

PARTE III – RESUMOS EXPANDIDOS

Este eixo pretende abordar as distintas proposições e formas de condução da gestão nos diferentes setores das políticas públicas em que o terapeuta ocupacional está implicado, como na saúde, na assistência social, na educação, na cultura e outras. Pretende também discutir os setores relacionados às parcerias público-privadas.

Eixo 1 – gestão, consultorias e financiamento nas políticas públicas

ATENÇÃO PRIMÁRIA E O ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: O QUE APRENDEMOS EM 15 ANOS DE TRABALHO NESSE NÍVEL ASSISTENCIAL

EUCENIR FREDINI ROCHA; CAMILA CRISTINA BORTOLOZZO XIMENES DE SOUZA

INTRODUÇÃO

Este texto pretende narrar e analisar a experiência do REATA – Laboratório de estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – em suas atividades no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS), de 2000 até a presente data.

O REATA é um laboratório e grupo de pesquisa cadastrado no CNPq, que pertence ao curso de TO da FMUSP e desenvolve atividades de pesquisa, ensino e extensão desde 1991, nas áreas da saúde e da educação voltadas à população com deficiências, incapacidades, em processo de envelhecimento e idosas.

Congrega alunos de TO, profissionais de saúde e de reabilitação e da educação inclusiva da rede pública, lideranças de movimentos sociais de pessoas com deficiências, incapacidades, idosas e familiares. Suas atividades têm resultado em propostas de políticas públicas e modelos tecno-assistenciais voltados à população alvo do laboratório, bem como na formação de profissionais (graduação e pós-graduação) para a atuação na interface da saúde coletiva com recursos tecnológicos de ajuda, e/ou inclusão escolar e/ou gerontologia.

Os projetos do REATA são orientados por linhas específicas de pesquisa, que visam estudos sobre a contribuição da terapia ocupacional como campo de intervenção social, em saúde, educação e estudos sobre metodologias de ação facilitadoras da autonomia e dos processos de emancipação de sujeitos e grupos sociais em desvantagem. Uma forte vertente de seu trabalho é a assistência, ensino e pesquisa na APS, que vem sendo desenvolvida desde 2000, no município de São Paulo. Vale ressaltar, que essa experiência é anterior a dos NASF – Núcleo de Apoio à saúde da Família, implantado em 2008, que contou, na sua concepção com contribuições da experiência também do REATA.

COMO O REATA INICIOU SUAS ATIVIDADES NA APS

No início de suas atividades, em 1991, o seu nome era NAVC – Núcleo de Atividades e Vivências no Cotidiano, cujas atividades de assistência eram desenvolvidas a nível ambulatorial no Centro de Docência e Pesquisa, na cidade universitária da USP, e atendia somente às crianças e adolescentes com deficiência

física. O ambulatório seguia as premissas de regionalização do SUS e era referência para a população adstrita do Butantã, região oeste do município de São Paulo.

Em 2000, o NAVC passa a se chamar REATA e uma de suas atividades de extensão foi uma assessoria à Secretaria Estadual de São Paulo (SES/SP) com a finalidade de planejar e implantar um projeto de ações de reabilitação de pessoas com deficiência no contexto da APS, a ser desenvolvido por equipes de saúde do então Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF) - QUALIS - Qualidade Integral de Saúde, nas regiões leste e sudeste do município de São Paulo, que estavam sob a responsabilidade técnica, respectivamente, da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) e da Fundação Zerbini (FZ) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (ROCHA e KRETZER, 2009). Foram contratados 29 profissionais de reabilitação, (fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais) para atuarem nas duas regiões, referência para 41 unidades básicas de saúde, 128 equipes de saúde da família e 134.600 famílias.

Na CSSM o trabalho foi acompanhado do início de 2000 ao final de 2001, desenvolvendo ações de assessoria e supervisão técnica das equipes de reabilitação e de ensino, com atividades de estágios da graduação de terapia ocupacional da USP. Já as atividades junto à FZ ocorreram de 2000 a 2008. De 2008 até a presente data, o REATA passou a atuar junto à Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge, na região Oeste do município de São Paulo.

De 2000 até a presente data, o REATA passou a atender na APS não só crianças e adolescentes com deficiência física, mas todos aqueles que são usuários da APS, independente de faixa etária, sexo e tipos de deficiência ou incapacidade, assim como pessoas com deficiência e/ou incapacidade em situações de risco, segregação ou exclusão social; gestantes e bebês de risco, portadores de HIV, pessoas com problemas cardíaco-respiratório; idosos acamados ou com limitações de movimentos por falta de orientações específicas e/ou de atividades; crianças com problemas no desenvolvimento, como atrasos, distúrbios, alterações sensório-cognitivas, pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou de violência. A ampliação da população atendida é coerente com a proposta da APS, que define que todos os usuários do território da UBS tem o direito a atendimento integral, equânime e de qualidade.

O número de vagas do estágio é de no mínimo 2 e máximo 6 estudantes por semestre. Cada estudante perfaz um total de 420 horas/semestre. São acompanhados pela terapeuta ocupacional supervisora da USP. Os estagiários realizam atividades decorrentes das demandas das equipes de saúde da família e do planejamento semestral e anual da UBS. Participam das reuniões semanais das equipes de saúde da família e das reuniões técnicas semanais. Todos os casos acompanhados pela TO/USP são discutidos com as equipes e os projetos terapêuticos são elaborados conjuntamente. São realizados planejamento semestrais das ações em conjunto com os profissionais da UBS, para os atendimentos no domicílio, na UBS, em grupo, e em outros equipamentos sociais do território da UBS.

Em média, por ano, de 304 famílias atendidas pelos estudantes de Terapia Ocupacional com diagnósticos de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio

encefálico, paralisia cerebral, deficiência sensorial, atraso do desenvolvimento neuro psico motor deficiência intelectual, autismo, doenças reumáticas, traumato-ortopédicas, queimados, que apresentam incapacidades e dificuldades na participação social e de vida cotidiana.

São realizadas visitas domiciliares, orientações, prescrição e confecção de tecnologia assistiva, de acordo com a demanda. Ressalta-se aqui o trabalho intenso com a confecção de órteses e de prescrição de cadeiras de rodas e de confecção de equipamentos de comunicação alternativa, proporcionando assim o acesso aos dispositivos de tecnologia assistiva facilitadores da autonomia e independência. São/foram realizadas atividades grupais com diferentes abordagens e objetivos:

1. **De Corpo:** atividades corporais para pessoas com dor crônica, deficiência, incapacidades, com problemas corporais gerais, doenças ocupacionais, pessoas com bulimia, anorexia e outras, ou vítimas de violência. Objetivo: Re-significar o corpo e os sofrimentos relacionadas a ele a partir de atividades corporais (massagem, alongamentos, novos/diferentes movimentos, dança, etc) e rodas de conversa. Alívio e elaboração de dor física, psíquica, relacional e outras dores trazidas à pauta pelos usuários em acompanhamento semanal.

2. **Ponto de Encontro:** Público alvo: Agentes Comunitários de Saúde. Objetivo: Abordar questões relacionadas à saúde do trabalhador: possíveis dores e sofrimentos psíquicos gerados pelo trabalho; Alívio de dores, prevenção de LER/DORT e criação de um espaço de trocas e escuta aos ACS para as dificuldades, desafios, angústias e sofrimentos do trabalho. Ocorre semanalmente desde 2009. À partir das necessidades dos ACS, esse grupo se reconfigurou, em 2012, e passou a ser chamado de **grupo de Funcionários**.

3. **Grupo de Shantala:** 1º. Semestre 2009. Bebês e suas mães. Objetivo: trabalhar questões relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor das crianças e relação mãe-bebê.

4. **Grupo de idosos:** 1º. Semestre 2009. Idosos (grupo de sala de espera). Objetivo: Criar um espaço de convivência, onde seus membros pudessem pensar a relação que tinham com a UBS, sua saúde, criar redes sociais de suporte, e re-significar sua condição de idoso, não mais pelo lado da perda, mas por seus saberes, potências e histórias de vida.

5. **Grupo de mulheres:** 2010 – 1º. Sem. Mulheres em geral, que sofreram violência, de todas as faixas etárias. Semanal. Objetivo: Discutir questões relacionadas ao feminino, relações de gênero, violência de gênero; Criação de redes sociais e de suporte.

6. **Grupo de artesanato:** 2009 – 2012. Usuários do SUS (pessoas de ambos os sexos, com idades variadas, com ou sem incapacidades e limitações físicas, sensoriais, mentais; com e sem história de sofrimento psíquico, violência, vulnerabilidade social ou vivendo processos de exclusão). Objetivo: Criação de redes de suporte entre participantes; quebra de processos de segregação de pessoas que se encontravam isoladas em suas casas; a (re)descoberta de potencialidades e saberes dos integrantes via atividade; a circularidade do lugar de saber/poder no momento que a coordenação da

atividade passa a ser também dos usuários. Coordenação conjunta com ACSs área laranja, e Estagiárias de TO.

7. **Grupo de desenvolvimento infantil:** de 2010 até a presente data. Crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e suas mães. Objetivo: Estimular o desenvolvimento neuropsicomotor; Orientar mães sobre o desenvolvimento motor, atividades possíveis de fazer em casa, transferências e etc.; Criar um espaço lúdico onde mãe e criança podem experimentar-se e brincar juntos; Espaço de trocas de experiências entre mães e criação de redes sociais.

8. **Grupo de Cinema:** 2013. Usuários do SUS. Objetivo: Criar espaços de convivência; Circular e (re)conhecer o território cultural do bairro e proximidades; assistir e produzir filmes; Construir redes sociais e de suporte; Facilitar o acesso à arte/cultura.

9. **Samba da Vida:** 2013. Usuários do SUS. Objetivo: Criar espaços de convivência; Produzir e ouvir Samba; Dançar; Construir redes sociais e de suporte.

10. **Grupo de Passeio:** 2011. Usuários do SUS. Objetivo: Cidade de São Paulo - Criar espaços de convivência; Circular, conhecer e (re)conhecer a cidade; Visitar espaços que tragam conversas e debates sobre as histórias de vida das pessoas envolvidas (MIS – 2011, Parque das Hortências - 2013, Bairro da Liberdade - 2014, Exposição Castelo Rá-Tim-Bum – 2014; Pastelaria do bairro - 2015).

11. **Grupo de Saúde do Trabalhador:** 2012 até a presente data. Funcionários da UBS Jd. São Jorge. Semanal. Objetivo: Aliviar dor proveniente do trabalho por meio de exercícios, massagem, relaxamento, reflexologia e acupuntura (terapeuta ocupacional da USP em parceria com enfermeira – ambas acupunturistas).

REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESLOCAMENTO DAS AÇÕES DO MODELO PIRAMIDAL A HORIZONTALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

O projeto assistencial do SUS expresso na figura clássica da pirâmide (CECÍLIO, 1997) que representa o modelo tecno-assistencial desejado, divide as intervenções em atenção primária, secundária e terciária. Aqui as ações reabilitacionais estão inseridas no nível secundário e terciário. O REATA Considera que essa organização dos serviços não responde de forma efetiva aos problemas vivenciados cotidianamente pela maioria da população e dificultam o acesso e a integralidade nos cuidados em saúde (ROCHA, 2006; ROCHA et al, 2012).

A inserção das ações de reabilitação na APS demonstra ser factível e eficaz, e demarca novos princípios éticos e institucionais, sobretudo ao atingir pessoas com deficiências que em outras formas de organização de serviços ficam excluídas de qualquer intervenção, principalmente nos serviços de reabilitação especializados por tipo de deficiências.

Assim, a equipe de reabilitação, a terapia ocupacional passa a atender a partir da lógica da demanda da comunidade e não mais das especialidades como no modelo tradicional de reabilitação. A equipe de saúde da família torna-se, assim, a porta de

entrada para as ações de saúde e as ações reabilitacionais passam a ser definidas pelas prioridades e condições de risco e vulnerabilidade da população e não mais por critérios de elegibilidade do serviço.

As equipes de saúde da família podem, portanto, incorporar a pessoa com deficiência e/ou incapacidades em seus planos de trabalho e passam a considerar as necessidades reabilitacionais como uma demanda importante e legítima da população, responsabilizando-se pela intervenção, como se pode observar nos documentos de planejamento das equipes de saúde da família.

Neste modelo de intervenção, médicos, enfermeiros, dentistas começaram a diferenciar a ação reabilitacional clínica, de responsabilidade exclusiva da equipe de reabilitação, das ações gerais de saúde, de prevenção de incapacidades e de inserção social. Assim, a integralidade e a humanização dos serviços ganharam um novo matiz ético com a introdução das ações de reabilitação, pois efetiva o direito ao acesso irrestrito dos usuários.

Todavia, do ponto de vista da organização do trabalho em equipe, a proposta de interdisciplinaridade das ações é uma meta a ser perseguida.

O olhar sobre a problemática da pessoa com deficiência e/ou incapacidades também foi deslocado dos pressupostos organicistas que considera apenas o corpo patológico, para uma concepção que prevê o corpo relacional, inserido no espaço familiar e social, produzindo assim uma ruptura epistemológica com essa tradição tão arraigada no sistema de saúde. Assim, vários fatores, antes irrelevantes na configuração da intervenção, passaram a ser considerados. A intervenção deixou de ser a correção para se tornar o fortalecimento das potencialidades do sujeito, da família e da comunidade.

Se o objetivo primordial da intervenção reabilitacional tradicional está em minimizar ou eliminar a deficiência, na proposta da APS/ESF a finalidade da reabilitação tornou-se o fortalecimento da autonomia e independência das pessoas com deficiências e de seus familiares, promovendo ações efetivas de cuidados em saúde e de participação social.

No espaço da APS/ESF, as ações reabilitacionais foram organizadas de forma intrínseca com as atividades das equipes de saúde da família, que, são referência para o usuário, sua família e responsáveis. A equipe de reabilitação tornou-se, portanto, equipe matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007), e o seu objetivo foi assegurar a retaguarda especializada aos profissionais das equipes de saúde da família. A equipe matricial encarrega-se tanto de procedimentos especializados quanto de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A organização das atividades de intervenção da equipe de reabilitação enquanto equipe matricial dependeu das diretrizes clínicas e sanitárias do território de referência, ou seja, não houve uma padronização a priori das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais de reabilitação. Assim, o que é oferecido em termos de ações reabilitacionais em uma UBS nem sempre é igual ao de outro equipamento de saúde, pois as características dos cuidados em saúde são dadas pelas necessidades da população local.

A inserção das ações de reabilitação na APS/ESF vem complementar a proposta de equipes de referência e equipes matriciais e responde a uma necessidade de saúde reprimida em função do modelo assistencial tradicional que não permite o acesso e a integralidade na assistência de pessoas com incapacidades e deficiências. A proposta das ações de reabilitação na APS/ESF contribui, portanto, para a facilitação do acesso, da integralidade e humanização efetiva das ações em saúde. Redefine a reabilitação, que deixa de ser uma modalidade especializada dos serviços de saúde para ser parte das intervenções em saúde, garantindo à pessoa com deficiência o exercício pleno dos seus direitos como usuário do SUS e colocando as instituições de saúde a serviço de toda a população que compõe o território de cada UBS. Dentro do paradigma do PSF, segundo Levcovitz e Garrido (1996), *“...o que se busca é a integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada. ...no PSF se pretende tratar o indivíduo como sujeito, integrado no seu entorno, a partir de ações que valorizem essa dimensão mais globalizante”*. (1996, p.5)

Dessa forma, o APS propõe não apenas a regionalização e a reorganização das práticas assistenciais, como também a redefinição do objeto de atenção das ações em saúde, que passa a ser entendido como a família, e não mais o indivíduo; e, prioritariamente, a adoção de práticas de cuidado, modificando a atuação profissional e a compreensão dos processos saúde-doença influenciados também pelas condições territoriais, sociais, biológicas e psicológicas (BRASIL, 2006).

Isto posto, é possível observar que as mudanças propostas pelo paradigma do PSF tendem a ser favoráveis ao trabalho vivo, no qual formas de abordagens mais relacionais são priorizadas, *“...operando dentro da idéia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia”* (MERHY; FRANCO, 2003, p.319). De acordo com esses autores, essa nova proposta, avessa ao modelo bio-médico, constitui a reestruturação produtiva e transição tecnológica da saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Levcovitz e Garrido (1996) colocam que a importância estratégica do PSF está no fato dele conseguir substituir a porta de entrada do sistema, propondo a efetivação da prevenção e promoção à saúde, a partir de três eixos:

*“Redefinição do objeto de atenção*1. : do indivíduo e sua patologia para a família, entendida a partir do ambiente onde vive, comunidade e cultura onde se insere;
*Alteração da forma de atuação*2. : do consultório para a comunidade/família/território, utilizando-se de tecnologias, habilidades e competências específicas;
Reorganização da prática assistencial:3. estabelecimento de estratégias não verticais de intervenção, compreensão ampliada do processo saúde/doença, com intervenções de impacto e significado social, equipes com atuação inter e multidisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população da área de abrangência.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, n. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série B. Textos Básicos de Saúde).

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 33, p. 89-99, 1999.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Políticas e sistema de saúde no Brasil. In:

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.;

CARVALHO, A. L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p.575-625.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.231-239, 2000.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, jan/jun. 1996.

MASUCHI, M. H.; ROCHA, E. F. Cuidar de pessoas com deficiências: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 89-97, jan./abr. 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontando mudanças para os modelos técnico-assistenciais. **Rev. Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

ROCHA, E. F. et al. Acesso e Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS. In: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C. M.; PEREIRA, S. O. (Org.). *Políticas Públicas e Pessoas com Deficiência: Direitos Humanos, Família e Saúde*. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 215-241.

ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência**: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2009.

ROCHA, E. F.; PAULA, A. R. de; KRETZER, M. R. O estudo de prevalência de deficiências e incapacidades como instrumento de planejamento das atividades de atenção à saúde e reabilitação no Programa Saúde da Família. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2004.

ROCHA, E. F.; SHIMIZU, P. N.; BARRALES, L. M. Estágio de terapia ocupacional no programa da saúde da família: reflexões sobre uma parceria didático-assistencial entre o

REATA/USP e o PSF/QUALIS-SP. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, v. 13, n. 3, p. 104-110, dez. 2002.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, set./dez. 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VAN SCHAİK EE, SOUZA CCBX, ROCHA EF. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. 2014 set./dez.;25(3):233-241.

AValiação DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS A PARTIR DA CONCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER, CAMILA MARIA DE MELLO DE PASCHOAL, CELINA CAMARGO BARTALOTTI

Centro Universitário São Camilo

INTRODUÇÃO

A análise histórica do conceito de deficiência aponta para uma evolução importante, seguindo uma transição do paradigma biomédico para o paradigma social, o qual pretende destacar a existência de diversos determinantes que influem diretamente na condição de capacidade e limitação das pessoas com deficiência. Neste sentido, pode-se dizer que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é precursora da ampliação do conceito de deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

A legislação brasileira, em consonância com esta mudança de paradigma, define que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, as quais encontram barreiras que podem dificultar ou obstruir a sua participação e seu acesso pleno e efetivo na sociedade com igualdade de condições em comparação com qualquer outro cidadão (BRASIL, LEI 13.146, 2015).

Atualmente 23,9% dos brasileiros declaram possuir algum tipo de deficiência. Na cidade de São Paulo, 24,5% da população do município referiu possuir algum tipo de deficiência, sendo 6% deficiência física/motora, 18% deficiência visual, 5,1% deficiência auditiva, e 1,4% deficiência intelectual, de acordo com os dados do Censo de 2010 (2012).

Othero e Ayres (2012, p.230) identificaram as principais necessidades da população com deficiência: acesso; apoio psicossocial; aspectos gerais de saúde (para além da deficiência); autonomia e independência; dispensação de equipamentos e dispositivos de tecnologia assistiva; informação/orientação; prevenção/diagnóstico precoce; reconhecimento e garantia de direitos; (re)encontro com atividades significativas; validação e ajuda na construção de estratégias próprias de enfrentamento; e vínculo com profissionais de saúde.

A identificação deste repertório de necessidades permite o planejamento e a promoção de ações, estratégias e políticas públicas de saúde que sejam adequadas e resolutivas, especialmente no âmbito da Atenção Básica, instância de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), que, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é responsável por organizar e gerenciar o cuidado em saúde da população, de forma individual e/ou coletiva, abrangendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde. Concluindo este raciocínio, é essencial compreender que é justamente por meio da Atenção Básica que muitas das atuais demandas da população com deficiência podem ser atendidas, o que requer que leis e políticas públicas já existentes se concretizem na prática do cuidado em saúde.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi investigar como as pessoas usuárias do SUS que possuem deficiência física avaliam qualitativamente a assistência ofertada na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos, destacam-se: identificar a concepção que as pessoas com deficiência física têm sobre a assistência em saúde na Atenção Básica do SUS; descrever as questões apontadas pelos sujeitos como positivas ou negativas a partir de sua própria perspectiva; conhecer os maiores desafios que esta população enfrenta para o efetivo uso deste Sistema e quais suas sugestões referentes à esta assistência.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa de campo, com enfoque qualitativo, a partir do método Snowball, adequado para populações-alvo difíceis de se encontrar e no qual uma pessoa indica outra para participação de forma sequencial (DEWES e NUNES, 2013), iniciando pela indicação de pessoas que preencham os critérios da população-alvo a partir do repertório e conhecimento das autoras da pesquisa.

Tratou-se de amostra não probabilística, tendo a definição do seu tamanho pelo princípio do ponto de saturação. A amostra foi composta por 11 pessoas, 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino, na faixa etária dos 22 aos 77 anos de idade, 9 dos participantes residentes na zona Norte e 2 na zona Leste da cidade de São Paulo. A população-alvo constituiu-se por pessoas com deficiência física permanente, acima de 18 anos, residentes na cidade de São Paulo, que utilizam ou utilizaram a Atenção Básica no SUS nos últimos 5 anos (entre 2010 e 2014). As deficiências referidas pelos participantes deste estudo foram: sequela de Acidente Vascular Encefálico (5 pessoas), mielomeningocele (3 pessoas), patologia degenerativa (2 pessoas) e sequela de fratura (1 pessoa).

Para coleta de dados foi realizada entrevista individual seguindo roteiro de perguntas pré-estabelecido. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise dos dados. Quanto à análise dos dados, esta foi realizada por meio da construção de categorias de análise “a posteriori” sob à luz do referencial teórico que embasou esta pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (Parecer nº 892.553).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro questionamento feito aos participantes foi referente aos conceitos e definição do SUS, onde 8 pessoas citaram que se trata de “atendimento na área da saúde”, 3 pessoas fizeram referência a ser um “serviço destinado às pessoas com baixa condição econômica”, 2 pessoas citaram ser um “serviço governamental” e 1 referiu não saber definir o que é. Ressalta-se que a quantidade de respostas de toda esta pesquisa não se refere ao número absoluto de sujeitos (11), mas às categorias de respostas, podendo um mesmo sujeito ter oferecido diferentes categorias e estas foram consideradas.

Os participantes também falaram sobre os principais serviços e equipamentos de saúde do SUS utilizados, sendo que 9 pessoas citaram Unidade Básica de Saúde (UBS), 8 citaram Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 7 citaram Hospitais Públicos, 5

citaram serviços de dispensação de insumos e medicamentos, 3 citaram Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 citaram Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), 1 citou Ambulatório Médico de Especialidades e 1 citou Transporte Atende.

Já com relação aos acompanhamentos médicos realizados no SUS, foram citados prioritariamente as áreas de clínica geral e neurologia dentre outros como: ortopedia, reumatologia, urologia, oftalmologia, neurocirurgia, endocrinologia e fisioterapia. Já os acompanhamentos em especialidades multidisciplinares foram citados com menor frequência em comparação com os atendimentos médicos, sendo a especialidade de fisioterapia identificada pelos participantes como mais frequente, entre outros como psicologia, terapia ocupacional, assistência social e nutrição.

Do total, 7 participantes informaram que utilizam convênios médicos e 4 informaram que não possuem (sendo que destes, 2 usam serviços de saúde particulares para realização de consultas médicas e sessões de fisioterapia e os outros 2 relataram que até tentaram fazer adesão a convênios médicos, porém não conseguiram devido doenças pré-existentes e cumprimento de carências – tempo que o consumidor dos serviços de saúde espera para ser atendido pelo plano de saúde em determinados procedimentos). As principais razões para o uso de Convênios Médicos e serviços de saúde particulares também foram citadas pelos participantes, como maior rapidez na realização dos procedimentos de exames, internações e cirurgias (4 pessoas), possibilidade de realizar consultas médicas mais especializadas (4 pessoas), marcação de consultas com menor tempo de espera (3 pessoas).

Objetivando identificar o conhecimento da população com relação à rede de Atenção Básica e seus serviços, foi perguntado aos participantes quais serviços de saúde estão em sua composição, de modo que 6 pessoas citaram AMA, 2 citaram UBS, somente 1 pessoa citou ESF, e 4 pessoas não souberam responder esta questão. Mesmo entre as pessoas que responderam, foi possível observar uma dificuldade na nomeação dos serviços, troca de nomenclaturas, pouca diferenciação entre os serviços, pouco conhecimento sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e sobre o que de fato é a Atenção Básica.

É importante ressaltar que mesmo havendo essa dificuldade de nomeação dos serviços da Atenção Básica, é manifesto que os participantes fazem uso destes serviços, tal como já apresentado. O ponto crítico está relacionado mais à categorização dos serviços e suas funções assistenciais, do que o conhecimento da existência dos próprios serviços.

Nos casos em que foi observada esta dificuldade, foi realizada breve explicação, informando sobre quais os serviços constituintes (UBS, ESF, AMA e Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF) e qual a função dessa assistência para, posteriormente, ser feito o questionamento sobre a qualidade da assistência recebida e dos serviços utilizados no nível da Atenção Básica no SUS. Ao serem abordados sobre este assunto, a assistência da Atenção Básica foi qualificada como péssima (2 pessoas), ruim (2 pessoas), boa (4 pessoas) ou ótima (2 pessoas).

Os participantes também responderam ao questionamento referente à acessibilidade geográfica, relacionada às condições do ambiente e imediações dos serviços da Atenção Básica utilizados (UBS e AMA). Do total, 6 pessoas informaram não ter dificuldades, 4 pessoas informaram que tem dificuldades e 1 pessoa não respondeu à questão devido não frequentar os espaços físicos da UBS, e sim receber atendimentos da Atenção Básica somente em domicílio.

As pessoas que relataram dificuldades nesta pesquisa abordaram situações de barreiras arquitetônicas, como barras de apoio insuficientes, escadas estreitas, falta de

rampas e elevadores para o acesso do piso acima das unidades onde também é feita assistência, calçadas dos próprios serviços de saúde com irregularidades no solo ou presença de entulhos que impossibilitam a passagem da pessoa por esta via, sendo necessário a travessia pela rua; barreiras sociais e atitudinais como a falta de humanidade em parte dos profissionais de saúde, e pouca ou nenhuma disponibilidade de vagas preferenciais para estacionamento de automóveis.

Na finalização das entrevistas cada participante contribuiu com sugestões e críticas referentes ao funcionamento da Atenção Básica, levando em consideração os atendimentos recebidos e os serviços utilizados nesta rede, configurando um foco importante para possíveis mudanças neste cenário: 7 pessoas qualificaram os atendimentos como demorados, associado à necessidade de diminuição do tempo de espera para ser atendido em AMAs e do tempo de espera para o agendamento de consultas em UBSs; 6 pessoas fizeram críticas aos profissionais técnicos de saúde e administrativos com relação à falta de humanização nos atendimentos, associada à necessidade de educação permanente; 4 pessoas fizeram crítica à dificuldade para realizar consultas com médicos especialistas e procedimentos de exames, internação e cirurgias; 3 pessoas abordaram a necessidade de aumentar o número de profissionais da saúde e administrativos nos serviços da rede de Atenção Básica.

A partir destas sugestões apresentadas foi possível identificar aspectos essenciais de discussão pertinentes a este estudo, tais como: a integralidade, equidade e qualidade nas ações; a humanização nas relações e controle social; e a gerência do cuidado em saúde - numa perspectiva de costurar as funções da Atenção Básica, estabelecendo qual seu lugar no SUS e qual sua representatividade diante das pessoas com deficiência física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível identificar tanto as qualidades quanto os aspectos que exigem reformulação nas ações e planos estratégicos, não somente na rede de Atenção Básica, enfoque desta pesquisa, mas em todas as redes de atenção à saúde que constituem o SUS.

O fato de a população em questão ter deficiência física não culminou em divergências referentes a outros estudos realizados com pessoas sem deficiência, o que resulta na situação de que grande parte dos problemas do SUS e da Atenção Básica não se limitam à uma determinada parcela da população, mas atingem seus usuários de forma mais abrangente, sendo o princípio da integralidade considerado como um dos menos realizados na prática diária dos serviços. Outros princípios também constituem parte do repertório que necessita de melhorias: universalidade, humanização, descentralização, regionalização e equidade.

Embora o município de São Paulo tenha sido um dos últimos a iniciarem as ações de saúde com base nas diretrizes do SUS, o que traz dificuldades com relação à efetividade e eficácia em saúde até os dias atuais, a legislação, as políticas públicas, os planos de intervenção e programas para as pessoas com deficiência vem sendo gradualmente ampliados, fortalecendo a garantia aos direitos à saúde.

Por fim, é preciso reforçar que o controle social e a participação popular são a chave para o avanço e o desenvolvimento da Atenção Básica e demais Redes de Atenção à Saúde do SUS, e isto requer mudanças não somente nos serviços de saúde, mas nas ações educativas, culturais e sociais, por meio das quais é possível proporcionar o empoderamento de toda uma população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência: Estatuto da Pessoa com Deficiência [Internet]. **República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jul. 2015. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 24 fev. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informação sobre a Pessoa com deficiência. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoa com Deficiência** [Internet]. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

DEWES, J. O.; NUNES, L. M. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos**. 2013. 53F. Monografia (Bacharel em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, Departamento de Estatística, Porto Alegre, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e revisão de Amélia Leitão [Internet]. Lisboa: 2004. 237p. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida [Internet]. **Interface Comunicação Saúde Educação**. São Paulo, v. 16, nº 40, p. 219-233, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1212.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2014.

SERVIDORES COM DEFICIÊNCIA: O PERFIL OCUPACIONAL COMO CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIAS LABORAIS

HALESSANDRA LINS GOMES DE MEDEIROS, ANDREZA APARECIDA POLIA,
CAMILLA NATASHA FLORIANO FERREIRA

Universidade Federal da Paraíba

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o tema “pessoa com deficiência” foi ganhando espaço e atenção, em questões sociais, na educação e na saúde. A legislação a favor dessa população se abrangeu, o foco nos direitos emergiu e a nomenclatura mudou. Segundo o Censo 2010, a mudança no conceito de deficiência ocorreu para acompanhar as inovações na área de saúde e também a forma com que a sociedade se relaciona com esta população. Passou-se a entender a incapacidade como “o resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre esta limitação” (IBGE, 2010, p.71).

Para combater a exclusão social destas pessoas, foram criadas diversas leis que garantem a participação das pessoas com deficiência (PCD) nos mais variados espaços, assegurando sua integridade social, seu deslocamento, sua participação social e sua qualidade de vida. No mercado de trabalho, as mudanças ocorreram principalmente através da Lei de Cotas Nº 8.213/91, implantada em 1999 pelo decreto 3.298, que garante que toda empresa acima com 100 ou mais empregados, deve reservar de 2% a 5% de suas vagas para PCD.

A Universidade Federal da Paraíba cumpre a legislação e possui servidores com deficiência, como o que é apresentado no item 2.1 do edital Nº 61 do ano de 2012: “Serão oferecidas 149 vagas, distribuídas de acordo com o discriminado no item 2.4 das quais serão destinadas 10% para os portadores de deficiência, de acordo com a reserva definida no Art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Art. 70 do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, considerando o total de vagas para os cargos de Músico – Violinista e de Assistente em Administração.” (UFPB, 2012).

Esta questão, portanto, motivou o nascimento deste estudo, visto que o trabalho é uma área de ocupação e assim, através do conhecimento desta população, sejam futuramente proporcionadas melhorias específicas para estes servidores.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo traçar o perfil ocupacional dos servidores ativos do campus I da Universidade Federal da Paraíba, que possuem deficiência inata ou adquirida, a fim de proporcionar informações ao banco de dados desta instituição, proporcionando ações que melhorem a atenção a esta população.

METODOLOGIA

A pesquisa tem característica de corte transversal com abordagem do tipo quantitativo e foi realizada no campus I, na cidade de João Pessoa – Paraíba, onde foram contatados 20 servidores, dos quais 16 aceitam participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário sócio demográfico e Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF).

A SAOF possui 23 itens divididos em 7 áreas: causalidade pessoal, valores, interesses, papéis, hábitos, habilidades e meio ambiente, e a partir destas, leva o indivíduo a refletir sobre suas próprias potencialidades.

“Considerando os aspectos do Modelo de Ocupação Humana, a Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional, o Self Assessment of Occupational Functioning ou SAOF6 foi desenvolvida para avaliar a percepção do paciente em relação às áreas do desempenho ocupacional. Seu desenvolvimento se deu com a perspectiva de estabelecer prioridades no processo terapêutico em relação aos pontos mais vulneráveis no funcionamento global do paciente.” (TEDESCO et al, 2010, p.231).

Segundo a Estrutura Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (documento oficial da Associação Americana da Terapia Ocupacional – AOTA, 2015, que define e guia a prática desta profissão), o Perfil Ocupacional é um resumo composto por diversas informações que descreve experiência e história ocupacional do cliente, seus padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades.

“Desenvolver o Perfil Ocupacional proporciona ao profissional da terapia ocupacional uma compreensão do ponto de vista do cliente e de seu passado. Usando uma abordagem centrada no cliente (ou seja, o que ele ou ela quer e precisa fazer) e identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais.” (AOTA, 2015, p. 14). Portanto, entendendo-se a relevância do Perfil Ocupacional, tanto como fator importante para esta profissão quanto para compreender um indivíduo ocupacional, vê-se a necessidade deste ser utilizado nesta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa apresentam no questionário sócio demográfico que 62,5% dos servidores são do gênero masculino e 37,5% do feminino; 68,8% possuem Pós Graduação; 53,3% afirmam que o ambiente de trabalho apresenta barreiras, das quais 25% são atitudinais e arquitetônicas, mesmo assim 68,8% afirmaram satisfação no trabalho exercido; 50% dos servidores possuem deficiência adquirida e a deficiência física teve maior predominância, somando 68,8%. O perfil da população investigada é composto por características relevantes que demonstram aspectos característicos de diversos estudos feitos com pessoas com deficiência que exercem algum tipo de trabalho. O fato de haver barreiras e a sua maioria ser arquitetônica, nos afirma que muitas vezes, as instituições cumprem a lei de

cotas, porém deixam a desejar na total inclusão das PCD. A Lei Nº 13.146/2015 define como barreiras:

“IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros.” (BRASIL, 2015).

A deficiência física, predominantemente com 68,8%, demonstra que essa deficiência, muitas vezes, ocupa a maioria das vagas, porque suas incapacidades “fisiologicamente leves”, não requerem tanto esforço por parte das instituições e isso resulta no fato de que as pessoas que se adequam ao ambiente de trabalho e não o contrário.

Sobretudo, mesmo a deficiência física sendo a predominante e as barreiras arquitetônicas tendo o maior percentual, 68,8% dos servidores desta pesquisa afirmam sentirem satisfação em relação ao trabalho exercido, o que implica dizer que apenas fatores externos não são suficientes para influenciar no grau de satisfação destas pessoas, visto que outros pontos como salários, cargos exercidos, carreira profissional, estabilidade e benefícios também contribuem para este resultado.

Na SAOF, as áreas que apresentaram a média dos maiores percentuais por escolha de alternativa foram: área Papéis com 92% da questão SIM (ponto forte); área Hábitos com 20,5% da questão NÃO (ponto adequado); e área Valores com 6,5% da área NÃO SEI (necessita de melhora), como apresenta a tabela 1:

Áreas	Médias		
	SEI	NÃO	SIM
Causalidade Pessoal	87,7%	7,8%	4,5%
Valores	87,4%	6,1%	6,5%
Interesses	89,6%	10,4%	0,0%
Papéis	92%	4,9%	3,1%
Hábitos	72,9%	20,8%	6,3%
Habilidades	81,5%	14,1%	4,4%
Ambiente	81,3%	18,7%	0,0%

Tabela 1: Médias das respostas individuais de cada área obtidas na aplicação do questionário SAOF.

É possível observar que a questão SIM (ponto forte) apresenta o maior percentual em todas as áreas, o que implica dizer que o funcionamento ocupacional sob a percepção do servidor com deficiência da UFPB é avaliado como “muito bom”, porém é relevante informar que se observarmos cada avaliação individualmente, podemos identificar que há vários pontos que necessitam de melhoras, onde a terapia ocupacional poderá contribuir em diversos aspectos para a melhor condição de vida desta população,

como na área Valores, onde há um grande percentual de respostas NÃO SEI, onde os servidores afirmam não saber se têm “objetivos para o futuro”, se “fazem atividades que lhes tem significado”, ou se têm “expectativas reais a respeito de si mesmo”. A área Hábitos é composta por três perguntas: “Organizo satisfatoriamente meu tempo? Mantenho hábitos saudáveis que ajudam no desempenho dos meus papéis? Sou flexível quando ocorrem mudanças na minha rotina?”; os resultados apresentam que esta área possui o maior número de resposta “NÃO”, o que é compreendido através das dificuldades que a PCD enfrenta no seu cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das considerações citadas, o perfil ocupacional dos servidores com deficiência da UFPB, apresenta uma complexidade de fatores e características que são encontradas não somente por esta população, mais em tantas outras que em seu cotidiano se deparam com as mais diversas barreiras no mundo do trabalho. Porém, é relevante que esses dados sejam utilizados pela instituição, para que planos individuais de assistência sejam elaborados a fim de que o desempenho destes servidores seja satisfatório e também é importante que mais estudos como estes sejam realizados em outros âmbitos a fim de que com a contribuição da Terapia Ocupacional, as pessoas com deficiência tenham melhores condições de vida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL – AOTA; Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed.; Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49; Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>>. Acesso em 14 de maio 2015.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.

IGBE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE; Censo Demográfico 2010 – Características gerais da população, religião e pessoa com deficiência; ISSN 0104-3145, Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.

TEDESCO, S. A.; MARTINS, L. A. N.; CITERO, V. A.; IACOPONI, E.; Tradução e validação para português brasileiro da Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional; Ver. O mundo da saúde, São Paulo: 34(2): 230-237, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA; Concurso Público Edital Nº 61/2012; João Pessoa, Paraíba, 2012.