quanto impacta para as ações de educação em saúde as diversidades e as desigualdades sociais encontradas na comunidade atendida. A ferramenta do diário de campo na área da saúde produz a possibilidade de pesquisar “com” a comunidade, colocar-se no processo de alteridade para buscar ativar práticas promotoras de saúde (MENDES *et al.*, 2016).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Relata-se aqui a realidade de um bairro periférico, considerado um dos mais populosos em comparação com os demais bairros do município de Lajeado, estado do Rio Grande do Sul, no qual a maioria dos moradores encontra-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica (SANTOS *et al.*, 2017). As ações extensionistas realizadas pela Univates ocorrem há 15 anos nesse local e o projeto de extensão atual, “Ações Interdisciplinares de Cuidado com a Saúde” (PI), representa a continuidade dessa caminhada que articula ensino-serviço-comunidade. O território de atuação contém aproximadamente 4.200 habitantes em um território de 2.534 m². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), 57% dessa população declarou-se como dependente de outro, sendo predominante a faixa etária de adultos. Ainda, os domicílios registrados permanentes são de 942 e cada residência contém em torno de 3.5 moradores. Atualmente, observa-se uma crescente ocupação populacional no bairro e destes muitos são itinerantes. Algumas mudanças foram desenvolvidas para acomodação das pessoas, como, por exemplo, a construção de novas residências, inclusive do programa “Minha Casa, Minha Vida”, e o aumento de vagas nas escolas; porém, isso ainda é insuficiente para atender todas as demandas, especialmente, as sociais, produzindo vulnerabilidades para a comunidade. Assim, o projeto PI vinculado à instituição de ensino superior Univates engajou-se às ações sociais para ajudar a reduzir essas condições adversas que o bairro enfrenta.

As vivências se deram por sete equipes do projeto de extensão, compostas por estudantes do ensino superior de diferentes cursos das áreas da saúde, Ciências Biológicas, Biomedicina, Educação

Física, Enfermagem, Estética e Cosmética, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, e das áreas humanas e sociais, Arquitetura, Direito, História, Jornalismo e Pedagogia. Cada equipe contou com um professor tutor responsável, vinculado a um curso de graduação das áreas da saúde, a fim de auxiliar na articulação com os profissionais e as pessoas da comunidade para atuação nas ações de educação em saúde.

A partir dos diários de campo, foram descritas as experiências relacionadas às temáticas diversidade e desigualdade, em especial às questões que envolvem condições educacionais e de saúde, influenciadas diretamente pelos determinantes sociais de saúde que incluem aspectos culturais, sociais e econômicos.

Por se tratar de uma comunidade marcada por vulnerabilidades sociais e econômicas, são frequentes as situações de conflitos sociais no que diz respeito à questão financeira, uma vez que a maioria da comunidade trabalhadora apresenta uma remuneração salarial baixa, sem mencionar os desempregados. É comum mais de um membro da família não ter emprego, sendo perceptível, nas tardes que ocorrem as visitas às famílias, encontrar vários moradores adultos nos pátios das casas conversando e tomando chimarrão, bem como muitas mulheres cuidando de crianças pequenas, o que marca uma desigualdade de gênero nas oportunidades de as mulheres conseguirem trabalho remunerado. Muitas vezes até, por não conseguirem creche para os filhos, priorizam os trabalhos formais dos seus companheiros.

Ainda, o fato de a maioria das famílias não dispor de recursos suficientes para dar conta de agravamentos das doenças, leva às situações de cronicidade. Sabe-se que as condições sociais e econômicas impactam diretamente nas condições de saúde, tanto no que refere à questão do acesso, quanto ao conhecimento de buscar o serviço antes do avanço nos agravos na condição de saúde. Dessa forma, a maioria das pessoas do bairro utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), e, por se tratar de uma comunidade que se encontra dentro de uma cidade de médio porte, muitas especialidades médicas precisam ser fornecidas pelas cidades próximas ou até mesmo pela capital do Estado, o que demanda investimento em recursos para transporte. Além disso, as filas de espera são imensas para o acesso às especialidades médicas e nem sempre os atendimentos são fornecidos de forma imediata às necessidades buscadas na UBS.

Muitas pessoas da comunidade têm pouca ou nenhuma condição financeira para pagar o transporte para deslocar-se ao centro da cidade, onde a maioria das instituições de serviços especializados se localiza, sendo elas: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSs), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o hospital da cidade, a farmácia escola da Univates e o Serviço de Atendimento Jurídico (SAJUR). Acredita-se que todos esses entraves econômicos dificultam a adesão das pessoas às orientações de educação em saúde. Outro fator importante é que muitas pessoas, além do acompanhamento clínico, necessitam de suporte medicamentoso, nutricional e demais materiais, como, por exemplo, fraldas

descartáveis, materiais de higiene, cama hospitalar, colchão piramidal e órteses, para garantir mínimas condições de uma vida digna. Diante dessas faltas de suporte de insumos, as equipes do projeto PI precisam articular com outros órgãos governamentais e filantrópicos da cidade para auxiliar a comunidade na busca desses recursos, em especial com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o sistema de Justiça para acesso aos medicamentos, alimentos e demais utensílios necessários.

No que diz respeito às condições de saúde física da população, destaca-se a incidência de doenças cardiovasculares, pulmonares, metabólicas/hormonais e neurológicas, tendo como morbidades, hipertensão, acidente vascular encefálico, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e diabetes. Diante desse quadro de enfermidades, a agenda de consultas da ESF local sempre está cheia, todavia muitas consultas não são feitas pela ausência dos usuários, que muitas vezes não justificam a desistência. Em especial pela demora das consultas, a demanda inicial passa a não fazer mais sentido, por isso os pacientes buscam maneiras alternativas, como, por exemplo, ervas e suporte religioso para dar conta de aliviar os sofrimentos.

Ainda, observa-se a resistência das pessoas aos tratamentos e às mudanças comportamentais para hábitos de vida mais saudáveis, mesmo tendo conhecimento das consequências malélicas. As escolhas ocorrem por outros vieses, seja pela condicionante cultural que valoriza a alimentação mais rica em carboidratos e gordura, seja pelo fato de as frutas e verduras terem um custo maior, o que interfere diretamente na renda familiar. Outro fator que impacta na saúde da comunidade é a presença dos parasitas no ambiente escolar, como, por exemplo, bicho de pé, piolho e verminose, por falta de higiene corporal, principalmente no âmbito familiar. O acúmulo de lixo pelas ruas e em muitas residências, a falta de saneamento básico e um número elevado de animais domésticos em maus cuidados podem contribuir para a presença e a prevalência das enfermidades ou doenças das pessoas da comunidade.

Muitas ações interdisciplinares de educação em saúde, com vista ao conceito de clínica ampliada, já foram realizadas pelo projeto PI em conjunto com a ESF e as demais instituições locais, com objetivo de conscientizar a comunidade em relação às consequências da saúde física e mental e suas dependências para a forma de cuidado com o corpo e com meio ambiente. No entanto, boa parte das pessoas da comunidade mantém seus comportamentos cristalizados, inclusive pelos marcadores de gênero, raça, etnia e classe social, mesmo que muitos reconheçam a necessidade de mudança para uma vida mais saudável.

A comunidade pode ser considerada plural no que diz respeito às condições socioculturais. Existem moradores que têm um trabalho formal, porém outros tantos não desfrutam da mesma condição. Vale lembrar, também, aquela parte significativa, não representada pelas estatísticas, que vive de vendas irregulares de drogas, alimentos e demais utensílios. É frequente o conflito entre essas pessoas e a Justiça, e, ainda, o confronto com a própria comunidade, com uso de armas de fogo, o que leva à morte tanto envolvidos como inocentes. Diante dessa situação habitual, os moradores encontram-se sempre em meio à violência urbana, sendo naturalizado o relato das mais diversas situações

de violência e marginalização na comunidade. Essas realidades vivenciadas acabam influenciando os moradores na escolha de realizar atividades ilegais e perigosas, bem como, no comportamento social agressivo. Consequentemente, muitas famílias sofrem com tal situação de risco. As equipes do projeto PI, quando chegam às casas ou nas instituições para discutir sobre saúde, constantemente se deparam com as questões de violência, das mais variadas formas, como, por exemplo, a verbal, a comportamental e a atitudinal, fruto da reprodução da violência doméstica e urbana, que precisa ser trabalhada para o manejo da melhoria da convivência social.

A formação familiar também é bastante diversificada, sendo frequente a presença de famílias recompostas por tios e sobrinhos, sogro e nora, avós e netos, pais e filhos adotivos de mais de um relacionamento e entre conhecidos sem laço consanguíneo. Não raras vezes, a família é constituída por afeto, por necessidade socioeconômica e/ou o abandono dos pais biológicos. Nesse contexto, quando o projeto PI propõe promover educação em saúde, faz-se necessário considerar as novas organizações familiares, para poder identificar o papel de cada membro da casa, para que seja possível direcionar as informações e orientações pertinentes ao contexto familiar específico dentro das suas diferenças.

O ensino e a aprendizagem na extensão são influenciados frente às diversidades culturais e a forma de organização familiar. As crianças e adolescentes acompanhadas diretamente pelas ações do projeto PI são heterogêneas em relação aos seus sonhos e perspectivas para o seu futuro. Muitas apresentam certo conformismo sobre as questões de vulnerabilidade e violência, facilitada pela lógica capitalista do tráfico de drogas, porém também uma boa parte acredita em dias melhores com bom emprego formal e reconhecimento social. Sensibilizadas por essas perspectivas e desejos variados, as equipes do projeto PI buscam ações de prevenção e promoção em saúde, com vista à transformação social de forma significativa para essa população.

Os professores das escolas e dos projetos sociais da comunidade acompanhados pelo projeto de extensão relatam os mesmos desafios, uma vez que muitos dos alunos por conta das questões sociais e culturais apresentam comportamentos como agitação, depressão, sonolência, agressividade e timidez. Outra questão relevante nas escolas é o *bullying* contra aqueles alunos considerados diferentes, seja por uma deficiência física ou intelectual, seja por outros aspectos determinados estranhos pelo grupo. No entanto, ao mesmo tempo em que os alunos são agressivos, muitos desses também demonstram carência de afeto e atenção. Comportamentos completamente opostos, que podem ser reflexo do convívio com a sua família e dos estigmas sofridos pela condição e classe social, especialmente os mais pobres e negros. Trabalhar questões como classismo e racismo torna-se, pois, uma necessidade.

Nesse contexto, o projeto PI busca, na sua essência, a autonomia dos sujeitos para o cuidado no processo saúde/doença, para tal articular o ensino-serviço-comunidade. Assim, em todo o processo para a realização das ações, faz-se necessária a participação ativa da comunidade para planejar conjuntamente e colocar em prática os cuidados em saúde, de forma que sejam sustentáveis, de acordo com a realidade social individual e coletiva das pessoas acompanhadas. Além disso, os profissionais

da saúde precisam estar mais preparados para essa transição epidemiológica, levando em conta não apenas as questões do quadro clínico do indivíduo, mas também socioeconômico, cultural e religioso, que incluem a percepção dos determinantes sociais em saúde e dos marcadores sociais da diferença desde a formação em saúde.

DISCUSSÃO

Situações de vulnerabilidade na comunidade são desafios para os profissionais atuarem em relação à educação em saúde (KOETZ; RITTER, 2006), considerando o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, a universalização, ou seja, a garantia ao serviço de saúde da população brasileira, buscando a equidade nas questões relacionadas à raça, ao gênero, a regionalização e às condições socioeconômicas. No entanto, para planejar as ações em saúde, tais situações de diversidade e desigualdade social podem ser “entraves” para a educação no processo de saúde/doença, se não tratados com atenção. Nesse sentido, precisa-se considerar os determinantes sociais em saúde, as diferenças e as diversidades, bem como se faz necessário o aperfeiçoamento profissional do conhecimento técnico e científico a respeito das temáticas, para melhor acompanhamento e atendimento da população assistida nos serviços e nos domicílios, desde a graduação nas áreas da saúde, como tem sido oportunizado aos estudantes por meio desse projeto de extensão.

O tema da diversidade passou por diferentes processos de apropriação nas políticas públicas na educação, e tem tomado ponto central no debate nacional. Principalmente a partir da década de 1990, os debates sobre diversidade passaram a compor o cenário político brasileiro, produto das reivindicações de movimentos sociais, somado às pressões internacionais de cumprimento dos acordos internacionais de combate às desigualdades raciais, de gênero e de classe social (RODRIGUES; ABRAMOWICZ, 2013). O que impacta o social reflete-se na saúde, como ressalta Lazzarato (2011): o “social é introduzido como modo de governo desde que a relação entre a economia capitalista e a política se tornou problemático”. Em outras palavras, a educação como parte desse campo social é o local onde ainda podem se produzir outras possibilidades de relações sociais, o que de certo modo o projeto PI vem operando nas suas relações com a alteridade na comunidade.

Os indivíduos mais vulneráveis socialmente tendem a procurar mais os serviços de saúde na presença de doença, do que por motivo de prevenção à saúde. Além disso, adoecem mais precocemente, e a doença, por sua vez, inabilita o sujeito ao trabalho (NERI; SOARES, 2002), ou seja, saúde e trabalho são uma via de mão dupla, uma dependente da outra. Sabe-se que o trabalho dignifica o homem. Por meio da atividade laboral, a pessoa se sente útil para sua família e para a sociedade, favorecendo a sua autoestima, autocuidado e o acesso aos seus direitos de cidadão, como parte da identidade dos sujeitos, diminuindo ou minimizando os problemas de saúde. Isso acontece principalmente com as mulheres, que, por vezes, são recolocadas no trabalho doméstico e no cuidado com familiares

por terem poucas possibilidades de escolha, baixa escolaridade e especialmente pela responsabilidade de cuidado familiar que é reiterada para elas pelas relações de gênero desiguais, seja quando um familiar adocece, seja no cuidado com as crianças pequenas, seja quando os adolescentes se envolvem em situações de risco (DETONI *et al.*, 2018).

Moradores de periferia são normalmente marginalizados pela sociedade e pela sua localização geográfica, o que dificulta a busca de melhor condição de emprego e salário (FONSECA, 2004). Há também aqueles, dentre os moradores, que seguem no trabalho informal, por considerar uma forma mais rápida e menos burocrática de ganhar um salário e garantir o seu sustento e/ou da sua família. Esses problemas sociais, quanto ao tipo de emprego, o valor de salário e o alto índice de desemprego, são grandes geradores dos problemas de saúde, inclusive da falta de reconhecimento como sujeito produtivo e na perspectiva da identidade social, visto que o trabalho é produtor de coesão social. Essas pessoas estão preocupadas com a falta de mantimentos para garantir uma vida minimamente digna. Nesse contexto, os profissionais de saúde precisam considerar tais desigualdades, sendo sensíveis às condições sociais e econômicas das pessoas, para que possam desenvolver estratégias para diminuição dos fatores de risco e de precariedade.

As violências urbana e doméstica também são indicadores marcantes vivenciados pelos moradores do bairro, em especial crianças, adolescentes e mulheres. Segundo Barata (2009), a violência urbana está diretamente ligada aos agravos principalmente na saúde dos homens, da mesma forma que a violência doméstica tem incidido sobre mulheres, crianças e idosos. Mesmo diante das informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) feitos pela Unidade de Saúde local, as ações desenvolvidas para minimizar e evitar essas situações de risco ainda precisam de maior investimento, porque a cultura violenta propaga-se de forma preocupante na comunidade, pelos valores consumistas que subjetivam nossa sociedade como um todo.

Os efeitos da violência na comunidade são percebidos nas crianças e nos adolescentes, que, dentre os que frequentam a escola, apresentam dificuldade de relacionamento interpessoal e aprendizagem. Nesse sentido, o desempenho escolar das crianças deve ser analisado, considerando-se a união dos fatores pessoais e ambientais, sendo que, a partir de como ocorre a articulação desses elementos, pode-se observar o sucesso ou o fracasso educacional do aluno. Os principais problemas para o baixo desempenho dos alunos são as faltas frequentes na escola, a baixa concentração e entendimento a respeito dos assuntos abordados em aula, a desmotivação para o estudo e consequentemente baixo rendimento (LIMA, 2013).

Os problemas da violência doméstica e urbana contra crianças e adolescentes são de difícil manejo. A assistência oferecida às vítimas é por vezes insuficiente, principalmente pela falta de profissionais em atuação e capacitados para tratar com as características socioculturais e os consequentes problemas gerados, além da pouca articulação com os órgãos responsáveis pelo encaminhamento dos casos (ANDRADE *et al.*, 2011). Assim, no compromisso que a extensão universitária firma com a

comunidade no sentido de auxiliar nas demandas apresentadas, o trabalho interdisciplinar desenvolvido pelo projeto de extensão em conjunto com os profissionais das escolas busca a sensibilização dos alunos quanto à importância de ter empatia e respeito pelo próximo, a valorização da autoestima e atitudes de inclusão social, tendo como resultado a melhora no comportamento e das relações entre alunos com a comunidade. Entretanto, esse trabalho é uma construção lenta e longa, uma vez serem inúmeras as diversidades sociais negativas a envolverem esses indivíduos. Para atravessar essas barreiras sociais, é necessária muita determinação e persistência para quem educa e para quem é educado (SANTOS *et al.*, 2013). Também se percebe a necessidade cada vez maior de os profissionais envolvidos discutirem junto com o poder público as ações sustentáveis para evitar e/ou minimizar tais situações-problema enfrentadas.

As novas concepções de formação familiar são outros elementos importantes a serem discutidos entre os profissionais da saúde e demais envolvidos, de forma direta e indireta na assistência à comunidade. Como a família é o reflexo da sociedade em que está inserida, certamente sofreu os influxos desses movimentos, passando por uma verdadeira transição de conjuntos de regras e formalidades, que ocasionaram mudanças estruturais e funcionais e excetuaram a família legítima vinculada ao matrimônio e com forte presença do biológico e do registro (FONSECA, 2004). Essas alterações provocaram uma nova definição do que se entende por família. Esse novo paradigma passa a estar diretamente caracterizado pela tomada da afetividade como um dos elementos definidores da constituição familiar. O amor não está vinculado à biologia, pois os laços de afeto e de solidariedade devem ser da convivência familiar e não da relação sanguínea. Assim, a posse de estado de filho nada mais é do que reconhecimento jurídico do afeto com o claro objetivo de garantir a felicidade (DIAS, 2014).

Na prática, os profissionais precisam identificar dentro do contexto familiar quem é a pessoa provedora, ou seja, que cuida, ampara e protege os demais, principalmente nas famílias que se encontram pessoas em situações de risco e que dependem de cuidados. Nesse sentido, a criação de vínculo com essas pessoas é fundamental, para que se sintam à vontade para falar sobre a sua vida e as relações entre os familiares, uma vez que o vínculo permite aproximar, ligar e envolver os seres humanos. E, para a educação em saúde, é de suma importância a aproximação entre os profissionais e os usuários, possibilitando a produção de cuidado em saúde mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (ILHA *et al.*, 2014).

Outro recurso potente para fomentar a educação em saúde por meio das visitas familiares é cultivar entre os membros integrantes a valorização de cada um e do coletivo, para o processo de cuidado da saúde e doença. Dessa maneira, são bem-vindas dinâmicas que possam fazer as pessoas envolvidas pensarem na sua vida e na importância que têm para o outro, buscando reconhecimento no âmbito social e com empoderamento para o seu autocuidado, considerando que é no seio familiar que podem ocorrer diversas interações de conflitos e que podem afetar a saúde dos envolvidos (ALENCAR *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

O presente relato de experiência expõe uma realidade de um determinado bairro de periferia em situações de diversidades e desigualdades sociais no Vale do Taquari/RS, representativo do que acontece em outros locais do estado do Rio Grande do Sul e, porque não dizer, do Brasil. Desse modo, é importante esta discussão contribuir com as novas estratégias de capacitação dos profissionais de saúde em atuação e em formação, como os estudantes extensionistas, para que se atentem aos determinantes sociais em saúde da comunidade assistida. Afinal, os profissionais da saúde precisam contribuir para uma vida digna, cidadã e com qualidade, e, para tanto, as pessoas precisam ser respeitadas nas suas singularidades, bem como ser promovida a sua possibilidade quanto aos direitos de educação, cultura, moradia, alimentação e trabalho.

Os profissionais da saúde precisam estar cada vez mais preparados para a transição epidemiológica, ressaltando a importância do conhecimento teórico e prático para atuação na saúde comunitária, levando em conta não apenas as questões do quadro clínico do indivíduo, mas, também, socioeconômico, cultural, étnico e religioso, incluindo todos os marcadores sociais da diferença que circundam o território. Nesse sentido, faz-se necessário repensar as intervenções na saúde comunitária, atuando fortemente no campo da promoção e prevenção da saúde e da reorganização dos modelos assistenciais, a partir dos determinantes sociais em saúde, pois a adesão da comunidade para educação à saúde depende também do reconhecimento da diversidade e das diferenças sociais.

A reconfiguração das práticas em saúde só é possível por meio de espaços de alteridade e tolerância, numa retomada das linhas de gênero/raça/etnia/classe social como diferenças que precisam ser analisadas nas suas desigualdades de acessos. Por isso, deve-se entender de que maneira é possível alcançar a ética da diversidade e das diferenças, para inovar nas formas de intervenções educativas que proporcionem autonomia no processo do cuidado em saúde/doença e aumento da qualidade de vida do sujeito.

Fonte de financiamento: Universidade do Vale Taquari (Univates).

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Monyk Neves de *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 353-364, 2014.

ANDRADE, Elisa Meireles *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 147-155, 2011.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, v. 26, n. 1, p. 329, 2006.

DETONI, Priscila Pavan; MACHADO, Paula Sandrine; NARDI, Henrique Caetano. “Em nome da mãe”: performatividades e feminizações em um CRAS. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e45084, 2018.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 10. ed. Rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

FONSECA, C. **Fofoca, Família e Honra**: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

GRAVE, Magali Quevedo *et al.* Saúde e população em situação de risco social: perfil epidemiológico dos moradores do bairro Santo Antônio - Lajeado-RS. **Caderno Pedagógico**, v. 6, n. 2, p. 95-106, 2009.

GRAVE, Magali Quevedo. Ações interdisciplinares de cuidados em saúde: interdisciplinaridade na formação e integralidade na atenção em saúde. **CATAVENTOS - Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**, v. 5, n. 1, p. 15-24, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ILHA, Silomar *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014.

KOETZ, Lydia Christmann Espindola; RITTER, Gabriela. Saúde e população em situação de risco social: perfil epidemiológico dos moradores do Bairro Santo Antônio. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 18., 15-20 de outubro de 2006, Porto Alegre, RS. **Livro de resumos**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

LAZZARATO, Maurizio. **O governo das desigualdades**: crítica da insegurança neoliberal. Tradução de Renato Abramowicz Santos. São Carlos: EDUFSCar, 2011.

LIMA, Joice de Oliveira. Violência doméstica: influência no desenvolvimento biopsicossocial e no processo de aprendizagem de quem a sofre. **Interletras**, v. 3, n. 18, p. 1-8, 2014.

LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 486-500, 2015.

MARTINS, Francini *et al.* Participação no projeto de ações interdisciplinares: relato de experiência. In: II MOSTRA ACADÊMICA DO PROJETO DE EXTENSÃO PI E I MOSTRA ACADÊMICA DO PROJETO DE EXTENSÃO INTERFACES: INTERLOCUÇÃO DOS SABERES PARA EXTENSÃO EM REDE PARA A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE, 1., 2016, Lajeado. **Anais...** Lajeado: Univates, 2017. 19 p.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Research and intervention in the promotion of health: methodological challenges of researching “with”. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2016.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

RODRIGUES, Tatiane Cosentino; ABRAMOWICZ, Anete. O debate contemporâneo sobre a diversidade e a diferença nas políticas e pesquisas em educação. **Educação e Pesquisa**, v. 39, n. 1, p. 15-30, 2013.

SANTOS, Marilucia Vieira *et al.* Ações interdisciplinares no processo de inclusão escolar do deficiente físico. **CATAVENTOS-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**, v. 5, n. 1, p. 25-40, 2013.

SANTOS, Marilucia Vieira *et al.* **Ações interdisciplinares de cuidados em saúde e a integralidade da atenção.** In: 3º CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE, 16 a 19 de junho de 2016, Ijuí. Resumo expandido. Ijuí: Unijuí, 2016a.

SANTOS, Marilucia Vieira *et al.* **Intervenções extensionistas na saúde comunitária:** a experiência de oficinas e rodas de conversa na produção do cuidado. In: 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 7 a 9 de setembro de 2016, Ouro Preto. Artigo. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2016b.

SANTOS, Marilucia Vieira *et al.* Extensão universitária como campo de mudanças na formação em Saúde. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 2, p. 8-19, 2017.

SBEGHEN, Edson Pilger Dias Sbeghen *et al.* O processo de ensino e aprendizado na área da saúde humana para atuação no Sistema Único de Saúde. **Unoesc & Ciência**, v. 8, n. 2, p. 211-218, 2017.