

“GESTÃO DO CUIDADO” E A EMERGÊNCIA DE UMA PERSPECTIVA COMUNITÁRIA DE ASSISTÊNCIA HUMANA

Allan Henrique Gomes¹

RESUMO

Por que ler este texto? Quem sabe para pensar um pouco sobre as relações de cuidado em um país que em breve será formado por uma grande faixa de pessoas idosas em sua população, e com demandas que poucos saberão atender. Mas também, ao ler este artigo você poderá pensar sobre como é exercer a profissão de cuidador, especialmente, de crianças acolhidas em instituições. Acompanhe este texto, também para pensar sobre o lugar estratégico que as comunidades religiosas podem ocupar pedagogicamente nas relações de cuidado, em nos aproximar de experiências onde o cuidado pode acontecer. Entretanto, meu principal desejo é que você, ao ler este texto, pense nas suas relações de cuidado e ainda, encontre estratégias potencializadoras de cuidado.

Palavras chave: Gestão do cuidado; relações familiares e comunitárias; tornar-se cuidador; comunidades religiosas.

¹ Allan Henrique Gomes é psicólogo, mestre em Psicologia pela UFSC, professor da Associação Catarinense de Ensino (ACE) e do Centro Evangélico de Educação e Cultura (CEEDUC).

1 MEU COMEÇO...

As reflexões que perpassam este texto são possíveis depois de algum tempo pesquisando, trabalhando e experimentando “relações de cuidado”. Estas relações acontecem quando as pessoas se mobilizam e se comprometem em assistir a outra(s) pessoa(s) que por alguma razão depende da atenção de outros. Situações de desastres, acidentes e adoecimentos podem ser desencadeadores de relações de cuidado.

Pessoalmente, experimentei o cuidado com amigos e familiares hospitalizados. Foram momentos de tristezas clareados pela participação de outras pessoas que compartilhavam tarefas no cuidar. Algumas situações levaram semanas, meses e ainda anos. Neste processo, muitas pessoas participaram no começo, outras permaneceram mais algum tempo e poucas ficaram até o último momento.

As relações de cuidado são possíveis, ou pelo menos são mais comuns, quando existem arranjos comunitários de convivência. Estima-se que mais de 80% das situações de perda e/ou crise pessoal possa ser superada em contextos de relações sociais onde há suporte emocional significativo (LAZÁN, 1988). Por esta e outras razões afirmamos que as relações de cuidado são promovidas no cotidiano, por familiares e pessoas comuns e que, em situações mais específicas, demandam assistência profissional.

Na perspectiva do cuidado todos os sujeitos que participam estão afetados pela situação que experimentam. Sendo assim, é oportuno falar em “Gestão do Cuidado” e conceituá-la, inicialmente, como um arranjo de estratégias que visam potencializar as relações sociais para a perspectiva das relações de cuidado. A questão que transversa esse texto é que a experiência do cuidado, inevitavelmente, fará parte de algum momento de nossas vidas.

Escolho o termo “gestão” porque remete a um arranjo técnico de possibilidades de produção do cuidado. Remete a estudos, criação de estratégias, desenvolvimento de projetos e avaliação de experiências. Sendo assim, o cuidado não está arrolado aqui como uma prática voluntária e virtuosa que acontece espontaneamente por atos isolados.

Apesar de ter um potencial “técnico”, a questão do cuidado é essencialmente uma prática comum, cotidiana, familiar, comunitária (e ainda, religiosa). Apesar de ter um substrato cultural, o saber cuidar está deixando de ser transmitido, justamente, em uma época que precisamos de cuidadores. Adiante vamos discutir a “formação” e profissionalização do cuidador, mas nesta introdução a ênfase (ainda) reside na fermentação dos resquícios sociais transmitidos sobre como cuidar para a fomentação de uma virtual (e futura) ciência do cuidado.

Neste sentido, a imagem da “gestão do cuidado” é aquela que combina (costura, sutura) o que restou dos (velhos) saberes domésticos, das práticas assistenciais, das experiências de vida, da sabedoria e dos discursos religiosos com uma (nova) cultura onde o cuidado faz-se tema na educação, saúde, desenvolvimento social, entre outros campos possíveis.

No campo científico as ciências da saúde, especialmente a enfermagem, lideram as pesquisas sobre as práticas de cuidado. Apesar desta relevante informação, compreendo que a dimensão do cuidado ultrapassa os limites disciplinares da organização da ciência e por isto não faz sentido falar em psicologia do cuidado, teologia do cuidado, etc. É mais prudente falar do cuidado onde ele acontece, ou seja, na vida. Por isto prefiro “relações de cuidado”. E ainda, gestão do cuidado como uma perspectiva que articula ciência e vida.

Não obstante as palavras soarem sensíveis, a experiência do cuidado conta com alguns impedimentos que ainda destacarei nesse artigo. An-

tes disto, considero importante ressaltar que, atualmente, as práticas do cuidado começam a adquirir outros sentidos e imagens na sociedade.

Em outro tempo, apesar da relevância e da diversidade em que ocorrem, as atividades de cuidado não eram prestigiadas. Um dos motivos talvez seja, pela questão do cuidar não expressar, *a priori*, os atributos da razão ou o uso de tecnologias, antes, ser uma prática de cunho familiar e âmbito doméstico (sem expressão na vida pública)

Atualmente, observamos uma valorização (ainda tímida) de profissionais que atuam nas relações de cuidado. Em parte, este reconhecimento se iniciou no campo da saúde pública, quando constatado que cuidados permeados de intencionalidade são indispensáveis na recuperação de pacientes, no humor de pessoas adoecidas ou idosas que dependem de um assistente, no desenvolvimento das crianças “bem-cuidadas” tanto na família quanto nas unidades de educação (BÓGUS E COLS, 2007).

Ainda falando sobre saúde, mais especialmente, saúde mental, atualmente pacientes psiquiátricos estão sendo atendidos, prioritariamente², na convivência de suas famílias. Uma das fortes razões para isto é que os cuidados familiares não podem ser supridos pelas instituições. Assim, a política de saúde mental tem tido a preocupação com os familiares (cuidadores) destes pacientes, e já são comuns alguns grupos de ajuda profissional às famílias de pacientes.

Uma regra fundamental nos processos de cuidado é que as demandas integrais não podem ser atendidas somente por uma única pessoa. Profissionais de saúde (médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as) que acompanham famílias com pessoas gravemente adoecidas estimulam a forma-

² *Prioritariamente* não significa *exclusivamente*. Como veremos em parágrafos posteriores, o acolhimento institucional ainda é uma possibilidade para pessoas em risco social (sejam pacientes psiquiátricos, crianças e mulheres em situações de violência doméstica, etc.).

ção de um grupo de colaboradores com parentes, amigos e vizinhos para compartilhar as tarefas domésticas, o acompanhamento de saúde e a convivência diária visando tanto a motivação e a recuperação do paciente, como a prevenção para que não adoeça gratuitamente aquele que sozinho absorve as demandas pelo cuidado da pessoa adoecida.

Respeitando os princípios da prevenção em saúde, compreende-se que aqueles que se dedicam ao cuidado, sejam familiares ou profissionais, precisam manter relações de cuidado e participarem de outros projetos de vida para além do cuidado integral à pessoa assistida. A tarefa de cuidar (sobretudo quando demasiada) expõe o cuidador ao risco. Fazem parte deste grupo os educadores, os técnicos de saúde, os trabalhadores sociais, os pastores, os terapeutas, os conselheiros, etc.

2 GESTÃO DO CUIDADO NAS COMUNIDADES RELIGIOSAS

Considerando que escrevo para uma revista teológica e que possivelmente meu leitor seja alguém engajado e comprometido com o cuidado com os outros, aponto nos próximos parágrafos algumas reflexões que me parecem prudentes.

Já destaquei que as relações de cuidado são mais facilmente fomentadas por arranjos comunitários. Também, lembro que onde há apoio emocional significativo haverá respostas mais positivas de recuperação emocional. Por conta desta potência que existe na convivência comunitária podemos acreditar que as comunidades religiosas podem contribuir significativamente no propósito de difundir uma cultura do cuidado.

Volto a afirmar que o “cuidado” não brota sem cuidados. Penso que a comunidade religiosa que pretende vir a ser uma “agência de cuidado” deverá empreender ações e estratégias na perspectiva da gestão do cuidado.

Quando falamos em suporte emocional no âmbito da igreja, as pessoas facilmente pensam no aconselhamento pastoral. O gabinete pastoral é um espaço valioso de diálogo, orientação e ajuda em tempos de crise pessoal ou familiar. Entretanto, a perspectiva de cuidado que abordamos não pode ficar restrita ao escritório pastoral.

Não será demais dizer que o gabinete é um modelo de cuidado pastoral com inspiração médica e de cunho curativo. O que estamos propondo como perspectiva de cuidado pastoral não deixará de contar com a mobilização e com o trabalho dos líderes das igrejas e comunidades e, nem deixará de oferecer um espaço de escuta e compreensão para as pessoas que se sentem “doentes da alma”.

A gestão do cuidado no trabalho comunitário, na minha perspectiva, pode ter três eixos: Assessoria; aconselhamento e acompanhamento. Antes, contudo, de abordar mais especificamente cada um destes eixos, considero que os líderes religiosos precisam assumir uma condição mais pedagógica neste processo. Muitos líderes centralizam e assumem todas as tarefas de cuidado e assistência pastoral, porque suas comunidades não conseguem mais ter uma atitude propositiva para estimular e mobilizar as relações comunitárias para a perspectiva do cuidado.

É humanamente impossível que os líderes religiosos abracem [conheçam e intervenham] em todas as situações que circulam no cotidiano das igrejas e organização que presidem. Contemporaneamente, a necessidade de relações mais significativas diante do individualismo que todos vivemos, demanda às comunidades religiosas o desejo que a maioria de nós nutre por encontros e por sentidos que não se limitam à esfera do sagrado e do religioso.

Ou seja, estamos afirmando que o cuidado pastoral não se destina unicamente aqueles que apresentam crises e conflitos pessoais. Neste sen-

tido, preferimos falar em relações de cuidado porque nos permite pensar que em uma comunidade (igreja ou organização) as pessoas por meio das relações vivenciadas combinam lógicas de cuidado. Isto implica dizer que as relações sociais são recíprocas, inclusive aquelas de ajuda, pois, o sujeito que oferece ajuda alimenta não somente o pobre, mas ele também *se* alimenta da *satisfação* de ter ajudado alguém.

O exemplo que usamos é para evidenciar o quanto dependemos das relações sociais e para tentar expressar que são nestas mesmas relações que reside à potência do cuidado. Se por um lado uma pessoa cuidar integralmente de outra (adoecida, hospitalizada, por exemplo) corre sérios riscos de esgotamento emocional, por outro, quando o cuidado é compartilhado os sentimentos também o são. Apesar das resistências que pode ter a pessoa adoecida por querer muitas vezes o apoio de um único familiar, são nestas oportunidades que as relações tendem a ser mais próximas e significativas. Contribuindo, inclusive, para o processo de luto quando o adoecimento levar a morte e perda do familiar ou amigo.

O parágrafo anterior, apesar de não ter anunciado a perspectiva da Assessoria nas relações de cuidado, expressa muito bem como podem ser assessoradas e potencializadas a convivência familiar, comunitária e/ou religiosa.

Assim também, assessorar não é uma atividade passiva de quem espera pelos problemas baterem à porta clamando por ajuda. Assessorar é pensar estratégias de intervenção na dimensão macro das relações sociais. Aqui, volta a fazer sentido falar em Gestão do Cuidado como uma forma de perceber, observar, planejar e implantar ações que potencializem as relações de cuidado em suas formas mais diversas.

A começar, permitindo as pessoas terem alguma experiência com o cuidado. Faz sentido a perspectiva da gestão porque nem todos sabem as

mesmas coisas, além de terem habilidades e condições diferenciadas, assim como, são múltiplas as tarefas que se relacionam as necessidades de cuidado. Sendo assim, trata-se de um verdadeiro diagnóstico de possibilidades. Logo, assessorar é ligar, fazer colar, costurar as possibilidades que vão configurar “relações de cuidado”.

A segunda forma de gestar o cuidado nas comunidades é uma prática um tanto híbrida, justamente, porque compõe o cenário religioso, mas também o técnico-profissional. Estamos falando do aconselhamento.

A cultura do aconselhamento é uma prática muito mais difundida em nossa sociedade do que imaginamos. Na área da saúde podemos citar os Centros de Testagem e Aconselhamento. O CTA é um órgão presente em muitos municípios e vinculado ao Ministério da Saúde. O propósito destes serviços é reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e das hepatites virais e, melhorar a qualidade de vida, por meio de atendimento e acompanhamento das pessoas com DST, HIV e hepatites virais. Ou seja, são frentes de trabalho que atuam tanto na prevenção como na assistência das pessoas portadoras de tais diagnósticos. Esta dupla perspectiva de alguma forma é a base que deve sustentar os programas de aconselhamento.

Perceba que a política de combate a proliferação do HIV teve a atenção de criar estratégias de educação coletiva em saúde e ao mesmo tempo, criar espaços de cuidado as pessoas que não foram alcançadas na prevenção e sofrem com o HIV bem como outras doenças sexualmente transmissíveis. Apesar de ainda estar em construção e constante aperfeiçoamento, o Brasil é referência mundial no combate à AIDS e, para um país com dimensões continentais e com grande parte da população ainda excluída socialmente, alcançou resultados significativos.

Aconselhar, diferente do que as pessoas pensam, não é sugerir soluções para as pessoas. Não precisamos desenhar com palavras um quadro caótico de nosso tempo para expressar que a realidade de encontros pessoais significativos se torna cada vez mais escasso, justamente, quando mais necessitamos de relações de cuidado. O aconselhamento como estilo de vida vai à contramão desta cultura individualista, ele propõe encontros, experiências, tempos para ouvir e para aprender com aquele que está passando por dilemas.³

Quando o desafio de cuidar bate a nossa porta e identificamos que não estamos nem prontos e nem sabemos (ou ainda, nem temos tempo) como compartilhar uma relação de cuidado, descobrimos que podemos ser sujeitos do aconselhamento. São nestes momentos que passamos a conhecer os grupos de apoio às pessoas adoecidas e seus familiares ou mesmo, de pessoas ou familiares de dependentes químicos.

Escrevendo isto, espero que meu leitor considere que se alguma situação apresentar indícios que necessitem encaminhamento para um profissional de ajuda (médico, psicólogo, assistente social, etc.) faça isto sem receios. Muitas vezes o aconselhamento cumpre sua função ao oferecer o suporte e encorajamento necessário para a pessoa buscar apoio especializado.

Considere também que aquele que está apto para ajudar é alguém que pode em qualquer momento da sua vida precisar de ajuda emocional. O melhor conselheiro é aquele que sabe a diferença que faz um vínculo de apoio e cuidado emocional. Conselheiros e conselheiras também correm riscos porque acabam muitas vezes atraindo situações difíceis para suas próprias vidas. Neste sentido, até mesmo porque o cuidado é um trabalho

³ Sugiro a leitura do texto de Jorge Larrosa: Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: **Revista brasileira de educação**. 1º quadrimestre de 2002. Nº 19 (*online*).

intenso e que pode adoecer as pessoas que cuidam, considere a possibilidade de estar sob a orientação e a atenção de algum profissional.

Mais uma vez podemos defender a expressão “cuidando de quem cuida”, uma palavra de ordem e uma perspectiva comprometida com a saúde mental e familiar daqueles que atendem as comunidades religiosas nas suas mais diversas demandas. Lembro que esta prática de orientação é conhecida dos psicoterapeutas que contam com a supervisão de profissionais mais experientes e atenciosos a fim de não trazerem prejuízos para si e para seus pacientes/clientes.

Finalmente, vale dizer que o acompanhamento (terapêutico ou social) é a atividade que expressa maior presença de uma pessoa na vida da outra, motivada, especialmente, pelo cuidado. Idosos, pessoas com comprometimento emocional, pessoas em tratamento para dependência química, entre outros, são públicos que demandam acompanhamento.

O cuidado exige uma continuidade, algo mais ou menos sistemático. Além disto, é necessário que apliquemos outro tempo ao cuidado. Acompanhar envolve tanto assessoria como aconselhamento focado em uma única pessoa ou situação.

3 TORNAR-SE CUIDADOR(A)

No mundo do trabalho a cada dia se expandem as possibilidades de profissionalização do cuidado. A demanda por cuidadores de idosos já é crescente e logo será uma profissão legalmente reconhecida no país, e, ainda, com reconhecimento social na medida em que acontece o envelhecimento da sociedade.

A demanda por cuidadores também é presente nos serviços públicos, especialmente nas entidades de abrigo. A lógica da não institucionalização humana que permeou a luta anti-manicomial, bem como

o debate sobre a convivência familiar de crianças abrigadas, não necessariamente encerrou a política de acolhimento institucional. Na verdade, a possibilidade de acolher institucionalmente pessoas está previsto em todas as legislações contemporâneas de proteção humana.⁴ Citamos como exemplo a Lei Maria da Penha e as casas de proteção para mulheres em risco de vida; o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e as casas-lares de crianças e adolescentes; o Sistema Único de Saúde – SUS e as residências terapêuticas para sujeitos com graves transtornos psiquiátricos (GOMES, 2009)

No tempo em que escrevo esse texto um dos meus principais interesses de pesquisa e intervenção é a constituição do sujeito cuidador. A questão que tenho feito é *como nos tornamos cuidadores?*

Tenho realizado intervenções especialmente com sujeitos trabalhadores das políticas públicas de proteção especial, com destaque para as experiências de educadores sociais (cuidadores) na modalidade de acolhimento institucional de crianças. As informações, sentidos e experiências que identifiquei foram possíveis por meio de intervenções com um grupo de doze cuidadores em um projeto de assessoria psicossocial a uma casa-lar.

Os cuidadores que trabalham no acolhimento institucional de crianças experimentam cotidianamente os dilemas das relações de cuidado. Suas atividades demandam constante sensibilidade, atenção, afetos. O lugar dos cuidadores na vida das crianças, além de ser marcado por tantas outras questões, pode ser considerado fundamental pelo simples fato de

⁴ Estas políticas normalmente possuem uma base de atendimento para todos os cidadãos. Elas são planejadas em níveis diferenciados, iniciando com a promoção e a prevenção social, contudo, as suas principais forças (recursos financeiros e humanos) estão concentradas no âmbito da proteção, isto é, quando os sujeitos se encontram com as suas vidas e direitos afetados e violados.

que as intencionalidades nas práticas de cuidado são essenciais ao desenvolvimento psicológico do ser humano.

Neste sentido, o cuidado humano é uma atividade que se desenvolve na fronteira da Saúde e da Educação. Maranhão (2000) define a prática do cuidado como “a capacidade que temos, pela interação com outros humanos, de observar, de perceber e interpretar as suas necessidades e a forma como as atendemos” (2000: 120). Por esta via, o cuidado deixa de ser algo menos importante (sem reconhecimento social) e passa a receber valor essencial no processo educativo das crianças.

Cuidar é uma atividade perpassada pelas singularidades do cuidador. As singularidades evidenciam a pluralidade, isto é, as várias formas e maneiras do cuidado, que se diferenciam pelo significado cultural que recebem. As singularidades estão mais ligadas aos aspectos pessoais do cuidador, revelam intencionalidade. Logo, cuidar é uma tarefa específica e genérica ao mesmo tempo. É neste sentido que entendemos o cuidado como atividade fundamental das relações humanas.

De acordo com Maranhão (2000:118), “o cuidado, embora seja muitas vezes efetivado por procedimentos com o corpo e com o ambiente físico, expressam intenções, sentimentos, significados, de acordo com o contexto sociocultural”. O cuidar inclui todas as atividades ligadas ao cotidiano da criança no contexto institucional (por exemplo, centros de educação infantil): alimentar, lavar, trocar, proteger, todas as atividades que são integrantes ao educar. (CAMPOS IN MARANHÃO, 2000: 118). A referida autora tem como foco de seus estudos o cuidado com as crianças, não obstante, suas ponderações podem ser ampliadas para outros setores de cuidado, como por exemplo, hospitais e até mesmo famílias e seu cuidado com pessoas idosas e adoecidas.

Nas entidades de abrigo confluem-se histórias de vidas marcadas pelo sofrimento, pela falta e por fatos que não precisam ser ilustrados para

evidenciar que os cuidadores precisam estar emocionalmente preparados para conviver e para possibilitar segurança física e psicológica, acolhimento, integração, e quando possível, tempos de alegria e esperança.

Na tarefa de suprir as mais diversas necessidades que se apresentam, os cuidadores fazem uso de todos os recursos e habilidades pessoais imagináveis (força, agilidade física, sentimentos, criatividade, liderança, intuição, persuasão, etc.). Por isto é que se afirma que uma formação técnica ou acadêmica, apesar de relevante, não é suficiente para qualificar estes profissionais para as relações de cuidado no cotidiano dos abrigos.

Sendo assim, percebo que a constituição destes trabalhadores é perpassada por uma emblemática condição que combina lógicas familiares e institucionais na dimensão do cuidado. Esta afirmativa corrobora com o pensamento de que tornar-se cuidador é um processo de vida e remete a uma verdadeira *montagem* pessoal.

Podemos pensar que o cuidado é inerente a condição humana. Colocar as relações de cuidado em cena e as implicações que demandam estas relações também faz parte desta perspectiva que gesta o cuidado como condição do viver. Mesmo assim, saber cuidar compõe a experiência de vida e não se resume a uma aprendizagem ligeira.

Os sujeitos “cuidadores” com quem tenho trabalhado compreendem o comprometimento afetivo de suas atividades de trabalho, significando seus lugares como *imprescindíveis* e, ao mesmo tempo, *provisórios* na vida das crianças. Nas relações de cuidado fazem uso de muitos recursos pessoais que colocam suas próprias vidas em risco emocional, razão pela qual se justifica encontros de convivência e assessoria psicossocial para estes sujeitos.

Não tenho como aprofundar aqui a questão, mas é pertinente anotar que em uma equipe de cuidadores precisam ser implantadas ações que

positivem as relações de trabalho, justamente porque as relações de cuidado não dizem respeito somente ao cuidador e a pessoa atendida. Antes, estas relações se estendem por uma rede de afetos onde participam todos os sujeitos que, de alguma maneira, estão implicados na tarefa do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste acabamento reflexivo é bom destacar que o processo que fomentou a “gestão do cuidado” se iniciou com atividades que visavam promover o cuidado ao cuidador.

Identificamos a emergente profissionalização do cuidado que, apesar dos seus aspectos técnicos, “tornar-se cuidador/a” demanda saberes da vida e de ordem pessoal. Esta discussão é pertinente, justo no tempo em que o cuidado público está em foco. Refiro-me além dos abrigos que acolhem crianças e adolescentes separados da família por medida de proteção judicial, também as entidades que acolhem mulheres e seus filhos em situação de ameaça à vida na relação com seus companheiros, de albergues que atendem pessoas em situação de rua, bem como de unidades psiquiátricas que atendem pessoas com comprometimento na saúde mental.

Mas o cuidado não acontece somente no âmbito institucional, antes, fala-se de “gestão do cuidado” porque temos a emergência de que a experiência de cuidar seja renovada nesta cultura. E por isto, cuidadores tanto podem ser *profissionais* como também *familiares* que se relacionam com pessoas que demandam atenção e assistência, variando as necessidades, os contextos e a intensidade dos cuidados.

E assim, quando se fala em relações / gestão do cuidado, está se ampliando a noção restrita do atendimento direto, isto é, cuidador e pessoa atendida. As relações de cuidado preveem um conjunto de ações que vão desde o reconhecimento das limitações e das intencionalidades

presentes na rotina do cuidado, passando pela indispensável presença de outros sujeitos que colaboram pontualmente com as relações de cuidado, e finalmente pelas macro-ações de planejamento, formação e promoção de saúde que estão sendo conceituadas como Gestão do Cuidado.

REFERÊNCIAS

BÓGUS, C.M; E COLS. **Cuidados oferecidos pelas creches:** percepções de mães e educadoras. In: Revista de Nutrição, Campinas, 20(5): 499-514, set./out., 2007.

BRASIL, **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acessado 02 fev. 2012.

GOMES, A. H. **Assessoria psicossocial aos educadores de uma casa lar:** as relações de cuidado no acolhimento institucional de crianças. Congresso Catarinense Psicologia Ciência e Profissão. Florianópolis, 2011.

_____. **As relações de cuidado nas políticas de proteção especial.** Apresentado no seminário Violências e o Outro. PPGP/UFSC. Texto não publicado. Florianópolis, 2009.

LAZÁN, G.B. **Trauma psicossocial:** manual para profissionais. Eirene do Brasil. Curitiba, 1988.

MARANHÃO, D. G. **O cuidado como elo entre saúde e educação.** In: Cadernos de Pesquisa, n ° 111 – São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2000.