01
Volume

INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE:
Temas para o debate

Unisulma

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA
Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisulma

Antonio Alves Ferreira
Etiane Maciel de Oliveira Paes
Organizadores

INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE: temas para o debate

Imperatriz-MA
2023

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA
Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisulma

Presidência da Mantenedora
José Lauro de Castro Moura

Direção Geral
Joane Gláucia Silva de Almeida e Almeida

Vice-Direção Geral
Tânia de Jesus Araújo de Almeida

Direção Acadêmica
Antonio Alves Ferreira

Direção Administrativa Financeira
Xermona Milhomem Costa Silva

Conselho Editorial
Denisson Gonçalves Chaves

Revisão
Dandara Louise Vieira Saltareli
Pamela Rioli Rios Bussinguer

Projeto Gráfico
Edson Batista Bernardes

© 2023 Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisulma

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA

Rua São Pedro, nº 11, Jardim Cristo Rei

Imperatriz/MA - CEP: 65907-070

Tel.: (99) 2101-0202

E-mail: direcao.academica@unisulma.edu.br

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução, a transmissão total ou parcial por qualquer forma e/ou qualquer meio (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação e distribuição na web), ou o arquivamento em qualquer sistema de banco de dados sem a permissão por escrito dos autores e do IESMA/Unisulma.

Bibliotecária

Adélia Solange Diniz / CRB 13/507

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Investigação em ciências humanas e da saúde [livro eletrônico] : temas para o debate / organização Antonio Alves Ferreira, Etiane Maciel de Oliveira Paes. -- Imperatriz, MA : Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão, 2023.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-999936-0-2

1. Ciências humanas 2. Ciências da saúde 3. Pesquisa - Estudo e ensino (Superior) I. Ferreira, Antonio Alves. II. Paes, Etiane Maciel de Oliveira.

23-147759 CDD-001.3072

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências humanas : Pesquisa : Coletâneas 001.3072

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

PREFÁCIO

O livro Investigação em Ciências Humanas e da Saúde: temas para o debate apresenta um interessante convite para aqueles que almejam ampliar seu repertório acadêmico-científico com assuntos atuais e pertinentes a partir de textos escritos por pesquisadores vinculados à realidade do Sul do estado do Maranhão, em crescente expansão econômica, social, educacional e cultural.

O título é bastante sugestivo, porque investigar, na perspectiva de Ferreira (2001)[1], remete ao ato averiguar algo de forma sistemática, procurando os meandros que envolvem o caso ou fenômeno, para que se obtenham respostas coerentes por meio das provas analisadas. No campo policial, temos a mesma lógica de fazer um mapeamento minucioso para solucionar questões de interesse público, sendo que o responsável pela investigação tem um papel de destaque em todo o processo.

Neste livro, os investigadores estão intimamente associados a duas áreas do conhecimento: Ciências Humanas e da Saúde e, com rigor metodológico, nos apresentam relevantes e atuais debates sobre sindicalização docente, Estado democrático, igualdade de gênero, gestão, mal-estar docente, integração no tratamento da dor, e outros assuntos em suas respectivas áreas.

Mesmo divididos em duas grandes áreas do conhecimento, os debates se inter-relacionam quanto ao público atingido, que é o social, já que, para Pereira (2001)[2], as questões sociais passam por relações dialéticas cujos sujeitos em ação transformam constantemente necessidades sociais em questões que demandam diálogo, proposição e ação, como no caso das Ciências Humanas e da Saúde.

Parabenizo os organizadores, Antonio Alves Ferreira e Etiane Maciel de Oliveira Paes, pelo brilhante empenho, assim como os autores pelo esforço

---

[1] FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
[2] PEREIRA, P. A. P. Questão social, Serviço Social e direitos da cidadania. **Temporalis**, Brasília, Ano 2, n. 3, p. 51-60, jan./jul. 2001.

árduo de fazer ciência no Brasil, que nos últimos anos vem sofrendo com a ausência de investimento do Estado, mas na certeza que é o único caminho possível para um desenvolvimento mais humano e igualitário da sociedade.

Boa leitura a todos!

Belém, 20 de junho de 2022.

Cassio Vale
Doutorando em Educação
Universidade Federal do Pará

APRESENTAÇÃO

Foi com grande satisfação que recebi o convite para fazer a apresentação desta obra em forma de coletânea. Nesse sentido, sinto-me privilegiado por ser um de seus primeiros leitores. O que mais atraiu minha atenção foi o fato de a obra trazer a marca de dois encontros. O primeiro é o encontro das Ciências Humanas com as Ciências da Saúde. Algo inconciliável, segundo os princípios do paradigma antropocêntrico que definiu os parâmetros da ciência moderna. Esse paradigma, que tem como figura central o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650), confere ênfase especial ao emprego da razão na obtenção do conhecimento.

Nesse modelo temos a junção corpo/tempo e cosmos/tempo, onde a realidade é explicada pelo movimento e descrição das partes excluindo todo e qualquer traço de subjetividade na análise da realidade. Ou seja, o paradigma cartesiano estruturou-se em um modelo de pesquisa/análise que desconsidera todas as explicações que não possam ser medidas e comprovadas matematicamente.

Vale destacar que o cartesianismo consagrou o homem como sujeito epistêmico, mas o ignorou como sujeito transcendente ao rejeitar a interferência de valores humanos calcados em subjetividades. Esse modelo, denominado também de reducionismo, divide o fenômeno – o todo - em partes e o estuda em separado, sem relação entre elas, tendo a experiência verificável como premissa básica. O conhecimento repousa na observação, na experimentação e na mensuração, tendo como fundamento o método científico em sua forma experimental. Podemos caracterizar a ciência moderna como o exercício de dominação da natureza.

No entanto, esse modelo começou a ser questionado a partir de meados do século XX abrindo o debate para a inserção de um novo paradigma no campo das ciências. Esse novo paradigma é denominado por Boaventura de Sousa Santos como paradigma pós-moderno e por Edgar Morin como teoria da complexidade. Complexo não por ser difícil de compreender e muito menos por ser caótico, mas por abarcar o todo e não

apenas uma parte e também pela conciliação entre vários campos de conhecimento, como preceitua a obra que ora estamos apresentando.

Na transição entre o paradigma moderno e pós-moderno Santos[3] aponta que há uma tendência à valorização dos estudos humanísticos, da natureza e da ética. No mesmo sentido, Morin[4] afirma que não há uma barreira impermeável entre as ciências. Ao contrário, toda ciência natural e exata é, também, humana e social. Santos e Morin defendem um conhecimento não dualista do tipo vivo ou inanimado, mente ou corpo, subjetivo ou objetivo, coletivo ou individual, mas um conhecimento plural onde teremos que evitar os desastres anunciados contra a natureza e, consequentemente, contra a vida humana.

Portanto, a presente obra, que ora apresento, tende a superação da dicotomia sujeito/objeto. Entendo que as barreiras exageradas dos conhecimentos impede o pesquisador de operar o vínculo entre as partes e a totalidade. Ou seja, de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto e em sua contradição.

Morin, na sua teoria da complexidade, defende que o ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Essa unidade complexa da natureza humana deve ser integrada na educação por meio do diálogo entre as ciências. O presente livro nos convida a restaurar os encontros entre os conhecimentos, de modo que cada um, onde quer que se encontre, tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade individual e de sua identidade comum a todos os outros humanos.

O segundo encontro, também muito oportuno nos dias atuais, é o de jovens autores com autores com mais experiências. Esse segundo encontro é um tapa no etarismo que vem assolando o meio acadêmico e corroendo as consciências de inclusão e aceitação. Acredito muito que a troca de experiência entre professores iniciantes e professores experientes é a forma

---

3 SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
4 MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

mais salutar de viver o dia a dia do fazer acadêmico e de vencer os obstáculos que diariamente enfrentamos nesse meio.

Por fim, parafraseando o escritor Michel de Montaigne: “Não basta unir o saber à alma; é preciso incorporá-lo àquela; não basta regá-lo, é indispensável com ela tingi-lo” (SILVA e CIANPONI, 2003, p. 14). Portanto, não basta unir a ciência humana à ciência da saúde; é preciso transportá-las para práticas interdisciplinares para garantir, efetivamente, o diálogo entre elas e, consequentemente, aos acadêmicos.

A presente obra nos faz esse convite. Vamos aceitá-lo?

Imperatriz, 17 de dezembro de 2022.

Francisco de Assis Carvalho Almada
Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão

SUMÁRIO

PARTE I: POLÍTICAS E PRÁTICAS ATUAIS EM CIÊNCIAS HUMANAS

A Sindicalização e os Trabalhadores Brasileiros Pós-reforma Trabalhista..... 9
Francine Adilia Rodante Ferrari Nabhan; Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes

Estado Democrático de Direito como Fundamento dos Direitos Sociais 23
Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes; Siloah Jesseni Gomes Alves

Igualdade de Gênero: Identidade, Diferenças e Divisão Cultural das Tarefas..... 36
Clóvis Marques Dias Júnior; Paula Regina Pereira dos Santos Marques Dias; Tiago Vasconcelos Silva

Política de Fundos e o Financiamento da Educação Básica via FUNDEF: a Lógica da Compensação; Seletividade e Focalização; Privatização e Descentralização..... 51
Antonio Sousa Alves; Francisco de Assis Carvalho de Almada

A Gestão da Inovação nos Escritórios Jurídicos..... 65
Josiano Cesar de Sousa; Etiane Maciel de Oliveira Paes; Marcio Pereira dos Santos

Gestão Escolar: Entre a Perda de Identidade do Público e a Ascensão das Estratégias do Privado..... 78
Xermona Milhomem Costa Silva; Antonio Sousa Alves

O Pensamento Complexo e as Contribuições para a Educação..... 87
Wanderson Wendel Noronha Lô

PARTE II: SABERES E PRÁTICAS ATUAIS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Envelhecimento e as Mudanças da Concepção de Saúde na Terceira Idade..... 102
Waléria da Silva Nascimento Gomes; Ênnio Santos Barros; Mônica Santos Lopes Almeida; Rhavenna Thais Silva Oliveira

Práticas Integrativas e Complementares no Tratamento da Dor Oncológica..... 116
Hellyangela Bertalha Blascovich; Eronilde Silva Gonçalves; Raisa Ramos dos Anjos; Waueverton Bruno Wyllian Nascimento Silva

Processo Histórico e Feminização da AIDS no Brasil..... 129
Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos; Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral; Arthur Barros Fernandes; Cianny Ximenes Rodrigues Silva; Hugo Lima Silva

Atividade Física e Saúde em População Pediátrica: Saberes e Práticas no Combate da Obesidade Abdominal..... 143
Marcus Vinicius Nascimento Ferreira; Gledson Weslley Pereira Santos; Anderson Batista Nunes

Fisioterapia como Recurso no Tratamento das Disfunções do Assoalho Pélvico após o Tratamento do Câncer de Colo de Útero..... 155
Marciene de Sousa Cavalcante; Andressa Braga de Araújo; Fernanda Carneiro Ramos

Impactos na Saúde Mental da Gestante em Consequência da Hiperêmese Gravídica: Saberes e Práticas..... 169
Síria Alcantara da Silva; Silvana Ferreira de Sousa Alves; Márcia Guelma Santos Belfort; Karla Shirley de Aquino Silva; José Guilherme dos Santos Neto

O Mal-estar Docente: uma Análise a Partir da Concepção Psicanalítica de Afeto..... 182
Francisco de Assis Carvalho de Almada

A Avaliação das Funções Executivas nas Crianças Autistas..... 193
Silvana Ferreira de Sousa Alves; Iris Teresa Lufuente Ávila

A Psicologia e sua Interface com os Direitos Humanos..... 206
Dayse da Silva Chaves; Rosilene Pereira da Silva; Silvana Ferreira de Sousa Alves

Psicologia e Saúde Mental: Estratégias para Efetivação de Políticas Públicas na Atenção Básica..... 216
Maria dos Remédios Brito Viana

Parte I

POLÍTICAS E PRÁTICAS ATUAIS EM CIÊNCIAS HUMANAS

A SINDICALIZAÇÃO E OS TRABALHADORES BRASILEIROS PÓS-REFORMA TRABALHISTA

Francine Adilia Rodante Ferrari Nabhan
Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes

1 Introdução

A sindicalização e a negociação coletiva são institutos regulamentados pelo direito brasileiro, com fundamento na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), art. 8º, tendo previsão na CLT, no art. 511 e seguintes. Estes institutos foram afetados pela Reforma Trabalhista, regulamentada na Lei nº 13.467 de 2017. A partir dessa alteração normativa, as autoras desenvolveram o presente estudo com objetivo específico evidenciado em descobrir e fomentar qual a importância dos sindicatos e da sindicalização para os trabalhadores brasileiros.

Tal assunto é de suma importância, pois a sindicalização está diretamente relacionada ao crescimento e consolidação dos direitos e garantias das classes trabalhadoras. Assim, tendo em vista o que preconiza a CRFB/1988, art. 1º, IV elencando os valores sociais do trabalho, entende-se que a sindicalização é um instrumento para alcançar o fundamento do Estado Democrático de Direito.

Nessa conjuntura, mostra-se relevante analisar como os sindicatos se organizam, pois a sua organização é, também, um instrumento de fortalecimento, sendo necessário a manutenção de um número considerável de trabalhadores associados, para que o ente se mantenha forte.

Ressalta-se que a função dos sindicatos é negociar com o setor público ou privado, por melhores condições de trabalho e de vida, mas essa função não é a única, sendo que, quando estão em vigor práticas

neocorporativistas que levam ao sindicalismo, há discussões à luz de políticas econômicas e sociais, que envolvem o setor privado e público, em que a atuação do sindicato se mostra fundamental.

Assim, destaca-se que este trabalho tem como objetivo geral analisar o instituto do Sindicato no Brasil e a importância da sindicalização para os trabalhadores brasileiros, principalmente no que diz respeito à possibilidade de flexibilização dos direitos e da fundamentalidade da negociação coletiva diante da Reforma Trabalhista.

Quanto a metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, com nível descritivo exploratório e delineamento bibliográfico e documental.

2 Os Direitos Fundamentais e a Liberdade Sindical

Conceituar direitos fundamentais é uma das tarefas mais complexas que se evidencia à luz da doutrina, tanto em âmbito internacional, como nacional. No entanto, é algo que se mostra essencial. Assim, a definição utilizada por alguns autores é fundamental para a construção e entendimento de como a liberdade sindical pode ser fundamentada.

Para tanto, utiliza-se o conceito de José Afonso da Silva quando afirma que "Direitos fundamentais do homem significa direitos fundamentais da pessoa humana ou direitos fundamentais" (SILVA, 2006, p. 178). Podendo ser conceituado, também como "[...] direitos do homem garantidos pela legislação do respectivo país. São os direitos vigentes numa ordem jurídica concreta" (CANOTILHO, 2010).

Perez Luño (1995 apud Moraes, 2011, p.295) dispõe que direitos fundamentais são "[...] aqueles direitos humanos garantidos pelo ordenamento jurídico positivo, na maior parte dos casos em sua normativa constitucional, e que gozam de uma tutela reforçada".

Enquanto Alexy (2015, p. 546) evidencia que "[...] os direitos fundamentais, enquanto direitos individuais em face do legislador, são posições que, por definição, fundamentam deveres do legislador e restringem suas competências". Assim, verifica-se que os direitos fundamentais são direitos do ser humano, reconhecidos e positivados na esfera do Direito Constitucional de determinado Estado.

Neste sentido, são considerados direitos fundamentais dos trabalhadores os expressos na CRFB/1988, nos artigos 7º a 11º, onde destaca-se os direitos individuais, os coletivos e o direito de greve.

Sendo assim, pode-se afirmar que a liberdade sindical é um direito fundamental e sua consagração no ordenamento jurídico constitui elemento essencial à proteção da dignidade da pessoa humana e à realização do Estado Democrático de Direito, notadamente por consistir "[...] no direito conferido a trabalhadores e empregadores de criar, organizar e gerir organizações sindicais, sem a interferência ou intervenção dos poderes públicos" (NOVELINO; CUNHA JÚNIOR, 2017, p. 198).

A liberdade sindical se refere à livre criação de sindicatos e sua auto-extinção, bem como a livre vinculação a um sindicato e a livre desfiliação de seus quadros. Neste sentido dispõe a CFRB/88, no art. 8º:

> Art. 8º É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte:
> V - ninguém será obrigado a filiar-se ou a manter-se filiado a sindicato;

Desta forma, por todo arcabouço teórico e normativo, verifica-se a relação existente entre os direitos fundamentais e a liberdade sindical como instrumento de efetivação do Estado Democrático de Direito, sendo necessário uma leitura a partir da fundamentalidade do Sindicato no Brasil.

3 Evolução Histórica da Organização dos Trabalhadores

Neste ponto, destaca-se um resumo histórico da organização dos trabalhadores tanto na esfera mundial como na esfera nacional. Há, na doutrina vários estudos que evidenciam a diversificação de padrões de organização sindical no mundo, o que cria critérios diferentes para a agregação do trabalhador ao Sindicado.

3.1 Sindicalismo no mundo

Não se pode afirmar com absoluta certeza e rigor científico qual foi a primeira manifestação histórica de organização dos trabalhadores. Há quem afirme, como Vianna (2009, p. 214) que:

> Historicamente, as primeiras manifestações dos trabalhadores, numa tentativa de organização, remontam à Antiguidade, com o aparecimento, na Índia, Egito e China, de coalizões de trabalhadores, surgidas como decorrência natural do exercício, em comum, da mesma profissão.

O referido autor ressalta que este é, portanto, um aspecto relevante, merecendo destaque a constatação de que é a atividade desempenhada que constitui o elo mais profundo entre os homens, superando, inclusive os laços decorrentes de parentesco ou localidade de nascimento ou moradia.

Sobre esta constatação, Sussekind (2006, p. 1037) observa expressamente que:

> A atividade cria laços mais profundos entre os homens do que os decorrentes da localidade e, em certos casos do parentesco, porque o exercício de uma atividade, e especialmente de uma profissão, cria características das quais o indivíduo jamais se liberta e que até transmite a seus descendentes.

Em período posterior, destaca-se a verificação das semelhanças entre a noção moderna de organização com os “Colégios” romanos criados por Sérvio Túlio, cuja dissolução oficial se deu no ano de 64 a.C., mas que se mantiveram efetivamente até o ano 56 d.C. Sobre estes “Colégios” e

"Sodalícios", o Ministro Silva (2009, p. 103) também os considera como os primeiros marcos da atual previdência social, bem como as primeiras manifestações associativas de trabalhadores, já que buscavam reunir e congregar os trabalhadores de uma determinada profissão.

Há de se colocar, como ponto primordial para o desenvolvimento do presente estudo, que estas semelhanças apontadas com alguns sistemas sindicais apresentam um detalhe crucial. De acordo com Sussekind (2006, p. 1038), é que enquanto os sindicatos modernos "[...] foram uma consequência do individualismo liberal, levando os trabalhadores, em face da abstenção do Estado, a se unir para a defesa de seus direitos e reivindicações, os colégios romanos nasceram por uma determinação da autoridade". Essa noção do sindicato moderno como união voluntária dos trabalhadores em defesa de seus interesses é de grande importância para o entendimento do atual cenário sindical brasileiro.

Após este período, que pode ser denominado de "proto-história" da organização sindical, verifica-se que novas sementes destes fenômenos históricos nas corporações de ofício, que se caracterizavam, conforme conceitua Batalha (1994, p. 48) "como organismo socioeconômicas estanques".

As corporações de ofício eram órgãos reguladores das condições de trabalho que disciplinavam a jornada de trabalho, proibiam o trabalho noturno, impunham o descanso aos domingos e nas festas religiosas e fixavam o salário a ser pago a cada membro (RUPRECHT, 1995, p. 62).

Ainda fracos diante do Estado e das corporações, os trabalhadores começavam a entender que teriam de lutar muito para conseguir o reconhecimento de seus direitos.

Especificamente sobre o momento de nascimento dos sindicatos, Ruprecht (1995, p. 68) entende que "o sindicato nasce no momento em que a corporação estoura por pressões de dento para fora de fora para dentro". As primeiras, pelos aprendizes e, sobretudo, pelos

companheiros, e as segundas, pelo processo industrial e pela vitória das ideias liberais. Nesse instante, a corporação se rompe em duas entidades distintas e antagônicas, representando uma a maestria (patrões) e a outra, os aprendizes e companheiros (trabalhadores).

> É verdade que não estavam ainda bem delineados os caracteres de uma e do outro grupo; mas a realidade e que, a partir desse instante, começa a diferenciação que há de chegar até nossos dias, em que se encontram claramente definidas as diferentes características. Uma instituição, ao nascer, não nasce já completamente amadurecida; isso ocorre com o passar do tempo e foi o que aconteceu com o sindicalismo. No início, apenas uma ideia pouco estruturada que logo se desenvolve, cresce e chega à maturidade e a realização (AROUCA, 2005 apud PAMPLONA FILHO; LIMA FILHO, 2013, p. 27).

Por fim, é possível afirmar que o surgimento do sindicalismo, ocorreu no Reino Unido, por volta do ano de 1720, com a formação das associações de trabalhadores, que visavam reivindicar melhores condições de trabalho, principalmente no que dizia respeito à melhoria salarial e à limitação da jornada de trabalho. Havia, inicialmente, certa "tolerância" com os agrupamentos de trabalhadores, já que essa prática passava ao largo da lei, situação que perdurou até 1799, ano em que a sindicalização foi considerada pelo parlamento britânico como delito (PAMPLONA FILHO; LIMA FILHO, 2013, p. 34).

3.2 Sindicalismo no Brasil

A primeira disposição constitucional a respeito do trabalho no Brasil foi na Constituição de 1824, no art. 179 XXIV, que dispunha que "[...] nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou comercio pôde ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes público, a segurança, e saúde dos Cidadãos".

A mesma trazia, ainda, curiosa disposição segundo a qual "[...] ficam abolidas as Corporações de Ofícios, seus juízes, escrivães e mestres" (Brasil, 1824, art. 179, XXV), tencionando "proibir" a existência das corporações de ofício, que sequer existiam no Brasil, dada a sua

incompatibilidade com o regime escravocrata e com as peculiaridades econômicas locais.

A Constituição de 1891, por sua vez, também não dispôs de forma expressa sobre as entidades sindicais, mas, em seu art. 72, § 8º, determinava que "[...] a todos é licito associarem-se e reuniram-se livremente e sem armas, não podendo intervir a polícia, senão para manter a ordem pública" (DELGADO, 2017, p. 35).

Trata-se, efetivamente, da garantia do direito de associação, algo que é historicamente muito importante para a formação de uma consciência de classe no mundo, embora no Brasil, até aquele momento, não houvesse verdadeiramente um movimento de arregimentação sindical.

Sobre esse momento histórico, assinala Arouca (2005 apud PAMPLONA FILHO; LIMA FILHO, 2013, p. 42) o seguinte:

> [...] em 1903 é aprovado projeto de iniciativa de Joaquim Ignácio Tosta, transformado no Decreto Legislativo n. 979, instituindo a sindicalização rural, sindicatos mistos, de feição corporativa que, no entanto, não tiveram nenhum resultado prático. O mesmo paramentar voltou à cena e de outro projeto seu teve origem o Decreto Legislativo n. 1637 de 1907. Este admitia a Constituição de sindicatos tendo como objetivo o estudo, a defesa e o desenvolvimento dos interesses gerais da profissão e dos interesses profissionais de seus membros, constituídos livremente, sem depender, para tanto, de autorização governamental mediante registro em cartório.

Referidos Decretos, permitiram a sindicalização de trabalhadores em profissões "similares ou conexas", dando origem ao atual conceito de categoria profissional e viabilizando que os profissionais liberais também se sindicalizassem. Entretanto, os dois diplomas legais, não tiveram repercussão prática relevante.

A história de formação dos sindicatos no Brasil é influenciada pela migração de trabalhadores vindos da Europa para trabalhar no país. No final do século XIX, a economia brasileira sofre uma grande transformação, marcada pela abolição da escravatura e a Proclamação da República. A abolição da escravidão, substituída pelo trabalho

assalariado, atrai um grande número de imigrantes vindos da Europa, que ao chegarem no Brasil, se depararam com uma sociedade que regulamentava pouquíssimos direitos aos trabalhadores, notadamente por ser à época, ainda marcado pelo sistema escravocrata, o que culminou com a formação dessas pessoas em organizações.

As primeiras formas de organização foram às sociedades de auxílio-mútuo e de socorro, que tinham como objetivo auxiliar materialmente os operários em períodos difíceis. Em seguida, são criadas as Uniões Operárias, que com o advento da indústria passam a se organizar de acordo com seus diferentes ramos de atividade. Surgia, assim, o movimento sindical no Brasil.

3.3 Sindicalismo Brasileiro na Atualidade

As circunstâncias que moldaram a organização sindical brasileira acarretaram diversos vícios que atingiram e atingem sobremaneira a efetiva ação sindical. A formação de entidades sindicais sob um Estado autoritário, atrelada à burocracia estatal, sendo dotadas de personalidade jurídica de direito público e com atuação eminentemente assistencialista compromete gravemente a possibilidade de se ter, algum dia, a plena liberdade sindical no Brasil (PAMPLONA FILHO; LIMA FILHO, 2013, p. 88).

O sindicato é uma instituição criada para fins de estudo, defesa e coordenação dos interesses econômicos ou profissionais de todos os que exerçam a mesma atividade, visando tratar de problemas coletivos e individuais, com o objetivo de alcançar-lhes melhores condições de trabalho e vida.

A Convenção 98 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em vigor no Brasil desde a década de 1950, estipula que:

> [...] serão particularmente considerados atos de ingerência, medidas destinadas a provocar a criação de organizações de trabalhadores dominadas por um empregador ou uma organização de empregadores, ou a manter organizações de

> trabalhadores por meios financeiros, com o fim de colocar essas organizações sob o controle de um empregador ou de uma organização de empregadores. (Süssekind, 1998, p. 337)

Diante disso, destaca-se que não é permitida nenhuma forma de interferência do Estado nos sindicatos, salvo a necessidade de registro, feito no Ministério do Trabalho (art. 8º, I, CF). Isso faz com que os sindicatos tenham plena liberdade de constituição e organização administrativa e financeira. Contudo, é vedado a eles o exercício, direto ou indireto, de atividade econômica, além das de caráter político-partidário.

O modelo sindical brasileiro tem como principal característica a liberdade sindical. Nossa organização sindical é considerada vertical, onde no 1º grau estão os sindicatos, no 2º as federações e no 3º as confederações (art. 8º, IV, CRFB/88). Por fim, temos as centrais sindicais, que são pessoas jurídicas de direito privado compostas por organizações sindicais dos trabalhadores.

A estrutura sindical brasileira respeita a unicidade sindical. Ela determina que só pode existir uma organização sindical, em qualquer grau, representativa de categoria profissional ou econômica, em uma mesma base territorial. Portanto, não é reconhecido mais de um sindicato representativo da mesma categoria econômica em uma dada base territorial.

Ponto importante na atuação dos sindicatos é obrigatoriedade de participação dos mesmos nas negociações coletivas de trabalho (art. 8º, VI, CF). Segundo Shimomoto (2017), o Brasil conta com 16.517 entidades sindicais com cadastro ativo no Cadastro Nacional de Entidades Sindicais. Desse total, 11.327 são sindicatos profissionais, enquanto os outros 5.190 são sindicatos patronais. Para fazermos um comparativo, no Reino Unido, por exemplo, o número total de sindicatos é de 168, enquanto na Argentina existem 100.

Com tantos sindicatos no Brasil, é difícil não pensar no papel que essas representações desempenham em todos os âmbitos da sociedade.

4 Os Sindicatos Pós-reforma Trabalhista

A Reforma Trabalhista surgiu como uma tentativa de corrigir deformações históricas, remover remendos jurídicos e, assim, iniciar uma nova era nas relações capital-trabalho no País. Para Shimomoto (2017, p. 11):

> O problema é que a reforma ainda não tem contornos definidos, é obra inacabada, [...], pois algumas matérias complexas não foram analisadas com a devida profundidade e podem afetar o mercado de trabalho.

Na esfera sindical, a reforma trabalhista simplesmente tornou facultativa a contribuição sindical, o fato é que os sindicatos eram financiados em grande parte pela mesma. O secretário da Força Sindical, Sérgio Leite, estimou que o imposto financiava cerca de 50% das despesas de um sindicato médio, ou até 80% de sindicatos pequenos. (SHIMOMOTO, 2017, p. 12).

Ao tornar facultativo, a Reforma Trabalhista fez com que a mesma praticamente fosse eliminada, mas, o discurso é o de restringir a proliferação de sindicatos no Brasil.

O número grande de sindicatos existentes no Brasil não implica em organização. É necessário encontrar uma forma inteligente de eliminar sindicatos não representativos sem prejudicar os eficientes. É vital adequar o novo texto legal à garantia constitucional da participação dos sindicatos em todos os ambientes de negociações coletivas (art. 8º, VI, CF).

Segundo Vólia Bonfim Cassar (2018), no atual contexto, os empregados só irão pagar a contribuição sindical se perceberem a

necessidade e a eficiência dos sindicatos, trata-se da base da meritocracia e não mais mera obrigatoriedade.

Outro ponto importante com o advento da Reforma Trabalhista é a força que ganha a negociação coletiva, pois a mesma foi fortalecida e torna-se um importante instrumento para sindicatos, empresas e trabalhadores. O art. 611-A, acrescido ao texto da CLT, dispõe que a convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho têm prevalência sobre a lei, e dispõe um rol exemplificativo de direitos que poderão ser negociados.

Portanto, os sindicatos foram fortalecidos, já que as convenções ou acordos coletivos de trabalho terão obrigatoriamente a participação dos mesmos.

Na visão de Brito Filho (2017, p. 56):

> Temos um modelo de organização sindical ultrapassado, o que temos são entidades sindicais débeis e que pouco ou nada protegem o trabalhador, sendo razoável dizer que a flexibilização, nas mãos dessas entidades, não é uma arma em favor do ajuste dos interesses dos trabalhadores com os dos empregadores, e sim mais um fator para a desproteção dos primeiros.

Indubitavelmente a Reforma Trabalhista trouxe regras que quebram paradigmas e hábitos arraigados, mas caberá aos sindicatos, empresas e empregados aproveitarem a oportunidade de negociação coletiva para entender as dificuldades e necessidades da outra parte e aproveitar para estabelecerem bom relacionamento e dirimir eventuais litígios.

5 Considerações Finais

Novas possibilidades podem surgir a partir da liberdade sindical plena, fortalecendo a representação coletiva dos trabalhadores de modo que a criatividade normativa autônoma signifique efetivamente

construção e, não destruição, de direitos trabalhistas neste atual cenário vivenciado pelo Brasil.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na ampliação dos direitos trabalhistas, pois aprofundou os padrões civilizatórios no campo das relações de trabalho e emprego, demonstrando que os direitos fundamentais são, na perspectiva democrática, prerrogativas da pessoa humana, decorrentes de sua excelência, e, que o valor social do trabalho, caracteriza-se como um dos pilares do Estado brasileiro e não apenas fundamento da ordem econômica e social.

No que diz respeito às relações coletivas do trabalho, a Constituição de 1988 manteve mecanismos do regime corporativo, mas a reforma trabalhista trouxe um verdadeiro paradoxo. Onde, de um lado, temos a facultatividade da contribuição sindical, que causa o enfraquecimento dos sindicatos das categorias, e, de outro, temos a flexibilização dos direitos trabalhistas, garantidos pelo art. 611 A da CLT, que trouxe poder aos sindicatos diante do instituto da negociação coletiva.

Ressalta-se, ainda, que os sindicatos brasileiros de um modo geral, podem e devem ser mais objetivos em prol da categoria que representam, uma vez que é fundamental a sindicalização dos empregados no intuito de lutar por seus direitos e garantias profissionais.

REFERÊNCIAS

ALEXY, R. Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

BATALHA, W. S. C. Sindicatos – sindicalismo. 2. ed. São Paulo: Ltr, 1994.

BRASIL. Constituição Politica do imperio do Brasil (De 25 de Março de 1824). Brasília: Senado Federal; 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) Brasília: Senado Federal; 2019

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Decreto-Lei nº 5.442, de 01.mai.1943. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 11.mar.2019.

BRITO FILHO, J. C. M. **Direito sindical**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/58983/negociado-sobre-o-legislado-e-a-necessaria-reforma-sindical>. Acesso em: 31 mar. 2022.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2010.

CASSAR, V. B. **Direito do trabalho de acordo com a reforma trabalhista**. São Paulo: Gen, 2018.

DELGADO, M. G. **Curso de direito do trabalho**. 13. ed. São Paulo: LTr, 2017.

MORAES, A. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

NOVELINO, M.; CUNHA JÚNIOR, D. D. **Constituição Federal para concursos**: doutrina, jurisprudência e questões de concurso. 8. ed. Salvador: JusPodivm, 2017.

PAMPLONA FILHO, R.; LIMA FILHO, C. D. **Pluralidade sindical e democracia**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2013.

PEREZ LUNÕ, Antonio Enriqure. **Derechos Humanos, Estado de Decrecho y Constitución.** 5 ed. Madrid: Tecnos, 1995.

RUPRECHT, A. J. **Relações coletivas de trabalho**. São Paulo: LTr, 2005.

SHIMOMOTO, M. M. **Reforma sindical**. Portal Jus navigandi, 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/60097/por-uma-reforma-sindical>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SILVA, C. A. B. **Liberdade sindical – unidade e pluridade**. São Paulo: LTr, 2009.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SUSSEKIND, A**. Instituições do direito do trabalho**. 16. ed. São Paulo: LTr, 2006. v. 2.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Convenções da OIT**. 2ª edição, Ed. São Paulo: LTR, 1998.

VIANNA, S. **Relações coletivas do trabalho**. São Paulo: Ltr, 2009.

SOBRE AS AUTORAS

Francine Adilia Rodante Ferrari Nabhan é Mestra em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté – UNITAU (2016), Especialista em Direito Tributário pelo IBMEC (2020), Especialista em Direito do Trabalho pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – UNITEC (2014), Especialista em Novo Direito Civil pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL (2006) e Bacharela em Direito pelo Centro Universitário de Rio Preto – UNIRP (2003). Atualmente é Advogada, Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Jurídicas de Imperatriz – Democracia e Direitos Fundamentais (NUPEJI), Pesquisadora do Grupo de Estudos

em Direitos Fundamentais e Novos Direitos do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e Professora do curso de Bacharelado em Direito do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: francinenabhan@hotmail.com.

Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes é Doutora em Direito pela Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ (2020), Mestra em Direito pela Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ (2017), Especialista em Processo do Trabalho pela Escola Superior de Advocacia do Maranhão – ESA/MA (2009) e Bacharela em Direito pela Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB (2008). Atualmente é Advogada, Coordenadora do Grupo de Estudos em Direitos Fundamentais e Novos Direitos do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma, Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Direito do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: lidiannelopesadv@gmail.com.

ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO COMO FUNDAMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS

Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes
Siloah Jesseni Gomes Alves

1 Introdução

Historicamente, observa-se o crescimento da força normativa constitucional objetivando limitar o poder arbitrário e estabelecer democracia. As normas constitucionais ladeiam o Estado Democrático de Direito, que se fundamenta na premissa da garantia e efetivação dos direitos fundamentais. Assim, os direitos fundamentais nada mais são do que a instrumentalização no ordenamento jurídico positivado dos Direitos Humanos, por isso possuem um valor, como definem Kant e Radbruch.

É importante salientar que em cada época que compõe a história da humanidade, existem peculiaridades, problemas e dificuldades específicas que desafiam o pesquisador a conhecer e analisar de forma imparcial os fatos históricos. Dessa forma, é que a ciência jurídica tem desempenhado papel fundamental na análise da eficácia das normas. Assim, Bobbio (2004, p. 24) afirma que "[...] o problema fundamental em relação aos direitos do homem hoje não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político".

No Brasil, os direitos sociais, enquanto direitos humanos fundamentais, estão consagrados na Constituição Federal Brasileira de 1988, que por sua vez é, ou deveria ser, dotada de força normativa eficaz, pois observados os termos da própria Constituição, a aplicação das

normas que definem os direitos fundamentais tem aplicação imediata e, portanto, não podem ser reduzidos a normas programáticas[5].

Deste modo, pretende-se demonstrar que todo discurso que se pauta numa perspectiva de atuação negativa do Estado reflete, muitas vezes, na seara jurisprudencial. É neste sentido que Azevedo Neto (2017, p. 23) afirma que "[...] com isso, as normas reproduzem discursos vazios e as decisões chancelam uma intencionalidade liberal conservadora. Na realidade, os direitos sociais possuem outras caraterísticas que precisam ser reveladas", na medida em que "[...] revela um caráter poliédrico, característico de todos os direitos humanos, incluindo os chamados civis e políticos".

Desta forma, enquanto direitos humanos fundamentais[6], os direitos sociais são exigíveis[7] perante e através do Estado, e não dependeriam de lei geral e abstrata ou medida diversa para ter sua eficácia garantida, notadamente por estarem vinculados à dignidade humana.

Neste sentido, Carvalho Netto (2003, p. 155) afirma que "[...] os direitos fundamentais não são apenas um texto, um pacto fundador inerte, mas, sim os reflexos de nós mesmos e o reconhecimento recíproco de nós mesmos". A despeito do apontado, verifica-se em um discurso vazio e desprovido de fundamento, o Estado persiste no descumprimento dos direitos sociais, que é a não garantia e efetividade dos mesmos. Ora, se o Estado democrático se destina essencialmente a assegurar o exercício desses direitos e não o faz, tem-se, então, o esvaziamento de sua função, desserviço ao estado e descumprimento de sua finalidade.

---

[5] Nesse sentido, os direitos sociais não passariam de promessas, que poderiam ser, ou não, efetivados pelo Estado.

[6] Adota-se nesse artigo, a concepção defendida por Azevedo Neto (2017, p. 51), ao afirmar que "[...] presentes as 'fundamentalidades' externa e interna, inexiste óbice a considerar os direitos sociais como *direitos humanos fundamentais*".

[7] Aqui, para melhor compreensão dos meios de exigibilidade, indica-se o livro de Platon Teixeira de Azevedo Neto, *A justiciabilidade dos direitos sociais nas Cortes Internacionais de Justiça*.

2 Considerações sobre a Trajetória Histórica da Formação do Estado Democrático de Direito

Muito se fala e muito se discute em todos os momentos e a qualquer hora sobre democracia, sobre o Estado democrático, porém, pouco se reflete sobre estes institutos, o que termina culminando no uso desarrazoado dos termos que, por sua vez, vêm sendo cada vez mais propagados como um discurso legitimador para justificar todo e qualquer ato ou verbalização de opinião. Tudo em nome da democracia.

Assim, é necessário repensar o porquê disso tudo. Esse "fetiche" que as pessoas têm de pautarem sua conduta em nome da democracia, como se esta fosse a "carta branca" para justificar todo e qualquer posicionamento. Ao passo que, a CRFB/88 é uma lei fundamental, na medida em que prevê a unidade política, tendo como primazia a inviolabilidade da dignidade humana como princípio supremo.

Neste contexto, mostra-se necessário evidenciar alguns aspectos que precisam ser refletidos, sendo o primeiro deles e o mais importante: o Preâmbulo[8] da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que possui a seguinte redação:

> Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na

[8] Na ADI 2.649, voto da rel. min. Cármen Lúcia, j. 8-5-2008, P, DJE de 17-10-2008, a mesma entendeu que: "E, referindo-se, expressamente, ao Preâmbulo da Constituição brasileira de 1988, escolia José Afonso da Silva que "O Estado Democrático de Direito destina-se a assegurar o exercício de determinados valores supremos. 'Assegurar', tem, no contexto, função de garantia dogmático-constitucional; não, porém, de garantia dos valores abstratamente considerados, mas do seu 'exercício'. Este signo desempenha, aí, função pragmática, porque, com o objetivo de 'assegurar', tem o efeito imediato de prescrever ao Estado uma ação em favor da efetiva realização dos ditos valores em direção (função diretiva) de destinatários das normas constitucionais que dão a esses valores conteúdo específico" [...]. Na esteira destes valores supremos explicitados no Preâmbulo da Constituição brasileira de 1988 é que se afirma, nas normas constitucionais vigentes, o princípio jurídico da solidariedade".

> ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

Percebe-se, no entanto, que a instituição do Estado Democrático de Direito tem como premissa assegurar o exercício dos direitos sociais, para depois assegurar o exercício dos direitos individuais. Ou seja, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 tem como base de sustentação, o princípio da solidariedade.

Assim, Barreto (2013, p. 205) nos ensina que:

> O constituinte ao listar os valores supremos do estado democrático de direito, considerou os direitos sociais como categoria jurídica essencial do regime que pretenderam estabelecer através da Constituição e, portanto, pertencentes à mesma categoria dos direitos civis e políticos.

Deste modo, é inegável que ao longo da transformação do Estado, desde a concepção do Estado liberal que tem em Locke sua evidência, notadamente a partir de seu ideal de proteção de "direitos humanos em função, exclusivamente, da propriedade" (BARRETO, 2013, p. 206), houve uma mudança no processo de construção de um novo modelo estatal, o que culminou com um viés cada vez mais democrático.

Ademais, Barretto (2013, p. 206) afirma que "[...] para Locke e os ideólogos do estado liberal, o cerne dos direitos civis e políticos encontrava-se no direito de propriedade, que iria sedimentar, proteger e assegurar o produto do exercício da autonomia, da liberdade e do trabalho", de modo que, a propriedade está vinculada a garantia dos direitos civis e políticos.

Logo, o argumento que se pretende desenvolver é que o conceito de propriedade em Locke vai além do cerne da garantia dos direitos civis e políticos, de modo a abarcar igualmente os direitos sociais. Senão, vejamos:

> Deus, que deu o mundo aos homens em comum, deu-lhes também a razão, para que se servissem dele para o maior benefício de sua vida e de suas conveniências. A terra e tudo o que ela contém foi dada aos homens para o sustento e o

> conforto de sua existência. Todas as frutas que ela naturalmente produz, assim como os animais selvagens que alimenta, pertencem à humanidade em comum, pois são produção espontânea da natureza; e ninguém possui originalmente o domínio privado de uma parte qualquer, excluindo o resto da humanidade, quando estes bens se apresentam em seu estado natural; entretanto, como foram dispostos para a utilização dos homens, é preciso necessariamente que haja um meio qualquer de se apropriar deles, antes que se tornem úteis ou de alguma forma proveitosos para algum homem em particular. Os frutos ou a caça que alimenta o índio selvagem, que não conhece as cercas e é ainda proprietário em comum, devem lhe pertencer, e lhe pertencer de tal forma, ou seja, fazer parte dele, que ninguém mais possa ter direito sobre eles, antes que ele possa usufruí-los para o sustento de sua vida (LOCKE, 1998, p. 42).

Porém, é necessário ir além da abrangência da concepção de propriedade defendida por Locke (1998), na medida em que, para o filósofo o que justifica o direito à propriedade, naquela época, seria o trabalho destinado a ela e, quando este trabalho não prejudicasse outrem, ensejava, portanto, o direito ao fruto do trabalho. A partir disso, defende que "[...] a mesma lei da natureza que nos concede dessa maneira a propriedade, também lhe impõe limites" (LOCKE, 1998, p. 43), o que justificaria a existência das leis e do Estado, cujo principal objetivo seria o de garantir o respeito aos direitos naturais do povo, tais como, a proteção da vida, da liberdade e da propriedade de todos.

Assim, Bobbio (2004, p. 5) afirma que:

> Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Continua, o referido autor, afirmando que "[...] o problema fundamental em relação aos direitos do homem hoje, não é tanto justificá-los, mas sim o de protege-los" (BOBBIO, 2004, p. 92). Para isso, é necessário que haja fundamentação e reflexão sobre esses direitos, para que os mesmos sejam protegidos, porém, é necessário antes, analisar o conceito de liberdade.

Liberdade[9] é um direito de primeira dimensão, "[...] os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos", cujo titular é o indivíduo, sendo conceituados como "direitos de resistência ou de oposição perante o Estado" (BONAVIDES, 2014, p. 577-578).

Kant (2019, p. 45) afirma que:

> A liberdade (a independência em relação ao arbítrio coercitivo de um outro), na medida em que possa coexistir com a liberdade de qualquer outro segundo uma lei universal, é esse direito único, originário, que cabe a todo homem em virtude de sua humanidade.

Ora, reafirmando o posicionamento devidamente fundamentado no presente artigo, evidencia-se que os direitos sociais, por serem igualmente pertencentes à categoria dos direitos civis e políticos, também se configuram como direitos que poderão não apenas serem exigidos contra o Estado e, sim, através dele[10], em uma leitura que perpassa a transformação do Estado liberal em Estado social e, posteriormente, Estado democrático de direito, na medida em que estão associados à liberdade.

Os direitos sociais nascem, portanto, maculados pela errônea percepção de que estão atrelados à instrumentos de assistencialismo ou à caridade, deixando de serem analisados numa perspectiva moral, que tem como berço a desigualdade social e econômica evidenciada em uma sociedade marcada pelo liberalismo que agora, no Estado democrático de direito tem sua proteção, como se verifica no artigo 1º da CRFB/88 como também em seu Preâmbulo.

---

[9] A liberdade, afirma Bonavides (2014, p. 580), "ao contrário do que acontece com a propriedade, não é suscetível de 'institucionalizar-se' como garantia".

[10] Neste sentido, Barreto (2013, p. 207) afirma que "[...] os direitos sociais não são meios de reparar situações injustas, nem são subsidiários de outros direitos. Não se encontram, portanto, em situação hierarquicamente inferior aos direitos civis e políticos".

3 Reflexões sobre os Direitos Sociais no Brasil

A CRFB/88, prevê no artigo 1º que "[...] a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos" (BRASIL, 1988), dentre eles, a dignidade da pessoa humana. Assim, refletir sobre os direitos sociais é refletir sobre a dignidade humana, pois ambos estão entrelaçados.

Barroso (2016, p. 61) afirma que "[...] a dignidade humana tem seu berço secular na filosofia, onde pensadores inovadores como Cícero, Pico della Mirandola e Immanuel Kant construíram ideias" que vinculavam a dignidade humana à um valor e consequentemente à moralidade.

Carlos Santiago Nino (2011), influenciado por filósofos notadamente por Immanuel Kant, na formulação de seu discurso moral para legitimar os princípios de direitos humanos, entende que os princípios morais têm sua existência condicionada à validade e à aceitabilidade dos mesmos, são princípios que emergem de uma moral crítica. Não há outros princípios que prevaleçam sobre eles. Além disso, podem valorar qualquer conduta.

A importância da conclusão de que os direitos humanos são direitos de índole moral se dá nas seguintes proposições: se nas decisões práticas os direitos são reconhecidos, obedecidos e/ou aplicados; se as ações frente ao ordenamento necessitam dos princípios de justiça e de moralidade social; se os juízes justificam suas ações através de princípios morais considerados válidos; se as considerações valorativas são imprescindíveis para resolver as indeterminações do ordenamento jurídico.

E, nesse diapasão, pode-se afirmar que o imperativo categórico de Kant desenvolvido em sua obra intitulada *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* se evidencia através de fórmulas, no qual utiliza-se a máxima que define a fórmula da humanidade para justificar

a proteção dos direitos sociais. Assim, define Kant (2018, p. XV) que: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca como meio”.

Kant (2018), portanto, enfatiza o respeito pelas pessoas enquanto seres humanos. E, a partir dessa máxima é que se verifica a interpretação equivocada dos direitos sociais, como afirmamos acima, no sentido de associar-se à caridade. Ou seja, os direitos sociais estão intrinsecamente ligados à dignidade humana e, portanto, devem ser garantidos pelo Estado e respeitado por todos.

Sarlet (2015) nos ensina que é no século XX que os novos direitos fundamentais acabaram sendo consagrados em um número significativo de Constituições. E, continua, na afirmação de que:

> [...] os direitos de segunda dimensão podem ser considerados uma densificação do princípio da justiça social, além de corresponderem à reivindicações das classes menos favorecidas, de modo especial da classe operária, à título de compensação, em virtude da extrema desigualdade que caracterizava as relações com a classe empregadora (SARLET, 2015, p. 48).

Em Nino (2011), o princípio da dignidade da pessoa prescreve que todos os homens devem ser tratados em conformidade com suas decisões, intenções ou manifestações de consentimento, se baseando num aspecto central do discurso moral, que é a expressão da vontade individual, a qual tem, nesse discurso, um valor significativo. Esclarece Nino (2011, p. 56): “[...] não a vemos como um objeto de manipulação, senão como algo que tem valor em si mesmo para obrigar o indivíduo”.

Além disso, o princípio da dignidade humana, assim como os demais princípios morais, se apoiam em outros aspectos estruturais do discurso moral, visto que, ao respeitar as decisões livremente tomadas, ao escutar as razões dos demais, ao tratar de refutar seus argumentos com outros, ao procurar conciliar suas ações e atitudes, com estribo em

uma aceitação voluntária dos mesmos princípios de conduta, os indivíduos acabam por agir moralmente (FOHRMANN, 2012).

Assim, para Barretto (2013, p. 216), "[...] os direitos sociais como direito humano fundamental reside no próprio conceito de direito fundamental", na medida em que podem ser, como afirmado no tópico 2, não apenas exigidos contra o Estado e sim através dele, com a implementação de prestações materiais que estejam vinculadas à políticas públicas sociais que permitam à essas pessoas de fato, gozarem desses direitos que são protegidos pela Constituição.

Para Nino (2011, p. 57):

> [...] "o direito humano é caracterizado como direito moral" e que o enunciado de que a única condição para se ter direitos morais fundamentais é ser humano parece bastante plausível, já que satisfaz uma aspiração igualitária profundamente arraigada. Isso é assim porque a propriedade de ser humano parece ser todo tipo "ou tudo ou nada", diferentemente de outras propriedades.

Nesse sentido Kloepfer (2011, p. 252) sinaliza que "[...] o expansionismo dos direitos fundamentais não foi até agora capaz de impedir ameaças aos direitos fundamentais por meio de influências estatais sobre o entorno, isto é, em relação aos pressupostos dos direitos fundamentais". Isto posto, é importante ressaltar a necessidade de alargamento dos direitos fundamentais, notadamente em uma sociedade marcada pela desigualdade, em todas as searas e em todos os setores, na medida em que, a proteção normativa vincula a atuação do Estado na efetivação da proteção dos direitos humanos fundamentais.

Assim é que na CRFB/88, no artigo 6º, há previsão expressa dos direitos sociais, no qual transcreve-se:

> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Nessa conjuntura de proteção dos direitos sociais, Hesse (1991, p. 16) afirma que "a Constituição adquire força normativa na medida em que logra realizar essa pretensão de eficácia", somente sendo possível se refletisse em seu texto, a realidade. Ademais, completa o autor que "[...]graças ao elemento normativo, ela ordena e conforma a realidade política e social. Assim, as possibilidades, mas também os limites da força normativa da Constituição resultam da correlação entre ser (Sein) e dever ser (Sollen)" (HESSE, 1991, p. 24).

Ainda, evidencia-se que apesar de doutrinariamente os direitos sociais estarem vinculados aos direitos de segunda dimensão, estes "tendem a tornar-se tão justificáveis quanto os de primeira" (BONAVIDES, 2014, p. 579), já que se não se pode reduzi-los ou minimizá-los no caráter de normas programáticas.

Segundo Canotilho (1993, p. 524-525), para alguns autores, efetivamente, as normas consagradoras de direitos sociais são "normas programáticas". Desse modo, as constituições condensariam, nessa espécie de normas, "princípios definidores dos fins do Estado, de conteúdo eminentemente social". Continua o autor afirmando que "[...] o fato de os direitos econômicos, sociais e culturais dependerem, em alguns casos, da ação do Estado, leva-os a apresentar um déficit de exequibilidade e de justiciabilidade, remetendo a problemática para a seara da política social" (CANOTILHO, 1993, p. 526).

Isto posto, Azevedo Neto (2017, p. 58) complementa afirmando que "[...] nessa perspectiva, reduz-se assim, o princípio da democracia econômica, social e cultural a uma linha de direção da atividade estatal". Por conseguinte, reafirma Canotilho (1993, p. 549) que "as normas constitucionais consagradoras de direitos, liberdades e garantias são dotadas de aplicabilidade direta, pois são dotadas de densidade normativa suficiente". Assim, devem ser efetivados agora, hoje, principalmente quando as necessidades dos indivíduos não são programáticas, são urgentes!

4 Considerações Finais

Escrever sobre a efetividade do direito que é garantido por lei, nunca será uma tarefa fácil para o pesquisador, pois requer, dentre muitas coisas, sensibilidade. Esta, muitas vezes se distancia da solidariedade, quando deveriam andar juntas. Fato inegável é que as autoras, diante da realidade social na qual vivem, se dispuseram e se dispõem a analisar os direitos sociais à luz da base que fundamenta o Estado Democrático de Direito: a dignidade humana.

Falar sobre dignidade humana em tempos onde se questiona o próprio sentido da palavra é, hoje, ainda mais desafiador. Desafio este ao qual as autoras não se furtaram, principalmente quando se propõem a analisar a evolução do Estado e, mais, foram ousadas, quando propõem uma nova forma de observar os direitos sociais, agora, à luz dos direitos de primeira dimensão.

A proposta desde o início é descontruir tudo aquilo que muitos doutrinadores enfatizam, e é nessa perspectiva, inclusive, que as autoras propõem uma análise filosófica cuja fundamentação está em Kant e Radbruch, enfatizando, também, a importância da filosofia para a construção do fundamento do Estado.

Nesse sentido, abordou-se além dos aspectos filosóficos, a necessidade de se evidenciar que os direitos sociais são plenamente exigíveis através do Estado, na medida em que é necessário compreender o Direito como um conjunto, um elo que evidencia a realidade cultural e social e que visa, sobretudo, a igualdade. Sobre isso, se destacou que em muitos países, como o Brasil, a positivação dos direitos sociais não está intrinsecamente ligada à sua efetivação, porém confirma-se, que é através da positivação que o Estado passa a ter a obrigação de implementá-los e garanti-los, muito embora o problema real esteja no controle e fiscalização.

Conclui-se, portanto, diante de tudo que foi explanado e evidenciado, que os direitos sociais são instrumentos de redução da desigualdade, na medida em que, a partir do momento em que o Estado os garantir, independentemente de uma perspectiva programática, estes refletirão sobremaneira na consecução e efetivação de outros direitos. Ao passo que, uma vez não garantindo e/ou implementando, o efeito será perverso, como por exemplo o aumento no número de miseráveis e o aumento na pobreza, que por sua vez, podem gerar doenças e culminar até mesmo na morte. Assim, diante de todo esse arcabouço teórico, resta evidente que é necessário que o Estado supere os obstáculos e passe efetivamente a implementar e proteger os direitos sociais.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO NETO, P. T. D. **A justiciabilidade dos direitos sociais nas cortes internacionais de justiça**. São Paulo: LTr, 2017.

BARRETTO, V. D. P. **O fetiche dos Direitos Humanos e outros temas**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito Constitucional**. 6. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

CARVALHO NETTO, M. D. A hermenêutica constitucional e os desafios postos aos direitos fundamentais. In: SAMPAIO, J. A. L. (Org.). **Jurisdição constitucional e os direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. p. 141-163.

FOHRMANN, A. P. B. Fundamentação alternativa dos princípios de direitos humanos, da constituição e dos tratados internacionais. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 12, n. 12, p. 237-250, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/download/316/291/654>. Acesso em: 31 mar. 2022.

HESSE, K. **A força normativa da constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: [s.n.], 1991.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, LDA, 2018.

_____. **Metafísica dos costumes**. Bragança Paulista: Vozes, 2019.

KLOEPFER, M. Os direitos fundamentais da lei fundamental: sucessos, fraquezas, tarefas para o futuro. In: LEITE, G. S.; SARLET, I. W.; M. CARBONELL (Coords.). **Direitos, deveres e garantias fundamentais**. Salvador: Editora JusPodivm, 2011. p. 245-260.

NINO, C. S. **Ética e direitos humanos**. São Leopoldo: Unisinos, 2011.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SOBRE AS AUTORAS

Lidianne Kelly Nascimento Rodrigues de Aguiar Lopes é Doutora em Direito pela Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ (2020), Mestra em Direito pela Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ (2017), Especialista em Processo do Trabalho pela Escola Superior de Advocacia do Maranhão – ESA/MA (2009) e Bacharela em Direito pela Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB (2008). Atualmente é Advogada, Coordenadora do Grupo de Estudos em Direitos Fundamentais e Novos Direitos do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma, Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Direito do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: lidiannelopesadv@gmail.com.

Siloah Jesseni Gomes Alves é Mestranda em Educação pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020 –), Especialista em Direito Tributário pela Faculdade de Direito Professor Damásio Jesus – FDDJ (2018) e Bacharela em Direito pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2016). Atualmente é Advogada, Pesquisadora do Grupo de Estudos em Direitos Fundamentais e Novos Direitos – IESMA/Unisulma e Professora do curso de Bacharelado em Direito do Instituto de Ensino do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: siloahjesseni@outlook.com

IGUALDADE DE GÊNERO: IDENTIDADE, DIFERENÇAS E DIVISÃO CULTURAL DAS TAREFAS

Clóvis Marques Dias Júnior
Paula Regina Pereira dos Santos Marques Dias
Tiago Vasconcelos Silva

1 Reflexões Iniciais

No percurso das desigualdades sociais históricas, vários grupos estiveram à margem da sociedade, entre eles o das mulheres. Com o advento das Revoluções da modernidade e após as grandes guerras mundiais, em que se repensaram os direitos humanos de um modo geral, sob a assertiva de que todos os homens nascem livres e iguais em direitos e deveres, as mulheres foram conquistando seus espaços, sem, contudo, obter apropriadamente o que necessitavam, apesar de caminhar a pequenos passos. Foram nessas desigualdades sociais em que se verificaram as maiores discriminações também de gênero.

O caminho trilhado pela mulher até chegar à condição de capaz e livre foi árduo. Possibilitar uma visão da sociedade em observá-la não só como reprodutora e cuidadora do lar e dos filhos, mas sim como pessoa em condições de contribuir intelectualmente e com a força de seu trabalho, também, para o sustento do lar, deu-se através de uma luta incansável. Nesta perspectiva é interessante uma discussão sobre identidade, as diferenças entre os gêneros e a divisão cultural das tarefas.

Há que se ressaltar que a inversão e/ou aproximação de realidades não se deu de modo imediato, e mesmo que buscada a fio pelas mulheres, historicamente falando, ainda desfruta do enraizamento de uma cultura produzida e alicerçada na discriminação negativa.

2 Igualdade

Normalmente, para se trabalhar a temática da igualdade, utilizam-se certas classificações que, na verdade, representam abstrações para construção de modelos, que inclusive são usados em várias áreas do conhecimento.

Nas ciências sociais, costuma-se falar em igualdade de oportunidades, a qual representa a ideia de oferecer condições iguais para que as pessoas possam agir (um mesmo ponto de partida); em igualdade de resultados, que num contexto semelhante diz que todos devem atingir o mesmo resultado (possibilidade de chegarem ao mesmo lugar); igualdade formal, que para muitos, representa o único tipo de igualdade possível, sendo aquela em que as pessoas se submetem a imperatividade da norma jurídica, sem quaisquer distinções; e por fim, a igualdade material, qual seria a representação prática e efetiva dessa igualdade formal, inclusive se utilizando de discriminações positivas.

De acordo com Santos (2003), o direito de ser igual se dá quando as diferenças existentes inferiorizam as pessoas, e o direito à diferença se dá quando a igualdade existente a descaracteriza. Portanto, há uma necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças entre os seres humanos, adotando, assim, medidas que estabeleçam igualdade pelos bens da vida, e também de uma diferença que não instigue desigualdades.

Por uma consequência lógica da observação do princípio da igualdade, à luz das novas perspectivas interpretativas, o ser humano tem direito à diferença, contudo com a garantia de viver uma vida digna por meio de ações que os protejam.

Neste sentido, Atchabahian (2006) afirma que o princípio da igualdade é um direito fundamental, não podendo ser abolido de qualquer pessoa, fazendo-se necessário uma justificativa do tratamento

desigual, sendo certo que este traduza garantia de sobrevivência e convivência digna.

A essência dos direitos humanos é integrada pelo direito à igualdade material, o direito à diferença e ao reconhecimento de identidades, conforme preleciona Piovesan (2010), em uma "dupla vocação" pela dignidade da pessoa humana e prevenção do seu sofrimento. Cabe ressalvar que o direito à diferença não pode ser analisado dissociado da nova interpretação ao princípio da igualdade, sendo a sua origem um reflexo desta.

3 Identidade e Diferença

Nos Estados Democráticos de Direito percebeu-se uma mudança de atitude em relação aos direitos fundamentais adstritos ao homem. Nesta senda, leia-se "homem" como espécie humana, trazendo aos homens e às mulheres direitos que lhes garantam melhores oportunidades. Lallana (2003, p. 99) discutindo sobre a igualdade de gênero entende que:

> La igualdad entre el hombre y la mujer es un derecho fundamental de los sistemas democráticos, en cuya promoción se detecta un progresivo cambio de actitudes, tanto en los Estados de la Unión Europea como a nivel internacional en general, con la finalidad de alcanzar su plena eficacia.

A identidade dos gêneros foi sendo construída dentro dos parâmetros instituídos pela sociedade de cada época. Por identidade se entende, de acordo com Castells (1999, p. 22), "a fonte de significado e experiência de um povo". Esse significado é formado com fundamento em um atributo da cultura, ou conjuntos de atributos inter-relacionados. Castells (1999, p. 23) ainda salienta que "toda e qualquer identidade é construída" e que se diferencia dos papéis porque estes são as funções exercidas pelas pessoas, tais como ser mãe, vizinho, sindicalista, esportista, etc., ou fazer tudo isso ao mesmo tempo:

> Assim, as exigências que fazemos poderiam ser mais adequadamente denominadas de demandas feitas "efetivamente", e o caráter que imputamos ao indivíduo poderia ser encarado mais como uma imputação feita por um retrospecto em potencial – uma caracterização "efetiva", uma identidade social virtual. A categoria e os atributos que ele, na realidade, prova possuir, serão chamados de sua identidade social real (GOFFMAN, 1988, p. 6).

A identidade, portanto, é forjada em um contexto marcado pelas relações de poder, sendo divididas em três formas:

> • **Identidade legitimadora**: introduzida pelas instituições dominantes da sociedade no intuito de expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais [...].
> • **Identidade de resistência**: criada por atores que se encontram em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação, construindo assim, trincheiras de resistência e sobrevivência com base em princípios diferentes dos que permeiam as instituições da sociedade, ou mesmo opostos a estes últimos.
> • **Identidade de projeto**: quando os atores sociais, utilizando-se de qualquer tipo de material cultural ao seu alcance, constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade e, ao fazê-lo, de buscar transformação de toda a estrutura social (CASTELLS, 1999, p. 24).

Grossi (2000), embora reconhecendo as várias situações em que as mulheres foram oprimidas e vítimas ao longo da História, acredita não ser possível pensá-las fora do contexto de outros dados culturais e históricos. Por isso, apesar dessa opressão vivenciada em certas épocas, algumas, em várias situações, detinham poder e reconhecimento social.

Logo, mesmo com a identidade legitimadora instigada pelas instituições e organizações de cada período trabalhar uma sociedade firmada em uma dominação estrutural fundada no patriarcalismo, as mulheres tomaram força com as lutas do feminismo para fazer frente a esse modelo, assumindo a identidade de projeto, largando as trincheiras de resistência da identidade e fazendo frente a toda estrutura de produção, reprodução, sexualidade e personalidade (CASTELLS, 1999).

Sobre o movimento feminista é importante destacar que nas últimas décadas conseguiu confrontar uma ordem estrutural estabelecida desde tempos imemoriais atingindo conquistas relevantes:

> [...] que tencionaram a estabilidade desta ordem tradicional, gerando uma reação violenta de normalização. Dentre estas conquistas contra-hegemônicas podemos listar a afirmação da categoria violência de gênero, e promulgação da lei Maria da Penha e da lei do feminicídio (CAMPOS; BERNARDES, 2019, p. 17).

No Texto Constitucional de 1988, tem-se a consolidação dessas conquistas expressas especialmente no art. 5º, inciso I, que afirma serem homens e mulheres iguais em direitos e obrigações, e determina uma construção social voltada para o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação,

No entanto, o papel dos gêneros "não são biologicamente determinados e, portanto, [...] são mutáveis cultural e historicamente" (GROSSI, 2000, p. 8). Em algumas culturas, não ocidentais, a agressividade que é atribuída em geral ao homem e a passividade à mulher, ora se apresentavam invertidas.

Grossi (2000, p. 8) comentando a literatura de um psicólogo norte-americano chamado Robert Stoller afirma que:

> [...] todo indivíduo tem um núcleo de identidade de gênero, que é um conjunto de convicções pelas quais se considera socialmente o que é masculino ou feminino. Este núcleo não se modifica ao longo da vida psíquica de cada sujeito, mas podemos associar novos papéis a esta "massa de convicções". Este núcleo de nossa identidade de gênero se constrói em nossa socialização a partir do momento da rotulação do bebê como menina ou menino. Isto se dá no momento de nascer ou mesmo antes, com as novas tecnologias de detectar o sexo do bebê, quando se atribui um nome à criança e esta passa a ser tratada imediatamente como menino ou menina. A partir deste assinalamento de sexo, socialmente se esperarão da criança comportamentos condizentes a ele.

Por isso, verifica-se que as formas de identidade acima transcritas podem coexistir entre si, embora a legitimadora domine sobre as demais, tendo a de resistência um traço de tentativa de oposição ao sistema dominante e a de projeto uma ruptura com o sistema imposto, o que só se pode observar em países de viés democráticos, geralmente de cultura ocidental.

Tendo por base essa assertiva, traçam-se nesta parte do estudo as características identitárias e as diferenças do gênero, da construção social dos corpos teorizado por Pierre Bourdieu e a divisão cultural das tarefas, verificado na cultura ocidental.

Giddens (2008, p. 29) ensina que "[...] por intermédio do processo de socialização, os indivíduos aprendem os seus papéis sociais – expectativas socialmente definidas seguidas pelas pessoas de uma determinada posição social". Ou seja, aquilo que se espera de um determinado profissional deverá ser por ele realizado, sem que o mesmo imponha sobre os atos e práticas suas opiniões pessoais.

Identificando o gênero, a orientação sexual, a classe social, a nacionalidade ou a etnicidade como principais fontes de identidade, informa ainda que:

> Os sociólogos referem-se sobretudo a dois tipos de identidade: a **identidade social** e a **identidade pessoal**. Embora analiticamente distintas, estas formas de identidade estão intimamente relacionadas. Por identidade social entendem-se as características que os outros atribuem a um indivíduo. Estas podem ser vistas como marcadores que indicam, de um modo geral, quem essa pessoa **é**. [...] Se as identidades sociais estabelecem as formas pelas quais os indivíduos são semelhantes a outros, a identidade pessoal distingue-nos enquanto indivíduos. Este tipo de identidade diz respeito ao processo de desenvolvimento pessoal através do qual formulamos uma noção intrínseca de nós próprios e do relacionamento com o mundo à nossa volta (GIDDENS, 2008, p. 30, grifos do autor).

Em relação ao gênero, por mais que se tenha um avanço na definição dos papéis sociais do sexo feminino e masculino, que não estão mais atrelados a um sistema patriarcal duro, há um preconceito em sua inversão. Se uma mulher exerce a liderança de uma empresa, papel social antigamente relacionado ao sexo masculino, é aclamada. No entanto, quando, em conjunto, tenta exercer o papel social de mãe, é criticada e por vezes discriminada. Da mesma forma ocorre com o homem quando exerce papéis "femininos", só que ao contrário da mulher não é elogiado, a não ser pelas próprias mulheres.

Capelle (2010, p. 752) informa que "[...] os estereótipos de gênero são as representações generalizadas e socialmente valorizadas acerca do que os homens e mulheres **devem** ser (traços de gênero) e **fazer** (papéis de gênero)" (grifo nosso).

Já Araújo (2005, p. 47) aponta que:

> Durante muito tempo, a diferença foi usada como sinônimo de desigualdade dentro da hierarquia imposta pela dominação masculina. Mas a luta pela igualdade já nasceu capenga, [...] uma vez que as mulheres se esforçavam para assimilar os modelos masculinos. Elas queriam ocupar os espaços dos homens, comportando-se, agindo, sentindo e falando como eles. E, assim, acabaram se defrontando com uma crise de identidade, ao perceberem que com esses comportamentos supervalorizavam as qualidades consideradas masculinas, em detrimento das femininas, denotando um forte sentimento de inferioridade internalizado. Isso trouxe muita ambigüidade às mulheres e resultou em um grande "mal-estar", que levou a uma revisão do feminino.

Ao se depararem com essa situação, o movimento feminista passou a lutar não pela igualdade, mas pela igualdade na diferença. Araújo (2005, p. 48, grifos da autora) assevera que a "grande conquista do projeto feminista **igualdade na diferença** foi a possibilidade de mudança nas relações de gênero". Ou seja, homens e mulheres tiveram a oportunidade de se libertar dos velhos estereótipos e construir novas formas de se relacionar, agir e se comportar.

Desta forma, existe uma possibilidade dos homens libertarem-se do peso do machismo e as mulheres do imperativo do feminino, ambos podendo ser sensíveis, objetivos, fortes, inseguros, dependentes, independentes, com liberdade e autonomia, não seguindo imperativos categóricos determinados pelo gênero, conforme identidade traçada histórica e culturalmente (ARAÚJO, 2005).

4 Divisão Cultural de Tarefas

Há uma discussão antropológica e histórica sobre a divisão cultural das tarefas. Antes de enfrentar essa temática, cabe ressalvar a análise da

construção social dos corpos realizada por Bourdieu, tentando justificar a determinação dos papéis dos sexos pela sociedade, com base na identidade legitimadora.

Mesmo com o advento das possibilidades libertadoras das estigmatizações do gênero, há uma realidade da construção social dos corpos que ainda faz com que a sociedade possua uma visão androcêntrica e focada no patriarcalismo.

Bourdieu (2011, p. 17) ensina que a divisão sexual está "na ordem das coisas", sendo inevitável que "em todo mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação."

É que essa ordem social é vista como uma "máquina simbólica" capaz de confirmar a dominação masculina por meio da divisão social do trabalho, da distribuição das atividades a cada um dos sexos, do local, dos momentos e dos instrumentos que serão utilizados. Ou seja, como afirma Bourdieu (2011, p. 18):

> [...] é a estrutura do espaço, opondo o lugar de assembleia ou de mercado, reservados aos homens, e a casa, reservada às mulheres; ou, no interior desta, entre a parte masculina, com o salão, e a parte feminina, com o estábulo, a água e os vegetais; é a estrutura do tempo, a jornada, o ano agrário, ou o ciclo de vida, com momentos de ruptura, masculinos, e longos períodos de gestação, femininos.

É interessante notar que as classificações, inclusive as relacionadas aos seres humanos, precisam, necessariamente considerar aspectos que são comuns, criando, por assim dizer, agrupamentos, no intuito de alcançar melhor visualização e organização. Na verdade, as divisões em geral sejam quais forem os critérios adotados são um esforço intelectual para fins quase que didático, pois na prática, ao se aproximar das idiossincrasias toda e qualquer semelhança resta apenas como convenções temporais aceitas pela comunidade científica. A realidade se mostra muito mais complexa que determinadas divisões clássicas.

> Mais fundamentalmente, essa atividade de classificação atravessa o conjunto da filosofia política, especialmente quando suscita os movimentos de cidadãos: pensemos nos debates

> entre os sofistas gregos e Aristóteles a respeito dos escravos, das mulheres e dos nobres; recordemos também as discussões sobre os direitos dos cidadãos, na época da Revolução Francesa, com as polêmicas em torno das classificações entre aqueles que deveriam ter o direito de voto e os que não deveriam, incluindo-se aí as mulheres, citemos a controvérsia fundadora dos direitos políticos modernos, limitados aos que possuíam o suficiente para pagar os impostos (1646), no tempo da primeira Revolução Inglesa (HIRATA *et al.*, 2009, p.31).

O mundo atual vive uma verdadeira crise de identidade, de transição. A biologia dos corpos, em que se pressupõe essa construção social a partir dessa área, só tem sentido nas esferas da discriminação positiva, em que alguns direitos são concedidos em benefício das mulheres por sua situação biológica, como licença maternidade com prazo superior aos dos homens, para recuperação da mulher e amamentação do filho, leis trabalhistas que impedem o carregamento de peso excessivo em seus ambientes de trabalho, entre outros.

Porém, há um estremecimento na divisão cultural das tarefas, tendo em vista a nova realidade que a mulher se encontra inserida. Essa nova realidade não está de toda aceita pela sociedade, tendo ainda a utilização das expressões: “serviço de homem” e “serviço de mulher”. Desta feita, a divisão cultural das tarefas, enraizada pelo processo histórico do sistema patriarcal ainda deixa marcas na sociedade. Capelle (2010, p. 755) salienta que:

> [...] muitas pessoas ainda consideram que o papel social específico das mulheres corresponde aos cuidados da casa e da família (no espaço privado) e que o papel social dos homens envolve o sustento da família e a contribuição para a vida em sociedade (no espaço público). [...] Esses papéis sociais que resultam na divisão sexual do trabalho são transpostos para o regulamento informal das organizações num processo [...] de incorporação de um senso de jogo socialmente aceito.

Giddens (2008, p. 114) observa que o gênero é “[...] um factor crítico na estruturação dos tipos de oportunidade e das hipóteses de vida que os indivíduos e os grupos enfrentam, influenciando fortemente os papéis que desempenham nas instituições sociais, da família ao Estado.”

Sabe-se que os papéis sociais dos homens e das mulheres variam de cultura para cultura, contudo, "não se conhece nenhuma sociedade em que as mulheres tenham mais poder do que os homens" (GIDDENS, 2008, p. 114). Expõe que:

> De um modo geral, **os papéis dos homens são muito mais valorizados e recompensados do que os das mulheres**: em quase todas as culturas, as mulheres assumem a responsabilidade primária de educar os filhos e ocupar-se das actividades domésticas, enquanto os homens assumem tradicionalmente a responsabilidade de sustentar a família. A divisão de trabalho prevalecente entre sexos levou os homens e as mulheres a assumirem posições desiguais em termos de poder, prestígio e riqueza (GIDDENS, 2008, p. 114, grifo nosso).

Com o advento da democracia nos países ocidentais existe uma percepção de que a igualdade jurídica pudesse ultrapassar os limites do espaço público para o ambiente privado. É fato que os homens têm cada dia mais assumido alguns papéis no espaço doméstico, mas a disparidade da quantidade de horas trabalhadas no serviço doméstico pelas mulheres em relação aos homens é alarmante.

Bourdieu (2011, p. 34) assinala uma existência relacional entre os dois gêneros que os fazem produto do trabalho de construção diacrítica. Impõe a realidade da divisão androcêntrica como um princípio, e assinala que "[...] inscrita nas coisas, a ordem masculina se inscreve também nos corpos através de injunções tácitas, implícitas nas rotinas da divisão do trabalho ou dos rituais coletivos ou privados", excluindo, portanto, as mulheres dos "lugares masculinos".

Essa sistemática de análise dos corpos foi sugerida para legitimar os trabalhos penosos, baixos e mesquinhos traçados à mulher, como o próprio autor explicita, de carregar estrume, juntar as azeitonas do chão, enquanto os homens manejam a vara para fazê-las cair da árvore (BOURDIEU, 2011).

A separação das tarefas tem gerado muita ambiguidade e tensão nas identidades dos gêneros, pois "[...] a construção de uma identidade profissional acaba transformando as outras identidades sociais que a

pessoa possui, num processo conhecido como criação de autoidentidade" (CAPELLE, 2010, p. 767).

Freitas, Barbosa e Barbosa (2010, p. 783) afirmam que:

> Acreditava-se que o destino único das mulheres era o de assumir os papéis de esposa e mãe, seus paradigmas; funções especiais, mas que, quando impostas, podem não ser positivas. Assim, eram cuidadosamente preparadas para esta vida, em geral por suas mães (que passaram pela mesma situação), para o casamento (satisfazendo os anseios masculinos) e para a maternidade (com o fim de gerar os futuros herdeiros). Além disso, deveriam ser submissas e observadoras da moral e dos bons costumes. Pode-se afirmar que sua condição era considerada como uma questão biológica.

Apesar das marcas do patriarcalismo estarem ainda latentes, os papéis sociais do homem e da mulher não são mais óbvios, pois com a ascensão da mulher no mercado de trabalho, e por vezes assumindo a situação financeira do lar, tem redistribuído, ou mesmo, alternado as tarefas que eram desempenhadas em uma cultura recente. Tanto é que nos instrumentos de pesquisa, como por exemplo do IBGE, não se utiliza mais a expressão chefe de família e sim "pessoa de referência", ou seja, não masculiniza a função de quem assume o provimento do lar.

A posição do "homem" atual não se liga somente ao machismo da era patriarcal, possui também uma interação em assumir o papel "feminino" de cuidar do lar, das crianças, enquanto à mulher o cumprimento com o provimento de recursos financeiros tem se tornado uma realidade.

No entanto, existe ainda uma discriminação esporádica da sociedade e sentimento de impotência do sexo masculino quando não consegue mais ser o "provedor do lar", justamente pelo jogo de poder na relação da autoridade familiar. Assim, preleciona Sarti (2011, p. 67, grifos da autora):

> A autoridade masculina é seguramente abalada se o homem não garante o teto e o alimento da família, funções masculinas, porque o papel de provedor a reforça de maneira decisiva. Entretanto, a **desmoralização** ocorrida pela perda da autoridade que o papel de provedor atribui ao homem, abalando a base do **respeito** que lhe devem seus familiares,

> significa **uma perda para a família como totalidade**, que tenderá a buscar uma compensação pela substituição da figura masculina de autoridade por outros homens da rede familiar.

A realidade brasileira ainda está adstrita ao modelo antigo, conforme narrado por Giddens (2008, p. 400, grifos do autor):

> O trabalho doméstico tem sido tradicionalmente encarado como o domínio das mulheres, enquanto o domínio do «trabalho real» fora de casa era reserva do aos homens. Neste modelo convencional, a **divisão doméstica do trabalho** – a forma como as responsabilidades domésticas são partilhadas entre os membros do agregado familiar – era bastante clara: as mulheres dedicavam-se mais, por vezes de forma exclusiva, às tarefas domésticas, enquanto os homens «sustentavam» a família com o seu salário.

Nesse contexto, percebe-se que é bastante complexo e talvez não seria tão eficaz, apenas uma desconstruir certas concepções tradicionais ou novas noções, e sim, mais do que nunca é preciso criar novas. "Mostrar como os homens são até mais vulneráveis que as mulheres em uma série de indicadores de morbidade e mortalidade é mais importante do que refletir sobre as consequências da dominação para as mulheres" (ADRIÃO; QUADROS, 2010, p. 8).

5 Reflexões Finais

Com essa assertiva, apreende-se que a relação entre os gêneros é mais uma relação de poder, do que propriamente uma relação entre os sexos, doravante a análise atual de sexos sem a devida orientação sexual ou aceitação de reprodução que sejam afetos ao masculino e/ou feminino (homem x mulher) traçados por uma cultura tradicionalista.

É por isso que o desnivelamento social e econômico entre os gêneros influencia no contexto do âmbito privado, pois a dominação em razão de uma posição mais privilegiada seja no mercado de trabalho ou na escolaridade faz com que o homem ou a mulher sintam domínio sobre o "outro".

Nesta senda, em que as identidades são renovadas em um processo de se possibilitar aos gêneros novos papéis sociais, a igualdade tem sido buscada por meio de legislações, convenções internacionais, através de medidas afirmativas que produzam na sociedade perspectivas de respeito à diferença (em relação às questões biológicas) e aproximação dos gêneros em suas igualdades (em relação ao trabalho e às funções domésticas).

REFERÊNCIAS

ADRIÃO, K. G.; QUADROS, M. T. Feminismo e homens: reflexões sobre participação, pesquisa e militância. **Fazendo Gênero 9**: diásporas, diversidades, deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278106044_ARQUIVO_artigomarionekarlaFG9.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

ARAÚJO, M. F. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200004>. Acesso em: 31 mar. 2022.

ATCHABAHIAN, S. **Princípio da igualdade e ações afirmativas.** 2. ed. São Paulo: RCS Editora, 2006.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Tradução Maria Helena Kühner. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

CAMPOS, C. H.; BERNARDES, M. N. Violência contra as mulheres, reação violenta ao gênero e ideologia de gênero familista. **Civilistica.com**, Rio de Janeiro, a. 8, n. 1, 2019. Disponível em: <http://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/403/337>. Acesso em: 31 mar. 2022.

CAPELLE, M. C. A. Socialização organizacional, identidade e gênero: o papel de organização e do sujeito na dinâmica de (re)construção da identidade. In: BERTOLIN, P. T.; ANDREUCCI, C. P. T. (Org.). **Mulher, sociedade e direitos humanos.** São Paulo: Rideel, 2010. p. 747-776.

CASTELLS, M. **O poder de identidade.** Tradução Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, A. S.; BARBOSA, M. C. M.; BARBOSA, S. M. Novos paradigmas, nova mulher, nova educação. In: BERTOLIN, P. T.; ANDREUCCI, C. P. T. (Org.). **Mulher, sociedade e direitos humanos.** São Paulo: Rideel, 2010. p. 777-801.

GIDDENS, A. **Sociologia.** 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GROSSI, M. P. **Identidade de gênero e sexualidade**. 2000. Disponível em: <http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/grossi_miriam_identidade_de_genero_e_sexualidade.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

HIRATA, H. *et al*. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa mensal de emprego:** mulher no mercado de trabalho. 8 mar. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

LALLANA, C. O. Igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer en la Unión Europea. **Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales**, Madri, n. 47, p. 99-109, 2003. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=801139>. Acesso em: 31 mar. 2022.

PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 247-462.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 7. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SOBRE OS AUTORES

Clóvis Marques Dias Júnior é Doutorando em Direito pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB (2021 – 2025), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2021), Especialista em Prática Penal pela Faculdade IBMEC (2021), Especialização em Gestão Pública pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2011), Especialista em Direto Constitucional pela Universidade para Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP (2011) e Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2009). Atualmente é Analista Judiciário do Tribunal de Justiça do Maranhão – TJMA, Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Sistema de Justiça, Neoconstitucionalismo e Direitos Humanos do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e Professor do curso de Bacharelado em Direito do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.

E-mail: clovisjrs@gmail.com.

Paula Regina Pereira dos Santos Marques Dias é Doutoranda em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2018 – 2022), Mestra em Direito, Relações Internacionais e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO (2014), Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL (2007) e Bacharela em Direito pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2005). Atualmente é Advogada, Professora efetiva do curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Editora Gerente (2021) e Membra do Corpo Editorial (2020) da *Revista Latino-Americana de História* da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.
E-mail: paulaitz@hotmail.com.

Tiago Vasconcelos Silva é Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2021), Especialista em Direito Público pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP (2011) e Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2009). Atualmente é Advogado, Assessor Jurídico do Município de Carrasco Bonito/TO, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa MensMeniní - Religião, Memórias e Trajetórias da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
E-mail: adv_vasconcelos@hotmail.com.

POLÍTICA DE FUNDOS E O FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA VIA FUNDEF: A LÓGICA DA COMPENSAÇÃO; SELETIVIDADE E FOCALIZAÇÃO; PRIVATIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

Antonio Alves Ferreira

Francisco de Assis Carvalho de Almada

1 Introdução

As questões relacionadas ao financiamento da educação pública ganharam maior intensidade a partir da segunda metade da década de 1990 impulsionadas, dentre outros fatores, pela mobilização de educadores, políticos e sociedade civil em torno da construção e aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional – LDB, Lei nº 9.394/96, que define os princípios e organização da educação, delineando e configurando políticas para todos os níveis e modalidades de ensino. Esse contexto favoreceu a introdução de uma nova tônica de discurso e significados para as políticas educacionais, dentre elas a de financiamento da educação.

Concomitante às discussões da LDB 9.394/96 foi apresentada pelo executivo federal uma proposta de Emenda à Constituição Federal que, dentre outras medidas criava o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF), aprovada em setembro de 1996 (EC-nº 14/96), antes da LDB, e regulamentada pela na Lei nº 9.424/96, que teve por objetivos principais: ampliar o acesso ao Ensino Fundamental; reduzir as disparidades em termos de investimento entre os estados, promover a valorização dos professores desse nível de ensino com melhores salários e oportunidades de qualificação e formação continuada.

Com o romper do século XX e nascer do século XXI são apresentadas novas leis que tratam da política da educação nacional e, em seus conteúdos, ampliam as discussões e delineiam a estrutura atual do financiamento da educação, a citar: o Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 10.172/01 e o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), Lei nº 11.494/07.

Este texto faz uma análise dos efeitos do FUNDEF do Maranhão nos gastos com Ensino Médio no período de 1996 a 2006, na perspectiva de discutir a efetividade dessa política de financiamento que focalizou apenas uma etapa da Educação Básica.

Para tanto, analisa a dinâmica das receitas orçamentárias da Função Educação; a participação/contribuição da receita do Fundef no conjunto das receitas da Educação, ressaltando a colaboração da União para um Estado pobre financeiramente. Esses dados foram coletados e sistematizados dos Balanços Gerais do Estado do Maranhão e se referem ao no período de 1996 a 2006.

O texto está organizado em dois itens. O primeiro apresenta informações sobre a reforma educacional pós 1990 e política de financiamento da Educação Básica, na perspectiva de contextualizar as discussões sobre as medidas de focalização por meio do financiamento da educação. O segundo analisa as receitas e despesas da educação realizadas pelo Governo do Maranhão no período de 1996 a 2006, visando destacar possíveis efeitos dessa medida nos gastos do Ensino Médio.

2 Reforma Educacional Pós 1990 e Política de Financiamento da Educação Básica

Com a ascensão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à Presidência da República, em 1º de janeiro de 1995, a sociedade e a educação brasileira passaram por algumas mudanças, visto que a

educação havia sido contemplada como uma das cinco metas do projeto de Governo de FHC, ganhando especial destaque nas ações desenvolvidas por esse governo.

O Governo de FHC, seguindo a lógica de desenvolvimento de políticas públicas de cunho neoliberal, orienta as ações no campo educacional. Deste modo, o projeto educacional desse governo estabelecia estreita relação com a política de ajuste fiscal, em que o ideário empresarial e mercantil de educação escolar implantado por meio de instrumentos normativos revelou uma perspectiva de educação individualista, dualista e fragmentária, direcionando os objetivos da educação meramente para suprir as necessidades de reprodução do capital (ARAÚJO, 2007). Como forma de legitimar esse processo, pode-se citar a intensidade da criação de leis, portarias e decretos nos dois primeiros anos da segunda metade da década de 1990, dentre as quais destacamos: Emenda Constitucional nº 14/1996; LDB 9.394/96; Lei nº 9.424/96; Lei nº 11.170/2001.

As diretrizes para a educação nacional são organizadas na Lei nº 9.394/96. Isso ocorreu no período histórico que contempla os momentos que se seguem a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CRFB/1988) até os primeiros anos do Governo FHC, quando a lei foi sancionada. A atual LDB representa a luta pela disputa de interesses pelos rumos da educação – de um lado os anseios da sociedade civil e do outro os ideais da lógica neoliberal do Governo de FHC – cuja configuração final contemplou orientações dos organismos internacionais, materializada pelas reformas e demandou a reorganização da distribuição dos recursos financeiros da educação, ao redefinir o papel da União no provimento da Educação Básica. Nesse contexto, observam-se medidas decorrentes da Reforma do Estado e da política de Ajuste Fiscal, em que o Estado começou a desenvolver políticas focalizadas para financiar as políticas públicas.

No campo específico do financiamento da educação foi criado o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF) que representa a subvincular de 15% de parte dos recursos destinados à educação para atender às demandas e necessidades específicas do Ensino Fundamental, promovendo, em parte, a exclusão das demais etapas e modalidade da Educação Básica: Educação Infantil; Ensino Médio; Ensino de Jovens e Adultos (EJA).

Esse tipo de política de Fundos sinaliza a:

> [...] priorização sistemática do ensino fundamental, em detrimento dos demais níveis de ensino, e de defesa da relativização do dever do Estado com a educação, tendo por base o postulado de que a tarefa de assegurar a educação é de todos os setores da sociedade (PINTO, 2002, p. 110).

Na análise de Lima (2006, p. 38):

> O FUNDEF ao centralizar recursos para o ensino fundamental excluiu as demais modalidades de ensino descaracterizando o atendimento a educação básica. O destaque para exclusão localiza-se na educação infantil e no ensino médio que precisam, também, ter uma política de vinculação de recursos.

O FUNDEF, instituído pela EC nº 14 e regulamentado pela Lei nº 9.424/96, representou em termos de financiamento a legalização da política de restrição da União no financiamento da Educação Básica, tendo em vista que a sua colaboração financeira foi reduzida de 50% para o equivalente a 30%, por essa mesma emenda constitucional. É caracterizado como um fundo de natureza contábil, com repasses automáticos de recursos aos Estados e Municípios, de acordo com o número de alunos matriculados no Ensino Fundamental. É formado, no âmbito dos Estados, por 15% dos seguintes recursos vinculados à educação: Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Fundo de Participação dos Estados (FPE); Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Imposto sobre Produtos Industrializados, proporcional às exportações (IPI-exp); Desoneração de Exportações, de que trata a Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir).

Os efeitos desse Fundo foram comprometedores para o desenvolvimento e manutenção das demais etapas e modalidade da Educação Básica. No período de vigência desse Fundo disseminou-se um processo de municipalização do Ensino Fundamental e criou-se grandes demandas para o Ensino Médio.

Essa política que focalizou o Ensino Fundamental desconsidera o processo de modernidade em curso no país e a importância com que a Educação Infantil e o Ensino Médio contribuem para o desenvolvimento da formação dos sujeitos (crianças e jovens). Nessa direção, o FUNDEF, apresentou uma forma de pensar a educação escolar em fragmentos, privilegiando o Ensino Fundamental em detrimento das demais etapas da Educação Básica.

No Brasil, apesar das resistências, começou no final da década de 1980 e início da de 1990, um processo de reformas implementado pelos últimos governantes que, na área social, foi considerado, por alguns autores, como "o início do desmonte das políticas sociais brasileiras", ocasionando "o corte do gasto social e a deterioração dos padrões do serviço público" (SOARES, 2001, p. 213). Neste processo, o eixo das políticas sociais com caráter de "cobertura" muda em direção a medidas "seletivas ou focalizadas".

Nesta perspectiva, o financiamento das políticas sociais, dentre elas, a política educacional, na América Latina, em que pesam as diferenças entre os países, experimenta uma reorientação conceitual para termos, como: compensação; seletividade e focalização; privatização e descentralização – uma espécie de medida estratégica capaz de amenizar os efeitos desastrosos da política de ajuste econômico e de ganhar a aceitação da população para as reformas (SOTTOLI, 2000). Segundo Sottoli (2000), essa reorientação conceitual foi também sustentada pelo discurso de que as políticas sociais tradicionais apresentavam déficits estruturais, devido à realização de serviços fortemente centralizados, com elevados custos administrativos, com

dispersão na alocação dos recursos, ocasionando a fragmentação institucional.

A reorientação conceitual dos objetivos e das estratégias inscreve-se também no processo de redefinição do papel do Estado que, de promotor e ator principal na implementação dessas políticas, passou a ocupar uma posição secundária em relação à lógica de mercado, abrindo espaço à ideia de uma intervenção estatal seletiva no campo social que, de maneira focalizada, tentaria corrigir as disparidades sociais sem a pretensão de reforma social ampla (SOTTOLI, 2000). Tudo com base num processo de descentralização das atividades do Governo Federal para os governos estaduais e municipais, apoiado no discurso que atribui ao mercado o papel de mecanismo de vinculação de serviços e benefícios sociais, capaz de prover maior igualdade de oportunidades.

No Brasil, na educação, embora a lógica mercantil não se revele de forma acentuada, em função das resistências e da cultura de financiamento público da Educação Básica – consideramos iluminadoras as observações de Sottoli (2000) para uma compreensão da configuração e resultados da política do FUNDEF.

Os conceitos de seletividade e de focalização, segundo Sottoli (2000), implicam no abandono da pretensão de provimento universal e homogeneizante dos serviços e benefícios, em detrimento da concentração dos mesmos em grupos-meta previamente definidos, especialmente no marco da priorização do combate à pobreza. Sobre isso, a autora complementa:

> [...] o termo focalização – que aparece quase inevitavelmente associado à nova política social – adquiriu um significado especial no marco da política de regulamentação das finanças estatais, conduzida como componente principal dos programas de ajuste estrutural (SOTTOLI, 2000, p. 7).

A política de focalização requer dos governantes a racionalização e/ou redução do gasto estatal. Através desse mecanismo se oferece a possibilidade de utilizar recursos escassos de maneira seletiva em favor

de grupos-meta predeterminados e segundo critérios de custo-eficiência. Com a focalização, segundo Sottoli (2000, p. 7), define-se "[...] não somente a forma de utilização do gasto social estatal, mas também os destinatários desse gasto".

No Brasil, a política de contenção de gastos tem afetado o setor da educação que, além das restrições e cortes nos orçamentos, o Governo Federal vem induzindo à transferência de responsabilidades aos municípios, uma vez que os estados, historicamente, são os principais provedores da educação pública. A transferência de responsabilidades desencadeada pelo processo de municipalização, de forma deliberada e homogeneizante, poderá criar um novo problema que é a estagnação das matrículas e o comprometimento da qualidade dos serviços, quando os estados e municípios não dispuserem de capacidades fiscal, administrativa e política para cumprir as responsabilidades assumidas.

Neste contexto, a política de financiamento, por meio do FUNDEF, foi promissora, pois assegurou o repasse das matrículas do Ensino Fundamental que estavam sob a responsabilidade do Estado para os municípios.

3 Efeitos da Política de Focalização para o Ensino Médio no Maranhão (1996-2006)

Para avaliar os efeitos da política que focalizou os recursos da educação apenas para o Ensino Fundamental recorremos a dois blocos de informações: as despesas da Educação por subfunção e o gasto por aluno.

A Tabela 1 apresenta dados sobre as despesas da Educação por subfunção na perspectiva de verificarmos a dinâmica dos gastos com o Ensino Médio no período do FUNDEF.

Tabela 1. Despesas da Função Educação, por subfunções (1996-2006) (R$).

ANOS/ PROGRAMAS	1997	1998	2000	2002	2004	2005	2006
Administração	528.480.785	226.086.781	-	85.299.376	249.087.946	335.956.985	662.566.149
Ed. de 0 a 6	-	-	-	-	4.148	-	-
Ens. Fundamental	482.522.342	621.434.623	616.602.627	981.819.453	821.645.195	875.646.346	903.535.969
Ens. Médio	11.143.191	11.342.361	30.909.356	188.860.018	212.740.523	197.686.359	160.044.720
Ens. Superior	-	-	24.694.708	39.962.781	22.230.530	25.298.473	40.254.425
Ens. Supletivo	-	727.576	-	-	-	-	-
Ed. Física e Desp.	-	14.963.372	-	-	-	-	-
Ass. a Educandos	18.658.026	49.930.950	-	-	-	-	-
Ed. Especial	-	-	-	-	663.721	38.348	649.865
Previdência	125.573.215	-	-	-	-	-	-
Ens. Profissional	-	-	657.178	643.434	79.141	116.947	2.412.258
EJA	-	-	-	-	10.499.879	14.391.969	18.707.284
Outras Subfunções	211.226	12.827.975	-	53.730	663.721	28.492	5.523.425
Total	1.166.588.785	937.313.638	672.863.869	1.296.638.792	1.317.614.804	1.449.163.919	1.793.694.095

Valores corrigidos a preços de janeiro 2010 (IGP-DI da FGV). **Nota (1)** Outras Subfunções: Planejamento Governamental; Ciência e Tecnologia; Normatização e Fiscalização; Tecnologia da Informação; Patrimônio Histórico-Cultural; Difusão Cultural. **Nota (2)** excluímos os anos de 1996, 1999, 2001, 2003 de modo a adequar a tabela à formação do texto.

Fonte: Balanço Geral do Estado do Maranhão – 1996 a 2006 (SEPLAN/MA).

A partir dos dados apresentados na Tabela 1 é possível observar que as despesas por subfunções da Função Educação apresentaram oscilação entre os anos, ora sendo ampliadas ora reduzidas. Vale destacar que não se trata de erro de digitação dos autores, mas são os valores que constam nos Balanços, essa variação pode decorrer na forma de contabilizar as despesas, mas não conseguimos explicações para essas variações, apesar de as considerarmos extravagantes nos anos de 1998 e 1999.

No que concerne ao total das despesas e se considerarmos o ano que antecedeu a implementação do FUNDEF, 1997, e o último ano em que vigorou, 2006, notamos que os valores foram ampliados em 54,0%. No entanto, destacam-se as despesas do Ensino Fundamental que foram ampliadas em 87,2% e em 1998 (1° ano do FUNDEF) e em 2006 (último ano do FUNDEF) representaram respectivamente 66,3% e 50,4% no conjunto das despesas por subfunção. Fato que evidencia a política

de focalização dos recursos no Ensino Fundamental em detrimento dos outros programas, efeito FUNDEF.

Os recursos destinados à manutenção do Ensino Médio, embora os valores variem bastante entre os anos, apresentam crescimento da ordem de 1.336%. Isso não representa necessariamente aumento das despesas, mas pode representar também uma correção no registro dos dados, visto que muitas despesas do Ensino Médio podem ser registradas como do Ensino Fundamental, o que em geral ocorre quando as duas etapas de ensino funcionam na mesma escola.

Ressaltam-se também as diferenças significativas entre os valores despendidos para o Ensino Fundamental e Médio. As despesas com o Ensino Médio apresentaram os seguintes valores em relação às despesas com o Ensino Fundamental: 2,3% (1997); 1,8% (1998); 5,0% (2000); 19,2% (2002); 25,8% (2004); 22,5% (2005); e 17,7% (2006). Desta feita, observa-se aumento relativo significativo a partir de 2002. Isso decorreu da implementação de alguns Programas destinados ao Ensino Médio como: Projeto ALVORADA – a partir de 2000; Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médio (PROMED) – MEC, a partir de 2005; Viva Educação – Governo do Maranhão em parceria com a Fundação Roberto Marinho. Todos esses projetos destinaram recursos para o desenvolvimento e manutenção do Ensino Médio no Estado.

Em relação à despesa total por subfunção, os percentuais das despesas praticadas com o Ensino Médio foram ainda menores do que em relação ao Ensino Fundamental. Assim vejamos: 0,9% (1997); 1,2% (1998); 4,5% (2000); 14,5% (2002); 16,1% (2004); 13,6% (2005) e 8,9% (2006).

Os dados da Tabela 1 sinalizam também para efeitos da política de focalização no Ensino Fundamental para outras etapas e modalidades da Educação Básica em que algumas foram subsumidas pelo Ensino Fundamental e outras que apesar de existirem os valores das despesas eram inexpressivos, como com a Educação Especial e com a Educação Infantil.

Outro indicador utilizado para avaliar os efeitos do FUNDEF foi o gasto por aluno a partir das despesas por subfunção, o que pode ser observado nos dados da Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Maranhão – Per Capita do Ensino Fundamental e Médio (1996-2006).

ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL (A)	ENSINO MÉDIO (B)	% (B/A)
1996	1.080	460	42,6
1997	-	145	-
1998	1.468	123	8,4
1999	1.436	106	7,4
2000	1.500	253	16,8
2001	2.347	939	40,0
2002	2.666	1,012	38,0
2003	2.358	1,312	55,6
2004	2.675	794	30,0
2005	3.679	741	20,2
2006	3.685	627	17,0

Nota (1) valores corrigidos a preço de janeiro de 2010 (IGP-DI-FGV).

Fonte: Balanço Geral do Estado (SEPLAN/MA, 2008).

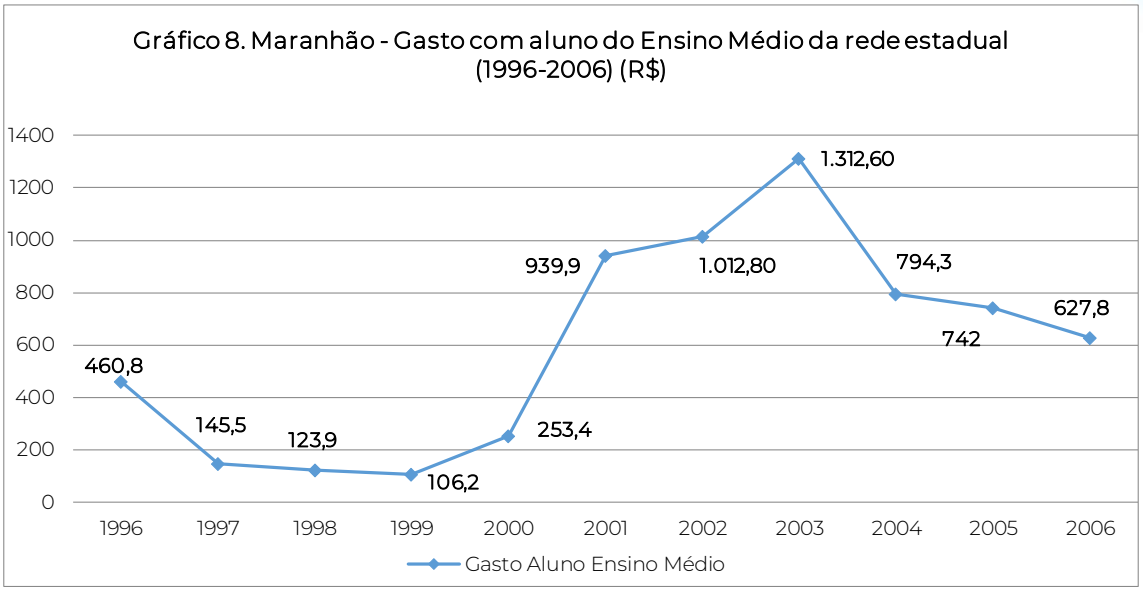
As despesas praticadas com o Ensino Fundamental e Médio no período analisado evidencia claramente a focalização dos recursos no Ensino Fundamental em detrimento do Ensino Médio. Enquanto o per capita do Ensino Fundamental foi ampliado em 241,2% e o do Ensino Médio cresceu apenas 36,3%. Em contrapartida, as matrículas no Ensino Médio foram ampliadas em 273,8%.

Quanto à relação entre os valores per capita dessas duas etapas da Educação Básica, observa-se que os do Ensino Médio variaram, em relação ao do Ensino Fundamental, de 7,4% (1999) a 55,6% (2003).

Importa destacar que, os valores per capita do Ensino Médio referentes a 2001, 2002 e 2003 foram diferenciados em função do incremento de recursos financeiros advindos de programas do Governo Federal (PROMED e ALVORADA) e de parceria do Governo Estadual com a Fundação Roberto Marinho (Viva Educação), abordados no item anterior. Nota-se ainda que após o término desses Programas o gasto-aluno do Ensino Médio foi reduzido expressivamente.

A Figura 1 evidencia com nitidez a dinâmica do valor gasto por aluno do Ensino Médio da rede estadual.

Figura 1. Gasto com aluno do Ensino Médio da rede estadual (1996-2006) (R$).



Fonte: ALVES (2011, p. 121)

Ao considerarmos a expansão das matrículas (273,8%) não acompanhada pelo aumento das despesas na mesma proporção avaliamos que a política de focalização de recursos apenas para o Ensino Fundamental comprometeu o desenvolvimento com qualidade do Ensino Médio, pois o valor gasto com essa etapa de ensino, em 2006, estava bem abaixo do que qualquer estimativa de manutenção de uma educação com o mínimo de qualidade possa prever.

Isso se agrava ainda mais ao considerarmos que se trata de uma etapa de ensino que demanda professores com maior nível de qualificação e infraestrutura adequada, como laboratórios.

Esses indicadores sinalizam para a configuração de uma a política para o Ensino Médio que desqualifica o atendimento e que “as ajudas” recebidas foram muito rápidas e não asseguraram a manutenção do gasto por aluno.

4 Considerações Finais

Os efeitos da política de focalização que priorizou apenas o Ensino Fundamental foram evidenciados no Ensino Médio da seguinte forma: número insuficiente de escolas próprias para o funcionamento desta etapa de Ensino, cujos espaços dependiam de arranjos nas escolas de Ensino Fundamental; falta de professores para atender às novas demandas oriundas do processo de universalização do Ensino Fundamental; professores sem formação adequada; dentre outros.

As ações dos Governos Estadual e Federal para o Ensino Médio consistiram em programas de caráter transitórios sem o aporte suficiente de recursos para alterar a situação dessa etapa de ensino.

Desta feita, conclui-se que o atendimento com qualidade do Ensino Médio ficou comprometido, no período em análise, em função de uma política de segregação e exclusão que se firmou historicamente pela falta de financiamento suficiente, especialmente para o Ensino Médio.

É necessária a efetivação de uma política de financiamento da educação que promova uma distribuição de recursos adequada para todos os níveis e etapas de ensino, de modo a promover a qualidade na oferta do ensino, de forma especial, para o Ensino Médio que teve seu financiamento como apêndice do Ensino Fundamental por mais de uma década.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. S. **Financiamento do ensino médio público no estado do Maranhão no período de 1996 a 2006: possíveis efeitos da política de focalização**. 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

ARAÚJO, R. L. S. **Financiamento da educação básica no governo Lula**: elementos de ruptura e de continuidade com as políticas do governo FHC. 2007. 182f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996. Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal, e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 set. 1996.

_____. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, BRASÍLIA, DF, 2001.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Aprova a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, BRASÍLIA, DF, 2005.

_____. Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasil, 20 jan. 2006, p. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc53.htm>. Acesso em: 1 abr. 2022.

_____. Lei 11.494, de 20 de junho de 2007. Regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB. **Diário Oficial da União**, BRASÍLIA, DF, 2007.

LIMA, Maria José Rocha. Origem dos fundos para a educação básica e o Fundeb. In: LIMA, Maria José Rocha; DIDONET, Vital (Org.). **Fundeb: Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação: avanços na universalização da educação básica**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

MARANHÃO. Secretaria de Estado do Planejamento do Estado do Maranhão. **Indicadores de conjuntura econômica do Maranhão**. São Luís: IMESC, 2008. v. 1, n. 1.

OLIVEIRA, R. P. O direito à educação. In: OLIVEIRA, R. P.; ADRIÃO, T. (Orgs.). **Gestão, financiamento e direito à educação**: análise da Constituição Federal e da LDB. 3. ed. São Paulo: Xamã, 2007.

PINTO, J. M. R. Financiamento da educação no brasil: um balanço do governo FHC (1995-2002). **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 23, n. 80, setembro/2002, p. 108-135.

ROSAR, M. F. F.; CABRAL, M. R. M. (Orgs.). **Ensino Médio e Educação Profissional no Maranhão**: delineando o perfil e ressignificando os cursos com a participação dos jovens. São Luís: Central dos Livros, 2004.

SANTOS FILHO, J. C. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: GAMBOA, S. S.; SANTOS, J. C. **Pesquisa educacional**: quantidade, qualidade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOTTOLI, S. La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia. **Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y Del Caribe**, n. 68, p. 3-22, abr. 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/25675863>. Acesso em: 1 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Antonio Alves Ferreira é Doutor em Educação pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2015), Mestre em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2011), Especialista em Administração e Supervisão Escolar pela Faculdades Integradas de Amparo – FAI (2005), Graduado em Pedagogia pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2004) e Graduado em Matemática pelo Instituto Federal do Maranhão – IFMA (2004). Atualmente é Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação Docente em Práticas Educativas da Universidade Federal do Maranhão, campus de Imperatriz/MA – UFMA/PPGFOPRED, Professor Adjunto III vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Sociais e Letras da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão – UEMASUL/CCHSL e Diretor Acadêmico do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: asalves2@gmail.com.

Francisco de Assis Carvalho de Almada é Doutor em Educação pela Universidade Estadual Paulista, campus de Marília/SP – UNESP (2011), Mestre em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2005), Mestre em Ciências da Educação pelo Instituto Pedagógico Latinoamericano Y Caribeño de Cuba – IPLAC (1999), Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (2003), Especialista em Psicopedagogia pelo Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA (1994) e Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT (1990). Atualmente é Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação Docente em Práticas Educativas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA/PPGFOPRED, Professor Adjunto III do Centro de Ciências Humanas, Sociais e Letras da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão – UEMASUL e Professor Adjunto I do Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, campus de Imperatriz – UFMA. Possui experiência na área de Didática, Fundamentos Educacionais e Pesquisa Educacional.
E-mail: almadafca@globo.com.

A GESTÃO DA INOVAÇÃO NOS ESCRITÓRIOS JURÍDICOS

Josiano Cesar de Sousa
Etiane Maciel de Oliveira Paes
Márcio Pereira dos Santos

1 Introdução

A gestão da inovação pode trazer benefícios a todos os setores da economia, desde os mais conservadores aos mais dinâmicos. Desta forma, o setor de serviços também se beneficia desse processo, onde o foco deve ser a gestão da inovação e a fidelização de clientes (WU, 2014). Neste cenário, o ambiente jurídico está embasado em pilares conservacionistas e tradicionais, o que, em tese, propicia um ambiente onde a preocupação com a inovação não seja uma das prioridades mais pujantes. Não obstante, ainda existem escritórios que acreditam que não podem inovar porque não conseguem criar algo novo, o que reflete uma fragilidade sobre o conceito de inovação e, consequentemente, dos benefícios que podem ser gerados através de sua correta aplicação.

O processo de inovação dentro de um escritório jurídico deve começar pela mudança nesta percepção, para que os resultados possam se converter em satisfação do cliente e sustentabilidade de mercado, permitindo, por exemplo, melhorar a gestão de indicadores e o desempenho organizacional (SOUZA *et al*., 2009).

A utilização de estratégias de gestão da inovação nos escritórios jurídicos poderia ser semelhante às utilizadas em qualquer outra empresa de prestação de serviços, não fossem as recomendações contidas no Código de Ética do Advogado, que se posicionam contra a mercantilização da atividade jurídica (CAHALI, 2014).

A gestão da inovação nos escritórios jurídicos será abordada no presente artigo, com o intuito de, a partir de uma pesquisa bibliográfica,

evidenciar que, apesar de ainda pouco usual, é uma estratégia que já pode contribuir para a melhoria da competitividade das instituições jurídicas no mercado.

Alvo de muitas discussões no meio jurídico, o aumento concorrencial observado nas últimas décadas vem exigindo dos escritórios jurídicos a adoção de posturas diferenciadas para que os mesmos possam se destacar no mercado. A principal destas posturas é a introdução de novos modelos de gestão, capazes de promover inovação e profissionalização da gestão do escritório, fato que, para muitos, é uma situação contraditória, uma vez que o ambiente jurídico remete ao tradicionalismo e aos costumes.

Frente a este cenário, surge uma questão de cunho interpretativo: é possível introduzir inovação no ambiente jurídico para que se consiga melhorar a gestão e competitividade dos escritórios? Com o objetivo de apresentar a importância da inovação como estratégia competitiva para escritórios e bancas jurídicas, desenvolveu-se uma abordagem teórica sobre o tema para propiciar uma análise conceitual. Os resultados obtidos serão apresentados neste artigo de forma a buscar evidenciar a importância da inovação como estratégia competitiva nos escritórios e bancas jurídicas.

2 Marco Teórico de Referência

Introduzir uma inovação em um ambiente organizacional é um fato que pode ser gerador de um grande diferencial competitivo, sendo responsável pela geração de novos processos ou produtos e, quando difundido amplamente, pode produzir impactos econômicos abrangentes, criando, inclusive, novos mercados.

O conceito de inovação, entretanto, acaba por ser, em alguns casos, obscuro para algumas pessoas, que nem sempre compreendem o seu verdadeiro significado. Isso ocorre porque, algumas vezes, estas pessoas

costumam confundir inovação com invenção. Por isso, um esclarecimento inicial se faz necessário a fim de que se possa conhecer a diferença entre ambas.

> A **invenção** se refere à criação de um processo, uma técnica ou produto inédito. Ela pode ser divulgada através de artigos técnicos e científicos, registrada em forma de patente, visualizada e simulada através de protótipos e plantas pilotos, sem, contudo, ter uma aplicação comercial efetiva. Já a **inovação** ocorre com a efetiva aplicação prática de uma invenção (TIGRE, 2006, p. 72).

O esclarecimento apresentado torna-se importante para embasar todas as ponderações que serão apresentadas doravante, esclarecendo que inovação não é o mesmo que invenção. Tigre (2006, p. 72) afirma ainda que "[...] muitas inovações são frutos da experimentação prática ou da simples combinação de tecnologias existentes".

Compreender esta diferença é importante para esclarecer que a alegação apresentada por alguns escritórios de que não podem inovar porque não conseguem criar algo novo não pode ser um fator limitador para a implantação de inovações no ambiente organizacional, uma vez que, para inovar, o escritório não precisa necessariamente inventar algo novo. Ele pode, simplesmente, começar a adotar uma prática que ainda não adotava.

O processo de inovação dentro de um escritório jurídico deve começar pela mudança na percepção de que para inovar é preciso criar o novo. Rogers e Schoemaker (1971 apud Tigre, 2006) são bastante enfáticos ao definirem inovação como "uma ideia, uma prática ou um objeto percebido como novo pelo indivíduo".

Baseado na afirmação dos autores, a inovação, dentro de um escritório jurídico, será, então, o hábito de desenvolver processos internos ainda não realizados pelo escritório, mesmo que estes já o sejam pelos concorrentes, a fim de se conseguir obter vantagem competitiva e produzir resultados ainda não alcançados. Ou seja: inovar é fazer o que "ainda" não se faz no escritório.

Segundo Tigre (2006), a principal referência conceitual para os processos de inovação é o Manual de Oslo, que serve de base para pesquisas da União Europeia sobre inovação, e monitoram três tipos de inovação: produtos; processos e mudanças organizacionais.

Aplicadas ao âmbito jurídico, pode-se perceber que estarão presentes no cotidiano de um escritório as inovações do tipo organizacionais, que segundo o autor:

> [...] referem-se às mudanças que ocorrem na estrutura organizacional da empresa, na forma de articulação entre suas diferentes áreas, na especialização dos trabalhadores, no relacionamento com fornecedores e clientes e nas múltiplas técnicas de organização dos processos de negócios (TIGRE, 2006, p. 73).

As inovações organizacionais serão, desta forma, as mais presentes no cotidiano de um escritório jurídico e devem ser incentivadas como forma de gerar novos processos ou procedimentos capazes de contribuir com o atingimento dos objetivos organizacionais, gerando retorno financeiro e trabalhando o processo de fidelização do cliente.

3 Tipos de Inovação

As inovações podem ser percebidas em diferentes níveis, de acordo com a velocidade de seu desenvolvimento. Segundo Tigre (2006), as inovações podem apresentar-se em vários tipos, dos quais se destacam dois deles em especial: as inovações incrementais e as inovações radicais.

As inovações incrementais são percebidas a partir do momento em que são promovidas melhorias em algo já existente, por meio da implementação de mudanças capazes de melhorar seu próprio desempenho e são o nível mais básico do processo de inovação. De acordo com o autor:

> [...] elas abrangem melhorias feitas no design ou na qualidade dos produtos, aperfeiçoamentos em layout e processos, novos arranjos logísticos e organizacionais e novas práticas de

> suprimento e vendas [...] ocorrem de forma contínua [...] elas não derivam, necessariamente de pesquisa e desenvolvimento, sendo mais comumente resultantes do processo de aprendizado interno e da capacitação acumulada (TIGRE, 2006, p. 74).

Já as inovações radicais ocorrem quando há uma grande mudança de fácil percepção, sendo responsáveis pela implantação de um novo modelo ou o surgimento de um novo processo. A inovação é considerada radical quando:

> [...] rompe trajetórias existentes, inaugurando uma nova rota [...] geralmente é fruto de atividades de pesquisa e desenvolvimento e tem um caráter descontínuo no tempo e nos setores. [...] rompem os limites da inovação incremental, trazendo um salto de produtividade e iniciando uma nova trajetória incremental (TIGRE, 2006, p. 74).

As inovações radicais normalmente dão-se em face do avanço da tecnologia, ao passo de que as inovações incrementais ocorrem em função da implantação de melhoramentos e modificações no cotidiano organizacional (FREEMAN; PERES, 1988).

Em face da elevada concorrência mercadológica, é necessário, ao escritório, perceber que mesmo sendo o setor jurídico um ambiente conservacionista, torna-se necessário que a inovação se faça presente em sua rotina interna. Tigre (2006, p. 87) destaca que "[...] a inovação passou a ser entendida como um processo simultâneo de mudanças envolvendo uma diversificada gama de atividades internas e externas à empresa."

Faz-se mister mencionar ainda que, em face das mudanças ocorridas ao longo dos tempos, principalmente as econômicas e as tecnológicas (GIBSON; SHARZYNSKY, 2008), já não é mais possível ao escritório atuar da mesma maneira em que se atuava na época da advocacia romântica, onde o advogado praticava preços elevados e vivia principalmente do *status* e da elevada lucratividade da exploração de sua profissão.

Hoje, torna-se necessário reconhecer que os tempos são outros e que as mudanças ocorridas criaram o novo mercado, muito mais competitivo, fazendo com que os preços praticados antes muitas vezes se tornem impossíveis de serem sustentados hoje (BLANCH *et al*., 2014). Com isso, a necessidade de manter a lucratividade operacional do escritório deve ser suprida de novas formas, oferecendo diferenciais que possam ser percebidos e valorizados pelos clientes. Reconhecer isso é entender que o escritório precisa inovar.

4 Fontes de Inovação

O processo de inovação inicia-se com a identificação da necessidade de fazer algo de maneira diferente e com a consequente busca por tentar entender quais são as possíveis formas de inovar ou as possíveis fontes de inovação disponíveis no mercado (SILVA, 2011). Quando o escritório faz este questionamento, ele abre espaço para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento da inovação, pois, o simples fato de questionar-se sobre inovação é, em si, um processo inovador.

Informação e conhecimento são duas das principais fontes de inovação disponíveis no mercado. Elas estão disponíveis para um escritório jurídico de duas maneiras: internamente e externamente, podendo ser conseguida, também, por meio de uma combinação que utilize, simultaneamente, essas duas fontes.

As inovações baseadas em fontes internas podem ser geradas utilizando-se das informações e conhecimentos da própria equipe do escritório. Normalmente, são conseguidas através da implantação de melhorias incrementais geradas no cotidiano organizacional por meio da construção do conhecimento dos procedimentos internos, da capacitação e do aprendizado organizacional.

As informações baseadas em fontes externas, por sua vez, envolvem um conjunto de fatores que estão fora do ambiente interno, ou que foram produzidos fora deste ambiente, mas que, quando utilizadas, contribuem para o surgimento de inovações. Segundo Tigre (2006), as informações externas estão disponíveis em livros, revistas técnicas, programas de computador, consultorias especializadas, internet, feiras, congressos, cursos de capacitação, tecnologia embutida em máquinas e equipamentos, informações obtidas no mercado, dentre outros.

5 A Visão Empresarial nos Escritórios Jurídicos

Pioneirizando grande parte das evoluções do mercado jurídico mundial, os escritórios americanos perceberam, há cerca de 40 anos, a importância de adotarem uma gestão profissional na condução dos negócios jurídicos. Esta percepção fez com que eles desenvolvessem uma estrutura gerencial semelhante às encontradas nas grandes empresas prestadoras de serviços, adotando, consequentemente, uma visão empresarial na condução do escritório jurídico. Esta visão permitiu aos escritórios americanos o desenvolvimento de estratégias mercadológicas que melhorassem sua atuação no mercado, o que lhes permitiu melhorar, por conseguinte, sua competitividade para a exploração de seu próprio mercado e de novos mercados mundiais.

Ao chegarem ao Brasil na década de 1990, os escritórios americanos encontraram um mercado jurídico tradicional e marcado, em grande parte, pelo conservadorismo e pelo baixo padrão de qualidade no gerenciamento das atividades operacionais dos escritórios – isso se comparado a outros grandes escritórios espalhados pelo mundo – o que facilitou, sobremaneira, o processo de solidificação de suas marcas no mercado nacional.

No Brasil, uma das discussões mais contundentes no mercado jurídico, atualmente, diz respeito à adoção desta visão de gerenciar o

escritório de maneira semelhante ao gerenciamento praticado nas empresas, desenvolvendo estratégias de funcionamento pautadas na profissionalização de sua gestão, criando, então, uma visão empresarial na condução de suas atividades.

Outro agravante a esta situação é a interpretação que muitos fazem do já mencionado posicionamento da Ordem dos Advogados do Brasil, através do artigo V do Código de Ética do Advogado, que proíbe veementemente a mercantilização da atividade jurídica, esclarecendo que nenhum escritório ou sociedade de advogados pode ter caráter mercantilista, o que constituiria uma infração ética.

Quando se soma a esta situação os milhares de advogados que se formam e são inseridos no mercado anualmente, aumentando a concorrência, deixando a situação ainda mais complicada e a disputa ainda mais acirrada, o resultado será uma inevitável saturação do mercado, onde aqueles que forem capazes de se destacar conseguirão permanecer e ser reconhecidos, enquanto os outros estarão fadados ao esquecimento.

É exatamente neste ponto que entra a visão mercadológica empresarial para verificar que, de maneira análoga ao que acontece no mercado tradicional de bens e serviços, o mercado jurídico também se assemelha ao mercado comercial ou industrial, havendo práticas e rotinas que necessitam de tratamentos específicos para sua condução, justificando, desta forma, a necessidade do desenvolvimento de uma visão empresarial por parte dos advogados para a condução dos escritórios e bancas jurídicas.

Desenvolver uma visão empresarial significa entender que o mercado jurídico se encontra em uma situação de elevada concorrência, havendo, em alguns casos, mercados próximos da saturação e que os escritórios estão, na verdade, disputando os mesmos clientes, logo, precisam encontrar maneiras de se diferenciar para conseguirem ser percebidos pelo mercado.

Dentro de uma visão empresarial, os escritórios precisam ser tratados como uma verdadeira empresa, possuindo estruturas funcionais destinadas a preocupar-se com as questões estratégicas, táticas e operacionais, utilizando-se preferencialmente da já mencionada departamentalização.

Um escritório jurídico, por menor que seja, apresenta uma estrutura departamental, possuindo, pelo menos, um advogado e uma secretária. À medida que cresce, esta estrutura também aumenta, existindo a necessidade de estruturar o seu funcionamento para melhorar sua competitividade.

A visão empresarial descreveria um escritório jurídico como um empreendimento de prestação de serviços advocatícios, que deve ser gerenciado de forma profissional e padronizada para potencializar o seu crescimento estrutural de maneira estratégica e sustentável, por meio do correto gerenciamento e reinvestimento contínuo de recursos para a potencialização de sua capacidade de geração de receitas através da fidelização e da conquista de clientes.

6 Metodologia

Para elaboração deste artigo, utilizou-se o método indutivo, descritivo, através da realização de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa. Segundo Roesch (2005), o método descritivo é muito utilizado dentro das organizações quando precisam fazer um levantamento de atitudes e comportamentos. Já o procedimento bibliográfico, segundo Lakatos e Marconi (2010) é desenvolvido com base em fontes secundárias, ou seja, em materiais já elaborados como livros, ou artigos divulgados.

7 Resultados e Discussões

Após a realização das pesquisas bibliográficas, os principais resultados gerados estão relacionados com a comprovação de que, mesmo considerando o conservadorismo no qual se insere o setor jurídico, é possível promover e implantar inovações nos escritórios e bancas por meio de uma mudança de postura e da percepção dos benefícios que esta prática pode trazer para o segmento.

Foi possível mostrar que estar atendo às mudanças ocorridas no mercado e utilizar as melhores práticas como *benchmarking* é uma das importantes fontes de inovações que um escritório jurídico pode utilizar. Nesse segmento, o simples fato de pensar em inovação já é, em si, uma atitude inovadora e que deve ser compartilhada como forma de promover a difusão do tema e preparar o ambiente para o surgimento de novas práticas, atitudes e procedimentos.

A advocacia brasileira, mesmo considerando todas as transformações ocorridas nos últimos anos, continua apresentando, na maioria dos casos, um modelo de gerenciamento artesanal, que perde em eficiência e eficácia por não utilizar de maneira racional os melhores recursos disponíveis no mercado, havendo, desta forma, a necessidade de uma mudança cultural que prime pela profissionalização da gestão jurídica nos escritórios.

A gestão profissionalizada de escritórios jurídicos é uma inovação que contribuirá para o desenvolvimento de um novo modelo, capaz de melhorar a competitividade, promovendo maior dinamismo na atividade jurídica e, desta forma, deve ser instigado, fomentado e difundido.

8 Considerações Finais

O crescente aumento no número de advogados formados pelas academias brasileiras, somados ao processo de abertura econômica, observado principalmente a partir da década de 1990, contribuiu para elevar a competitividade no setor jurídico nacional. Nesse cenário, saber gerenciar adequadamente os recursos e as estratégias pode contribuir para o sucesso ou fracasso de um escritório.

Por ser um setor tradicional e conservador, o setor jurídico acaba, por vezes, contribuindo para que haja uma miopia no tocante às ações de gestão e, desta forma, as preocupações principais de um escritório, na maioria das vezes, acabam se concentrado nas questões jurídicas, deixando para segundo plano, ou, na maioria das vezes, suprimindo, as preocupações com a gestão e a inovação.

Através desta revisão de literatura foi possível mostrar que, mesmo sendo um ambiente conservador é possível inovar no setor jurídico e que a gestão da inovação pode contribuir para o desenvolvimento de uma nova filosofia capaz de contribuir para o crescimento e desenvolvimento mercadológico de um escritório, gerando resultados crescentes e sustentáveis.

Além disso, é importante ressaltar, ainda, que a gestão da inovação no escritório jurídico deve ser uma preocupação estratégica dos sócios e despertar o interesse por este assunto constitui um fator determinante para o sucesso do escritório no mercado. Apesar de considerar relevantes os pontos abordados, este artigo destaca como limitação o fato de adotar uma abordagem bibliográfica e como recomendação para a realização de futuras pesquisas destaca a necessidade de realizar uma pesquisa de campo para constatar o percentual de escritórios que, efetivamente, possuem uma estrutura gerencial e de inovação devidamente instalada e funcional.

REFERÊNCIAS

BERTOZZI, R. **Marketing jurídico**: a nova guerra dos advogados. Porto Alegre: Juruá, 2003.

BLANCH. L. *et al*. Innovación y transferencia tecnológica en ciencias de la salud: una visión transversal. **Medicina Intensiva**, v. 38, n. 8, p. 492-497, 2014. Disponível em: <https://medintensiva.org/en-pdf-S0210569114001375>. Acesso em: 1 abr. 2022.

CAHALI, Y. S. **Mini Código Civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

DAVID, F. R. **Conceptos de administración estratégica**. 9. ed. México: Prentice Hall, 2003.

D'UBALDO H. O, **Los abogados y el nuevo marketing**. Buenos Aires: Ediciones Profesionales, 1998.

FREEMAN. C.; PEREZ. C, Structural crisis of adjustment: business cycles and investment behaviour. In: DOSI, G. *et al*. (Eds.). **Technical Change and Economic Theory**. London/New York: Pinter Publishers, 1988.

GIBSON, R.; SHARZYNSKY, P. **Inovação**: prioridade número 1. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e prática. 22. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ROESCH, S. M. A.; BECKER, G. V.; MELLO, M. I. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SALÉM, L.; BERTOZZI, R. **A reinvenção da advocacia**: um guia prático de gestão estratégica e marketing jurídico. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 2005.

SILVA, D. O. **Proposta para análise da gestão da inovação em serviços hospitalares**: um estudo no hospital Mãe de Deus – Porto Alegre, RS. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3433/proposta_analise.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 abr. 2022.

SOUZA, A. A. *et al*. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rege/article/download/36675/39396/43212>. Acesso em: 1 abr. 2022.

TIGRE, P. B. **Gestão da inovação**: a economia da tecnologia do Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

WU, C-W. The study of service innovation for digiservice on loyalty. **Journal of Business Research**, v. 67, n. 5, p. 819–824, maio 2014.

SOBRE OS AUTORES

Josiano Cesar de Sousa é Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2020), Mestre em Administração de Negócios pela Universidade Católica de Salta, na Argentina – UCASAL (2011), Especialista com MBA em Gestão e Ensino de TIC's e Inovação pela Faculdade de Tecnologia IBTA (2010), Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2007), Especialista em Marketing Estratégico pela Faculdade Atenas Maranhense – FAMA (2003) e Licenciado em Ciências, com habilitação em Matemática pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2002). Atualmente é professor do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: josianocesar@hotmail.com.

Etiane Maciel de Oliveira Paes é Especialista com MBA em Gestão de Pessoas pelo Centro Universitário Campo Limpo Paulista – UNIFACCAMP (2013) e Bacharela em Administração pelo Centro Universitário Padre Anchieta – UniAnchieta (2008). Atualmente é Administradora, Membra do Grupo de Estudos em Gestão, Planejamento e Desenvolvimento Regional do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma, Supervisora de Extensão, Iniciação Científica, Estágios e TCC do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: etianemopaes@gmail.com.

Marcio Pereira dos Santos é Especialista em Marketing Estratégico pela Faculdade Atenas Maranhense – FAMA (2006) e Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2003). Atualmente é Administrador, consultor de empresas e Conselheiro Regional do Conselho Federal de Administração – CRA.
E-mail: marplan79@hotmail.com.

GESTÃO ESCOLAR: ENTRE A PERDA DE IDENTIDADE DO PÚBLICO E A ASCENSÃO DAS ESTRATÉGIAS DO PRIVADO

Xermona Milhomem Costa Silva
Antonio Alves Ferreira

1 Introdução

As políticas públicas, de forma particular, as que orientam as determinações educacionais a partir da década de 1990, traduzem uma nova reconfiguração da relação entre o público e o privado. Assim, as políticas educacionais não são somente determinadas pelas mudanças que ocorrem na redefinição do papel do Estado, mas são parte dessa mudança. No cenário brasileiro a atual política de educação representa os ideais do projeto de Reforma do Estado que tem por diagnóstico a perspectiva proposta pelo neoliberalismo, e partilhado pela Terceira Via, de que a crise estrutural e financeira se encontra no Estado (PERONI, 2007).

Essa perspectiva de política educacional, desencadeada a partir da década de 1990 com a Reforma do aparelho do Estado, se materializou em um documento síntese denominado Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE) implementado no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). A Reforma do Estado cria um novo paradigma de gestão pública que impõe novos desdobramentos para a gestão educacional, além de ter como referência princípios de gestão eficiente sob a ótica de otimização de resultados e da racionalização de recursos.

A justificativa apontada pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado do Brasil (MARE), Bresser-Pereira, para a Reforma do Estado tem como premissa a crise fiscal oriunda do Estado interventor. No entender de Peroni (2007), mais do que uma crise fiscal

a década de 1990 apontava uma expressiva crise da estrutura do capital, de forma que a crise fiscal representou uma estratégia utilizada pelo governo para legitimar a Reforma do Estado.

Assim, seguindo a lógica do ideário neoliberal, o PDRAE traz um receituário de superação da crise do Estado, a citar: a privatização, a publicização e a terceirização. A privatização consiste na transferência para o setor privado das atividades lucrativas. A publicização consiste na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta. Já a terceirização é o processo de transferência para o setor privado dos serviços auxiliares ou de apoio (PEREIRA, 1997).

A reforma promovida pelo PDRAE aponta para um sistema de administração gerencial através de um processo de controle social e da constituição do quase-mercado. A gestão gerencial entendida como um modelo de gestão que favorece o pragmatismo dos resultados tendo por base uma concepção empresarial pode apontar resultados mais eficientes na educação pública. Assim, os princípios da gestão gerencial invadem a esfera do público a partir das parcerias público-privado.

Com base nesse contexto de reconfiguração e de Reforma do Estado é que o Terceiro Setor é estimulado a participar na execução de políticas sociais. Desse modo, o Terceiro Setor passa a ser um agente de promoção e manutenção do bem-estar social. Para Peroni (2007) o Terceiro Setor vem assumindo poder econômico-político e resumindo a ação do Estado diante das políticas públicas.

O Terceiro Setor modifica a questão social quando repassa a responsabilidade da questão social do Estado para o indivíduo, torna as políticas sociais focalizadas atendendo a grupos e, ainda, promove uma descentralização administrativa que transfere competências sem os recursos necessários para sua execução (MONTÃNO, 2005).

Sendo assim, o texto tem por objetivo analisar a gestão escolar inserida na lógica do Estado capitalista burguês a partir das parcerias

público-privadas. Para tanto, traz algumas contribuições conceituais acerca do Estado neoliberal e da Terceira Via. Discorremos, também, acerca da redefinição da identidade da gestão escolar a partir da década de 1990 com as parcerias público-privadas.

Neste sentido, apresenta as reconfigurações do Estado capitalista e as múltiplas determinações desse processo para a relação entre o público e o privado na educação, em especial, a partir das determinações da Reforma do Aparelho do Estado na década de 1990. Para isso, o texto está estruturado em três partes: a primeira traz argumentos que substanciam a temática proposta e sua intencionalidade, a segunda discute as metamorfoses do Estado capitalista e suas implicações para a educação e a terceira analisa as configurações que o público-privado tomou em relação à educação a partir da década de 1990.

2 O Sentido do Público e do Privado a partir da Reforma do Aparelho do Estado

No Brasil, a Reforma do Estado formulada por Bresser Pereira, no Governo de FHC teve como fator principal estabelecer metas para cumprir as exigências apresentadas pelos organismos internacionais, entre elas: liberação comercial; programa de privatizações e a estabilização do Plano Real. Esse conjunto de medidas foi intitulado de Plano Diretor da Reforma Gerencial do Estado. Os objetivos da Reforma de Estado, segundo Bresser Pereira (1997, p. 18-19) consistiam:

> (a) Na delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e "publicização" (este último processo implicando na transferência para o setor público não-estatal os serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta);
> (b) Na redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país a nível

> internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
> (c) No aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução;
> (d) No aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta.

A Reforma do Estado brasileiro do Governo de Fernando Henrique Cardoso segue, de forma implícita ou explícita, uma gama de diretrizes neoliberais, dentre elas podemos destacar o controle do Estado em seus gastos com pessoal, com receitas e despesas em todos os setores. É nesse contexto que se afirmam as políticas de focalização das políticas públicas.

É particularmente a partir da década de 1990, com a Reforma do Estado, que a relação entre o público-privado sofre mudanças. A crise vivida pelo capital suscitou, nesse contexto, novas estratégias de superação, a saber: explosão da globalização de mercado, a definição do neoliberalismo como estratégia política e econômica, a reestruturação produtiva e a Terceira Via são alguns exemplos de alternativas à crise estrutural global do capital.

Com isso, o capital assume o caráter que o tempo histórico lhe impõe, atravessa o tempo, modifica a estrutura social e a própria existência do capitalismo. Há, então um processo sócio metabólico do capital, da organização do trabalho, em que a realidade social vai se redefinindo ou reconfigurando.

Mészáros (2009) diz que não se pode negar a profunda crise vivida pelo capital nestes tempos mais recentes e que algo de novo foi acrescentado à crise global estrutural do capital, na qual se observa um

colapso das “válvulas de segurança” – dentre elas, a nosso ver, a proteção social – indispensável na permanência da “sociedade de mercado”.

Outra discussão presente nesse cenário e que foi importante para redefinir o papel do Estado foi de que a crise fiscal é parte do movimento de crise do capital e não causadora da crise do capital como diagnosticado pelo neoliberalismo e pela Terceira Via. Como justificativa de que a crise estava no Estado e não no capital, o governo brasileiro apresentou a Reforma do Aparelho do Estado elaborado pelo MARE.

Entre os seus teóricos e criadores destacamos Bresser Pereira (1997) ao sustentar que a origem da crise está no Estado e não no capital. Para ele:

> A crise do Estado a que estou me referindo não é um conceito vago. Pelo contrário, tem um sentido muito específico. O Estado entra em crise fiscal, perde em graus variados o crédito público, ao mesmo tempo que vê sua capacidade de gerar poupança forçada a diminuir, senão a desaparecer, à medida que a poupança pública, que era positiva, vai se tornando negativa. Em conseqüência, a capacidade de intervenção do Estado diminui dramaticamente. O Estado se imobiliza (PEREIRA, 1997, p. 12).

Há um consenso entre os teóricos que defendem a Terceira Via com os neoliberais de que a crise está no Estado, por isso não é uma crise do capital. Para os defensores dessa perspectiva, o Estado efetivou gastos excessivos com políticas sociais e esse descontrole econômico provocou a crise fiscal. A diferença de pensamento das duas concepções se dá pela estratégia de superação da crise adotada: para os neoliberais a saída da crise se dá pela privatização enquanto que para os teóricos da Terceira Via a solução está no Terceiro Setor.

Nesta perspectiva, o Terceiro Setor subtrai da sociedade civil uma característica que a ela é inerente, a de espaço público historicamente consolidado pelas lutas sociais. Assim, o Terceiro Setor se configura como um espaço que agrega organizações de atividades formais e informais, com ações voluntárias e individuais, formado por entidades que apresentam interesse político e econômico (MONTAÑO, 2005).

Assim, o Terceiro Setor estabelece significativas mudanças nas políticas sociais ao transferir a responsabilidade das questões sociais que, em essência são questões do Estado, para a sociedade civil. Esse processo resulta na diminuição da responsabilidade do estado na oferta de políticas sociais universais e prima por uma estratégia de políticas focalizadas a determinados grupos. Soma-se a essas questões o princípio da descentralização administrativa tornando as políticas cada vez mais precarizadas, por se considerar que de imediato se transfere as responsabilidades e competências sem os recursos necessários para execução (MONTAÑO, 2005).

O Terceiro Setor materializa a relação entre público-privado por ser uma estratégia de afirmação de reconfiguração do estado capitalista. Peroni (2007, p. 12) afirma que "[...] com o público não-estatal a propriedade é redefinida, deixa de ser estatal e passa a ser pública de direito privado". As políticas sociais passam a ser executadas pelo público não-estatal através de duas concepções: do público que passa a ser de direito privado ou quando o Estado estabelece parcerias com instituições do Terceiro Setor.

3 Considerações Finais

As muitas configurações que o Estado assume com o propósito de manter e proteger o capital se imbricam na dinâmica da política de educação que por sua vez, por meio dos processos ideológicos, conduzem a ordem política, social e econômica. Por isso, é necessário considerar as configurações do estado brasileiro no capitalismo e suas muitas formas de manutenção do capital através de políticas de equidade social em todos os segmentos sócios e de inúmeros marcos regulatórios que demarcam a legalidade dessas políticas.

As análises realizadas neste trabalho nos revelam alguns indicadores que demonstram a política estabelecida para a educação,

especialmente a partir da década de 1990 com a Reforma do Aparelho do Estado e a institucionalização das parcerias público-privadas por meio de marcos regulatórios e da inserção dessas parcerias como políticas públicas de Estado.

A relação entre o público e o privado na educação brasileira tem origens históricas, porém é na década de 1990 que ela ganha contornos refinados da política neoliberal. A forma de sua manifestação é que variou de acordo com o tempo e a época. O embate entre os partidários da educação pública e os da educação privada no Brasil remonta outros momentos da história e das políticas educativas no Brasil. Essa relação se sustenta pelos vínculos de um Estado patrimonial, cuja feição tem cumprido um papel de destaque enquanto política de equidade social e não se constituindo, efetivamente, como um direito social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. L. S. **Financiamento da educação básica no governo Lula**: elementos de ruptura e de continuidade com as políticas do governo FHC. 2007. 182 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2958/1/2007_RaimundoLuizSilvaAraujo.pdf >. Acesso em: 4 abr. 2022.

FREITAG, B. **Política educacional e indústria cultural**. São Paulo: Cortez, 1987. (Coleção polêmicas do nosso tempo; v. 26).

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. v. 3.

MELO, A. A. S. O projeto neoliberal e sociedade e de educação. In: LOMBARDI, J. C.; SANFELICE, J. L. (Orgs.). **Liberalismo e educação em debate**. Campinas: Autores Associados, 2007. p. 185-204.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. Tradução de Francisco Raul Cornejo. São Paulo: Boitempo, 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção estatal. São Paulo: Cortez, 2005.

NEVES, L. M. W. (Org.). **Educação e política no limiar do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2000.

PERONI, V. M. V. Reforma do estado e a tensão entre o público e o privado. **Revista SIMPE – RS**, Porto Alegre, p. 11-33, 2007.

PEREIRA, L. C. B. **A reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1). Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Antonio Alves Ferreira é Doutor em Educação pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2015), Mestre em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2011), Especialista em Administração e Supervisão Escolar pela Faculdades Integradas de Amparo – FAI (2005), Graduado em Pedagogia pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2004) e Graduado em Matemática pelo Instituto Federal do Maranhão – IFMA (2004). Atualmente é Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação Docente em Práticas Educativas da Universidade Federal do Maranhão, campus de Imperatriz/MA – UFMA/PPGFOPRED, Professor Adjunto II vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Sociais e Letras da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão – UEMASUL/CCHSL e Diretor Acadêmico do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: asalves2@gmail.com.

Xermona Milhomem Costa Silva é Mestra em Administração pela Faculdade Pedro Leopoldo – FPL (2022), Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC (2019), Especialização em Logística Empresarial pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2011), Especialização em MBA Auditoria, Controladoria e Finanças pela Escola de Negócios Excellence – ENE (2010) e Bacharela em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (2004). Atualmente é Diretora Administrativa e Financeira do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: xermona@gmail.com.

O PENSAMENTO COMPLEXO E AS CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO

Wanderson Wendel Noronha Lô

1 Introdução

A complexidade se desenvolve no século XX e reformula diversas formas de pensamento da ciência moderna, entrelaçando saberes disjuntos. E, como alicerce deste estudo, serão aqui discutidas as preciosas pesquisas de Edgar Morin a respeito da complexidade.

Edgar Morin, antropólogo, sociólogo e filósofo francês, pesquisador emérito do Centro Nacional de Pesquisa Científica e fundador do Centro de Estudos Transdisciplinares da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris, também diplomado em História, Direito e Geografia, adentrou no campo da Filosofia, Sociologia e Epistemologia, onde realizou pesquisas na elaboração de um método capaz de apreender a complexidade do real, tecendo severas críticas à fragmentação do conhecimento, propondo, assim, uma reforma do pensamento por meio da prática transdisciplinar.

Assim, este artigo discorre sobre os sete princípios propostos por Edgar Morin, porém, ressalta também outros autores que refletiram sobre o pensamento complexo. O estudo está dividido em cinco partes: inicialmente é feita uma análise histórica, que identifica a origem da complexidade, em um segundo momento é apresentado e desmistificado o significado do termo “complexo”. Na terceira parte é apresentado os princípios norteadores do pensamento complexo. No quarto momento, é feita uma discussão mostrando a relação entre o pensamento complexo e a ciência clássica. Por fim, é apresentada as contribuições da complexidade para a educação, objeto de estudo da pesquisa.

2 Contexto Histórico

Discutir sobre complexidade nos leva a compreender o contexto histórico da ciência, questionando a origem do pensamento complexo. É possível perceber que o conhecimento científico tem proporcionado uma abstração da realidade, sendo Edgar Morin um dos principais ícones na aquisição dessa forma de saber.

A complexidade se originou para combater a fragmentação do conhecimento produzida pelo positivismo. Nesse sentido, o pensamento complexo faz um contraste com as teorias da modernidade, a qual tenta unir, fazer relações entre as áreas do conhecimento.

Para Edgar Morin (2002), no decorrer do século XX ocorreram várias transformações no campo da ciência que vão constituir as bases do pensar complexo. É possível afirmar que houve uma revolução, pois foram quase três séculos de determinismo, de racionalismo, univocidade, concepção mecânica de mundo e, principalmente, da certeza que se transferia ao experimento científico, tudo isso é repensado com as descobertas da própria ciência.

A partir desse contexto, a complexidade surgiu e fez a intersecção de várias teorias, tais como: a cibernética, a teoria da informação e a teoria geral de sistemas, que contribuíram para as bases de uma teoria da organização. Os trabalhos do físico-químico Ilya Prigogine, do matemático Von Neuman, do físico Hemz Von Foerster e do médico e filósofo Henri Atlan produziram elementos de uma teoria da auto-organização (MORIN, 2002).

Diante disto, é necessário afirmar que o pensamento complexo não é um conceito teórico, e sim, um fato da vida. Correspondente à multiplicidade, ao entrelaçamento e à contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural. Segundo Humberto Mariotti (2000), a complexidade é um pensamento aberto

abrangente e flexível. O que configura uma nova visão de mundo, a qual aceita e procura compreender as mudanças contínuas do olhar sobre a realidade e não pretende negar a multiplicidade, a aleatoriedade e a incerteza, mas conviver com elas.

Vale citar a contribuição do filósofo do século XX, Gaston Bachelard (2001), em sua obra *A formação do espírito científico*, em que discute a ruptura epistemológica entre a ciência contemporânea e o senso comum e como isso refletiu sobre a complexidade.

Assim, o pensamento complexo busca o conhecimento multidimensional, porém reconhece que a obtenção do saber por completo é impossível de se alcançar. Portanto, é o reconhecimento de um princípio de incompletude e incerteza. Isto posto, a complexidade aspira um saber não fragmentado, não redutor o qual reconhece que qualquer conhecimento está inacabado.

3 Aspectos Conceituais da Complexidade

O desafio de estudar e compreender a constante luta das organizações em se manterem firmes diante da globalização foi o que incentivou e contribuiu para que alguns filósofos estudassem a fundo uma teoria para resolver tais problemas. Fez surgir, assim, a teoria da complexidade para ajudar as organizações no contexto global e social no qual estavam inseridas.

O conhecimento está diretamente ligado a vida, ou seja, a forma de como a direcionamos, e está presente no âmbito biológico, cerebral, espiritual, cultural, social, político e histórico. Para Morin (2001), o conhecimento possui características subjetivas, individuais, existenciais e objetivas que está ligado à razão e a emoção. Nesse sentido, é necessário se preocupar também com a ética, tanto pessoal quanto com os outros em volta, saber lidar com as diferenças e respeitar o “eu” de cada um.

A teoria da complexidade estuda os elementos que interagem dinamicamente entre si, e Morin (2005) estuda e defende justamente isso, a interligação dos elementos que estão presentes em nossas vidas e no universo. É entender como eles se adaptam no cotidiano de cada ser humano e buscar um equilíbrio para que as organizações permaneçam sustentáveis no mercado (FERRI; CORRÊA; GRASSI, 2009).

Segundo Osmar Ponchirolli (2010), do caos pode-se haver um equilíbrio entre a ordem e a desordem. Ou seja, a partir do momento em que o indivíduo desorganiza algo ele organiza outro. Trabalhando dessa forma surgem mudanças significativas dentro daquela organização, incentivando todos a contribuir e ajudar em seu desenvolvimento.

As organizações são um arranjo sistemático de duas ou mais pessoas que possuem papéis diferentes, mas com objetivos comuns. Na visão de Robbins (2005), os indivíduos dentro das organizações devem cumprir suas tarefas de forma coletiva, sempre interagindo uns com os outros, de maneira organizada e que todos tenham em mente e em comum o mesmo propósito para que seja alcançado e superado as metas estimadas.

“O todo é maior do que a soma das partes” Já dizia Edgar Morin (2001) que as organizações produzem mais de forma eficiente e eficaz quando trabalham coletivamente, pois a soma do trabalho realizado individualmente não seria tão eficaz e produtivo quanto o resultado obtido na soma forma geral, como um todo.

A teoria da complexidade veio para melhorar e contribuir com o crescimento das organizações. Visa alcançar uma forma de trabalho que seja mais dinâmica e coletiva, com a finalidade de transformar positivamente o ambiente interno e externo de cada setor de uma organização, seja ela empresarial ou não.

4 Princípios do Pensamento Complexo

Dentre todo o conhecimento disponível, sempre há certa preocupação quanto ao que é verdadeiro e ao que é falso, isso porque todo conhecimento está, em algum grau, ameaçado pelo erro e pela ilusão (MORIN, 2002). Todos possuem falhas em sua construção e interpretação, como o empírico, que se baseia nas experiências, porém está sujeito ao erro devido às falhas dos sentidos e à interferência dos sentimentos. Há ainda a possibilidade, que acontece com frequência, de as ideias, sem análise alguma, possuírem o indivíduo passando a fazer parte de sua essência e tornando-o disposto a matar ou morrer por causa de um deus ou uma ideia (MORIN, 2005). Diante disso, Edgar Morin propõe a teoria da complexidade, que se sustenta em sete princípios.

O primeiro princípio é o sistêmico-organizacional: defende que o todo é igual a soma das partes ao contrário do conhecimento científico que isola cada parte da ciência, fragmentando-o. Em uma analogia, o conhecimento é um corpo que possui vários membros, que possuem tecidos, que possuem células, porém não deixa de ser um corpo e não se pode separá-lo para estudá-lo, isso explica o fato de certas disciplinas apresentarem semelhanças em certos pontos, por exemplo: a teoria de ato e potência de Aristóteles, que diz que todo ato foi gerado por uma potência, que enquanto ato foi gerado por outra potência e assim sucessivamente (ARISTÓTELES, 367 a.C.), que se assemelha com a Lei da Biogênese, onde cada vida foi gerada de outra vida que a deu origem (ARISTOTLE, 1995).

O segundo é o princípio hologramático: este princípio defende que assim como a parte está inserida no todo, o todo está inserido na parte. Isso pode ser observado na sociedade, onde um indivíduo está inserido na sociedade e a mesma está inserida no indivíduo através da cultura, dos costumes etc. (MORIN, 2002). Pode ser citado aqui novamente o

corpo humano, cada molécula de DNA contém todas as informações do indivíduo assim como faz parte dele.

O terceiro é o princípio do círculo retroativo ou *feedback*: a causa age sobre o efeito e vice-versa, modificando-se mutuamente, sendo o *feedback* um agente amplificador (MORIN, 2001), pois cada efeito produzido pode localizar o erro que há em cada conhecimento (MORIN, 2002) e modificar a causa para que efeitos melhores surjam. Na educação, por exemplo, pode-se aplicar nas metodologias utilizadas para transmitir certa disciplina, avaliando os resultados obtidos.

O quarto princípio é o recursivo ou recorrente: é uma forma de autoprodução, onde o efeito é uma condição para a ocorrência da causa. Por exemplo, nós, seres humanos somos organismos que, segundo Humberto Maturana e Francisco Varela (1995), funcionam devido à nossa interação com o meio, que se caracteriza por uma mudança estrutural contínua e, ao mesmo tempo, pela conservação dessa recíproca relação de transformação entre o organismo (unidade) e o meio, pois a forma como ocorre esse processo depende do meio e do contexto em que se vive. Isso significa que, embora sejamos determinados por uma estrutura biológica, essa determinação estrutural não implica num reducionismo biológico, pois o meio interfere na forma com que iremos interagir com nossas próprias estruturas.

O quinto, é o princípio de auto-eco-organização (autonomia/dependência), o ser humano adquire autonomia quando se torna dependente do meio em que vive (FREIRE, 1981).

O sexto princípio é o dialógico: este une dois princípios contraditórios, que parecem indissociáveis em uma mesma realidade. Um exemplo claro é o uso da Segunda Lei da Termodinâmica que diz que a entropia aumenta, isto é, sistemas ao longo do tempo tornam-se mais desordenados até estarem disponíveis para a formação de outros sistemas (BAUER, 2008). Podemos citar também a própria ciência, que parte do senso comum, que é constituído de simples opiniões e crenças

infundadas (MARITAIN, 1970), adquiridos na vida cotidiana e torna-se o ponto de partida para o conhecimento científico (GALLIANO, 1986).

Por fim, o sétimo princípio é o da reintrodução do sujeito cognoscente: que defende o ser humano, faz parte da construção do conhecimento, ele é reconhecido como autor de sua história e coautor da história da sociedade. No pensamento complexo, sujeito, objeto, contexto e história de vida são elementos inseparáveis na apreensão da realidade.

5 O Pensamento Complexo e a Ciência Clássica

A ciência clássica buscando autonomia em relação ao pensamento religioso preferiu se separar em vez de apenas se distinguir da filosofia. Nesse sentido, é necessário discutir as divergências entre o pensamento complexo e a ciência clássica, destacando seus principais aspectos.

Abraham Moles (1971) explicita que a ciência moderna ou clássica tinha a crença num mundo, em um ser humano, e também classificavam as relações entre o universo e o homem como mecânica, e que tudo isso poderia ser explicado.

Por outro lado, a ciência nova surge para mostrar que o ser humano, também vive de incertezas e desordens, assim o mundo funciona por meio de um conglomerado caótico, no qual o homem não pode concebê-lo com exatidão em suas estruturas, pois podem ser imprevisíveis (PRIGOGINE, 2002).

A ciência clássica apresenta três pilares os quais são a ordem, a separabilidade e a lógica. Para a teoria moderna, esses eram os fundamentos absolutos. Nessa perspectiva, a ordem do Universo, tal como entendida por Descartes e Newton, era o produto da perfeição divina. Com Laplace, a hipótese de Deus é descartada, dessa forma a ordem funciona sozinha, sendo autoconsolidada. É possível perceber que a ideia de determinismo absoluto se tornou objeto de uma crença

quase religiosa entre os cientistas, em razão disso, descartaram que ela não pode ser demonstrada (MORIN, 2005).

A complexidade, equidistante de substituir o conceito de ordem pela de desordem, ou ao contrário, tem a pretensão de colocar em perspectiva dialógica ordem, desordem e organização em discussão, ou seja, numa interação. A partir deste fato, as ideias de ordem e desordem deixam de se excluir absolutamente. Portanto, ordem organizacional pode ter origem por meio da turbulência e os processos desordenados podem nascer em contextos deterministas.

Outro pilar da ciência clássica é o da separabilidade, onde Descartes esclarece a precisão de dividir em pequenos fragmentos e trabalhá-los um após o outro. Assim, as disciplinas científicas são desenvolvidas a partir da divisão do interior das grandes, exemplo disso são as ciências divididas em física, biologia, química e outras, assim originando compartimentos sempre novos. Entretanto, o pensamento complexo não substitui a separabilidade pela inseparabilidade, o conceitua como uma dialógica que utiliza o separável e a insere no inseparável (MORIN, 2005).

O terceiro aspecto da razão moderna é a lógica, indução a partir de variadas observações que formula as leis gerais. A complexidade contrapõe esse método com o teorema da incompletude de Godel, que mostra que um sistema dedutivo formalizado, a matemática, não pode encontrar nele mesmo a demonstração de sua validade. Também é possível perceber através das análises feitas por Tarski na lógica semântica, onde se conclui que nenhum sistema dispõe de métodos ou maneiras suficientes para se auto-explicar (MORIN, 2005).

Diante dessa discussão, é compreensivel que a complexidade contraponha cada pilar da ciência moderna com embasemento teórico e científico. Sendo assim, propõe uma maneira dialógica e interassionista com todos os sistemas.

6 As Contribuições da Complexidade para a Educação

O pensamento complexo demonstra a ideia de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, onde tudo está conectado no mundo. Dessa forma, é preciso analisar as contribuições do pensamento complexo para educação, destacando as reflexões feitas por Edgar Morin e outros autores que se fundamentaram no tema.

Para Edgar Morin (2001) a educação do futuro tem como objetivo considerar, em toda sociedade, totalidade cultural, sem exceções, de acordo com modelos e regras próprias a cada sociedade e em todas as culturas. Assim, percebe-se a construção de um novo paradigma, ou seja, a reformulação de um novo pensamento, que pode ser desenvolvido nas redes de ensino.

Petraglia (1995) revela que a educação é complexa na sua essência, que influi e é influenciada pelas partes e aspectos a qual a define e a constitui, sendo necessário pensar a educação numa visão totalizadora que a torne envolvida com o todo do processo a qual faz parte. Desse modo, poderá contribuir para a formação do sujeito, de tal maneira que a autoformação esteja entrelaçada com a educação, com a finalidade de ajudar esse sujeito complexo. Torna-se necessário, portanto, esclarecer o termo autoformação que é a apropriação do sujeito de sua própria formação (PINEAU; PATRICK, 2005).

A complexidade exige uma reforma de pensamento, o que é possível deduzir uma mudança no sistema de ensino desde a educação infantil até a universitária, religando saberes o que está disjunto. Essa reforma produzirá um pensamento do contexto e do complexo, ligando e enfrentando a incerteza.

Morin (2001) conceitua a interdisciplinaridade como sendo uma natureza orgânica, na medida em que estabelece uma troca e cooperação, ela pode ser vista como um diálogo entre as várias disciplinas de um currículo.

A interdisciplinaridade é um meio que possibilitará ao aluno a habilidade de solucionar problemas, contribuindo, assim, para uma melhor formação geral e ampliando o campo de conhecimento ao propiciar a integração de várias áreas e novas descobertas, desenvolvendo habilidades que poderão levar o aluno a continuar aprendendo, numa sociedade em que a ciência e a tecnologia se modificam constantemente. Dessa maneira, a capacidade de continuar aprendendo é uma condição essencial, e reafirma a concepção complexa sobre os processos de aprendizagem (MORIN, 2001).

Neste sentido, o pensamento complexo considera o todo e busca relacionar as disciplinas que estão, normalmente, divididas, mas não sobrepondo os saberes. De acordo com Maria Cândida Moraes (1997) o homem não está em um vácuo biológico, porém é sujeito às influências sociais e culturais que fazem parte do meio e, assim, o conhecimento não pode ser desenvolvido sem sofrer as interferências do meio em que vive.

Por outro lado, a transdisciplinaridade é vista como esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas transcendendo as teorias epistemológicas e trazendo a multiplicidade dos modos de saberes. Para a realização de uma função fecundo na história das ciências é preciso conservar as noções consideradas chave para a consecução desse objetivo e promover a cooperação dentro de um projeto comum que tenha um objeto também geral. A disciplina precisa ser ao mesmo tempo aberta e fechada e promover um conhecimento em movimento, ou seja, possibilitar que se conheça, simultaneamente, o todo e as partes (MORIN, 2001).

Nesta perspectiva, os pensamentos isolados e fragmentados em arquivos que são as disciplinas não poderão ser aceitos, pois necessitam de uma articulação com todos os campos do saber, fazendo uma religação com todos os conhecimentos. Portanto, a transdisciplinaridade provém de um modelo da complexidade,

fundamentada por uma epistemologia do pensamento complexo (PETRAGLIA, 1995).

O conhecimento transdisciplinar, produto de um tecido complexo, sendo possível através desse saber perceber aquilo que é subliminar, onde os nossos sentidos não são capazes de analisar ou decodificar, requerendo, assim, a participação de outras dimensões humanas, como a intuição, a sensibilidade, imaginação e a racionalidade para uma melhor compreensão do aprendizado (MORAES, 1997).

Logo, as reflexões dos autores citados anteriormente propõem uma nova educação, onde a prática, em que a representação do conhecimento se organize de forma coerente, com a finalidade de se constituir uma educação inclusiva, crítica e transformadora.

7 Considerações Finais

Como discutido no trabalho, o pensamento complexo não é um conceito apenas teórico, mas uma dinâmica da vida. Está relacionado com multiplicidade, ao entrelaçamento e à contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural.

Em síntese o pensamento complexo surge a partir das teorias quânticas e biológicas, propondo uma intersecção com os demais saberes, com fundamentação nos sete princípios, assim, rompendo com o conhecimento fragmentado.

Outro aspecto relevante foi o contraste que a complexidade estabeleceu com a ciência clássica, em que parte de uma visão mecanicista de separabilidade de Descartes e Newton. Com isso, a pesquisa denuncia que essa visão mecanicista, produz um olhar limitado da realidade, sobretudo no âmbito da educação em que é preciso uma melhor articulação entre os saberes. A complexidade contribuiu de forma significativa para a educação, pois interligou os saberes, viabilizando uma visão interdisciplinar.

Por conseguinte, o pensamento complexo permite uma nova visão sobre a ciência de forma dialógica com os diversos níveis do conhecimento, defendendo uma reforma radical do pensamento, partindo do sistema de ensino desde a educação infantil até a universitária, dialogando e enfrentando as incertezas.

REFERÊNCIAS

ARISTOTLE. **Physics**. Traduzido por Barnes. Complete Works of Aristotle, vol.1: The Revised Oxford Translation. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001.

BAUER, R. **Gestão da mudança: caos e complexidade nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2008.

FERRI, C.; CORRÊA, C. M. A.; GRASSI, K. **Identidade e desenvolvimento sustentável**. Caxias do Sul: EDUSC, 2009.

FREIRE, P. **A Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GALLIANO, A. G. **O método científico: teoria e prática**. São Paulo: Harbra, 1986

MARIOTTI, H. **As paixões do ego**: complexidade, política e solidariedade. São Paulo: Palas Athena, 2000.

MARITAIN, J. **Introdução geral à filosofia**. Rio de Janeiro: Agir, 1970.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Psy II, 1995.

MOLES, A. A. **A criação científica**. São Paulo: Perspectiva, 1971.

MORAES, M. C. **O paradigma educacional emergente**. Campinas: Papirus, 1997.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **A ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Elaine Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2005.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e do saber. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

PINEAU, G.; PATRICK, P. **Transdisciplinaridade e formação**. Paris: L´Harmattn, 2005.

PONCHIROLLI, O. **Ética e responsabilidade social empresarial**. São Paulo: Anhanguera, 2010.

PRIGOGINE, I. **As leis do caos**. São Paulo: Unesp, 2002.
ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson, 2005.

SOBRE O AUTOR

Wanderson Wendel Noronha Lô é Mestre em Educação pela Universidade Católica de Brasília – UCB (2012), Especialista em Supervisão e Gestão Escolar pela Faculdade Evangélica do Meio Norte – FAEME (2008), Especialista em Didática Universitária pela Faculdade Atenas Maranhense – FAMA (2004), Graduado em Teologia pela Faculdade de Teologia de Boa Vista – FATEBOV (2010), Licenciado em Filosofia pela Faculdade Evangélica do Meio Norte – FAEME (2008) e Licenciado em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA (2003). Atualmente é Professor no Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e desenvolve pesquisas nas seguintes áreas: currículo, interdisciplinaridade, complexidade, ciência moderna, fragmentação do conhecimento, exegese e hermenêutica bíblica.
E-mail: wandersonlo@hotmail.com.

Parte II

SABERES E PRÁTICAS ATUAIS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ENVELHECIMENTO E AS MUDANÇAS DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

Waléria da Silva Nascimento Gomes
Ênnio Santos Barros
Mônica Santos Lopes Almeida
Rhavenna Thais Silva Oliveira

1 Introdução

Em todo o mundo o percentual de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões no número de pessoas idosas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, representando 80% da população nos países em desenvolvimento (IBGE, 2016).

O envelhecimento da população é uma das dimensões mais fortes do século XXI. Em 1950 o número de pessoas com idade de 60 anos ou mais no mundo era de 205 milhões, já em 2012, a quantidade de pessoas mais velhas subiu para quase 810 milhões (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

No Brasil, até a década de 1960, houve um aumento populacional homogêneo. A partir da década de 1970, observou-se que a proporção entre crianças e pessoas com 60 anos ou mais começou a diminuir, dando início à transição demográfica. A partir desta década, observou-se o envelhecimento contínuo da estrutura etária, com expectativas de aumento ainda maior da população idosa nas próximas décadas (PEREIRA, 2008).

A certeza da expansão desse público na população está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados nas dimensões

biopsicossociais que se oferecerá os longevos. Ainda que a legislação brasileira preconize que o cuidado dos integrantes dependentes deva ser de responsabilidade da família, este se torna cada vez conflitante, em decorrência de múltiplos fatores, entre eles a falta de conhecimento, habilidade técnicas, ambiente afetivo, trabalho e cultura (MORAES, 2012).

Embora esse processo se constitua em um fenômeno fisiológico do ser humano, a experiência nesse período e a forma como as pessoas idosas enfrentam o seu próprio envelhecer são diretamente influenciados pelos aspectos psicossociais, históricos, políticos, econômicos, geográficos e culturais e, mais especificamente, às peculiaridades individuais, tornando-se singular a cada idoso (PEREIRA; LIMA, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

Dentre as principais características do envelhecimento, está o processo individual, heterogêneo, acumulativo e irreversível, não patológico, de dano de um organismo, bem como o declínio, físico, cognitivo e funcional, que provoca alterações de cunho emocional e sociais. Tais declínios podem ser classificados de forma genérica em senescência e senilidade (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

A senescência pode ser caracterizada como um envelhecimento fisiológico, arbitrariamente reconhecido pela idade cronológica,

conceituado como envelhecimento natural, em que o declínio físico e mental é brando, sendo compensado, de certo modo, pelo organismo (SILVA; FROTA; AGUIAR, 2015).

A senilidade representa o definhamento físico relacionado à desordem mental. Pode acontecer precocemente, pois se distingue por uma perda significativa do funcionamento físico e cognitivo, evidente pelas mudanças na coordenação motora, a alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória (MANTOVANI, 2007).

Desta maneira, ao falar de envelhecimento acredita-se na relação estreita da multiplicidade de fatores que afetam inteiramente a qualidade de vida dos idosos, tais fatores podem ser fatores protetivos e de risco considerando a singularidade do processo de envelhecimento individual e contextual (SILVA; FROTA; AGUIAR, 2015).

Para a OMS o envelhecimento ativo pode ser definido como a estratégia de oportunização de saúde, participação social, segurança e aprendizagem. Essa definição representa muito além da ideia de atividade física ou um ser "ativo", mas a otimização da permanência destes sujeitos nas questões sociais, políticas, econômicas e culturais, objetivando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, e permitir que elas percebam seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida. Tal estratégia corrobora para a implementação de políticas públicas que gerem autonomia, independência, interdependências e efetivação de qualidade de vida aos idosos (OPAS, 2005).

Pinto Filho (2017) afirma que o conceito de envelhecimento ativo prevaleceu no discurso positivo sobre envelhecimento, tanto em disposições técnicas como políticas, como em parte pelas inconsistências do envelhecimento bem-sucedido e do envelhecimento produtivo. Divulgado pela OMS, sob influência da União Europeia, esse conceito surgiu com o objetivo de integrar a pessoa idosa a uma vida participativa, além dos aspectos de produção e de trabalho. O mesmo

pode ser dito a respeito da agenda política do envelhecimento ativo, promovida em maior instância pela Organização das Nações Unidas, a qual ao longo das últimas décadas tem se dedicado à questão do envelhecimento populacional como um dos maiores desafios do século XXI.

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio façam com que "as opções saudáveis sejam as mais fáceis" (OMS, 2005).

Quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, provavelmente os resultados serão expressivamente: menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; menos deficiências associadas às doenças crônicas; mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (CAMACHO; COELHO, 2010).

2 Tecnologias Assistivas (TA) no Envelhecimento Ativo

O processo de envelhecimento necessita de um olhar particularizado às suas necessidades. Sendo um fenômeno de escala mundial, é responsável por mudanças de dinamismo social e de saúde

e, consequentemente, acarreta em transformações políticas e socioeconômicas a nível local, regional e internacional (OMS, 2015).

No Brasil, a incapacidade funcional pode atingir até 47% dos idosos. Assim, a fim de promover um processo de envelhecimento saudável e ativo, tem-se investido cada vez mais na elaboração de programas sociais e de saúde focados na autonomia e independência do indivíduo. A responsabilidade pela busca de uma melhor qualidade de vida durante a senescência deve ser tanto dos órgãos governamentais quanto de todos os setores da sociedade. A Estratégia Saúde da Família faz-se então de fundamental importância para o alcance dessas metas, promovendo ações específicas de prevenção e promoção da saúde para os idosos em seu território (FERREIRA *et al.*, 2012).

Os sistemas de saúde devem promover um processo de envelhecimento saudável, focado nas necessidades especificadas desse grupo populacional, apoiando-o no autocuidado (havendo deficiências ou não) o que despertou a necessidade cada vez maior de desenvolverem-se Tecnologias Assistivas (TA), ferramentas estas que buscam proporcionar habilidades funcionais ao idoso, estimulando sua independência e participação social (LEITE *et al.*, 2018; OMS, 2015).

As TAs possuem caráter multidisciplinar e abrangem estratégias, métodos, serviços e produtos que promovam a funcionalidade, estimulando a atuação social ativa de pessoas com algum tipo de deficiência ou idosos, objetivando sua autonomia e qualidade de vida (RESENDE et al., 2015). Essas tecnologias não devem ser consideradas como um instrumento para a prática profissional de cada área, pois tais recursos são destinados ao propósito do usuário, na intenção de superar debilidades que os impeçam de realizar atividades cotidianas (LEITE *et al.*, 2018).

O conceito de “tecnologia” não se refere à utilização de máquinas, mas a implementação de instrumentos que sejam realmente inclusivos, de modo que possam ser utilizadas de acordo com o contexto de sua

rotina. A fim de promover a motivação dos idosos para a utilização das TAs, estas devem ser desenvolvidas visando auxiliá-lo nas seguintes dimensões de sua vida: instrumental (adquirindo informações); intrínseca (através da gestão das relações sociais); segurança (com uma rede de suporte); entretenimento (com práticas de atividades de lazer) (GIL; VIEIRA, 2013).

Projetos de edificação e urbanismo devem ser desenvolvidos para favorecer a autonomia do idoso na sociedade. Alterações em projetos arquitetônicos da casa e ambiente de trabalho fazem-se necessárias, com enfoque naquelas que facilitem o acesso, como: rampas; pisos antiderrapantes e antirreflexo; barras de sustentação em banheiros; semáforos com sinalização sonora; uso de cores fortes e contrastantes em quadros de aviso e quiosques de informação (CELESKI; NICKEL; REIS, 2017).

O processo de envelhecimento ocasiona mudanças fisiológicas que podem levar ao desenvolvimento de déficits, principalmente na área da comunicação, com destaques para os declínios na audição e linguagem. O comprometimento auditivo pode evoluir com o avanço da idade, tendo uma prevalência de 33% nos indivíduos entre 65 e 75 anos, 45% entre 75 e 85 anos, e 62% naqueles com 85 anos ou mais (CRISPIM *et al.*, 2012). Diante dessa realidade, as TAs são utilizadas para favorecer a reabilitação auditiva desses sujeitos, favorecendo a inclusão social, com, por exemplo, a utilização de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) que captam e amplificam o som do ambiente, aumentando sua intensidade, e permitindo, assim, que este possa ser ouvido com mais clareza. Outro recurso dos AASI é voltado para a aplicação de questionários de autoavaliação, onde o idoso é capaz de detectar se este instrumento está sendo eficiente para ele ou não (RESENDE *et al.*, 2015).

Acessibilidade é um conceito importante para o desenvolvimento pleno da autonomia, e com base nessa ideia, o estudo realizado por

Celeski, Nickel e Reis (2017) aponta a necessidade de que supermercados sejam dotados de TAs, tendo em vista que além de ser um espaço para fornecimento de comida, este muitas vezes é local de socialização para o público idoso, sendo assim, um destino comum entre eles.

Os autores apontam que carrinhos para compras podem ser TAs interessantes nestes locais, auxiliando pessoas com mobilidade reduzida durante o processo de compras). Além disso, outras ações podem favorecer a independência desse público, como: dimensão adequada (que permita o fluxo); sinalização direcionada para caixas e locais específica para setores e banheiros; alcance físico e visual dos produtos; iluminação nivelada que reduza o brilho intenso e não seja ofuscante ou provoque sombreamentos; pisos antiderrapantes de cor neutra e caixas preferenciais (CELESKI; NICKEL; REIS, 2017).

Gradim *et al*. (2016) em pesquisa realizada com idosos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Uberaba/MG, evidenciaram que dos 144 participantes, 140 (97,2%) informaram fazer uso de algum tipo de TA como recurso em suas atividades diárias. Entretanto, apesar do alto índice de utilização, os autores acreditam que o potencial funcional dos sujeitos ainda não é totalmente aproveitado, tendo em vista que domínios como “banho, tomar banho” apresentou bons índices de adesão, enquanto “vestuário” obteve baixos percentuais, com apenas 2 (1,4%) indivíduos utilizando instrumentos nesse campo em específico. Evidenciando, assim, diferenças significativas na adesão entre a utilização das TAs nas categorias investigadas.

3 Perspectivas e Desafios do Envelhecimento Ativo

O avanço da tecnologia das últimas décadas possibilitou a melhoria na qualidade da saúde da população e a redução nas taxas de mortalidade, para um número considerável de doenças, favorecendo, assim, a cultura do envelhecimento ativo em nosso país. Entretanto,

grande oferta destas novas tecnologias torna necessário que, além dos benefícios, seus riscos e custos sejam avaliados no processo de tomada de decisão para disponibilizá-las ao sistema de saúde, promovendo seu uso racional, principalmente no que se refere as políticas que reportam ao aumento da expectativa de vida (CAPUCHO *et al.*, 2002).

Na busca por mudanças nos modelos de atenção à saúde, a introdução de uma gestão fomentada por tecnologias que primem a melhoria dos recursos e maior qualidade de vida, torna-se essencial para uma performance organizacional que potencialize os sistemas de informação em saúde (MAI *et al.*, 2017).

O desenvolvimento, a incorporação e a utilização de tecnologias voltadas para o público idoso nos sistemas de saúde, bem como a sua sustentabilidade, estão inseridos em contextos sociais e econômicos, que derivam da contínua produção e consumo de bens e produtos pautados na autonomia desse grupo (BRASIL, 2010).

Segundo Guimarães *et al.* (2019), o estudo das diferentes tecnologias assistivas, de suas consequências e de seu custo social, contribui para a melhor compreensão dos problemas, constituindo-se em importante ferramenta para a formulação de ações que possam interferir no sistema.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), o crescimento contínuo dos gastos em saúde e as mudanças no perfil epidemiológico das populações têm levado às necessidades diversificadas de atenção, fazendo-se social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores e atores sociais envolvidos na produção, incorporação, avaliação, difusão e gerenciamento da utilização de inovações em tecnologias (BRASIL, 2010).

Inúmeros aspectos físicos em idosos são melhorados com o uso de tecnologias, dentre eles a prevenção ou a diminuição do risco de quedas e fraturas, a melhoria da mobilidade dentro da própria moradia e de

acessibilidade ao meio ambiente, a redução de dor e do risco de lesões durante as realizações das atividades de autocuidado, lazer ou trabalho e a minimização dos déficits relacionados às mudanças características do envelhecimento, tais como a diminuição da força muscular, equilíbrio, deficiência visual e/ou auditiva (ANDRADE; PEREIRA, 2009).

De acordo com Guimarães *et al*. (2019), as tecnologias introduzidas na vida do idoso, podem contribuir para a diminuição de dependência durante o cuidado pessoal, aumento de privacidade, redução dos gastos financeiros com cuidados providos em casa, substituição de cuidadores e diminuição de episódios de reinternação.

Capucho *et al*. (2002) citam que nesta perspectiva, a escolha para fins de incorporação das tecnologias em saúde com a lida ao envelhecimento saudável, surge como área de conhecimento interdisciplinar, que deve, além do bom funcionamento, considerar segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, aspectos éticos e o impacto ocasionado na vida do idoso.

Não é suficiente saber que o uso de uma tecnologia com idosos traz benefícios, é necessário também planejar e assegurar que os recursos financeiros destinados à saúde, sejam utilizados sem prejuízo, disponibilizando informações, linguagem adequada ao território, transparência e explicitação dos conflitos de interesses, garantindo, assim, o uso apropriado (BRASIL, 2010).

Mesmo diante dos avanços obtidos pelas tecnologias, permanecem desafios e lacunas que tendem a comprometer a sua eficácia, sobremodo no que se refere à priorização do trabalho em rede e o incentivo à troca de experiências e informações entre os diferentes perfis institucionais – ensino, pesquisa e serviço (SILVA; PETRAMALE; ELIAS; 2012).

Andrade e Pereira (2009) salientam que há relutância por parte de alguns dos indivíduos idosos em utilizar dispositivos tecnológicos devido à motivos diversos, observando que podem ter dificuldades por

problemas relacionados à cognição ou ainda por razões culturais ou tradicionais.

Para os mesmos autores, entre outros motivos apresentados pelos idosos, pode-se citar frustração ao terem que usar tais dispositivos para realizar as atividades, por estes apontarem suas limitações, baixa qualidade estética, incômodo ao realizar as atividades com auxílio de ferramentas, desconhecimento das vantagens, sentimento de vergonha, a negação da incapacidade e a existência de barreiras físicas no meio ambiente onde este reside (ANDRADE; PEREIRA, 2009).

Existe no Brasil, uma carência considerável no conhecimento e aquisição de tais dispositivos, sobretudo pelas classes sociais de baixa renda, constituindo, assim, um aspecto a ser considerado como desafio (SILVA; PETRAMALE; ELIAS; 2012).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, apesar do grande uso de tecnologias assistivas por parte dos idosos, os recursos destinados à sua aquisição ainda são bastante restritos devido ao alto custo, necessitando de um maior investimento por parte do poder público, tanto para o desenvolvimento de pesquisas, como para facilitar o empoderamento na tomada de decisões por parte dos idosos (LEITE *et al*., 2018).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (2015), emergem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. Atualmente, a tendência para se aposentar cedo em países industrializados é, em grande parte, o resultado de políticas que incentivaram a aposentadoria precoce. Porém, à medida que as populações envelhecem, haverá mais pressão para que tais políticas públicas mudem, especialmente, se mais e mais

indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. S.; PEREIRA, L. S. M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 113-122, abr. 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MznPLs8FVWjz5PJT67rXn8m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMACHO A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DkxckM7QvYPcq7NHKqJLmhs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

CAPUCHO, H. C. *et al*. Incorporação de tecnologias em saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 1 3, n. 3, p. 1215-1222, jul. 2002. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/IncorporacaodeTecnologia_emSaude_Brasil.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

CELESKI, J.; NICKEL, E. M.; REIS, A. A. DOS. Tecnologias assistivas e acessibilidade para idosos: análise em supermercados. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ERGONOMIA E USABILIDADE DE INTERFACES HUMANO-TECNOLÓGICA, 16., 2017, São Paulo. **Anais**... São Paulo: Editora Blucher, jun. 2017. p. 1733-1741. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/16ergodesign/0177.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

CRISPIM, K. G. M. *et al*. Prevalência de déficit auditivo em idosos referidos a serviço de audiologia em Manaus, Amazonas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 469–475, out./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2551/pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

FERREIRA, O. G. L. *et al*. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513–518, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

GIL, H.; VIEIRA, J. As tecnologias assistivas e os cidadãos mais idosos: propostas para a promoção de um melhor processo de envelhecimento. In: JORNADA POTENCIAL TÉCNICO E CIENTÍFICO DO IPCB, 2., 2013, **Anais**... Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2013. p. 121–128. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2143/1/As%20tecnologias.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

GRADIM, L. C. C. *et al*. Mapeamento de recursos de tecnologia assistiva utilizados por idosos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 1, p. 72-79, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104106/114587>. Acesso em: 6 abr. 2022.

GUIMARÃES, R. *et al*. Política de ciência, tecnologia e inovação em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 881-886, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b6nvzPsXmYqNjTbZ7kmz4Jq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população**. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramede/piramide.shtm>. Acesso em: 3 mar. 2019.

LEITE, E. S. *et al*. Tecnologia assistiva e envelhecimento ativo segundo profissionais atuantes em grupos de convivência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–8, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03355.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MAI, S. *et al*. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 210-2018, set./dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/287/215>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MANTOVANI, E. P. O processo de envelhecimento e sua relação com a nutrição e a atividade física. In: BOCCALETTO, E. M. A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física em Escolas Municipais de Vinhedo/SP**. Campinas: Ipes Editorial, 2007. Cap. 13, p. 165-172. Disponível em: <https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/diagnostico_vinhedo_completo.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Resumo**: relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, J. C. P.; LIMA, K. A. A. **As ações da equipe de enfermagem direcionadas à saúde e qualidade de vida dos idosos do Lar São Francisco de Assis**. 2017. 45f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão, Imperatriz, 2017.

PINTO FILHO, N. J. **Desenvolvimento e a pessoa idosa**: uma análise discursiva da política internacional e regional sobre o envelhecimento. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24894/1/2017_NorbertoJorgePintoFilho.pd

f>. Acesso em: 6 abr. 2022.

QUADROS, M. R. S. S.; PATROCINIO, W. P. O cuidado de idosos em instituições de longa permanência e em centros-dia. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 19 (Especial), p. 77-97, 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26601/19028>. Acesso em: 6 abr. 2022.

RESENDE, L. M. *et al*. **Uso terapêutico de tecnologias assistivas**: direitos das pessoas com deficiência e audição. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4772.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46 (Supl.), p. 83-90, 2012. Disponível em: <**https://www.scielo.br/j/rsp/a/Yj8SgwpXqJ47QmyMhM37VTN/?format=pdf&lang=pt**>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SILVA, C. S.; FROTA, K. P.; AGUIAR, A. N. Políticas públicas de saúde voltadas a pessoa idosa. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. **Anais**... São Luís: UFMA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo8/politicas-publicas-de-saude-voltadas-a-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Waléria da Silva Nascimento Gomes é Mestra em Ciências Ambientais pela Universidade de Taubaté – UNITAU (2022), Especialista em Educação para a Saúde pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá – UMJ (2017), Especialista em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal do Tocantins – UFT (2015), Especialista em Metodologia do Ensino Superior pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2014), Especialista em e Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2011) e Bacharela em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2011). Atualmente é Enfermeira no Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, na cidade de Imperatriz/MA, e Professora no Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.

E-mail: waleria86@gmail.com.

Ênnio Santos Barros é Mestrando em Educação pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020 –2022), Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês (2016), Especialista em Oncologia Multifuncional pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2016) e Bacharel em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2015). Atualmente é Enfermeiro e pesquisa sobre Educação em Saúde no contexto prisional, com ênfase em ressocialização.
E-mail: enniosantos@hotmail.com.

Mônica Santos Lopes Almeida é Mestra em Ciências Ambientais pela Universidade de Taubaté – UNITAU (2022), Especialista em Educação para a Saúde pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá – UMJ (2017), Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2015), Especialista em Enfermagem em Obstetrícia pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2012) e Bacharela em Enfermagem pela Faculdade de Imperatriz – FACIMP (2007). Atualmente Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2022).
E-mail: enfmsl@hotmail.com.

Rhavenna Thais Silva Oliveira é Mestra em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins – UFT (2019), Especialista em Saúde da Família pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – UNITEC (2013), Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – UNITEC (2013) e Bacharela em Enfermagem pela Faculdade de Imperatriz – FACIMP (2012). Atualmente é Enfermeira e Professora substituta no curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins – UFT.
E-mail: rav3na@hotmail.com.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA

Hellyangela Bertalha Blascovich
Eronilde Silva Gonçalves
Raisa Ramos dos Anjos
Waueverton Bruno Wyllian Nascimento Silva

1 Introdução

Os casos de câncer têm crescido nos últimos anos, e estima-se um aumento de sintomas apresentados pelos pacientes durante a doença, especialmente a ocorrência de dor (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2017). Considerando a multidimensionalidade da dor, a necessidade de realizar um manejo adequado para controle do sintoma e a aparente insuficiência da terapêutica medicamentosa, observa-se o aumento na busca por terapias integrativas e complementares (BARNES *et al*., 2004; LOPEZ *et al*., 2017).

Estima-se que 30% a 50% dos pacientes oncológicos buscam a Medicina Complementar durante os tratamentos convencionais. A busca por essas práticas vem crescendo continuamente devido principalmente pelo fácil acesso, incentivos ao autocuidado e melhor experiência no relacionamento terapeuta-usuário, desmotivação com o modelo biomédico devido à abordagem impessoal, invasiva, não holística, além dos casos de iatrogenia (SOUZA; LUZ, 2009; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

2 As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares e Saúde (PICS) são compostas por um conjunto de técnicas e recursos de cuidados voltados

a promoverem, por meio de mecanismos naturais, a integração do ser humano ao meio em que vive ao induzi-lo a um estado de harmonia e equilíbrio em todo organismo, estabelecendo outra perspectiva em relação ao processo saúde-doença e incentivo a visão holística, características que desencadeiam resultados positivos na qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2015).

As PICS trouxeram um novo olhar às formas de cuidados em saúde, que dantes eram focados puramente no modelo assistencial, caracterizado por assistência médica individual, curativa, fragmentada, biologicista e hospitalocêntrica, e agora está saindo do foco principal, enquanto que o modelo de atenção integral a saúde ganha reconhecimento e espaços cada vez maiores, baseado no modelo médico oriental em que nessa modalidade a energia é considerada a base de toda a vida e um fator de fundamental importância para a cura (AGUIAR, 2011).

A saúde é compreendida, portanto, como um fluxo harmonioso dessas energias, e, quando em desequilíbrio, o corpo não funciona de forma eficiente. As disfunções no corpo humano são entendidas como efeitos negativos das emoções, das atitudes, do estresse, do modo de vida inadequado e dos maus hábitos alimentares, ou seja, esse modelo busca tratar o ser humano em sua totalidade (MILLER, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem desde a década de 1970 estimulando atuações por meio das chamadas Práticas Integrativas em Saúde. No final da mesma década, as primeiras recomendações para essas práticas foram divulgadas em todo o mundo em virtude da Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em que foi realizada a declaração Alma Ata (1978), originando-se então as PICS. No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então somente se expandiu.

Paralelamente a este processo, a Atenção Primária em Saúde (APS) também se expandiu como uma forma de organização dos sistemas públicos universais de saúde, objetivando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. Há um consenso sobre o principal meio de atuação da PIC ser a APS, pois afirma-se que há: 1) estímulo ao potencial de autocura; 2) melhor aceitação por parte da população; 3) maior participação do doente no cuidado; 4) fuga à iatrogenia; 5) os sintomas não explicáveis pela noção biomédica e passam a ter possíveis interpretações e terapêuticas (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; TESSER; SOUSA, 2012; WHO, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), aprovada em 2006, visando a implantação de ações e serviços relativos às PIC no Sistema Único de Saúde (SUS). Destacam-se entre suas diretrizes, o fortalecimento da atenção em PIC no SUS, desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais, fortalecimento da participação social, incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; promoção de saúde, educação popular e humanização.

A PNPIC introduziu inicialmente as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo (Crenoterapia). O MS publicou a Portaria nº 849, de 23 de março de 2017, que diz respeito da inclusão de novos procedimentos às práticas já regulamentadas pela Política, que foram: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Posteriormente, a PNPIC foi novamente atualizada a partir da publicação de nova portaria – Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, com a inclusão de dez práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética,

constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. O SUS autoriza ao todo, atualmente, 29 práticas integrativas e complementares, o que caracteriza um desafio ainda maior para a capacitação e implantação dessas na saúde pública do país (BRASIL, 2018).

3 Oncologia Integrativa

A Oncologia Integrativa (OI) inclui a prática de terapias complementares ao tratamento convencional do câncer, envolvendo uma série de condutas para manejo dos sintomas e complicações decorrentes do tratamento convencional. São agregadas ao tratamento convencional técnicas que podem melhorar qualitativa e quantitativamente os resultados do tratamento (HOSPITAL OSWALDO CRUZ, 2018).

As condutas praticadas pela OI são incorporadas à medicina convencional e baseadas em evidência, não são utilizadas para tratar a doença de base, mas sim as manifestações adversas associadas ao tratamento. Acompanham os tratamentos padrões como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia molecular (SIEGEL; BARROS, 2013).

Foram elaboradas recomendações para o uso de terapias integrativas através da análise de clínicos, sendo elas: 1 A, B, e C e 2 A, B e C, sendo o 1 A a pontuação que corresponde à forte recomendação, implicando em alta qualidade de evidência e, no outro extremo, a pontuação 2 C, que apontaria para uma fraca recomendação e evidência de baixa ou muito baixa qualidade. A pontuação é combinada com os itens: benefício *versus* risco; força metodológica de respaldo e a implicação da evidência (SIEGEL; BARROS, 2013).

A Sociedade para Oncologia Integrativa (SIO) elaborou diretrizes a partir de ensaios clínicos randomizados publicados entre 1990 a 2015 (NEOLIFE BEM-ESTAR, 2018). Publicadas em 2017, as diretrizes da SIO

receberam respaldo da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) sobre a aplicação de terapias integrativas no tratamento do câncer de mama. Foi destacado o câncer de mama devido sua incidência atingir números relevantes na oncologia. O documento avalia o grau de evidência de práticas integrativas para o manejo de sintomas e efeitos adversos. Intervenções de interesse incluíram práticas mentais e corporais, produtos naturais e modificações no estilo de vida (ASCO, 2018).

Siegel e Barros (2013) ainda argumentam que as práticas complementares usadas no caso do câncer não podem se limitar apenas a questões de eficácia e segurança, mas que devem incluir seu impacto sobre o sofrimento, o pensar, sentir, criar e querer do paciente.

4 Dor Oncológica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a dor oncológica como um problema de saúde universal (EVANGELISTA, 2016). Aproximadamente 18 milhões de pessoas sofrem devido à dor relacionada à neoplasia, muitas vezes, a ocorrência de dor indica a ocorrência ou progressão da doença, tornando-se, assim, um sinal importante a ser avaliado e investigado (DUARTE, 2016).

A dor pode ser aguda ou crônica, sendo a dor aguda mais recorrente no estágio inicial da doença, e crônica quando a dor persiste ou é agravada devido ao processo patológico da doença, de forma contínua e recorrente. O predomínio de dor em paciente com câncer ocorre entre 20% e 50% dos casos em pacientes diagnosticados recentemente, entre 70% e 90% para pacientes que estão em tratamento, e, em torno de 75% e 100%, para aqueles que estão estado avançado e terminal (DUARTE, 2016). Em outra pesquisa realizada, cerca de 68% da dor ocorre pelo próprio tumor, porém 18% pode ser

decorrente do tratamento da doença, 3% associado ao tumor, e 16% não relacionado ao tumor (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018, p. 154).

A etiologia da dor oncológica está relacionada com processo de evolução do câncer no organismo, tem início e duração variável, podendo ser contínua ou intermitente (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 4). Entretanto, pode ocorrer devido a infiltração tecidual pelos tumores nos ossos, vísceras e sistema nervoso, ou pode ser provocada pelo próprio tratamento cirúrgico – pós-toracotomia, pós-mastectomia, pós-esvaziamento cervical e pós-amputação (dor fantasma) –, quimioterápico – mucosite, neuropatia periférica, nevralgia e espasmos vesicais – e radioterápico – mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar – dentre outros relacionados a procedimentos terapêutico (SOUZA *et al.*, 2017, p. 74).

A dor oncológica é difusa e de causa multifatorial, por isso alguns mecanismos explicam a complexa e múltipla fisiopatologia da dor oncológica, como a sensibilização do nociceptor aferente primário – por fatores inflamatórios, acidose induzida pelo tumor, compressão de tecidos devido invasão tumoral –, nocicepção aguda (pós-operatório), compressão ou lesão de tecido nervoso e hiperalgesia devido a sensibilização central (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018, p. 153).

As causas da dor neuropática que o paciente oncológico sente provém da capacidade do tumor e do processo de metástase de se infiltrar nos nervos e plexos do sistema nervoso periférico e central, causando danos tecidual. O crescimento acelerado do tumor altera a estrutura dos nervos sensitivos periféricos, através da encapsulação e lesão dos mesmos, resultando em lesão mecânica, isquêmica ou degradação nervosa desinente a proteólise (EVANGELISTA, 2016).

5 Práticas Integrativas no Controle da Dor Oncológica

As PICS surgem como uma tentativa de proporcionar melhor controle da dor especialmente quando os tratamentos convencionais se tornam limitados (WU *et al*. 2015). Porém, acredita-se que, independentemente da escolha do tipo de terapêutica para o manejo da dor oncológica, esse sintoma deve ser tratado e avaliado de forma individual e holística por ser um processo particular e influenciado por diferentes fatores (RUELA *et al*., 2018).

Diversas são as PICS utilizadas no controle da dor oncológica, porém poucas apresentam eficácia comprovada. Entre as abordagens referidas como maiores produtoras de eficácia estão às diversas estratégias educativas para manejo da dor e a utilização de terapias como a fitoterapia, acupuntura, meditação, práticas corporais como massagens e yoga (PEREIRA *et al*., 2014).

Além destas, outras práticas são utilizadas no controle da dor oncológica, porém, ainda são pouco estudadas, como é o caso da homeopatia, aromaterapia, arteterapia, entre outros, que necessitam de novos estudos para estabelecer resultados mais consistentes quanto aos benefícios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aborda as terapias complementares no tratamento oncológico, em documento oficial intitulado *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*, onde as terapias complementares são divididas em métodos físicos, mecânicos e cognitivos (BRASIL, 2001).

Uma das PICS importantes direcionadas pelo Ministério da Saúde é a fitoterapia. Essa terapêutica se destaca pela administração de plantas medicinais para o tratamento de doenças e seus agravos, sobretudo como forma complementar ao tratamento da dor em pacientes oncológicos. Tem-se investido muito, objetivando o fortalecimento da mesma dentro do SUS, devido ao Brasil apresentar um arsenal terapêutico amplo, porém torna-se necessária a orientação adequada

para evitar a possibilidade de reações adversas e a ocorrência de interação medicamentosa indesejada com o tratamento convencional (PEREIRA *et al*., 2014).

A acupuntura é a prática mais estudada da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). É definida como a inserção de agulhas finas e pequenas em pontos específicos do corpo, para tratar ou prevenir sintomas. É altamente recomendada como terapia complementar quando o controle da dor é difícil, além disso, apresenta efeitos positivos no controle de náuseas, vômitos, fogachos, xerostomia e fadiga. Suas vantagens são o baixo custo, técnica minimamente invasiva, pequeno número de reações adversas e redução do consumo de analgésicos (GARCIA *et al*., 2017; SAAD, 2008; RUELA *et al*., 2018).

Estudos apontam efeitos positivos da meditação no controle da dor oncológica. Essa prática é descrita como um estado fisiológico holometabólico, no qual o praticante permanece relaxado, porém alerta e focado. Os estudos têm mostrado bons resultados da meditação no controle da dor, além da melhora de distúrbios emocionais (depressão, ansiedade), distúrbios do sono e à qualidade de vida em geral dos pacientes em tratamento de câncer. Fulop, Grimone e Victorson (2017) atribuem a ação analgésica da meditação, ao reestabelecimento de níveis normais de secreção de cortisol, diminuição de citocinas pró-inflamatórias, e regulação a função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

A OMS inclui como métodos mecânicos para o controle da dor a massagem e as atividades físicas. A massagem tende a melhorar a circulação sanguínea, promover o relaxamento da musculatura, produzir sensação de conforto e afeto, aliviando a tensão. Pode ser utilizada em pacientes com dor aguda e crônica, indivíduos restritos ao leito, portadores de transtornos de ansiedade, distúrbios de sono, mas não é recomendada em áreas corporais com lesões de pele ou óssea (BRASIL, 2001).

Diversos estudos apontam para eficácia da massagem no controle da dor em paciente oncológicos, devendo-se a isso não só os efeitos fisiológicos, como também os psicoemocionais. Ernst (2009) aponta a eficácia da massagem como técnica adjuvante no alívio da dor provocada pelo câncer, além de redução de fadiga, náuseas, ansiedade, depressão e sintomas indicadores de estresse.

Os programas educativos para o controle da dor oncológica desenvolvidos junto a pacientes e cuidadores também apresentam impactos positivos. Esses programas na vivência da dor oncológica, resultam em melhorias na qualidade de vida e na intensidade da dor, ajuste nas concepções e crenças sobre dor oncológica e seu controle, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e maior aceitação das práticas integrativas e complementares.

6 Considerações Finais

Assim, destaca-se que as Práticas Integrativas e Complementares constituem importantes intervenções no manejo da dor oncológica. Sua abordagem multifacetária da dor e do paciente oncológico, favorece não apenas o controle de um sintoma, mas a busca pelo reequilibro global, proporcionando diminuição do consumo de medicamentos, bem como redução dos efeitos da doença e/ou das complicações decorrentes do tratamento convencional com consequente melhoria da qualidade de vida. Torna-se necessário enfatizar que as terapias complementares não substituem o tratamento convencional prescritos. Notoriamente, a combinação destas com a assistência convencional apresentam melhores resultados no controle da dor, quando comparados ao tratamento de maneira isolada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS – Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas. São Paulo: Martinari, 2011. p. 42-68.

ANDRADE, F. L. M. *et al*. Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 8, n. 1, p. 3-16. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/4244>. Acesso em: 6 abr. 2022.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY – ASCO. **Terapias Integrativas durante e após o tratamento do câncer de mama**. Virginia, EUA, 2018. Disponível em: <https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/supportive-care-and-treatment-related-issues#/31666>. Acesso em: 8 maio 2019.

BARNES, P. M. *et al*. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Seminars in Integrative Medicine**, v. 2, n. 1, p. 54-71, jun. 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543115004000389>. Acesso em: 6 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1978. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático**: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

COLUZZI, F. *et al*. Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três "Ts" – titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 66, n. 3, p. 310-317, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/Kvpd3wckHnmwmTst5zfsqGf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

DUARTE, K. W. **Dor em pacientes oncológicos adultos**: avaliação e gerenciamento. 2016. 52 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148114?locale-attribute=pt_BR>. Acesso em: 6 abr. 2022.

DUCCI, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos e a dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 185-192, 2003. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2099/1303>. Acesso em: 6 abr. 2022.

ERCOLANI, D.; HOPF, L. B. S.; SCHWAN, L. Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. **Acta Medica**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 151-162. 2018. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/14.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

ERNST, E. Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. **Support Care Cancer**, v. 17, n. 4, p. 333-337, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19148685>. Acesso em: 6 abr. 2022.

EVANGELISTA, F. A. M. **Farmacoterapia da dor no doente oncológico**. 2016. 93f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2016.

FULOP, J. A.; GRIMONE, A.; VICTORSON, D. Restoring balance for people with cancer through integrative oncology. **Prim Care.**, v. 44, n. 2, p. 323-335, jun. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095454317300350?via%3Dihub>. Acesso em: 6 abr. 2022.

GARCIA, M. K. *et al*. Inpatient acupuncture at a major cancer center. **Integrative Cancer Therapies**, v. 17, n. 1, p. 148-152, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5950949/>. Acesso em: 6 abr. 2022.

HOSPITAL OSWALDO CRUZ. Centro Especializado em Oncologia. **Diretrizes de terapias integrativas no câncer de mama**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://centrodeoncologia.org.br/noticias-cancer/diretrizes-de-terapias-integrativas-no-cancer-de-mama/>. Acesso em: 6 abr. 2022.

LOPEZ, G. *et al*. Integrative oncology physician consultations at a comprehensive cancer center: analysis of demographic, clinical and patient reported outcomes. **Journal of Cancer**, v. 8, n. 3, p. 395-402, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332890/>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MILLER, J. P. **O livro dos chakras, da energia e dos corpos sutis**: uma nova visão das tradições antigas e modernas sobre os nossos centros de energia. São Paulo: Pensamento, 2015.

NASCIMENTO, M. C. *et al*. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pc64qpYhDGL9QDZp9DnJWzc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

NEOLIFE BEM-ESTAR. Sociedade Americana de Oncologia endossa diretrizes integrativas para pacientes com câncer de mama. **Yoga, meditação, acupuntura e outros tratamentos podem ser usados com segurança para aliviar os efeitos colaterais do tratamento padrão**. São Paulo, 20 jun. 2018. Disponível em: <https://neolifebemestar.com.br/noticia/sociedade-americana-de-oncologia-endossa-diretrizes-integrativas-para-pacientes-com-cancer-de-mama>. Acesso em: 6 abr. 2022.

PEREIRA, R.D.M. et al. **Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica**. Rev enferm UFPE on line: 9 (2), 710-7, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10391/11147. Acesso em: 04 abr. 2022

RUELA, L. O. *et al*. Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sKx9zFjcqkDCqFQzSwKb85g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SAAD, Marcelo. A medicina tradicional chinesa tem base científica? **Einstein** – Educação Continuada em Saúde, São Paulo, v.6, n.3, p.124-125. 2008.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Oncologia integrativa, uma prática em construção. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 51-61, 2013. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CNTC/article/view/1853/1324>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Por que as pesquisas em oncologia integrativa são importantes? **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 249-253, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1306/760>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Práticas integrativas em oncologia. **Physes Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1367-1370, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2014.v24n4/1367-1370/pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2017. **CA Cancer J. Clin.**, v. 67, n. 1, p. 7-30, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28055103>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **Hist. Cienc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/5YKvjJQmF4FDxr5Bh5pBB7J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SOUZA, J. A. F. et al. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO CONTROLE DA DOR NO CÂNCER INFANTIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Pesquisa e Ação**. V.3, n.2. p.73-83, dez. 2017. Disponível em: https://revistas.brazcubas.br/index.php/pesquisa/article/view/319. Acesso em: 7 abr. 2022.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336- 350, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5SFpKmSb7vsGcmGfBXCpXRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2022.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 174-188, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO traditional medicine strategy**: 2014-2023. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Acesso em: 6 abr. 2022.

WU, X. *et al*. Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. **Scientific Reports**, v. 5, 16776, nov. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660374/>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Hellyangela Bertalha Blascovich é Mestranda em Saúde e Tecnologia Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2021 –), Especialista em Fisioterapia em Gerontologia pela Universidade Estácio de Sá – UNESA (2019), Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Universidade Ceuma – UNICEUMA (2015), Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade ITOP (2013) e Bacharela em Fisioterapia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP (2011). Atualmente é Fisioterapeuta e Coordenadora de Reabilitação e Promoção de Saúde do município de Divinópolis/MA e Professora do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: hellybertalha@hotmail.com.

Eronilde Silva Gonçalves é Bacharela em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisuma/IESMA. Atualmente dedica-se ao estudo e pesquisa na área de Fisioterapia Oncológica, métodos de reparo tecidual através do método MAC (Método de Aceleração Cicatricial).
E-mail: passion311@hotmail.com.

Raisa Ramos dos Anjos é Bacharela em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisuma/IESMA. Atualmente dedica-se ao estudo das seguintes temáticas: informática em saúde, Pilates e dor lombar, Terapia Manual e dor lombar e Saúde da Mulher.
E-mail: ramosrais4@gmail.com.

Waueverton Bruno Wyllian Nascimento Silva é Pós-graduando em Fisioterapia em Traumato-ortopedia e Desportiva pela Faculdade Inspirar – FI (2020 –) e Bacharel em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma. Atualmente é sócio proprietário da Clínica de Fisioterapia e Pilates Studio Corpus.
E-mail: brunowyllian_@outlook.com.

PROCESSO HISTÓRICO E FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL[11]

Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos
Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
Arthur Barros Fernandes
Cianny Ximenes Rodrigues Silva
Hugo Lima Silva

1 Início da epidemia da Aids no Brasil

O primeiro caso de HIV/Aids no Brasil foi notificado em 1980 na cidade de São Paulo, no entanto, foi classificado como Aids dois anos mais tarde e identificado o meio de transmissão, a transfusão sanguínea (SILVA; BUNGART NETO, 2017). Inicialmente, a doença foi definida como "doença dos 5 H", pois caracterizava os grupos de risco – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e Hookers (profissionais do sexo em inglês) (SILVA; BUNGART NETO, 2017).

De acordo com o contexto histórico do HIV/Aids, a literatura aponta para três momentos distintos: o desconhecimento do agente causador e o modo de transmissão da infecção; fase de identificação do vírus; e o aprimoramento dos testes de diagnóstico. Nenhuma doença epidêmica da década de 1980 proporcionou tamanha mobilização social devido à repercussão perante a falta de recursos tecnológicos e escassez de informações sobre a doença. A realização do diagnóstico era tardia, resultando em uma rápida evolução do quadro clínico, levando o paciente a óbito (ANJOS, 2017).

[11] Parte da Dissertação de Mestrado *Mulheres convivendo com Aids: fatores de risco, protetivos e resiliência*, apresentada ao de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Até meados de 1980, o Romantismo restringia a mulher aos cuidados do lar, casamento e à maternidade. De acordo com esse contexto sociocultural, cuidar do lar e da família é responsabilidade da mulher. Ao receber o diagnóstico de doença crônica, suas rotinas e realidades precisam ser (re)pensadas, inclusive sua vida sexual, uma vez que a principal via de contágio é a sexual, e como a infecção pode gerar preconceito, isto motiva as mulheres a aderirem ao segredo quanto à soropositividade (CECCON; MENEGHEL, 2017). Mulheres quando diagnosticadas com HIV/Aids enfrentam muitas dificuldades, desde as relacionadas ao estado saúde-doença, ao afeto e relacionamento até o contexto social e laboral. Diante desse quadro histórico, tanto a repercussão social como o desconhecimento sobre a doença contribuíram para a formação de diversos estereótipos.

O primeiro estereótipo foi de que a doença era um "castigo divino" aos gays devido à desobediência à moral heterossexual (LOPES, 2021). Os estigmas criados fazem com que a pessoa se isole, podendo levar à depressão, ansiedade e insegurança (ARRUDA, 2021).

Mesmo com toda a mídia da época assegurando ser uma doença exclusiva de um grupo de risco, em 1983 houve relatos da primeira transmissão entre heterossexuais e da contaminação de profissionais de saúde. Nessa mesma época, os Estados Unidos da América (EUA) registravam três mil novos casos de HIV/Aids e 1.283 óbitos (ANJOS, 2017).

O ano de 1987 constitui-se como um marco histórico, pois apresentou resultados de estudos que demonstraram maior conhecimento do vírus e sua ação no organismo. Descobriu-se que a doença é causada pelo HIV e que atua no organismo infectado destruindo os linfócitos T, aderindo aos receptores da membrana das células-T CD4+ e a um correceptor, desencadeando uma fusão da membrana do vírus com a célula hospedeira, permitindo que o código genético do HIV se ligue ao DNA da célula. Como consequência, as

células CD4 são destruídas pelo vírus resultando em uma imunodeficiência (RODRIGUES *et al*., 2020).

O caráter "moralizante" da doença ficou tão infiltrado na sociedade que, mesmo diante dos avanços no diagnóstico e tratamento, diversos preconceitos ainda permeavam concepções, crenças e atitudes. As pessoas acreditavam que a doença era um "castigo divino" e se pensava que o soropositivo carregava consigo o mal da humanidade e estava destinado ao isolamento e às privações de todo caráter, inclusive sexuais (LOPES, 2021).

Silva e Cueto (2018) asseveram que no início da disseminação da HIV/Aids logo que os indivíduos recebiam o diagnóstico positivo já os relacionavam com a morte, levando-os, na maioria das vezes, a não procurar pelo tratamento, contribuindo para o aumento dos casos de óbitos.

Atualmente, a preocupação com a morte advinda pela doença ainda se faz presente na vida de quem vive com HIV/Aids, porém devido ao acesso universal e gratuito ao tratamento e acréscimo das informações sobre saúde esse quadro tem sofrido transformações positivas. Com o aumento da expectativa de vida, a preocupação com a (re)construção passa a ser uma tônica importante para esses pacientes.

Devido ao avanço epidemiológico do HIV/Aids, em 1986, o governo brasileiro criou o Programa DST/HIV/Aids e Hepatites Virais (DIHV) com o objetivo de desacelerar a crescente epidemia e, como um dos mais importantes feitos a partir de 1996, assegurar o acesso universal ao tratamento medicamentoso para controle da Aids (BRASIL, 2015). Tal programa trouxe novas perspectivas aos usuários, embora houvesse compreensível desconfiança diante do desconhecido. A Terapia Antirretroviral (TARV), que é de acesso universal e gratuita, possibilitou uma redução das chances de adoecimento dos pacientes diagnosticados com HIV/Aids. Estudos recentes apontam que a TARV atua na inibição da ligação do HIV com a célula T CD4+ impedindo a

replicação do vírus, permitindo ao paciente o convívio com HIV/Aids e a busca por qualidade de vida.

No ano de 2013, o programa desenvolveu ações de saúde voltadas unicamente para as mulheres que vivem com HIV/Aids, um espaço de interação e troca de histórias de vida, estando ainda disponíveis publicações, vídeos, cartazes, banners, materiais para redes sociais, campanhas que trabalham a prevenção, o cuidado e o tratamento do HIV/Aids, das hepatites virais e de outras IST (VEIGA, 2020).

O avanço da TARV corroborou para o surgimento de redes específicas para a atenção à saúde da pessoa que vive com HIV/Aids, políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e controle da transmissão. Devido ao aumento significativo da sobrevida dos pacientes infectados, surgiu a necessidade do desenvolvimento de estratégias com abordagens multidisciplinares visando garantir melhores condições de qualidade de vida aos pacientes; contudo, é evidente que há uma falha na rede no que se refere às questões psicossociais, enfatizando a necessidade de aprimorar a rede com o apoio social, auxiliando no enfrentamento dos estigmas trazidos no decorrer dos anos e que ainda perduram na sociedade até os dias atuais (VEIGA, 2020).

No ano de 2015 foi lançada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA) a meta “90-90-90”, está estabelece que até 2020 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão TARV regularmente e 90% de todas as pessoas recebendo TARV terão supressão viral. A única maneira de se alcançar a meta é por meio de estratégias baseadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão (VEIGA, 2020).

Visando acolher as demandas dos direitos humanos, educação e promoção em saúde, assistência social e proteção em situações de violência contra a mulher, o Ministério da Saúde desenvolveu um Plano

Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) visando otimizar os direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, buscando: reduzir o estigma construído acerca do HIV/Aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade; promover a equidade de gênero e de orientação sexual das mulheres no que diz respeito ao acesso de informação de saúde, diagnóstico e tratamento; e fortalecer, implementar e ampliar as ações de prevenção, promoção e assistência às IST e HIV/Aids de forma integral, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PIRES, 2019).

2 Epidemiologia e Evolução Histórica da Feminização da Aids no Brasil

De 1980 a 2004, o perfil epidemiológico do HIV/Aids se manteve estável, sendo mais evidente nos grandes centros e afetando as pessoas definidas como grupo de risco. No entanto, o que se vem observando nos dias atuais é uma mudança nesse perfil, mudanças como a interiorização, visibilidade epidemiológica, heterossexualização e um grande quantitativo de caso diagnosticado em mulheres, evidenciando que o HIV/Aids hoje não está mais restrito aos que eram considerados grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), acometendo a população de forma geral.

Silva *et al*., (2019) destacaram um elevado número de mulheres que vivem com HIV/Aids quando comparadas aos homens, esses dados corroboram com o mencionado por Magno *et al*., (2019) sobre o aumento epidemiológico da doença entre as mulheres em vários países.

As mulheres quando diagnosticadas com HIV/Aids enfrentam muitas dificuldades, desde as relacionadas ao estado saúde-doença, ao afeto e relacionamento até o contexto social e laboral. Até meados de 1980, o Romantismo restringia a mulher aos cuidados do lar, casamento

e à maternidade. De acordo com esse contexto sociocultural, cuidar do lar e da família é uma responsabilidade da mulher, quando estas recebem o diagnóstico com uma doença crônica toda a sua realidade social precisa ser pensada, inclusive sua vida sexual, uma vez que a principal via de contágio é a sexual, e como a infecção pode gerar preconceito, isto motiva as mulheres a aderirem ao segredo quanto à soropositividade (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020).

Cartaxo (2018) retrata que em nenhuma outra parte do mundo a epidemia do HIV/Aids sofreu tamanha transformação como no Brasil. Observando que no ano de 1982 foi identificado apenas um caso na população feminina, enquanto que no ano de 2014 foram diagnosticados 5.504 novos casos. Toda semana, cerca de 5 mil jovens mulheres entre 15 e 24 anos de idade são infectadas por HIV, além disso, cerca de 50% dos novos casos de HIV/AIDS em 2020 são de mulheres (UNAIDS/ONUSIDA, 2020). Esses números podem ser reflexo de uma época de repressão dos direitos femininos e do subjugo dentro das relações conjugais ou não.

Segundo Lima e Meneses (2020), grande parcela das mulheres que vivem com HIV/Aids são viúvas que viveram relações monogâmicas e descobriram a infecção após o falecimento do marido, tornando-se resistentes à prática de relações sexuais, pois se contaminaram por meio do sexo realizado com seu cônjuge, o qual possivelmente contraiu a doença fruto de uma traição. Muitas dessas mulheres chegam até mesmo ao ponto de desistir de viver e aderir ao tratamento, pois se sentem inválidas e sem capacidade de retomar sua vida normal, afirmando não querer outro parceiro, preferindo viver isolada e sem relações sexuais.

No contexto histórico-cultural brasileiro, até mesmo nos dias atuais, a mulher ainda não possui domínio sobre a tomada de decisões na relação sexual; na adolescência não recebiam informações sobre educação sexual por parte dos pais ou da instituição escolar,

desconhecendo os métodos preventivos e por depositar total confiança no marido. Na década de 80, nada era dito ou ensinado sobre sexo e situações de risco. Falar de sexo no meio feminino era uma afronta à sociedade e aos bons costumes. Até mesmo nos dias atuais, são raros os programas de saúde pública direcionados para as mulheres, principalmente quando se trata de sexualidade voltada para mulheres idosas, casais ou pessoas em relacionamentos estáveis (FERREIRA; PINHO NETO, 2018).

Durante anos, as mulheres foram educadas para respeitar/obedecer seus pais, na ausência destes, a seus irmãos e, ao casarem, respeitar/obedecer seus maridos. Associado a isso, as mulheres não tinham o direito de sentir prazer ou até mesmo manifestar seus prazeres, inclusive com seus cônjuges. A condução do ato sexual e o direito a sentir prazer ficavam reservados ao homem, aquele que historicamente poderia conversar com seus pais sobre sexo e até mesmo praticar atos sexuais antes do casamento, e quando casado, possuindo o direito de possuir relações extraconjugais. Felizmente, lentamente essa realidade tem se modificado e as mulheres estão se apoderando dentro das relações com seus parceiros no intuito de desconstruir ideias preconceituosas sobre as relações de gênero (BORNIA JUNIOR, 2018).

Sabe-se que o comportamento da mulher determina o processo de saúde-doença, uma vez que influencia no autocuidado. Para tanto, faz-se necessária a criação de estratégias de promoção e atenção à saúde voltadas para mulheres que vivem com HIV/Aids (MARTINS *et al*., 2018). O UNAIDS/ONUSIDA estabeleceu três diretrizes de estratégias para controle da HIV/Aids em mulheres, sendo elas: revolucionar a prevenção do HIV; estimular o tratamento e atenção à saúde a pacientes com HIV/Aids; o avanço nos direitos humanos e igualdade de gênero na resposta à doença.

Sabemos que hoje a principal via de contágio do HIV/Aids é por relação sexual e que o meio de prevenção é o preservativo. Entretanto, mesmo com todas as campanhas de saúde pública sobre prevenção do HIV/Aids, ainda é notória a prática de relações sexuais desprotegidas. Essa medida preventiva precisa ser enfatizada não somente entre indivíduos HIV/Aids negativos, mas também entre os indivíduos que vivem com HIV/Aids, em especial as mulheres, visando à otimização do domínio do uso do preservativo, pois, de acordo com Guimarães *et al*., (2019), as mulheres quando comparadas aos homens ainda são a minoria no que diz respeito ao uso e imposição do preservativo nas relações sexuais.

Com base nos dados do estudo realizado pela UNAIDS/ONUSIDA (2020), o aumento da disseminação do HIV/Aids no público feminino é resultado da disparidade de gênero e da violência contra as mulheres. Tais fatores limitam o acesso aos serviços de prevenção e tratamento, bem como a autonomia da mulher dentro e fora da relação conjugal, sugerindo que a igualdade de gênero é a melhor saída para a mulher ter voz ativa no que concerne às práticas de proteção no ato sexual.

Transcorridos 36 anos do primeiro caso de HIV/Aids, percebemos que, a partir desse referencial teórico, a mulher foi marcada por preconceito e discriminação. Nesse contexto, a mulher que vive com HIV/Aids apresenta características ímpares em virtude da situação fisiopatológica da doença e da posição de gênero que ela ocupa na sociedade patriarcal.

O HIV/Aids representa para a mulher uma ameaça, pois recai a ela algumas preocupações específicas, como o lugar que ocupa no lar, as atividades laborais que desenvolve e ainda a possibilidade de gerar uma criança, uma vez que a mulher contaminada pode transmitir para o seu bebê durante a gestação, sendo a doença uma ameaça não somente a ela, mas também à criança que gera (SIQUEIRA; SILVA, 2021).

Ao receber o diagnóstico positivo para o HIV/Aids, o futuro passa a ser desconstruído e o presente incerto, tanto para mulheres como para homens. De início, a positividade é um choque, podendo desencadear um trauma físico, por meio do desejo de tirar a própria vida, ou um trauma emocional, em que o paciente se debruça sobre lágrimas e melancolia, ou ainda um trauma social, destacando o isolamento podendo ainda, em alguns casos, chegar à depressão.

A reação ao receber o diagnóstico positivo para o HIV/Aids passa por alguns estágios, inicialmente de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, além disso pode ser influenciado por dois fatores: o primeiro da personalidade de quem recebe a notícia e o segundo do contexto sociocultural, que definem o posicionamento e enfretamento do trauma (ARGOLO JUNIOR; SANTOS JUNIOR, 2020; SOUZA *et al*., 2021).

Coêlho *et al*. (2021) afirmam que, no momento do recebimento do diagnóstico positivo para o HIV/Aids, o medo se faz presente, medo não somente da morte advinda da doença, mas também medo do preconceito, medo de não receber apoio social e medo que outras pessoas saibam sobre seu estado de saúde. Para as mulheres, a vida passa a ser reavaliar os objetivos (re)planejados, dentre eles a família, relacionamento com pequenos grupos, os amigos e grupos religiosos, culturalmente o ato de cuidar do lar e da família é de responsabilidade da mulher, entretanto, ao se ver com uma doença crônica a sua posição passa a ser também uma preocupação.

A decisão de silenciar o diagnóstico e o não compartilhamento da doença são fatores que dificultam a aceitação e enfrentamento da doença. Assim, para que a mulher consiga enfrentar de forma positiva a doença, é necessário o desenvolvimento dos fatores protetivos que advêm do meio social e/ou ambiental. Para que as adversidades advindas da doença sejam superadas e a mulher infectada possa reestabelecer a si e a sua vida, é fundamental a criação de uma rede de apoio, que será alicerce no processo de enfrentamento do HIV/Aids

(PANARRA *et al*., 2017).

Todavia, a rede de atendimento aos pacientes com HIV/Aids é restrita aos centros especializados, com isso essa restrição gera uma descontinuidade da assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids, pois, na falta de preparo dos profissionais para abordar os pacientes no que se refere aos estigmas, pode gerar um desconforto ao paciente, podendo ser um fator de risco (CORDEIRO *et al*., 2019).

REFERÊNCIAS

ANJOS, M. V. S. A origem do HIV/AIDS: aspectos históricos, políticos e sociais da epidemia no Brasil e no mundo. **Revista Ensaios de História**, v. 18, n. 1, p. 173-204, 2013-2017. Disponível em: <http://ensaiosdehistoria.com.br/index.php/revista/article/download/295/265>. Acesso em: 7 abr. 2022.

ARGOLO JUNIOR, C.; SANTOS JUNIOR, R. Estou com Aids! Vou morrer? In: ASENI, F. D. *et al*. **Políticas públicas e suas especificidades**. Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins, 2020. p. 191-204. Disponível em: <https://www.caedjus.com/wp-content/uploads/2020/01/Politicas_publicas_e_suas_especificidades_miolo.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

ARRUDA, A. C. S.; COUTINHO, D. J. G. Risco para depressão entre pacientes convivendo com HIV-AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6908/4511>. Acesso em: 7 abr. 2022.

BORNIA JUNIOR, D. L. **Amar é verbo, não pronome possessivo**: etnografia das relações não-monogâmicas no sul do Brasil. 2018. 233f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Rio Grade do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CARTAXO, M. G. **A política de AIDS (2006-2016)**: conflitos e transformações. 2018. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-graduação do Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/32529/1/2018_MarianaGomesCartaxo.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1087-1103, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VgWsDWT73cJxr5Xn9vbXLQK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2022.

COÊLHO, L. P. I. *et al*. Sentimentos vivenciados por mulheres frente ao diagnóstico de HIV/AIDS em um centro de referência sorológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e53610716683, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/16683/15140/216074>. Acesso em: 7 abr. 2022.

CORDEIRO, H. P. *et al*. Desenvolvimento de um aplicativo para atendimento médico de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 22, n. supl., p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/139/389>. Acesso em: 7 abr. 2022.

LOPES, P. O. HIV e AIDS, passado e presente: os gays como representação social da doença. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 50122-50134, maio 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/30028/23651>. Acesso em: 7 abr. 2022.

FERREIRA, T. E. L. R.; PINHO NETO, A. S. Na contramão da informação preventiva: desinformação sobre prevenção de HIV/AIDS. **Biblionline**, v. 14, n. 3, p. 3-13, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/biblio/article/view/41364/21434>. Acesso em: 7 abr. 2022.

GUIMARÃES, D. A. *et al*. Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 21-31, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v24n1/a03v24n1.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

LIMA, D. O.; MENESES, M. P. **O comportamento das mulheres heterossexuais em um relacionamento monogâmico frente ao HIV**. 2020. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário de Anápolis/GO, Goiás, 2020. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/9584/1/O%20COMPORTAMENTO%20DAS%20MULHERES%20HETEROSSEXUAIS%20EM%20UM%20RELACIONAMENTO%20MONOG%C3%82MICO%20FRENTE%20AO%20HIV.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

MAGNO, L. *et al*. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/Aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8rxk9ZKGG9GWhCTXW7QBsKh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2022.

MARTINS, V. A. C. *et al*. Infecções sexualmente transmissíveis (IST): estratégias de intervenção para promoção de saúde. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 10, n. 2, p. 1-3, 2018. Disponível em: <https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/16830/seer_16830.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

OLIVEIRA, M. M. D.; JUNQUEIRA, T. L. S. Mulheres que vivem com HIV/Aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 3, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2022.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 350-367, jul./set. 2012. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816/8237>. Acesso em: 7 abr. 2022.

PANARRA, B. A. C. S. *et al*. Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV. Revista Cuidarte. v. 8, n. 3, p. 1887-1898, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359552589016.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

PIRES, P. V.; MEYER, D. E. E. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. Revista Polis e Psique, v. 9, n. 3, p. 95-113, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v9n3/v9n3a07>.pdf. Acesso em: 7 abr. 2022.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS/SIDA – UNAIDS/ONUSIDA. Estatísticas. 2020a. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 7 abr. 2022.

_____. We've got the power – women, adolescent girls and the HIV response. 2020b. Disponível em: <https://www.unAIDS.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv>. Acesso em: 7 abr. 2022.

_____. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Brasília: UNAIDS/ONUSIDA, 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

_____. Chegando a zero: estratégia 2011-2015. Brasília: UNAIDS/ONUSIDA, 2010. Disponível em: <http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

RODRIGUES, G. M. M. *et al*. HIV/AIDS: tratamento e prevenção. Revista Liberum Accessum, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2020. Disponível em: <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/18/7>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SANTOS, F. D. R. P. Mulheres convivendo com AIDS: fatores de risco, protetivos e resiliência. 2016. 101f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2016. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/324/1/Francisco%20Dimitre%20Rodrigo%20Pereira%20Santos%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SILVA, A. F. C.; CUETO, M. HIV/AIDS, its stigma and history. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 311-314, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31053/2/Cueto_HIVAIDS_port.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SILVA, L. G. O.; BUNGART NETO, P. A sombria história da "peste-gay": a autoficção de Caio Fernando Abreu e o retrato do estigma da AIDS no Brasil. In: XIII SEMINÁRIO NACIONAL DE LITERATURA, HISTÓRIA E MEMÓRIA E IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM LETRAS NO CONTEXTO LATINO-AMERICANO; III SEMINÁRIO INTERNACIONAL E IV CONGRESSO NACIONAL EM ESTUDOS DA LINGUAGEM; III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ETNIA, DIVERSIDADE E FORMAÇÃO; II CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEITURA E LITERATURA INFANTIL E JUVENIL DA REDE PARANAENSE DE LEITURA, 13., 2017. Anais [...]. Cascavel: Unioeste, 2017.

Disponível em: <http://www.seminariolhm.com.br/2018/simposios/08/simp08art05.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SILVA, T. C. F. *et al*. Fatores associados ao uso consistente do preservativo masculino entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FssZYZZ4VDt4dpnKfsR5FVQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SIQUEIRA, L. F. S.; SILVA, M. C. O. **Maternidade, aborto e direitos da mulher**. 4. ed. São Luís: Expressão Feminista, 2021.

SOUZA, R. M. *et al*. Viver com HIV/Aids: impactos do diagnóstico para usuários atendidos em um serviço de referência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 13, n. 2, p. 1020-1025, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9847/10044>. Acesso em: 7 abr. 2022.

VEIGA, J. B. S. **Avaliação de características psicológicas e adesão ao TARV de pessoas com HIV/AIDS**. 2020. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2020. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8235/8/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Bernardo Veiga_PPGPSI.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos é Doutorando em Engenharia Biomédica pela Universidade Anhembi Morumbi – UAM (2020 – 2023), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins – UFT (2016), Especialista em Fisioterapia Gerontológica e Geriátrica pela Faculdade Unyleya (2018), Especialista em Informática em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (2014) e Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Montes Belos – FMB (2012). Atualmente é Professor e Coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos da Dor do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e Professor na Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS.

E-mail: franciscodimitre@hotmail.com.

Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral é Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo – USP (2008), Mestra em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP (2003) e Bacharela em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina – UEL (1995). Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT.

E-mail: leila.gurgel@mail.uft.edu.br.

Arthur Barros Fernandes é graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2016-2022).
E-mail: barrosfernandes@gmail.com.

Cianny Ximenes Rodrigues Silva é graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS (2020-2024).
E-mail: ciannyximenes@unitins.br.

Hugo Lima Silva é graduando em Enfermagem da Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS (2021-2025).
E-mail: hugolimasv@gmail.com.

ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: SABERES E PRÁTICAS NO COMBATE DA OBESIDADE ABDOMINAL

Marcus Vinicius Nascimento-Ferreira
Gledson Weslley Pereira Santos
Anderson Batista Nunes

1 Introdução

A epidemia de sobrepeso e obesidade na infância é uma grande preocupação ao redor do mundo, já que o excesso de peso em crianças (com idade entre 2 a 10 anos) tende a persistir na idade adulta (WHO, 2007; LAKSHMAN; ELKS; ONG, 2012). Não é novidade que crianças obesas têm mais chances (aproximadamente sete vezes mais) de se tornarem adultos obesos, em comparação com crianças com peso normal (WHITAKER *et al*., 1997).

Em relação à obesidade abdominal, qualquer que seja a definição utilizada e independentemente do método de mensuração, a deposição central de gordura corporal em população pediátrica está associada a um aumento dos fatores de risco cardiometabólico (KELISHADI *et al*., 2015). Portanto, mais atenção deve ser dada à obesidade abdominal de crianças e adolescentes, tanto a nível individual como a nível populacional (KELISHADI *et al*., 2015).

As estratégias para prevenir e reduzir a obesidade abdominal em população pediátrica, com um custo econômico acessível, devem considerar a melhoria no estilo de vida das crianças em relação aos hábitos e comportamentos saudáveis.

Neste capítulo, debateremos a importância da prática de atividade física, bem como a sua tomada como hábito e comportamento diário. Do ponto de vista conceitual, atividade física é definida como qualquer

movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultam em gasto de energia (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Nesse sentido, este capítulo foi elaborado para discutir o corpo de evidências disponíveis sobre a atividade física como ferramenta para prevenir e tratar a obesidade abdominal em crianças.

2 Obesidade Abdominal em População Pediátrica

A obesidade infantil é um grave problema de saúde pública em todo o mundo (ODGEN *et al*., 2014). Um estudo recente indicou que a prevalência de obesidade abdominal em população pediátrica brasileira no ano 2015 foi de 47,9%; à medida que, em 2000 era de 30% (CASAGRANDE; WAIB; SGARBI, 2017). Essa é uma tendência preocupante, pois a obesidade abdominal aumenta o risco de morbidade e mortalidade cardiometabólicas na vida adulta. Entretanto, a disponibilidade de dados nacionalmente representativos sobre a prevalência de obesidade abdominal em crianças é limitada, obscurecendo a magnitude potencial do problema nesta população (CASAGRANDE; WAIB; SGARBI, 2017).

Outra limitação importante para elucidar o impacto da obesidade abdominal na saúde pediátrica é a falta de consenso sobre a metodologia e os critérios a serem utilizados para classificar sujeitos (MORAES *et al*., 2011). A medida mais amplamente empregada para identificar a obesidade abdominal é a circunferência da cintura (TAYLOR *et al*., 2000; MORAES *et al*., 2011). O protocolo, os critérios de avaliação e os pontos de corte para mensuração da circunferência de cintura em crianças podem ser melhor analisados no estudo *Abdominal obesity in children: the role of physical activity, sedentary behavior and sleep time*, publicado em 2018 (NASCIMENTO-FERREIRA *et al*., 2018).

Do ponto de vista do sistema público de saúde, o objetivo deve ser centrar-se na prevenção e no tratamento da obesidade abdominal na

infância, visto que suas complicações são prejudiciais à saúde, levando a sérios desfechos na vida tardia (FORKERT *et al*., 2016). Ênfase especial deve ser dada à promoção do estilo de vida saudável, como aumento da prática diária de atividade física (EKELUND *et al*., 2016; FÜSSENICH *et al*., 2016). Além disso, mudanças nos hábitos alimentares podem fornecer uma chance real de sucesso no combate à obesidade abdominal (FORKERT *et al*., 2016).

2.1 Fisiopatologia da Obesidade Abdominal

Crianças com obesidade abdominal são mais propensas a desenvolver fatores de risco cardiovascular. A obesidade abdominal desempenha um papel importante no processo fisiopatológico, vinculando à obesidade a hipertensão arterial e a hipertensão, envolvendo claramente um estado inflamatório crônico (FORKET *et al*., 2016). Em relação aos mecanismos fisiológicos, tanto a obesidade geral quanto a obesidade abdominal induzem hipertensão arterial e, consequentemente, hipertensão, de maneira semelhante (NASCIMENTO-FERREIRA *et al*., 2017). Porém, a localização anatômica pode ser a resposta sobre as diferenças funcionais entre os adipócitos viscerais e subcutâneos (FORKET *et al*., 2016).

Resumidamente, a obesidade está associada à retenção primária de sódio, resistência à insulina e inflamação, o que pode promover um perfil alterado da função vascular e, consequentemente, da hipertensão (KOTSIS *et al*., 2010). A obesidade abdominal está relacionada com níveis elevados de leptina e hiperinsulinemia, bem como a estimulação da atividade no sistema nervoso simpático. Na obesidade abdominal, há também superestimulação da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona e elevação da reabsorção renal de sódio, a saber, a sensibilidade ao sal, que está correlacionada com a hipertensão arterial (LANDSBERG *et al*., 2013).

3 Atividade Física na Prevenção e Tratamento da Obesidade Abdominal

Recentemente, pesquisadores relataram que a não realização das recomendações de atividade física é responsável por 5,3 milhões de mortes anualmente no mundo (LEE *et al*., 2012). Fato que torna a inatividade física (ou seja, não cumprir às recomendações de atividade física) uma preocupação global (REIS *et al*., 2016). No Brasil, os dados revelam que apenas 40% da população pediátrica cumpre as recomendações de atividade física (NARDO *et al*., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é recomendado que as crianças realizem, pelo menos, 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa. Aliado a essa atividade física, é preciso incluir o fortalecimento muscular e ósseo, pelo menos três vezes por semana (WHO, 2010).

A realização das recomendações atuais tem efeitos positivos na composição corporal e na aptidão cardiorrespiratória. Além disso, a atividade física vigorosa parece ter efeitos benéficos sobre os fatores de risco cardiovascular, independente da atividade física moderada (FÜSSENICH *et al*., 2016). Essas atividades são classificadas com base em equivalentes metabólicos (METs), baseados na razão entre a taxa metabólica de trabalho de uma pessoa e sua taxa metabólica de repouso. Um MET é definido como o custo energético de que sentar-se tranquilamente equivale a um consumo calórico de 1 kcal/kg/hora. Estima-se que, comparado com sentar-se tranquilamente, o consumo calórico de uma pessoa é de três a seis vezes maior quando está moderadamente ativo (3-6 METs) e mais de seis vezes maior quando está vigorosamente ativo (> 6 METs) (WHO, 2010). Compêndios de atividade física para diferentes níveis de intensidade podem ser melhor analisados nas publicações de Ainsworth e colaboradores (AINSWORTH *et al*., 1993; AINSWORTH *et al*., 2000; AINSWORTH *et al*., 2011).

Atualmente, embora limitada, evidências sugerem que a atividade física é benéfica para a redução da obesidade abdominal (KAY; FIATATONE SINGH, 2006). Adicionalmente, a atividade física tem uma compatibilidade relacionada à dose, temporalmente consistente e biologicamente plausível aos mesmos desfechos de saúde (por exemplo, risco de doença cardiovascular e diabetes tipo 2) e à obesidade, indicando importante papel no desenvolvimento da obesidade abdominal (SURGEON General's report on physical activity and health. From the Centers for Disease Control and Prevention, 1996).

Em crianças, a atividade física parece ter efeitos diretos e indiretos (SAELENS *et al*., 2007). Diretamente, a atividade física pode aumentar a massa magra aumentando a massa dos músculos esqueléticos usados no desempenho da atividade física (MILES, 2007). Além disso, mudanças estruturais ocorrem nos músculos, aumentando a densidade capilar e também o potencial de armazenamento de glicogênio (MILES, 2007). Indiretamente, a atividade física também pode modificar favoravelmente a composição corporal reduzindo a massa gorda (BLAIR; CHURCH, 2004; MILES, 2007). Entretanto, mudanças na composição corporal, mesmo produzindo um perfil metabolicamente favorável, podem ocorrer na ausência de reduções na massa corporal (KAY; FIATARONE SINGH, 2006). Neste sentido, a atividade física tem benefícios para a saúde em qualquer peso, e para aqueles que querem ou precisam perder peso, a atividade física é um componente crítico do controle de peso a longo prazo (BLAIR; CHURCH, 2004).

3.1 Adaptações Fisiológicas Promovidas pela Atividade Física

O crescimento de estruturas ósseas e musculares na infância, dentro do esperado de cada determinação genotípica, promovem também de um aumento da vascularidade capilar, que para corresponder ao estímulo do crescimento, no intuito de garantir o

aporte sanguíneo aos tecidos, aumenta a perfusão vascular. Isso ajuda a manter a característica de pressão arterial baixa se comparada aos valores de indivíduos adultos. Alterações da área total dos vasos, podem contribuir para uma redução da pressão arterial, caso ocorra aumento dessa área que está associada à prática regular do esforço. Assim, como na redução da perfusão vascular, promove uma elevação a pressão arterial bem observada em crianças sedentárias e obesas (HALL; GUYTON, 2017). Nesse sentido, pode-se destacar também, como efeito positivo da atividade física, a utilização do baço no equilíbrio de glóbulos vermelhos no sangue para a prática de esforços, melhorando a capacidade oxidativa já pelo aumento substancial do quantitativo de hemoglobinas. Também ligado ao combate às infecções, podemos apontar aqui um efeito do esforço no sistema imunológico no combate às doenças (KOEPPEN; STANTON; 2009).

Outra contribuição da atividade física à luta contra a obesidade é o balanço energético promovido pelo gasto calórico dos exercícios físicos, prevenindo, assim, que o potencial energético da glicose não utilizada para ser transformada em energia sejam armazenadas em adipócitos. A atividade física ainda atua na regulação de triglicerídeos sanguíneos, pois em casos de esforços prolongados o metabolismo energético, depois de utilizar o glicogênio muscular e hepático destinados à contração muscular (mantendo reserva para sistemas autônomos e sistema nervoso), lança mão dos triglicerídeos para produção de energia durante o esforço. A redução dos triglicerídeos no organismo promove lipólise, quebrando adipócitos e liberando ácidos graxos livres no sangue para serem utilizados na produção de energia (ALBERGA *et al*., 2011; ALBERGA *et al*., 2013; ESCALANTE *et al*., 2012; KELLEY; KELLEY, 2013; ZORBA; CENGIZ; KARACABEY, 2011).

Por outro lado, um prejuízo que deve ser evitado é o excesso de atividade física (esforço) sob a utilização do metabolismo de lipídio, pois logo que houver uma redução de ácidos graxos livres no sangue, o

metabolismo passa a utilizar proteínas intracelulares dos músculos para produção de energia. Isso reduz a massa muscular, bem como o metabolismo basal no repouso, essa característica está associada ao acúmulo de adipócitos. Adicionalmente, a redução do percentual de massa muscular promove a elevação do percentual de gordura. Assim, a redução de massa muscular deve ser evitada na infância, pois nesta fase da vida o indivíduo não apresenta grandes volumes musculares. Uma possível redução provocada por esforços demasiados prolongados podem comprometer o crescimento crônico dos ossos e sua densidade mineral, e provocar decréscimo da força. Esse quadro prejudicaria a capacidade motora que exija um pouco mais de força e/ou velocidade (ALBERGA *et al*., 2011; ALBERGA *et al*., 2013; ZORBA; CENGIZ; KARACABEY, 2011).

Estudos recentes sugerem que a atividade física anaeróbia é uma eficiente ferramenta na redução de gordura corporal por aumentar a massa muscular e, assim, elevar o metabolismo basal no repouso. Porém, na infância, o indivíduo utiliza de menor quantidade de fibras do tipo II (fibras de contração rápida), baseadas no metabolismo anaeróbio; à medida que, há uma prevalência de utilização de fibras do tipo I (fibras de contração lenta), baseadas no metabolismo aeróbico. Essas especificidades das fibras musculares, em população pediátrica, permitem grande capacidade oxidativa e energética, em parte, pela grande quantidade de mitocôndria que essas células possuem. Nesse sentido, do ponto de vista fisiológico, seria essencial para combater a obesidade manter ou melhorar o número de mitocôndrias (para transformar glicoses e lipídios em energia); fato que pode retardar a entrada no estado fadiga em esforço moderados, permitindo crianças fisicamente ativas por mais tempo (ALBERGA *et al*., 2011; ALBERGA *et al*., 2013).

Segundo este princípio, então, devem ser oferecidas possibilidades de prática de atividade física baseada em esforços aeróbios em

população pediátrica, como por exemplo, a prática esportiva (futebol, voleibol, basquetebol etc.), priorizando a diversidade de estímulos em detrimento do rendimento esportivo. Pois, sobrecargas excessivas podem causar lesões nas epífises ósseas e interromper provisoriamente e/ou definitivamente o crescimento, que por sua vez favorecerá ao acúmulo de gordura corporal, isso não quer dizer que crianças não possam praticar atividades físicas intensas, porém, que a carga deve ser adaptada para a faixa etária (KELLEY; KELLEY, 2013).

4 Considerações Finais

A literatura ainda não elucidou completamente o papel da atividade física na prevenção e tratamento da obesidade abdominal. Entretanto, os benefícios promovidos à saúde da criança, baseados nas recomendações diárias de atividade física, possuem um corpo de evidências consistente. Assim, cumprir 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa é um comportamento-chave para a prevenção e tratamento do acúmulo de gordura visceral em crianças. Estratégias para prevenir e reduzir a obesidade abdominal devem considerar a prática de atividade física em população pediátrica.

REFERÊNCIAS

AINSWORTH, B. E. *et al*. Compendium of physical activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc, v. 43, n. 8, p. 1575-1581, ago. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21681120>. Acesso em: 8 abr. 2022.

_____. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc, v. 32, n. 9 supl., p. S498-S504, set. 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993420>. Acesso em: 8 abr. 2022.

_____. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc, v. 25, n. 1, p. 71-80, jan. 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8292105>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ALBERGA, A. S. *et al*. The effects of resistance exercise training on body composition and strength in obese prepubertal children. Phys Sportsmed, v. 41, n. 3, p. 103-9, set.

2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24113708>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ALBERGA, A. S.; SIGAL, R. J.; KENNY, G. P. A review of resistance exercise training in obese adolescents. **Phys Sportsmed**, v. 39, n. 2, p. 50-63, maio 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21673485>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BLAIR, S. N.; CHURCH, T. S. The fitness, obesity, and health equation: is physical activity the common denominator? **JAMA**, v. 292, n. 10, p. 1232-1234, set. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15353537>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CASAGRANDE, D.; WAIB, P. H.; SGARBI, J. A. Increase in the prevalence of abdominal obesity in Brazilian school children (2000-2015). **Int J Pediatr Adolesc Med**, v. 4, n. 4, p. 133-137, dez. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30805517>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep**, v. 100, n. 2, p. 126-131, mar./Abr. 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Aerobic, muscle – and bone – strengthening: what counts for school-aged children and adolescents? 2015. Disponível em: <**https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/children/what_counts.htm**>. Acesso em: 8 abr. 2022.

EKELUND, U. *et al*. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. **Lancet**, v. 388, n. 10051, p. 1302-1310, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27475271>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ESCALANTE, Y. *et al*. Improvement of the lipid profile with exercise in obese children: a systematic review. **Prev Med**, v. 54, n. 5, p. 293-301, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22387009>. Acesso em: 8 abr. 2022.

FORKERT, E. *et al*. Abdominal obesity and cardiometabolic risk in children and adolescents, are we aware of their relevance? **Nutrire**, v. 41, n. 15, p. 1-9, 2016.

FÜSSENICH, L. M. *et al*. Physical activity guidelines and cardiovascular risk in children: a cross sectional analysis to determine whether 60 minutes is enough. **BMC Public Health**, v. 16, n. 67, jan. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26801090>. Acesso em: 8 abr. 2022.

HALL, J. E.; GUYTON, A. **Tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

KAY, S. J.; FIATARONE SINGH, M. A. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. **Obes Rev**, v. 7, n. 2, p. 183-200, maio 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629874>. Acesso em: 8 abr. 2022.

KELISHADI, R. *et al*. Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with cardio-metabolic risk factors. **J Res Med Sci**, v. 20, n. 3, p. 294-307, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26109978>. Acesso em: 8 abr. 2022.

KELLEY, G. A.; KELLEY, K. S. Effects of exercise in the treatment of overweight and obese children and adolescents: a systematic review of meta-analyses. **J Obes**, v. 2013, p. 1-10, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24455215>. Acesso em: 8 abr. 2022.

KOEPPEN, B. M.; STANTON, B. A. **Fisiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KOTSIS, V. *et al*. Mechanisms of obesity-induced hypertension. **Hypertens Res**, v. 33, n. 5, p. 386-393, maio 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20442753>. Acesso em: 8 abr. 2022.

LAKSHMAN, R.; ELKS, C. E.; ONG, K. K. Childhood obesity. **Circulation**, v. 126, n. 14, p. 1770-1779, out. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027812>. Acesso em: 8 abr. 2022.

LANDSBERG, L. *et al*. Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment: a position paper of The Obesity Society and the American Society of Hypertension. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, v. 15, n. 1, p. 14-33, jan. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23282121>. Acesso em: 8 abr. 2022.

LEE, I. M. *et al*. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, jul. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22818936>. Acesso em: 8 abr. 2022.

MILES, L. Physical activity and health. **Nutrition Bulletin**, v. 32, n. 4, p. 314–363, 2007.

MORAES, A. C. F. *et al*. Prevalence of abdominal obesity in adolescents: a systematic review. **Obes Rev**, v. 12, n. 2, p. 69-77, fev. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524997>. Acesso em: 8 abr. 2022.

NARDO, N. *et al*. Results from Brazil's 2016 report card on physical activity for children and youth. **J Phys Act Health**, v. 13, n. 11, supl. 2, p. S104-S109, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27848742>. Acesso em: 8 abr. 2022.

NASCIMENTO-FERREIRA, M. V. *et al*. Cross-sectional, school-based study of 14-19 year olds showed that raised blood pressure was associated with obesity and abdominal obesity. **Acta Paediatr**, v. 106, n. 3, p. 489-496, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27935112>. Acesso em: 8 abr. 2022.

NASCIMENTO-FERREIRA, N. *et al*. Abdominal obesity in children: the role of physical activity, sedentary behavior and sleep time. In: WATSON, R. R. (Ed.). **Nutrition in the prevention and treatment of abdominal obesity**. 2. ed. London: Academic Press/Elsevier, 2018. Cap. 8, p. 82-91.

OGDEN, C. L. *et al*. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. **JAMA**, v. 311, n. 8, p. 806-814, fev. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570244>. Acesso em: 8 abr. 2022.

REIS, R. S. *et al*. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. **Lancet**, v. 388, n. 10051, p. 1337-1348, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27475273>. Acesso em: 8 abr. 2022.

SAELENS, B. E. *et al*. Visceral abdominal fat is correlated with whole-body fat and physical activity among 8-y-old children at risk of obesity. **Am J Clin Nutr**, v. 85, n. 1, p. 46-53, jan. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17209176>. Acesso em: 8 abr. 2022.

SURGEON General's report on physical activity and health. From the Centers for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 276, n. 7, p. 522, ago. 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8709391>. Acesso em: 8 abr. 2022.

TAYLOR, R. W. *et al*. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y. **Am J Clin Nutr**, v. 72, n. 2, p. 490-495, ago. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10919946>. Acesso em: 8 abr. 2022.

WHITAKER, R. C. *et al*. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. **N Engl J Med**, v. 337, n. 13, p. 869-873, set. 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9302300>. Acesso em: 8 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO Press, 2010.

_____. **Growth reference data for 5-19 years**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ZORBA, E.; CENGIZ, T.; KARACABEY, K. Exercise training improves body composition, blood lipid profile and serum insulin levels in obese children. **J Sports Med Phys Fitness**, v. 51, n. 4, p. 664-669, dez. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212270>. Acesso em: 8 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Marcus Vinicius Nascimento Ferreira é Doutor em Ciencias de la Salud y del Deporte pela Universidad de Zaragoza, na Espanha – UNIZAR (2018), Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo – USP (2018), Mestre em Ciências do Desporto: Avaliação e Prescrição da Atividade Física pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Portugal – UTAD (2013), Especialização em Atividade Física: Aspectos Fisiológicos e Patológicos pela Universidade Estadual do Ceará – UECE (2011) e Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal do Piauí – UFPI (2009). Atualmente é Professor do curso de Educação Física e do Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT/PPGECS e Pesquisador em epidemiologia da atividade física, comportamentos e ambiente escolar/universitário relacionados à saúde.

E-mail: marcus1986@usp.br.

Gledson Weslley Pereira Santos é Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO (2016), Especialista em Treinamento Desportivo pela Devry Brasil (2009), Graduado em Educação Física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA-CE (2004). Atualmente é Professor e presta serviços de assessoria acadêmica para o curso de Educação Física da Faculdade Coelho Neto.
E-mail: prof_gledson@hotmail.com.

Anderson Batista Nunes é Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Especialista em Fisioterapia Pneumofuncinal pela Universidade do Estado do Pará – UEPA (2005), Bacharel em Engenharia Civil pela Universidade Ceuma – UNICEUMA (2018) e Bacharel em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará – UEPA (2003). Atualmente é Fisioterapeuta, Professor e Coordenador do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e Servidor Público do município de Imperatriz e do Estado do Tocantins.
E-mail: andersonfisio26@hotmail.com.

FISIOTERAPIA COMO RECURSO NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Marciene de Sousa Cavalcante Costa
Andressa Braga de Araújo
Fernanda Carneiro Ramos

1 Introdução

Um dos importantes problemas de saúde pública nos dias atuais é o número considerável de casos de câncer do colo do útero. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são esperados, em 2018, 16.370 mil novos casos no Brasil; e no mundo será responsável pelo óbito de 230 mil mulheres (FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010).

Os países subdesenvolvidos apresentam a maior taxa de prevalência e mortalidade devido a fatores socioeconômicos e culturais, interferindo no acesso a ações de prevenção e diagnóstico precoce, bem como as condições sob as quais são realizadas (FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010). O Câncer de Colo de Útero (CCU) se apresenta como a segunda neoplasia maligna mais prevalente entre as mulheres no mundo. Evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (FITZ *et al*., 2011).

Configura-se como fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, o baixo nível socioeconômico, tabagismo, início precoce da prática sexual, a variabilidade de parceiros, histórico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS), multiparidade, uso de contraceptivos, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e mutação do gene P53 (MEIRA; GAMA; SILVA, 2011; PINTO; TULIO; CRUZ, 2002).

O CCU evolui de forma lenta na grande maioria dos casos, podendo levar até 14 anos para sua evolução completa, passando por fases detectáveis e curáveis. Seu processo de oncogênese tem início com pequenas alterações celulares que progridem paulatinamente até a formação de um tumor, a princípio localizado, podendo desenvolver-se de modo a comprometer toda a mucosa uterina (FITZ *et al*., 2011).

O tratamento é pautado de acordo com a extensão e gravidade da doença, considerando também outros fatores como idade e o desejo de ter filhos. As opções terapêuticas são constituídas basicamente por cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, com o intuito de curar ou de atuar como medida paliativa, reduzindo os sintomas e complicações (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; JORGE; SILVA, 2010; MARQUES; SILVA; AMARAL, 2011).

2 Tipos de Tratamento para o CCU

O tratamento do câncer varia significativamente, dependendo dos tipos e dos estádios do câncer, da idade das pacientes (SANTOS-FILHO *et al*., 2008), características do tumor, condições médicas e comorbidades e a preferência da paciente (NORONHA *et al*., 2013). As modalidades comumente utilizadas para o tratamento são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia, as quais são guiadas de forma individualizada e integrada com o objetivo de curar ou de minimizar os sintomas e complicações da doença em um cenário paliativo. No entanto, esses tipos de tratamento estão relacionados com efeitos adversos significativos sobre o conforto físico, imagem corporal, funcionamento sexual e qualidade de vida (FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010; VAZ *et al*., 2011).

A histerectomia é o tratamento cirúrgico realizado de acordo com o grau de comprometimento, podendo haver remoção do colo uterino, dos ovários e das trompas de Falópio (MENEZES *et al*., 2017).

Por sua vez, a radioterapia pode ser definida como a utilização de radiação ionizante no tratamento de doenças malignas. Pode ser usado tanto como tratamento radical, onde o objetivo é o de remover completamente as células cancerosas e como tratamento paliativo, em que o objetivo da radioterapia é reduzir a dor e outros desconfortos. A radioterapia é, após a cirurgia, o meio de tratamento de câncer mais utilizado e eficaz; estima-se que mais de 50% de todos os pacientes de câncer requerem radioterapia em algum momento durante a sua doença (SANTOS-FILHO *et al*., 2008).

Uma outra técnica para fornecer uma radiação para as células cancerígenas é o de colocar implantes radioativos (em diferentes formas) diretamente no tumor ou numa cavidade do corpo. Esta é chamada de radioterapia interna e inclui várias técnicas, tais como braquiterapia, irradiação intersticial, e irradiação intracavitária. Nesse tratamento, a dose de radiação é concentrada numa área pequena, e o paciente permanece no hospital por alguns dias ou horas. A radioterapia interna é frequentemente usada para câncer de língua, de próstata, útero e colo do útero, e sua alta relevância se deve ao fato de que a radiação emitida pelas fontes radioativas atua sobre uma curta distância local dentro de tecidos para tratar o tumor (SANTOS-FILHO *et al*., 2008); a braquiterapia com alta taxa de dose se propõe a distribuir a dose terapêutica priorizando os pontos de maior atividade neoplásica, visando maior eficácia com uma menor probabilidade de complicações actínicas (BERNARDO *et al*., 2007).

O tratamento para mulheres com câncer cervical na fase inicial consiste de uma Histerectomia Radical (HR) e linfadenectomia pélvica (LAMMERINK *et al*., 2012). As pacientes que têm câncer cervical avançado geralmente são utilizadas radioterapia externa e braquiterapia para permitir o aumento da dose de radiação no volume do tumor (INCROCCI; JENSEN, 2013).

A Histerectomia Radical (HR) e a Radioterapia (RT) são opções de tratamento eficazes para pacientes com câncer do colo do útero. A adição de quimioterapia à radioterapia (Radioquimioterapia – QT/RT) resulta numa melhora da sobrevida e uma redução significativa na recorrência local em todas as fases da doença (NORONHA *et al*., 2013).

A radioterapia e a quimioterapia podem estar associadas com o tratamento cirúrgico, visando inibir o crescimento de células malignas e reduzir a recorrência do câncer em qualquer estádio da doença; em tumores localmente avançados, a braquiterapia é usada como tratamento tradicional. No entanto, no decorrer de suas aplicações, essas modalidades terapêuticas trazem, diversas consequências a essas pacientes, podendo ocorrer danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos músculos pélvicos, favorecendo o desenvolvimento de disfunções do sistema urinário, genital, além de prejudicar na qualidade de vida sexual (MENEZES *et al*., 2017).

3 Danos Causados pelo Tratamento do Câncer de Colo de Útero

As estruturas do Assoalho Pélvico (AP) feminino funcionam como uma unidade, sendo importante a relação anatômica-funcional entre todas estas para a manutenção da função normal. De acordo com a International Continence Society (ICS), os Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) refere-se à camada muscular que dá suporte aos órgãos pélvicos e fecha a abertura pélvica na contração, sendo importante na prevenção da incontinência urinária e na continência do conteúdo retal, além de ter relação com a função sexual (PIVETTA *et al*., 2014, YANG *et al*., 2012).

Desta forma, ao se tomar conhecimento da função pélvica, é possível compreender que o tratamento das neoplasias será guiado pelo estadiamento da doença, podendo ser constituído de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia de forma individualizada e integrada, com o objetivo de curar ou de minimizar os sintomas e complicações da

doença, porém, dependendo de qual será a modalidade terapêutica escolhida, haverá uma série de danos causados pelo tratamento do câncer ginecológico (FRANCESCHINI *et al*., 2010; FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

Acredita-se que cada tipo de tratamento terá efeitos adversos que irão interferir a função do AP e consequentemente dos MAP (MESQUITA; CARBONE, 2015). Assim, cirurgias pélvicas extensas podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAP, o que pode levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, além de interferir na qualidade de vida sexual (PIVETTA *et al*., 2014, YANG *et al*., 2012). Dentre os danos ocasionados pela quimioterapia, tem-se mais frequentemente a constipação e diarreia, e em relação a radioterapia, pode-se citar alteração do ritmo intestinal, ardência ao urinar e muitos outros, lembrando sempre que cada pessoa reage de forma diferente ao tratamento, porém há danos que são mais frequentes. Assim, decorrente dessas alterações podem haver disfunções sexuais, urinarias e anorretais (INCA, 2019).

4 Disfunções sexuais

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), comenta que o ciclo de resposta sexual é conjunto de quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode levar o surgimento de disfunções sexuais que, segundo o DSM-5 é descrita em transtorno do desejo/excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtorno da dor gênito-pélvica/penetração (APA, 2013; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Essas disfunções podem ser decorrentes da falta de informação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, condições

uroginecológicas patológicas, fatores físicos, quadros depressivos, fatores hormonais, ou estarem associadas a um conjunto de fatores, pois provocam sentimentos de incerteza, vergonha, alterações da imagem corporal, ansiedade e baixa autoestima, podendo ser caracterizada quando há alteração no ciclo da resposta sexual, ou seja, é uma desordem do desejo sexual, da excitação, do orgasmo ou a presença de dor na relação sexual, levando a sofrimento pessoal. Tais disfunções afetam pelo menos metade de mulheres tratadas em decorrência de tumores pélvicos, levando a danos em nervos, vasos sanguíneos e hormônios, que tem como função a sustentação da atividade sexual (VIDAL, 2013; MESQUITA; CARBONE, 2015; FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

Entre as principais disfunções após o tratamento de câncer estão a secura e dor vaginal, diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação, dispareunia e estenose vaginal que, podem vir associadas à perda das sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal e à perda de sensibilidade (FRANCESCHINI; SCARLATO, 2010; SCHOVER *et al*., 2013; FALK; DIZON, 2013; FITZ *et al*., 2011). A fibrose vaginal pode ser o resultado da radioterapia na pelve que acarretaria em atrofia ou estenose vaginal limitando a capacidade de uma mulher para o coito vaginal, além de afetar a sensibilidade pélvica e genital do clitóris durante a atividade sexual. A estenose causa ressecamento e o estreitamento da luz vaginal levam à dor e ao sangramento durante o ato sexual e consequentemente a diminuição da libido e do prazer. Essas mudanças podem persistir por anos mesmo após o término da radioterapia, pois mulheres tratadas pelo CCU relataram disfunção sexual até cinco anos depois (FALK; DIZON, 2013).

Já a dispareunia é a disfunção sexual mais comum entre mulheres no pós-tratamento de câncer ginecológico (FALK; DIZON, 2013). Nessa população, a causa mais comum de sintomas que cursam com dor durante a atividade sexual é a atrofia vulvovaginal, resultante do hipoestrogenismo, que pode ser em consequência da menopausa

induzida pela cirurgia, quimioterapia ou radioterapia pélvica (FALK; DIZON, 2013).

5 Disfunções Urinárias

As alterações dependerão do tipo de tratamento, o qual a mulher foi submetida. Assim, pode-se citar a dificuldade de esvaziamento vesical com altos volumes residuais de urina, retenção urinaria, disúria, incontinência urinária devido à lesão da inervação autonômica, além de disfunção de detrusor associada mais frequentemente a remoção total da vagina. Essa disfunção de detrusor pode ocasionar aumento da frequência urinaria, urgência miccional, urge-incontinência, diminuição da complacência vesical que podem perduras até 12 meses após o procedimento cirúrgico, sendo a incontinência urinaria de esforço a mais comum devido à desnervação parcial dos nervos parassimpáticos e simpáticos que pode ocorrer durante o procedimento de histerectomia radical. Essas alterações são geralmente consequência da interrupção intraoperatória das vias nervosas para a bexiga, uretra e músculos pélvicos, com destaque para os ramos dos plexos pélvico e hipogástrico. Entretanto, deve-se levar em conta que estas disfunções urinárias podem ser justificadas também pela idade avançada, paridade, presença de prolapsos genitais e constipação intestinal, e em histerectomias subtotais, espera-se uma menor incidência de fenômenos vesicais subjetivos e de incontinência urinária (FITZ *et al*., 2011; REHFELD, 2014).

6 Disfunções Anorretais

A continência dependerá do tônus do esfíncter anal interno, que impede o escape de fezes, e do esfíncter anal externo. Como ocorre na continência urinária, a continência fecal depende da estimulação

parassimpática para defecação e da simpática para inibir a defecação, logo, qualquer procedimento ou tratamento que afete esse sistema resultará em disfunções.

Dentre as disfunções após o tratamento do câncer, tem-se o esvaziamento parcial do conteúdo fecal, diarreia e evacuações frequentes com radioterapia e radioterapia associada à quimioterapia, e após a histerectomia, disfunções agudas ou crônicas, como constipação, dificuldade de evacuação, perda do desejo evacuatório e algum tipo de incontinência, inclusive a de flatos.

A constipação pode ser resultado de uma descoordenação dos movimentos musculares do AP durante a evacuação, sendo mais presente em mulheres que se submeteram à radioterapia como principal forma de tratamento. No entanto, essas alterações não são exclusivas apenas de um tipo específico de tratamento, pois cada indivíduo tem sua singularidade (FITZ *et al*., 2011; REHFELD, 2014).

7 Fisioterapia como Instrumento de Reabilitação dos Pacientes

A Fisioterapia tem um papel importante na avaliação e educação dos pacientes devido às informações anatômicas da região genital e no tratamento das disfunções da região pélvica, em especial, da musculatura do assoalho pélvico. Dessa forma, vem atuando na normalização do tônus, otimização da vascularização local, dessensibilização, melhora da propriocepção e do desempenho muscular (MENDONÇA *et al*., 2012; MESQUITA; CARBONE, 2015).

Cada vez mais a fisioterapia tem se mostrado um recurso terapêutico no manejo das sequelas ocasionadas pela terapêutica instruída para o câncer de colo de útero, devido a atuação ser diretamente na reabilitação dos músculos do assoalho pélvico e na capacidade destes melhorarem os componentes musculares e nervosos do sistema de apoio dos órgãos pélvicos através da cinesioterapia,

percepção corporal, educação comportamental, exercícios sexuais, *biofeedback*, massagem perineal, dessensibilização vaginal, dilatadores vaginais e eletroestimulação, sendo o treinamento dos músculos do assoalho pélvico um tratamento de primeira escolha (FITZ *et al*., 2011, MESQUITA; CARBONE, 2015; MENDONÇA *et al*., 2012; YANG *et al*., 2012).

A cinesioterapia não apenas trata como também promove a manutenção dos músculos do assoalho pélvico no intuito de prevenir novos episódios de incontinência urinária, fecal e disfunções sexuais e não estando relacionado apenas como forma de tratamento, pois a paciente pode e deve fazer uso dessa técnica ao longo da vida conforme sua condição geral de saúde (RAMOS, 2014).

Em um único estudo que incluiu uma amostra de mulheres que superaram o câncer, demonstraram que o programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhorou a função do assoalho pélvico e alguns domínios de qualidade de vida em mulheres que superaram o câncer ginecológico (YANG *et al*., 2012).

A cinesioterapia pode ser associada ao *biofeedback*, sendo um aparelho cuja técnica possibilita que a informação sobre o processo normal, fisiológico e inconsciente da contração muscular do assoalho pélvico, seja introduzida ao paciente e/ou ao terapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil. A modificação comportamental é definida como a análise e alteração do relacionamento entre os sintomas da paciente e o seu ambiente, com o objetivo de tratar os modelos de micção inadequados ou mal adaptados. Assim, este vai agir na normalização dos tônus, gerando aumento da vascularização, melhora da propriocepção e do desempenho muscular, consequentemente melhorando as funções urinárias, fecais e sexuais devido ao aumento da força do assoalho pélvico (MESQUITA; CARBONE, 2015; BARACHO, 2018).

A eletroestimulação exerce um papel fundamental como tratamento inicial e vem ganhando espaço neste contexto, devido ao crescente número de casos, com resultados eficientes e satisfatórios

como tratamento inicial das disfunções do assoalho pélvico e na conscientização perineal, possibilitando que haja tonicidade e hipertrofia da musculatura, além de permitir ao paciente a realização das contrações voluntárias sem auxílio da musculatura acessória (RAMOS, 2014).

8 Considerações Finais

Assim, entende-se que os recursos fisioterapêuticos abordados, independente do grau de força apresentado pelas pacientes, são eficientes, eficazes e satisfatórios frente ao tratamento de incontinência urinária, fecal e disfunções sexuais mediante a estrutura cinético-funcional dos músculos do assoalho pélvico apresentarem danos devido ao tratamento cirúrgico de câncer de colo uterino e a fisioterapia uro-oncológica, apresenta-se como forma de tratamento não agressivo, que condiciona e reeduca a estrutura cinética-funcional na busca da cura, melhora das disfunções urinárias, anorretais e sexuais além da prevenção de futuros episódios.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. H. R. B.; PEREIRA, Y. B. A. S.; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 4, p. 482-487, jul./ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XPXCKnnVwXMgw38KdfVCvGz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5-TR**. 5. ed. Washington: APA, 2013.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc.**, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/8489/6023/35910>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BERNARDO, B. C. *et al*. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n. 2, p. 85-90, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/JvcYhBNFGr8mQzV7LqqGk9z/?format=pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FALK, S. J.; DIZON, D. S. Sexual dysfunction in womem with câncer. **Fertility and Sterility**, v. 100, n. 4, p. 916-921, out. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24011609/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **R Bras Saud Mat Inf.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 143-150, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6Z9qJGkPpvBtGzng76tnMPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FITZ, F. F. *et al*. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Rev Femina**, v. 39, n. 7, p. 403-409, jul. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n7/a2699.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FRANCESCHINI, J.; SCARLATO A.; CISI, M. C. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo do útero: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 501-506, 2010. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1472/862>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FRIGO, L. F.; ZAMBARDA, S. O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Rev Cinergis**, v. 16, n. 3, p. 164-168, jul./set. 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6211>. Acesso em: 11 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Tratamento do câncer. **Radioterapia**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>. Acesso em: 11 abr. 2022.

INCROCCI, L.; JENSEN P. T. Pelvic radiotherapy and sexual function in men and women. **J Sex Med.**, v. 10, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23387912/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplástica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 1-7, set./out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZcJfgtRpMcWgsbcpGVBPdDv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

LAMMERINK, E. A. G. *et al*. Sexual functioning of cervical cancer survivors: A review with a female perspective. **Maturitas**, v. 72, n. 4, p. 296-304, ago. 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22704291/. Acesso em: 11 abr. 2022.

MARQUES, A. A.; SILVA, M. P. P.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. São Paulo: Roca, 2011.

MEIRA, K. C.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Perfil de mortalidade por câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro no período 1999-2006. **Rev Bras Cancerol**., v.

57, n. 1, p. 7-14, 2011. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/678/454>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MENDONÇA, C. R. *et al*. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Rev Femina**, v. 40, n. 40, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MENEZES, E. T. T. *et al*. Avaliação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico consequente ao tratamento de câncer do colo do útero. **Fisioter Bras.**, v. 18, n. 2, p. 189-196, 2017. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/797/1740>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MESQUITA, R. L.; CARBONE, E. S. M. Tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais em mulheres após tratamento de câncer ginecológico e de câncer de mama: uma revisão de literatura. **Rev Fisioter S Fun.**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 32-40, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18565/1/2015_art_rlmesquita.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

NORONHA, A. F. *et al*. Treatments for invasive carcinoma of the cervix: what are their impacts on the pelvic floor functions? **Int Braz J Urol.**, v. 39, n. 1, p. 46-54, jan./fev. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236045524_Treatments_for_invasive_carcinoma_of_the_cervix_What_are_their_impacts_on_the_pelvic_floor_functions/fulltext/568ee03508aef987e567e33b/Treatments-for-invasive-carcinoma-of-the-cervix-What-are-their-impacts-on-the-pelvic-floor-functions.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PINTO, A. P.; TULIO, S.; CRUZ, O. R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/rbvrfCYNLmCMttstQyYyt8h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PIVETTA, H. M. F. *et al*. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia: um estudo de revisão. **Cinergis**, v. 15, n. 1, p. 48-52 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/4638>. Acesso em: 11 abr. 2022.

RAMOS, L. **Reabilitação perineal ativa – RPA**. [*S.l.*]: Edição do Autor, 2014. Disponível em: <www.perineo.info>. Acesso em: 11 abr. 2022.

REHFELD, C. D. E. **Tratamento do câncer de colo uterino**: repercussões no trato genitourinário e anorretal. 2014. 21f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Oncologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2014. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/2574/TCC%20P%c3%93S-GRADUA%c3%87%c3%83O%20EM%20ONCOLOGIA%20-%20CLAUDIA%20D%20E%20REHFELD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SANTOS-FILHO, S. D. *et al*. Radiotherapy, cancer and some anatomical structures related with the pelvic floor: an evaluation of the scientific literature. **Braz. Arch. Biol. Technol.**, v. 51, n. especial, p. 45-50, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/babt/a/bbHLHtsZy3gXDFRYSfDj7xD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SCHOVER, L. R. *et al*. Efficacy trial of na internet-based intervention for cancer-related female sexual disfunction. J Natl Compr Canc Netw., v. 11, n. 11, p. 1389-1397, nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225972/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

VAZ, A. F. *et al*. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. Arch Gynecol Obstet., v. 284, n. 6, p. 1523-1531, dez. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21442259/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

VIDAL, M. L. B. *et al*. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. Rev Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 1, p. 17-24, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/538/329>. Acesso em: 11 abr. 2022.

YANG, E. J. *et al*. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. Rev Gynecologic Oncology, v. 125, n. 3, p. 705-711, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22472463/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SOBRE AS AUTORAS

Marciene de Sousa Cavalcante Costa é Mestranda em Saúde e Tecnologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2021 –), Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/FMUSP (2015), Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG e Bacharela em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB (2011). Atualmente é Fisioterapeuta na Clínica Espaço Saúde do Corpo Pilates Fisioterapia, Coordenadora da Pós-Graduação em Fisioterapia Pélvica na Faculdade Inspirar e Professora do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.

Andressa Braga de Araújo é Pós-graduanda em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar – INSPIRAR (2021) e Bacharela em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – Unisuma/IESMA (2020). Atualmente é Fisioterapeuta no Hospital São Rafael atuando na UTI Neonatal e no Hospital Macrorregional Dra, Ruth Noleto em Enfermarias.
E-mail: andressadearaujo97@gmsil.com.

Fernanda Carneiro Ramos é Bacharela em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhao - Unisulma/ IESMA (2021). Atuação clínica com ênfase em disfunções do assoalho pélvico, obstetrícia e Método Pilates. Atualmente é Fisioterapeuta nas clínicas Corpo em Terapia e Clínica Reabi.

E-mail: rammosfe@gmail.com.

IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA GESTANTE EM CONSEQUÊNCIA DA HIPERÊMESE GRAVÍDICA: SABERES E PRÁTICAS

Síria Alcantara da Silva
Silvana Ferreira de Sousa Alves
Márcia Guelma Santos Belfort
Karla Shirley de Aquino Silva
José Guilherme dos Santos Neto

1 O Período Gestacional e a Hiperêmese Gravídica

O período gestacional é um ciclo ímpar na vida da mulher, no qual ocorrem demasiadas mudanças, tanto físicas, como sociais, e também mentais. Porém, há fatores que podem afetar de modo prejudicial a mulher nesse mesmo período, podendo surgir algumas patologias e/ou transtornos durante a gestação, pois como evidencia Manjrekar e Patil (2018, p. 475, tradução nossa) "a gravidez está associada a vários aspectos, que são eles psicológicos, sociais, emocionais, bem como em mudanças físicas."

Percebe-se que durante a fase pré-natal da mulher, os profissionais da área da saúde dão total importância a condição física da gestante, porém, desconsideram a saúde psicológica, até mesmo quando a grávida expõe queixas emocionais. A respeito disso, Manjrekar e Patil (2018, p. 473, tradução nossa?) explicita claramente que há uma "[...] crença materna de que alguns sentimentos são inerentes ao período gestacional e que os mesmos não precisam ser externalizados ao profissional de saúde". Desse modo, negligencia-se as queixas emocionais da gestante, descuidando da importância de um acolhimento emocional, tão importante quanto um acolhimento médico.

Acerca das ocorrências na gravidez, certamente é normal advir náuseas e vômitos, resultado e caracterização da emese gravídica, no qual esses vômitos contínuos e em excesso não chegam a ser tão intensos e perturbadores quanto os causados pela Hiperêmese Gravídica (HG), resultando até mesmo em perda de peso, como evidencia Dulay (2020), o que também pode resultar em desidratação. Assim, continua Dulay (2020), "[...] se a mulher vomitar ocasionalmente, mas ganhar peso e não apresentar desidratação, isso significa que ela não está com hiperêmese gravídica", ou seja, está com a emese gravídica.

Além disso, há um outro desafio a ser encarado pela mulher que sofre dessa patologia. Trata-se da inclinação dos médicos em alegarem que o estado em que a gestante se encontra é normal. Ora, os que reconhecem a doença, julgam ser perigoso prescrever algum remédio. Assim, geralmente a gestante depende meramente de soro para ajudar no seu quadro de desnutrição e desidratação.

Ainda acerca da hiperêmese, Dulay (2020) continua:

> É possível que a mulher com hiperêmese gravídica não consuma uma quantidade de alimentos suficiente para fornecer energia ao corpo. Então, o corpo quebra as gorduras, resultando em um acúmulo de resíduos de produtos (cetonas) chamado cetose. A cetose pode causar fadiga, mau hálito, tontura e outros sintomas. Mulheres com hiperêmese gravídica muitas vezes ficam tão desidratadas que o equilíbrio eletrolítico necessário para manter o funcionamento normal do organismo fica prejudicado. A desidratação pode também causar outros problemas, como frequência cardíaca acelerada e, raramente, ritmos cardíacos anormais. [...] Raramente, a hiperêmese gravídica continua após as 16 a 18 semanas de gestação. Se isso acontecer, ela pode causar danos graves ao fígado [...].

Portanto, percebe-se que, mesmo raramente, a HG pode durar toda a gestação até o dia do nascimento do bebê, no qual, até lá, deixa a gestante desidratada, resultando em uma desnutrição grave por não conseguir se alimentar. Além disso, como consequência, a mulher encontra-se estacionária na cama.

Ademais, Macedo (2017) expõe a fala importantíssima da diretora da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), Thelma de Figueiredo e Silva, que diz que "[...] os sintomas se iniciam na 5ª semana, piora um pouco na 9ª e, geralmente, no terceiro mês passa. Mas, em até 20% das grávidas, os sinais podem persistir até o parto". No Brasil, o problema atinge cerca de 150 mil mulheres todo ano na sua forma grave, a hiperêmese, ocorre em 0,3 a 2% das gestações, com vômitos persistentes que obrigam ao jejum forçado e levam à perda de peso.

2 Hiperêmese Gravídica e os Reflexos na Saúde Mental da Gestante

O que torna essa síndrome tão grave, não são apenas as consequências biológicas que provém dessa condição, o que já é extremamente preocupante, mas também o resultado que isso causa no emocional da gestante, podendo, assim, afetar o seu bem-estar psicológico. Pois, segundo Alfenas *et al*. (2017), seu surgimento está associado a prejuízos psicossociais que podem permanecer mesmo após a resolução do quadro, comprometendo a qualidade de vida das mulheres.

Ademais, mesmo que o período da gestação seja considerado como um momento de entusiasmo e alegria para a maioria das mulheres, esse período não a protege dos transtornos de humor. Desse modo, a hiperêmese gravídica também implica fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de humor na gestante, como ansiedade, estresse e depressão, infelizmente, podendo levar ao extremo de uma ideação suicida. Visto que, segundo Poursharif (2008 apud Alfenas *et al*., 2017), em uma pesquisa feita com mulheres acometidas pela patologia, algumas expuseram uma vontade de interromper a gravidez e também relataram ter pensamentos suicidas.

Em pesquisa, realizada por McCarthy (2016 apud Alfenas *et al*., 2017, p. 66), foi constatado que a depressão acomete mulheres com HG em uma proporção de 2:1 quando comparado a gestantes sem essa síndrome, o que corrobora a hipótese de que ambas as patologias estão associadas. Vale evidenciar que tal pesquisa foi feita com 3223 mulheres de Auckland, Nova Zelândia; Adelaide, Austrália; Cork, Irlanda; Manchester e Londres, Reino Unido entre os meses de novembro de 2004 e agosto de 2008.

É relevante ressaltar que, inclusive, há casos de mulheres que engravidaram por meio de fertilização *in vitro,* mas que devido a hiperêmese, idealizaram um aborto, algumas chegando ao ponto de abortar, pelo fato de não suportar tamanho sofrimento que a HG causa.

Assim, também é possível que se recorra ao abortamento quando a doença está abatendo a saúde da mãe de forma grave, fazendo-a correr risco de vida. Como expõe Dulay (2020), se em processo de tratamento ocorrer a persistência de sintomas de vômito e provocar perda ponderal contínua, icterícia e arritmias cardíacas pode correr risco de morte. Sendo importante avaliar a necessidade de aborto.

Todo esse processo conflitante gera perturbações nessa mulher, pois se sente mal por estar sofrendo com os sintomas dessa patologia, e também se sente mal pelo sentimento de culpa por querer "se livrar" do feto. Afinal, como destacam Maldonado *et al*. (2002 apud Tachibana *et al*., 2006), pode ser impactante para gestante, dar-se conta da própria rejeição (até porque, na sociedade, a mãe ideal não pode ter sentimentos negativos para com a gestação), que o fato de não querer a gestação é comum ficar projetado na figura do parceiro, como se este fosse portador de sentimentos "maus", enquanto a mulher, dos sentimentos "bons".

Deste modo, Della Nina (1997 apud TACHIBANA *et al.,* 2006) compartilham da mesma opinião ao expor um estudo de correlação de mulheres com quadro de hiperêmese em relação a mulheres que não

apresentavam o quadro de hiperêmese gravídica, no qual observou-se uma maior incidência de depressão durante a gestação de pacientes hiperemeticas.

Assim, a respeito do estudo de caso realizado por Tachibana *et al.* (2006), é valoroso relatar que foi escolhido um caso em específico de uma gestante dentre outras pacientes hiperemeticas pelo fato de ter denotado algumas particularidades consideráveis, que são as seguintes:

> [...] a paciente internou-se oito vezes no hospital, "vivendo" no mesmo praticamente desde as 22 semanas de idade gestacional até a alta do pós-parto; demandou interconsulta psiquiátrica quatro vezes, por apresentação de ideações suicidas; mobilizou toda a equipe do hospital (médicos, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, dentre outros) por suas internações sucessivas quando já aparentava um quadro físico controlado [...] (TACHIBANA *et al*., 2006, p. 6).

Ainda, tal pesquisa trata-se de um estudo de caso realizado em um hospital público do interior de São Paulo, que traz à tona a possibilidade que as pacientes com hiperêmese gravídica têm para trabalhar questões psíquicas referentes a este período de gravidez. Nesse sentido, o estudo enfatiza que a prática direcionada neste contexto diz respeito à promoção de uma escuta de acolhimento frente às angústias e aflições trazidas pela paciente com o objetivo de que a mesma se aceite como uma mãe real, longe da idealização de mãe preconizada pela sociedade.

Inegavelmente, percebe-se a forte influência negativa que a hiperêmese gravídica acarreta na saúde emocional da gestante. Segundo Oliveira *et al.* (2018), é notório aumento dos transtornos de depressão e ansiedade relacionados aos impactos da hiperêmese gravídica, sendo necessário atentar para relatos de gestantes quanto a vontade de abortar, sabe-se que o estresse causado é intenso, interferindo na intenção de gestações futuras.

Portanto, é importante um acompanhamento não só médico, como também psicológico. Logo, é impreterível destacar que há psicólogos especializados em perinatalidade, especialização substancial para lidar com pacientes grávidas. E, ainda que o psicólogo não tenha tal

especialização, não obstante, é de tamanha ajuda para a saúde mental dessa gestante, principalmente quando a mesma tem HG e está no início dos sintomas. No que diz respeito à Promoção e Prevenção a Saúde Psíquica durante a Gestação, Cunha e Benevides (2012 apud ZAMMAR 2016) evidenciam a importância da atuação psicológica que detém um conhecimento teórico-prático em intervenção precoce. Reforçando, ainda, que tais práticas deveriam contemplar o rol de atendimentos nas maternidades públicas, privadas, consultórios e unidades de saúde, e que a atuação psicológica no contexto de intervenção precoce durante a gestação somente ocorre, em grande parte, devido às demandas de busca.

Outrossim, visto que nem todas as pessoas conseguem ter acesso a um acompanhamento psicológico em razão de condições financeiras, é significativo proferir sobre as Políticas Públicas voltadas à gravidez. Aqui, cita-se Peters (1986 apud SANTOS; ASSIS, 2019, p. 61), o qual elucida que a "[...] Política Pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos".

Ainda, segundo Padilha *et al.,* (2011 apud SANTOS; ASSIS, 2019, p. 61):

> As Políticas Públicas relacionadas à Saúde da Mulher foram desenvolvidas com objetivo de uma assistência integral, aprimorar as questões psicológicas, sociais, físicas, etc., de saúde, o parto e o puerpério constituem experiência das mais significativas, sendo algo positivo e enriquecedor.

Aqui, é imperioso citar acerca das Políticas Públicas de saúde no qual inclui o acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) – através do Sistema Único de Saúde (SUS) – em que, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, [20–?]), conta com a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo "médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde", equipe essa que pode proporcionar

o suporte imprescindível para a melhoria do bem-estar mental e físico da paciente hiperemética, bem como atuar na promoção de saúde e prevenção de agravas nesse contexto, ainda contribuindo para identificar uma realidade que pode estar sendo negligenciada.

Ainda, sabe-se que existe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PAISM), criada em 2004, por meio do Ministério da Saúde, no qual possui a finalidade da promoção e integralidade da saúde. É de referir que, a palavra integralidade é um princípio criado pelo SUS, e é estabelecida, de acordo com Souza *et al.* (2012, p. 453), como "ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde". E continua:

> A integralidade permite a percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional (SOUZA *et al.,* 2012, p. 453).

Imperioso destacar que essa visão de integralidade é muito similar a um dos princípios da psicologia, que vê o sujeito "como um todo", biopsicossocial, portanto, também considera importante "todas as partes" do sujeito, e que de todas as partes que o compõe, se alguma estiver afetada, sua saúde física e/ou mental provavelmente será desestabilizada. Assim, há uma importância não somente de um psicólogo para acompanhar pacientes hipereméticas, mas de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais como médico(s), fisioterapeuta, enfermeiros(as) e nutricionista.

Durante a procura por informações, percebeu-se que a maioria das publicações acerca do tema estão em sua maioria inseridas no âmbito da psiquiatria, obstetrícia e ginecologia. E, assim como discute Santos e Siqueira (2010 apud LOPES *et al.,* 2019, p. 46):

> A pesquisa apontou uma maior publicação, 53% dos estudos, que discutisse a temática contemplando os descritores escolhidos no período de 2012 a 2015, sobretudo no Brasil. Antes desse período, poucos estudos brasileiros investigaram a temática na população feminina.

Portanto, antes de 2012 haviam poucos estudos acerca da HG, e mesmo na atualidade encontra-se pouco material sobre a relação da Hiperêmese Gravídica e a consequência na saúde mental da gestante afetada por essa patologia. Porém, ao pesquisar sobre as alterações psicológicas que afetam a gestante acometida pela HG, ansiedade e depressão foram as mais aludidas. Ademais, há a concórdia de que a HG prejudica a saúde mental da gestante, favorecendo o surgimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, a título de exemplo. Sendo assim, ressalta-se ainda a importância de um acompanhamento não só obstétrico, mas também psiquiátrico e/ou psicológico.

Além disso, segundo Almeida (2012 apud LOPES *et al*., 2019, p. 50), percebe-se que:

> Os sintomas de depressão e ansiedade são pouco valorizados pelas mulheres e pelos profissionais de saúde por associarem os mesmos como inerentes ao ciclo gravídico-puerperal, passíveis de adaptação com o avançar da gestação.

Dessarte, há um atraso para o tratamento da HG por haver tal negligência para o início do tratamento, por não ser dado a devida relevância aos sintomas de ansiedade e depressão na mulher grávida. Ademais, é importante que se dê importância para esses sintomas, fazendo uma análise minuciosa, para que haja a identificação precoce do distúrbio, e que assim sobrevenha o encaminhamento adequado para um profissional competente, para então iniciar a intervenção adequada. Outrossim, de acordo com Hizli (2012 apud LIMA; BARBOSA; ARAÚJO, 2020, p. 14):

> Gestantes que tem hiperêmese gravídica podem ser predispostas a evoluir sintomas depressivos ou podem apresentar depressão inibida da mesma maneira que possuir depressão pode provocar tal enfermidade, contudo depressão é mais corriqueiro em gestantes que possuem enjoos e vômitos persistentes, sendo assim um desencadeante significativo para depressão durante o trimestre inicial.

Em suma, poucos foram as publicações encontradas acerca da temática proposta neste trabalho, sendo evidente a necessidade de estudos sobre hiperêmese gravídica, pois é uma área emergente, além do fato de ser de tamanha importância uma atuação médico-hospitalar e psicológica mais adequada, com uma base teórica-metodológica satisfatória para o atendimento e tratamento da gestante com HG.

Concluímos com a certeza da importância do cuidado que se deve ter com a saúde mental da gestante, com o mesmo afinco que se tem a preocupação com sua saúde biológica. Assim, é de suma importância que profissionais da saúde busquem conhecimento sobre a HG, que estudem e busquem entendimento sobre essa patologia, e que estejam dispostos a analisar a situação de suas pacientes grávidas que sentem enjoo e náuseas de maneira exacerbada.

Além disso, finaliza-se aqui o presente estudo com a convicção de que o mesmo não se encontra concluído de fato, posto que esse fator desajudou para que houvessem mais informações, resultando em uma limitação para a produção deste trabalho. Portanto, preconiza-se que o leitor desperte o interesse para essa problemática e faça suas pesquisas, do mesmo jeito que suas próprias produções e publicações, agregando conhecimento e repartindo-o a quem possa interessar, pois como exposto, a hiperêmese gravídica tem uma capacidade avassaladora contra a saúde mental da gestante.

REFERÊNCIAS

ALFENAS, A. R. B. *et al*. Hiperemese gravídica associada a fatores psicossociais: revisão sistemática. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 9, n. 1, p. 63-68, 2017; Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/24049#:~:text=A%20hiperemese%20grav%C3%ADdica%20(HG)%20%C3%A9,a%20d%C3%A9cima%20semana%20de%20gesta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ALMEIDA, M. S. *et al*. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, fev. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/5CWXVpPZXdYWYy3rcxXGsnc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. [20–?]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CUNHA, A. C. B.; BENEVIDES, J. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NXpZtkPyz6HMPDct9KbTKPj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

DELLA NINA, M. Êmese-hiperemêse. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Orgs.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: 1997. p. 154-169.

DULAY, A. T. Manual MSD – Versão saúde para a família. **Hiperêmese gravídica**. Out. 2020. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complica%C3%A7%C3%B5es-da-gravidez/hiper%C3%AAmese-grav%C3%ADdica>. Acesso em: 18 abr. 2022.

_____. **Hiperêmese gravídica**: rotinas assistenciais da maternidade-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Obstetrícia. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hiperemese_gravidica.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HIZLI, D. *et al*. Hyperemesis gravidarum and depression in pregnancy: is there an association? **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 33, n. 4, p. 171-175, dez. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22946891/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

JOHNSON, A. R. *et al*. Screening for mental health disorders among pregnant women availing antenatal care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru city. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 40, n. 4, p. 343–348, jul./ago. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30093745/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

LIMA, A. F. G.; BARBOSA, M. V. R.; ARAÚJO, R. V. Fatores de risco associados à depressão em gestantes: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8612/7680>. Acesso em: 18 abr. 2022.

LOPES, R. S. *et al*. O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. **Humanidades & Tecnologia (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 35-54, ago. 2019; Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/932/652>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MACEDO, N. **Hiperêmese gravídica atinge 150 mil mulheres anualmente no Brasil**. Edição do Brasil. Saúde e Vida, 7 dez. 2017. Disponível em: <http://edicaodobrasil.com.br/2017/12/07/hiperemese-gravidica-atinge-150-mil-mulheres-anualmente-no-brasil/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MALDONADO, M. T. P.; NAHOUM, J. C.; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANJREKAR, S.; PATIL, S. Perception and attitude toward mental illness in antenatal mothers in rural population of southern India: a cross-sectional study. **J Neurosci Rural Pract**, v. 9, n. 4, p. 473-477, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6126298/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MCCARTHY, F. P. *et al*. A prospective cohort study investigating association between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. **PLOS ONE**, Adelaide, v. 6, n. 11, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22125621/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

OLIVEIRA, S. C. A. *et al*. A Hiperêmese gravídica como fator de risco fisiológico, psicológico, econômico e social – uma revisão da literatura. **International Journal of Nutrology**, v. 11, supl. 1, p. S24-S327, 2018. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1674310>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PADILHA, J. F. *et al*. **A saúde da mulher e assistência a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS)**: uma revisão bibliográfica. 2011. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/1625.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

POURSHARIF, B. *et al*. The phycosocial burden of hyperemesis gravidarum. **Journal of Perinatology**, Michigan, v. 28, p. 176-181, 2007. Disponível em: <http://www.hyperemesis.org/wp-content/uploads/2020/04/The-psychosocial-burden-of-hyperemesis-gravidarum.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PETERS, B. G. **American public policy.** Chatham: Chatham House, 1986.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SANTOS, N. V. M.; ASSIS, C. L. Psicologia e gravidez: o papel do psicólogo a partir de uma pesquisa-intervenção junto a mulheres grávidas do interior de Rondônia, Brasil. **Integración Académica en Psicología**, v. 7, n. 20, p. 59-75, 2019. Disponível em: <https://www.integracion-academica.org/anteriores/30-volumen-7-numero-20-2019/239-psicologia-e-gravidez-o-papel-do-psicologo-a-partir-de-uma-pesquisa-intervencao-junto-a-mulheres-gravidas-do-interior-de-rondonia-brasil>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SOUZA, M. C. *et al*. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

TACHIBANA, M. *et al*. Hiperemese gravídica: estudo de caso dos aspectos psicológicos presentes na gestante. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-22, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ZAMMAR, M. P. **Intervenção psicológica durante a gestação e empoderamento da gestante**. 2016. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Sant'Ana, Ponta Grossa, 2016. Disponível em:

<https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/90>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Síria Alcantara da Silva é Especialista em Metodologia do Ensino Superior Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação – INESPO (2018) e Bacharel em Serviço Social pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma (2016). Atualmente é aluna do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: siria_01@hotmail.com.

Silvana Ferreira de Sousa Alves é Mestra em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA (2022), Especialista em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Amparense – UNIFIA (2020), Especialista em Psicopatologia: com Subsídios para Atuação Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2007) e Bacharela em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2006). Atualmente é Vice-Presidente da Associação de Familiares e Amigos da Pessoa com Autismo de Imperatriz – AFAGAI, Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: silvanapsi@outlook.com.

Márcia Guelma Santos Belfort é Mestra em Patologia das Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2012), Especialista em Análises Clínicas com ênfase em Microbiologia pelo Centro de Ensino Superior do Pará – CESUPA (2001) e Bacharela em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal do Pará – UFPA (1999). Atualmente é Professora e Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma, Professora da Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS e do Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação - INESPO.
E-mail: marciguelma@hotmail.com.

Karla Shirley de Aquino Silva é graduada em Psicologia pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma. Atualmente é membra do Grupo de

Estudos sobre Feminismo e Análise do Comportamento pela Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC).
E-mail: shirleymenezesaquino@gmail.com.

José Guilherme dos Santos Neto é graduando em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: joseguilherme1209@gmail.com.

O MAL-ESTAR DOCENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DE AFETO

Francisco de Assis Carvalho de Almada

1 Introdução

Nos últimos anos os assuntos que mais têm recebido atenção por parte dos pesquisadores da área da educação, a nosso ver, têm sido a formação de professores, suas formas de atuação, as condições de trabalho docente e as políticas públicas educacionais. Poucas pesquisas têm tratado do adoecimento do professor decorrente das condições em que ele exerce seu trabalho. Nesse sentido, destacamos os trabalhos de Esteve (1991), Codo (1999) e Martins (2001) que demonstram o quanto a questão é preocupante e merece atenção por parte das políticas públicas educacionais e da saúde.

Nóvoa (1992) afirma que é impossível separar o "eu" profissional do "eu" pessoal. Portanto, tudo que atinge um atinge o outro. No mesmo sentido, Martins (2001) alerta-nos que o professor exerce uma atividade, que é inscrita nas profissões de ajuda, marcada pela relação face a face, quase permanente, com o destinatário que, de maneira direta, é o aluno, e de maneira indireta é a sociedade e as mantenedoras das instituições de ensino. Nessa atividade, o professor investe uma carga muito grande de afeto que provém de sua vocação profissional, de sua dedicação e, consequentemente, de sua personalidade. Fato esse, que justifica os elevados níveis de estresse que acompanham esta profissão, na medida em que os insucessos profissionais são sentidos, também, como insucessos pessoais. Principalmente quando esse insucesso recai somente sobre a pessoa do professor, como se as outras variáveis, como as condições de trabalho, a ausência da família e do Poder Público e o desinteresse do aluno não existissem. A consequência do fato de o

professor ser, em primeiro lugar, uma pessoa, é que a natureza de sua atividade se define tanto por aquilo que ele sabe, como por aquilo que ele faz com o que sabe e, certamente, por aquilo que ele é.

Considerando esse contexto, nosso objetivo, neste trabalho, é refletir sobre a questão do adoecimento psíquico do professor frente às mudanças ocorridas no cenário educacional nos últimos anos e as dificuldades que ele vem encontrando para se adaptar a essas novas condições.

Metodologicamente, realizamos um estudo de natureza bibliográfica, tomando como referência os trabalhos de Esteve (1991), Martins (2001) e Codo (2002) sobre o adoecimento do professor. Sobre o afeto tomamos como referência a obra *Estudos sobre a histeria* de Sigmund Freud e Josef Breuer, escrita entre os anos de 1893 a 1895. A edição da obra lida foi publicada pela editora Companhia das Letras em 2016. A edição alemã que serviu de base foi *Obras Completas* publicada em Londres entre 1940 e 1952.

2 A Concepção Psicanalítica de Afeto

As intepretações cotidianas definem o afeto como sentimentos de bondade, benevolência, devoção, proteção, apego, gratidão e ternura. Mas, a questão é muito mais profunda. A Psicanálise define o afeto como "[...] um estado emocional que inclui toda gama de sentimentos humanos do mais agradável ao mais insuportável, manifestado de forma violenta, física ou psíquica, de modo imediato ou adiado" (CORRÊA, 2005, p. 63). O afeto é, portanto, um sentimento intenso e inevitável em nossa vida. Segundo Corrêa (2005), para Aristóteles o afeto vem de afeição. Ele chamou de afetivas as qualidades sensíveis porque cada uma delas produz uma afeição dos sentidos. Na obra *De anima*, ele visava conhecer, além da natureza e da substância, tudo o que acontece à alma, tanto as afeições que lhes são próprias, quanto àquelas que

temos em comum com os animais. Para esse filósofo, a palavra afeição não só designa o que acontece à alma, como ainda qualquer modificação que ela sofra.

De acordo com Santos (2015), quando Freud iniciou seus estudos sobre o adoecimento psíquico, ele descobriu que não é no corpo que a patologia se localiza, mas no aparelho psíquico. O corpo apenas expressa os sintomas, através da linguagem do inconsciente.

Freud defende que todo evento é revestido de determinada carga de afeto e não apenas os sentimentos prazerosos e que temos consciência deles. Ao postular seu método de investigação psíquica, que visa entender o significado inconsciente das ações do sujeito, ele considerou que em nossa vida mental existem conteúdos que desconhecemos e que não dependem de nossa vontade para virem à tona. A Psicanálise foi, portanto, o primeiro esforço científico para o tratamento das questões psíquicas relacionadas às desordens emocionais. Antes de Freud, os tratamentos dessas desordens, além de ineficazes, eram, até certo ponto, perigosos. Em *Estudos sobre histeria* o caminho trilhado por Freud para entender a natureza da alma humana foi prestar atenção nos afetos. Pela experiência com mulheres[12] acometidas de histeria, Freud percebeu o afeto como um representante da pulsão. Logo no capítulo introdutório – *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* – ele deixa claro que na neurose traumática o fenômeno físico é insignificante se comparado à dor psíquica.

> Na neurose traumática é o fenômeno físico insignificante a causa efetiva da doença, mas o afeto de pavor, o trauma psíquico [...]. Toda vivência que suscita os penosos afetos de pavor, angústia, vergonha, dor psíquica, pode atuar como trauma psíquico; se isso de fato acontece depende, compreensivelmente, da sensibilidade da pessoa afetada (assim como da sua condição a ser mencionada mais tarde) (FREUD; BREUER, 1893/2016, p. 22, grifo dos autores).

[12] As experiências iniciais de Freud com a histeria foram com mulheres, porque antes de Freud acreditava-se que os homens não eram acometidos por esse tipo de adoecimento.

Freud e Breuer (1893/2016) afirmam que o trauma psíquico, ou mais precisamente, a lembrança dele, mesmo depois de muito tempo de sua ocorrência ainda é doloroso e atuante no presente e cuja cura depende da forma como é externada pela pessoa que acometida por tal situação.

> [...] e vemos a prova disso num fenômeno extremamente curioso, que, ao mesmo tempo, confere um notável interesse prático a nossas descobertas. Pois vimos, para nossa grande surpresa inicial, que cada sintoma histérico desaparecia de imediato e sem retorno, quando conseguíamos despertar com toda clareza a lembrança do acontecimento motivador, assim avivando igualmente o afeto que o acompanha, e quando, em seguida, o doente descrevia o episódio de maneira mais detalhada possível, pondo o afeto em palavras. Recordar sem o afeto é quase sempre ineficaz; o processo psíquico que ocorreu originalmente deve ser repetido da maneira mais viva possível, levado ao status nascendi e então "expresso" (FREUD; BREUER, 1893/2016, p. 23, grifo dos autores).

A diminuição ou perda de afeto de uma lembrança depende de vários fatores. Para Freud, o que importa, sobretudo, é se ocorreu ou não uma reação energética ao evento afetador. É importante esclarecer que Freud define como reação energética toda gama de reflexos, voluntários e involuntários, do choro até o ato de vingança. E é por meio das reações que os afetos se descarregam. "Quando essa reação ocorre em grau suficiente, faz desaparecer uma grande quantidade do afeto. Uma ofensa que é revidada, ainda que apenas com palavras, é lembrada diversamente de uma que se teve de aguentar" (FREUD; BREUER, 1893/2016, p. 27). Logo no começo de suas reflexões sobre as neuroses, Freud equacionou os afetos com uma quantidade em operação no psiquismo. Em 1894 ele sugere que é preciso distinguir, nas funções psíquicas:

> [...] algo (cota de afeto, soma de excitação) que tem todas as propriedades de uma quantidade — ainda que não tenhamos meio algum para medi-la —; algo que é suscetível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e se difunde pelas vias mnêmicas das representações como o faria uma carga elétrica pela superfície dos corpos (FREUD, 1894/1976 apud WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011, p. 167).

A ideia geral era que cada impressão psíquica estaria provida de certo valor afetivo, já que em todo indivíduo existiria a tendência a reduzir esta quantidade ao nível mínimo necessário para seu funcionamento psíquico. O psiquismo reagiria por via motora no sentido da descarga da quantidade recebida, dependendo disto o quanto restaria da intensidade da impressão psíquica recebida.

Freud tenta sua primeira classificação das neuroses, levando em conta a forma pela qual um sujeito se comporta com relação aos seus afetos. Em 1894 escreveu a Fliess[13] fazendo a seguinte afirmação:

> Há ainda centenas de lacunas grandes e pequenas nas questões das neuroses, mas estou me aproximando de um contorno e de algumas perspectivas gerais. Conheço três mecanismos: o da transformação dos afetos (histeria conversiva), o deslocamento do afeto (ideias obsessivas) e a troca de afetos (neurose de angústia e melancolia) (CORRÊA, 2005, p. 64).

No ano seguinte, 1895, a noção de afeto assume grande importância nos *Estudos sobre a histeria*, quando na psicoterapia da histeria é descoberto o valor da ab-reação[14]. O desenvolvimento do conceito de afeto fortalece a diretriz assumida por Freud em *Os Chistes e sua relação com o Inconsciente* (1905).

> Em 1915, no estudo sobre a repressão [Freud] trata do afeto relacionando a representação com o quantum, e em 1927 em "Inibição, Sintoma e Angústia", volta à perspectiva econômica do "quantum de afeto" relacionado à situação arcaica da urgência vital. Nesse trabalho, a angústia é um afeto que ocupa uma posição excepcional entre os estados afetivos, pois, será que conseguiremos compreender o que diferencia tal impressão (Empfindung) de outros afetos de desprazer-tensão, dor, luto? (CORRÊA, 2005, p. 65, grifo do autor).

---

[13] Fliess foi um médico alemão, especializado em cirurgia e otorrinolaringologia, mas que foi um protagonista importante da pré-história da psicanálise. Estudou Medicina em Berlim. Encontrou-se com Freud em 1887, por sugestão de Josef Breuer. Após assistir a algumas conferências de Freud em Viena, formou fortes laços de amizade com ele, tornando-se seu confidente frequente e apoiador moral para a maioria das atividades produtivas de Freud.

[14] Descarga emocional pela qual um indivíduo se liberta do afeto que acompanha a recordação de um acontecimento traumático. Pode ser provocada ou ocorrer de forma espontânea no decorrer do processo psicoterápico.

Mas a questão pode ser explicada através do conceito de angústia. "A angústia é a reação ao perigo. E não podemos nos impedir de pensar que é graças à sua ligação com a essência do perigo que o afeto de angústia deve seu poder de conquistar uma posição excepcional na economia psíquica" (FREUD, 1915 apud CORRÊA, 2015, p. 65). É também nesse texto que Freud se livra da questão da inferência de processos inconscientes a partir da consciência. Destituída a origem consciente, valoriza a inferência regressiva, enfatizada, sobretudo, na natureza dos processos inconscientes. Em oposição à qualidade dos elementos conscientes, temos os processos essencialmente dependentes de uma determinação quantitativa.

3 Ser Professor Hoje: entre o Prazer e o Mal-estar Docente

Uma das contribuições da Psicanálise para a educação escolar é feita através do conceito de transferência. A transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas, não sendo, portanto, exclusividade da clínica psicanalítica. Para Laplanche e Pontalis (1992) ela é definida como o processo em que os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos em certo tipo de relação estabelecida entre eles.

Para Esteve (1991), Martins (2001) e Codo (1999) a sociedade contemporânea está passando por um processo de profundas e aceleradas mudanças. Processo esse que exige do professor a capacidade de acompanhar e se adaptar a tais mudanças e muitos não estão conseguindo e, com isso, acarretado o que os autores acima definem como o mal-estar docente. E por que isso estaria acontecendo, se em todos os tempos as mudanças sempre existiram e foram entendidas pelos professores?

Esteve (1991) aponta que o aumento das exigências em relação ao professor é decorrente da inibição educativa de outros agentes de

socialização, como por exemplo, a família. Além disso, a escola deixou de ser o centro das informações e, principalmente, a ruptura do consenso social sobre a grande importância dada a educação. Assim, se a educação não tem mais tanto valor, por que o professor teria? Em outras palavras, a sociedade, pouco a pouco, está abandonando a ideia de educação como possibilidade de futuro melhor, culminando numa avaliação em sentido negativo do trabalho do professor.

> Isto acirra sua desvalorização social e salarial, acompanhada do depauperamento de suas condições de trabalho e da complexificação, pelo aumento dos conflitos, da relação professor aluno, quando então, o professor não consegue encontrar novos modelos, mais justos e participativos, na construção da convivência e da disciplina (MARTINS, 2001, p. 17).

De acordo à teoria psicanalítica, no ambiente pedagógico também ocorre à transferência entre professor-aluno, e é nessa relação que se dá o aprendizado, uma vez que o aluno traz seus desejos inconscientes e os direciona ao professor, naquele momento, porque ele representa uma figura de poder (SANTOS, 2015). A partir do momento em que a educação escolar não é percebida como possibilidade de mobilidade social, o professor não é mais o herdeiro de figura paterna de poder. Por conseguinte, o docente, não é mais símbolo da autoridade, não desperta no aluno as reações relacionadas às figuras parentais e tudo o que elas representam. Com isso, não mais se instala a relação transferencial entre ambos e, a partir daí, o esforço pela aprendizagem passa a ser apenas por parte do professor e, consequentemente, o ônus da não apropriação dos conhecimentos necessários.

Qualquer professor, por mais preparado que esteja, é passível de se ser acometido por um processo de angústia ao se dar conta de que carece de recursos e atenção necessários para pôr em prática o tipo de ensino que, idealmente, gostaria de desenvolver (MARTINS, 2001). Com isso vem o mal-estar docente. Segundo Martins (2001) esse tipo de mal-estar gera uma crise de identidade que repercute diretamente na personalidade dos professores, tendo como principais consequências,

entre outras: a) sentimentos de desajustamento e insatisfação perante os problemas reais da prática de ensino; b) desejo manifesto de abandonar a docência (realizado ou não); c) esgotamento, estresse e ansiedade, como consequência da tensão acumulada; d) depreciação do "eu", autoculpabilização perante a incapacidade de ter sucesso no ensino; e) reações neuróticas; f) ansiedade, como estado permanente associado em termos de causa-efeito a diagnósticos de doença mental.

Uma pesquisa organizada por Codo (1999), sobre as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores em educação no Brasil, com a finalidade de compreender o sentimento de desânimo, de apatia e despersonalização que se abate sobre os trabalhadores encarregados de cuidar de outros – dentre os quais se incluem os professores –, revela que o professor está sendo acometido por um tipo de adoecimento que ele identificou como Síndrome de Burnot. Para Farber (1991 apud CODO, 1999, p. 241): "Burnot é uma síndrome do trabalho, que se origina da discrepância da percepção individual entre esforço e consequência, percepção esta influenciada por fatores individuais, organizacionais e sociais". Como se percebe, a Síndrome de Burnot não é fácil de ser identificada nem por quem é acometido pela mesma. Nesse sentido, o professor corre o risco de ser interpretado como incompetente, negligente, faltoso e outros adjetivos igualmente depreciativos que só pioram sua situação.

Martins (2001) identifica três componentes básicos na Síndrome de Burnot que podem aparecer tanto associados quanto independentes. O primeiro é a exaustão emocional. "Por exaustão emocional entende-se o estado em que os vínculos afetivos, característica estrutural dos trabalhadores que envolvem o cuidado para com o outro, encontram-se desgastados" (MARTINS, 2001, p. 20). O professor nesta situação percebe o esgotamento de seus próprios recursos emocionais, em decorrência do desgaste resultante dos inúmeros desafios com os quais tem que lidar em seu dia a dia. O segundo é a despersonalização. Esta, é

caraterizada pela substituição do vínculo afetivo por um vínculo racional, pela qual se perde o sentimento de que se está lidando com outro ser humano. As relações interpessoais acabam se caracterizando pela dissimulação afetiva, por atitudes negativas, exacerbadamente críticas, comprometendo, como consequência, a própria integração social do professor. O terceiro é a falta de envolvimento pessoal no trabalho. Esta resulta da perda do sentido do próprio trabalho, perda esta, associada a uma baixa realização no mesmo. No caso do magistério, o professor concorda com tudo, mas não participa de nada fora da sala de aula. Por não conseguir atingir seus objetivos ele passa a experienciar sentimentos de impotência, de incapacidade, avaliando negativamente a si próprio.

Como mecanismo de defesa, muitos professores afirmam que trabalham pelo prazer, porque ser professor é uma missão muito nobre. Repete o bordão que alimenta o sistema e deprecia a si próprio: "Professor é a profissão que forma todas as profissões". Mas isso só aumenta, cada vez mais, o adoecimento. Na verdade, se manifesta como uma dificuldade de mobilizar o pensamento no sentido de fazer uma análise da realidade pela qual está passando e também da conjuntura geral – política e econômica – que o levou a esse estado de coisas. Estado esse, onde se evidencia, cada vez mais, a precarização do trabalho pedagógico. Nesse sentido, dizer que trabalha pelo prazer de trabalhar só aumenta o estado de precarização. Não podemos perder de vista o fato de que vivemos em uma sociedade capitalista, universalizadora do valor de troca, essencialmente alienada e alienante onde o ter vale mais que o ser.

4 Para Concluir

Neste texto, propomo-nos refletir sobre o sentido do termo afeto na teoria psicanalítica e suas implicações na atividade docente. Baseados

nas referências adotadas, entendemos que o afeto desempenha um papel central em todos os fenômenos psicológicos relacionados ao ser humano e suas vivências, sejam elas, saudáveis ou não.

A teoria psicanalítica freudiana defende que os afetos devem sua importância à etiologia da histeria devido ao fato de serem acompanhados de uma carga enorme de excitação. Esta, por sua vez, exige uma descarga de acordo com o princípio da consciência. De modo semelhante, as experiências traumáticas devem sua força patogênica ao fato de elas produzirem quantidades de excitação além da que, normalmente, é suportada pelo indivíduo. Assim, a posição teórica subjacente é que quando não ocorre à necessária descarga emocional que libera o afeto, estrangulando-os, os resultados são as diversas formas de adoecimento psíquico. Este, em forma de mal-estar, a angústia e o medo de não conseguir dar conta da demanda do ato pedagógico.

Consequentemente, entendemos que o professor deve pedir ajuda quando não consegue lidar com seu próprio narcisismo quando este entra em choque com a resistência do aluno em reconhecê-lo como figura de poder. Também, é necessária a distinção entre autoridade e autoritarismo, para poder lidar com os afetos e indisciplinas dos alunos sem se sentir agredido e sem agredir.

REFERÊNCIAS

CODO, W. **Educação**: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

CORRÊA, C. P. O afeto no tempo. **Estudos em Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 61-68, set. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n28/n28a07.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ESTEVE, J. M. Mudanças sociais e função docente. In: NÓVOA, A. (Org.). **Profissão professor**. Lisboa: Porto Editora, 1991. p. 93-124.

FREUD, S.; BREUER, J. **Estudos sobre a histeria**. Tradução de Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, 1893/2016.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MARTINS, L. M. **Análise sócio-histórica do processo de personalização de professores**. 2001. 76f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2001.

NÓVOA, A. O professor e as histórias da sua vida. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores**. Lisboa: Porto Editora, 1992. p. 11-29.

SANTOS, D. A. **Afeto e transferência na constituição do sujeito**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18816/3/2015_DavidAlmeidadosSantos.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-182, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/C5BbXJKcrHSz9tJG5bMMBhv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SOBRE O AUTOR

Francisco de Assis Carvalho de Almada é Doutor em Educação pela Universidade Estadual Paulista, campus de Marília/SP – UNESP (2011), Mestre em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido pela Universidade Federal do Pará – UFPA (2005), Mestre em Ciências da Educação pelo Instituto Pedagógico Latinoamericano Y Caribeño de Cuba – IPLAC (1999), Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (2003), Especialista em Psicopedagogia pelo Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA (1994) e Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT (1990). Atualmente é Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação Docente em Práticas Educativas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA/PPGFOPRED, Professor Adjunto III do Centro de Ciências Humanas, Sociais e Letras da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão – UEMASUL e Professor Adjunto I do Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, campus de Imperatriz – UFMA. Possui experiência na área de Didática, Fundamentos Educacionais e Pesquisa Educacional.

E-mail: almadafca@globo.com.

A AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NAS CRIANÇAS AUTISTAS

Silvana Ferreira de Sousa Alves
Iris Teresa Lufuente Ávila

1 Introdução

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), trata-se de uma desordem sem causa e etiologia definidas, apesar de inúmeros estudos e pesquisa a sua compreensão permanece complexa decorrente da falta de uniformidade clínica apresentada por pessoas com essa condição. Este transtorno afeta o neurodesenvolvimento, sendo marcado por déficits que ocasionam prejuízos na interação social e uso da imaginação, comprometendo o funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional (APA, 2014).

Avaliar as condições de uma criança que apresenta quadro sintomático do TEA é um desafio, exigindo conhecimento das ferramentas adequadas para obtenção de dados que venham favorecer a compreensão do quadro como também orientar intervenções.

A neuropsicologia tem assumido um papel importante no processo de diagnóstico do autismo na última década, em razão das fortes evidências de prejuízos neuropsicológicos nessa condição, como também por trata-se de uma metodologia que propõe uma investigação não só dos prejuízos cognitivos, mas também de competências do indivíduo, para o delineamento das práticas e intervenções adequadas (BOSA; CALLIAS, 2000; GODEFROY, 2003; PENNINGTON; OZONOFF, 1996). A avaliação neuropsicológica é um procedimento de investigação clínica que objetiva esclarecer questões sobre os funcionamentos cognitivo, comportamental e emocional de um paciente (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2016).

Deste modo, a pesquisa partiu da seguinte problemática: quais são as possibilidades da Avaliação Neuropsicológica das funções executivas em crianças com Transtorno do Espectro Autista?

Assim, se faz relevante a avaliação neuropsicológica adequada que fomente e direcione o correto tratamento, visto que, quanto mais cedo for o diagnóstico, maiores são as possibilidades de intervenções, favorecendo uma qualidade de vida ao autista.

Gomes *et al*. (2014) evidenciam que os achados na literatura apontam que as Funções Executivas no Autismo demonstram um prejuízo relevante na última ação, no planejamento e na capacidade de atenção. Desse modo, a neuropsicologia se torna relevante tendo em vista que auxilia na explicação dos comportamentos típicos quanto na Avaliação Neuropsicológica que possibilita o diagnóstico.

Tais dados se coadunam, expressando a necessidade constante de estudos e pesquisas que incitem o conhecimento dos fenômenos imbricados nesse transtorno, no presente estudo, abordaremos, mais especificamente, sobre como a neuropsicologia pode auxiliar no restabelecimento através da estimulação cognitiva das funções executivas ofertando uma vida mais funcional à criança com TEA.

2 Objetivos

2.1 Geral

a) Verificar como a neuropsicologia pode contribuir, enquanto uma ferramenta fundamental de avaliação para o tratamento do TEA com foco nas funções executivas.

2.2 Específicos

a) Caracterizar sinais e sintomas do TEA em crianças;
b) Evidenciar os instrumentos mais utilizados para a avaliação neuropsicológica do TEA;

c) Discutir a relação entre os prejuízos na Função Executiva em Crianças com TEA.

3 Metodologia

A metodologia refere-se às ações coordenadas que visam a otimização na busca de conhecimentos para o alcance dos objetivos, conforme afirmam Marconi e Lakatos (2011, p. 83):

> O método é conjunto das atividades sistemáticas e racionais que com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Neste sentido, a presente pesquisa se dará por meio da revisão de literatura, que consiste em uma construção do conhecimento e elucidação de problemática com base em material já produzido.

A pesquisa bibliográfica é oriunda de toda publicação tornada pública, tais como: "jornais, revistas, livros, ou até mesmo gravações em fita magnética" (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 57).

A pesquisa também é de caráter qualitativa, uma vez que busca a compreensão dos fenômenos referente a Avaliação Neuropsicológica em crianças com TEA, de forma qualitativa, por meio da coleta do material em livros e sites, como SciELO, PubMEd, em Língua Portuguesa e Inglesa nos anos que compreendem o período de 2005 à 2018. Para o mecanismo de buscas serão utilizados descritores isolados e combinados de: "Transtorno do Espectro Autista", "Avaliação Neuropsicológica" e "Função Executiva". Após as buscas serão realizadas leituras e fichamentos e, por fim, os dados coletados serão analisados e elucidados à luz dos objetivos da pesquisa.

4 Resultados e Discussões

As Funções Executivas (FE) são denominadas com um conjunto de processos cognitivos, os quais orientam e regulam o comportamento mediante às demandas do contexto ambiental. As FEs se referem a um conjunto de habilidades cognitivas imprescindíveis para a aprendizagem, criatividade, raciocínio e concentração em face dos diversos estímulos ambientais. Ou seja, as FEs estão relacionadas aos processos cognitivos associados à organização, planejamento, julgamento, decisão, análise que se intercalam sistematicamente de forma a revisar e remodelar as ações visando a adaptação e a evolução da espécie, assim, como é responsável pela coordenação e o gerenciamento das demais áreas cerebrais. Por exemplo, o indivíduo pode conseguir ler, mas a conclusão, a contextualização vai depender da preservação da FE.

As FEs, se caracterizam por apresentar um valor adaptativo ao indivíduo, na qual possibilitam o manejo das relações das habilidades cognitivas. Dessa forma, as FEs se estabelecem enquanto condição *sine qua non* para o planejamento dos comportamentos de ordem intencional de acordo com os objetivos e exigências ambientais. Logo, a interação com o mundo está condicionada à preservação das FEs, sendo imprescindíveis para orientação interligação das habilidades intelectuais emocionais e sociais (LÉON *et al*., 2013).

Malloy-Diniz *et al*. (2010) sinalizam que nos casos em que há o comprometimento das funções executivas, mesmo que outros domínios da organização estejam preservados, as respostas dos indivíduos em atividades mais complexas do cotidiano, são expressivamente prejudicadas.

A execução cerebral, é uma das mais responsáveis pela capacidade de sucesso acadêmico. Considerando isso, Léon *et al*. (2013, p. 115) entendem que:

> Crianças que iniciam a escolarização com funções executivas mais elevadas de controle inibitório e autorregulação tendem a apresentar mais facilidade para receber instruções, a apresentar menos dificuldades de aprendizagem, a demonstrar prazer e dedicação nas atividades acadêmicas.

Em contrapartida, as crianças que têm as funções executivas prejudicadas de alguma forma tendem a demonstrar dificuldades na aprendizagem e desprazer nas atividades acadêmicas. A Função Executiva é desenvolvida desde o primeiro ano de vida e se torna mais expressiva no período que compreende de seis a oito anos de idade, perpassando até a idade adulta (LÉON *et al*., 2013).

Dias *et al*. (2015) entendem que as dificuldades nas Funções Executivas têm sido atreladas como um fator fundamental na compreensão das lacunas na interação e envolvimento social das crianças e adultos autistas. Os problemas nas FEs, decorrem de distúrbios de aprendizagem, desenvolvimento, deficiência intelectual, esquizofrenia, bipolaridade e o TEA.

> No que diz respeito à abordagem neuropsicológica do TEA, destaca-se a hipótese de disfunção executiva, que defende que prejuízos no controle executivo poderiam estar relacionados a alguns dos comprometimentos cognitivos e comportamentais observados em indivíduos com TEA (CZERMAINSKI; BOSA; SALLES, 2013, p. 519).

O Autismo está relacionado à característica como rigidez, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, foco nos detalhes sobrepondo-se ao todo. Essas alterações podem ser explicitadas pelo comprometimento funcional do lobo frontal, afetando sistematicamente as habilidades das funções executivas.

Deste modo, o que se observa nas pesquisas é que o desempenho baixo que foi constatado na avaliação demonstra que o Autismo está diretamente concatenado às funções executivas, o que sugere que as alterações e as mudanças derivam do lobo frontal.

Gazzaniga, Ivry e Mangun (2006) discorrem que as funções executivas não estão limitadas a tão somente os lobos frontais, existem

outras organizações que demonstram uma relação da execução dos comportamentos com o lobo parietal, que se associa à atenção espacial.

Klin (2006, p. 57), associa o TEA à função cognitiva quando afirma que:

> [...] os prejuízos das funções executivas no autismo causam dificuldades no planejamento e manutenção de um objetivo na execução de uma tarefa, podendo também gerar déficits no aprendizado por meio de feedback e uma falta de inibição de respostas irrelevantes e ineficientes.

Gomes *et al*. (2014) complementam que:

> As funções executivas no autismo apresentam um déficit relevante, pois há um prejuízo na capacidade atencional, na motivação, na memória, no planejamento e execução de uma tarefa. Pela sintomatologia, o que se percebe é que autistas não coordenam a percepção recebida do meio e a coordenação de diferentes movimentos, a partir de informações recebidas do sistema límbico, cerebelo e das regiões posteriores sensoriais. Sendo assim, os achados neuropsicológicos e neuropatológicos das estruturas corticais envolvidas através da neuroimagem auxiliam na explicação dos comportamentos típicos do autismo, apesar de não poderem ser considerados como marcadores biológicos próprios do autismo.

Logo, as investigações do funcionamento das Funções Executivas se estabelecem como fundamental e de grande relevância para a compreensão do TEA, auxiliando e ajudando no diagnóstico, bem como nas possibilidades de tratamento.

Hill (2004) alerta que as diferenciações nos níveis intelectuais dos sujeitos com TEA tendem a afetar a modulação dos déficits executivos em diversas atividades neuropsicológicas. Assim, quando se tratam de pesquisas, é fundamental amostras mais consistentes referentes ao Espectro Autista, dentro de um corte de normalidade em relação ao QI, para melhor compreensão da presença de disfunções nas funções executivas no TEA.

> Diferenças quanto ao nível intelectual em estudos comparativos, quando ocorrem, devem ser controladas estatisticamente. Deixar de avaliar o QI em investigações das FE também pode ser uma decisão problemática, pois os déficits encontrados podem estar relacionados à presença de deficiência mental, e não a disfunções executivas (CZERMAINSKI; BOSA; SALLES, 2013 p. 522).

Outro fator que deve ser analisado é que a maturação das funções executivas, ao decorrer do desenvolvimento humano é um fator que se constitui um grande desafio para quem estuda esse construto, tendo em vista que as pesquisas enfatizam que o processo maturacional nas Funções Executivas é multideterminado e prolongado, alcançando a sua potencialidade máxima somente no início da idade adulta.

De acordo com Chan *et al*. (2009), as ferramentas neuropsicológicas que se têm atualmente foram criadas e fundamentadas em diversas tipologias explicativas do funcionamento executivo, apesar de se avaliar os mesmos componentes executivos, os constructos teóricos utilizados não são equânimes.

A seguir serão explicitados alguns testes utilizados para a avaliação da FE.

A Figura Complexa de Rey é um teste neuropsicológico que é muito utilizado no campo da neuropsicologia. Esse teste busca avaliar o nível de memória visual, habilidade visuo-espacial, e algumas funcionalidades do planejamento, bem como execução de atividades. O planejamento é uma das tarefas mais relevantes das Funções Executivas e refere-se à capacidade de um indivíduo conseguir traçar um caminho do ponto A para o ponto B (CRUZ; TONI; OLIVEIRA 2011).

O *Wisconsin Card Sorting Test* é muito usado para mensuração das funções executivas, esse teste refere-se ao subtestes do cubo das escalas de Wesley na qual classificam as imagens por séries. Normalmente os sujeitos demonstram falta de uma tendência a junção das partes das informações para formar um todo coerente essa é uma característica muito marcante no Autismo (RODRIGUES; ASSUMPÇÃO, 2011).

O teste Stroop tem como objetivo avaliar a capacidade de controle inibitório e atenção, a capacidade do indivíduo de manter o foco em uma determinada tarefa e controle inibitório, assim como a emissão de respostas impulsivas além da velocidade no processamento de

informações. O teste é constituído em três etapas que consistem em leitura das palavras de cores impressas em preto, posteriormente em conhecer e nomear as cores e, por fim, identificar a cor de cada palavra, sem considerar o significado da mesma (BRANDELERO; TONI, 2015).

O teste de Trilhas A e B (*Trail Making Test*) é divido e duas partes: a parte A que avalia atenção sustentada é composto por uma folha na qual contém círculos consecutivamente enumerados de 1 a 25, ficam aleatórios na folha e o comando do teste é que o indivíduo deve traçar uma linha ligando uma sequência numérica, a tarefa deverá ser realizada o mais rápido possível. E a parte B, tem por objetivo a avaliação e o rastreamento visual, velocidade de processamento, atenção visual e a alternância da capacidade cognitiva. A mensuração do desempenho é analisada em termos de tempo *versus* o número de erros (LIMA; TRAVAINI; CIASCA 2009).

O NEUPSILIN-Inf foi desenvolvido para atender crianças de 6 a 12 anos de idade, onde são consideradas as características sociais, culturais e linguísticas da população brasileira, objetivando elaborar um perfil breve de como funcionam os processos neuropsicológicos, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. O teste analisa oito funções neuropsicológicas, bem como algum dos seus subprocessos através de 26 subtestes que avaliam a orientação e percepção visual, atenção seletiva, memória verbal e visual, funções executivas, habilidades aritméticas, leitura, escrita e linguagem oral. Aplicação média dura entre 40 a 60 minutos de acordo com a faixa etária (SALLES *et al*., 2011).

A Torre de Hanói, possui três hastes verticais onde devem ser encaixadas aros coloridos de diferentes tamanhos. Sant'Anna *et al*. (2007, p. 3) esclarecem como o teste funciona

> A torre de Hanói é composta por três hastes verticais nas quais se encaixam aros coloridos de diâmetros diferentes na situação de partida, dispostos na haste da esquerda em ordem decrescente. O problema consiste em mover os aros de uma haste à outra, até chegar à mesma arrumação na haste da

direita. Os dois requisitos são sempre manter os maiores embaixo dos menores e mexer apenas uma peça de cada vez.

Para resolver a Torre de Hanói, é necessário o uso da razão, do planejamento e uma execução dentro de uma sequência lógica, de forma que permita o alcance do objetivo final, logo a memória operacional. Desse modo, o teste é também de grande valia para compreender a função executiva de uma criança com TEA.

Observa-se que os instrumentos não são iguais, e ainda acerca da avaliação não existe uma testagem padronizada das funções executivas e dos seus subcomponentes que têm instrumentos que possibilitam compreender de forma geral a função executiva.

Assim sendo, as avaliações das funções executivas não correspondem tão somente a avaliar as funções executivas, uma vez que acaba por avaliar de forma concomitante outros processos cognitivos que são executivos e não executivos. Dessa forma, não sendo possível o isolamento do componente executivo específico, assim, pode-se considerar a relevância de uma avaliação mais ampla de modo que existem várias tarefas para avaliar o mesmo tipo de habilidade, ou seja, uma triangulação dos dados coletados (HAMDAN; PEREIRA, 2009).

Kenworthy *et al*. (2008) destacam que alguns aspectos referentes à cultura que estão envolvidos no processo de avaliação podem influenciar o resultado, como por exemplo a relação entre o examinando e o examinado, a comunicação que é adotada, o tempo utilizado para a aplicação dos testes e ainda o desempenho de crianças e adolescentes nas testagens de fundo, que são melhores relatados quando comparados com situações mais próximas do ambiente na qual a criança se encontra.

5 Considerações Finais

A Avaliação Neuropsicológica do Transtorno do Espectro Autista deve ser realizada de acordo com a demanda de cada criança. Observou-se que existem diversas ferramentas, como testes, questionários que avaliam e investigam as habilidades cognitivas do paciente como a percepção, a memória, o humor, o nível de inteligência, a função executiva, dentre outros.

Verificou-se que o prejuízo das funções executivas resultam em dificuldades na capacidade de organização, de planejamento, do controle inibitório e no julgamento da ação, ratificando, assim, a avaliação das funções executivas no caso de crianças com TEA, tendo em vista que as crianças com Autismo demonstram uma dificuldade na coerência central, que é uma característica especial no Autismo, tendo como consequência dificuldade de percepção do meio, por isso que o paciente com TEA tem dificuldade de responder ao meio de uma forma adequada.

Foi observado que existem na literatura, testes bem elaborados para a identificação de prejuízos nas funções executivas, porém não há um padrão e tão pouco é possível avaliar somente a função executiva, tendo em vista que outros processos cognitivos acabam sendo também avaliados.

Entretanto, a avaliação permite compreender a criança com TEA, embora esse processo deva ser feito de forma paulatina, compreendendo as diversas nuances comportamentais da criança, bem como a sua história de vida, para assim elaborar um melhor diagnóstico.

Deste modo, a Avaliação Neuropsicológica favorece a construção do conhecimento acerca da criança com TEA, de forma que auxilia na constatação ou também pode descartar a suspeita, orientando um melhor caminho para que essa criança possa se desenvolver.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRANDELERO, V.; TONI, P. M. Estudo de validade do teste stroop de cores e palavras para controle inibitório. **Psicol Argum**., v. 33, n. 80, p. 282-297, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20085/19365>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BOSA, C. A.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 1, p. 167-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/4b8ymvyGp8R4MykcVtD49Nq/?lang=pt#>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CHAN, A. S. *et al*. Executive function deficits and neural discordance in children with autism spectrum disorders. **Clinical Neurophysiology**, v. 120, n. 6, p. 1107-1115, jun. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19442578/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CRUZ, V. L. P.; TONI, P. M.; OLIVEIRA, D. M. As funções executivas na figura complexa de Rey: relação entre planejamento e memória nas fases do teste. **Bol. Psicol**., São Paulo, v. 61, n. 134, p. 17-30, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v61n134/v61n134a03.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CZERMAINSK, F. R.; BOSA, C. A.; SALLES, J. F. Funções executivas em crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo: uma revisão. **Psico**, v. 44, n. 4, p. 518-525, out./dez. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11878/10844>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CZERMAINSKI, F. R. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas no Transtorno do Espectro do Autismo**. 2012. 54f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/63201/000860693.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 abr. 2022.

DIAS, N. M. *et al*. Investigação da estrutura e composição das funções executivas: análise de modelos teóricos. **Revista Psicologia**: teoria e prática, v. 17, n. 2, p. 140-152, maio-ago. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n2/11.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

GAZZANIGA, M. S.; IVRY, R.B.; MANGUN, G. R. As funções executivas e os lobos frontais. In: _____. (Orgs.). **Neurociência cognitiva**: a biologia da mente. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 522-532.

GODEFROY, O. Frontal syndrome and disordens of executive functions. **Jornal of Neurology**, v. 250, n. 1, p. 1-6, jan. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12527984/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

GOMES, R. F. *et al*. Autismo e funções executivas: prejuízos no lobo frontal. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, ano 18, n. 188, jan. 2014. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd188/autismo-e-funcoes-executivas-prejuizos.htm>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HAMDAN, Amer Cavalheiro; PEREIRA, Ana Paula de Almeida. Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 386-393, 2009.

HILL, E. L. Executive dysfunction in autism. **Trends Cogn Sci.**, v. 8, n. 1, p. 26-32, jan. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14697400>. Acesso em: 18 abr. 2022.

KENWORTHY, L. *et al*. Understanding executive control in autism spectrum disorders in the lab and in the real world. **Neuropsychol Rev.**, v. 18, n. 4, p. 320–338, dez. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856078/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s3-s11, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZNBhCsndB9Sf5ph5KBYGD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

LÉON, C. B. R. *et al*. Funções executivas e desempenho escolar em crianças de 6 a 9 anos de idade. **Rev. Psicopedag.**, São Paulo, v. 30, n. 92, p. 113-120, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v30n92/05.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

LIMA, R. F.; TRAVAINI, P. P.; CIASCA, S. M. Amostra de desempenho de estudantes do ensino fundamental em testes de atenção e funções executivas. **Psicopedagogia**, v. 26, n. 80, p. 188-199, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v26n80a04.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al*. **Avaliação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al*. (Orgs.). **Neuropsicologia aplicações clínicas**. Porto Alegre. Artemed, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MELLO, A. M. S. R. *et al*. **Retratos do autismo no Brasil**. São Paulo: AMA, 2013. Disponível em: <https://www.ama.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/RetratoDoAutismo.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

NEUMANN, D. M. C. *et al*. Avaliação neuropsicológica do transtorno do espectro autista. **Psicologia.PT**, p. 1-11, 2016. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1087.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PENNINGTON, B. F.; OZONOFF, S. Executive functions and developmental psychopathology. **Journal of Childe Psychology and Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 51-87, jan. 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8655658/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

RODRIGUES, Ida Janete; ASSUMPCAO JR, Francisco Baptista. **Habilidades viso-perceptuais e motoras na síndrome de Asperger**. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 19, n. 2, p. 361-377, dez. 2011 .

SANT'ANNA, B. A. *et al*. Torre de Hanói: proposta de utilização do instrumento para sujeitos de 13 a 16 anos. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 36-56, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v5n2/v5n2a04.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SALLES, Jerusa Fumagalli de; PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta; MACHADO, Simone da Silva. As dislexias de desenvolvimento: aspectos neuropsicológicos e cognitivos. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 109-132, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 fev. 2019.

SOBRE AS AUTORAS

Silvana Ferreira de Sousa Alves é Mestra em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA (2022), Especialista em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Amparense – UNIFIA (2020), Especialista em Psicopatologia: com Subsídios para Atuação Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2007) e Bacharela em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2006). Atualmente é Vice-Presidente da Associação de Familiares e Amigos da Pessoa com Autismo de Imperatriz – AFAGAI, Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: silvanapsi@outlook.com.

Iris Teresa Lufuente Ávila é Mestra em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP (2015), Especialista em Transtorno do Espectro Autista pelo Child Behavior Institute of Miami – CBI (2014), Especialista em Psicologia Hospitalar e Saúde pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (2007) e Bacharela e Licenciada em Psicologia pela Universidade Braz Cubas – UBC (2006). Atualmente é Psicóloga e atua na produção de materiais pedagógicos e tutoria em diversos cursos da Pós-graduação à distância nos cursos de Psicologia, Pedagogia, Neurociência e Ciência ABA.
E-mail: iris_lafuente@hotmail.com.

A PSICOLOGIA E SUA INTERFACE COM OS DIREITOS HUMANOS

Dayse Chaves Lemos
Rosilene Pereira da Silva
Silvana Ferreira de Sousa Alves

1 Introdução

O presente capítulo aborda a interface da psicologia com os direitos humanos, sem a pretensão de esgotar um assunto tão complexo. Trata-se de uma escrita que tem como finalidade provocar reflexões e incitar a realização de investigação sobre este relevante tema.

O enfoque deste está no fazer psicológico a serviço do outro frente aos direitos humanos, propondo, assim, um pensamento e uma prática crítica. Nesse sentido, aponta-se para a imperiosa atenção aos desafios dessa interface. Para tanto, faz-se uma reflexão acerca da convocação urgente da psicologia ao compromisso social frente às desigualdades e exclusões sociais que estão sendo perpetuadas a cada movimento da engrenagem neoliberal nesse início do século XXI.

Neste contexto, os direitos humanos vem sendo um campo de pesquisa e de fundamento da prática explorados por vários profissionais da psicologia. Este olhar "psi" às demandas anunciadas pelo tema deve-se, sobretudo, aos novos rumos da ciência e sociedade atual, bem como a peculiaridade da psicologia de ser uma ciência em inesgotável e dinâmico processo de avaliação decorrente de sua história de diversidade epistemológica (SCHWEDE; BARBOSA; SCHRUBER JR., 2008).

De acordo com Carneiro *et al*. (2010), a ética deve ser o eixo norteador da atuação dos profissionais de psicologia, destaca-se um trecho dos princípios fundamentais do referido código: "[...] baseará o seu

trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integralidade do ser humano, apoiado nos valores que fundamentam a Declaração Universal do Direitos Humanos" (CFP, 2005, p. 7), para pontuar a autêntica possibilidade de uma atuação concreta e legítima de um psicólogo, profissional cidadão, implicado em contribuir na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

> Nesse sentido, mais do que assumir, nessa tarefa, aquela parte que a boa cidadania nos recomenda, cabe à Psicologia e aos psicólogos um importante papel, engajando-se no desvelamento dos mecanismos subjetivos através dos quais se produzem as legitimações ou invalidações das práticas sociais, que, como tais, favorecem ou mutilam os direitos humanos (SILVA, 2003, p. 6).

Indubitavelmente, ao se posicionar como parceira e defensora dos direitos humanos, a psicologia, ciência e profissão, consolida-se como saber e prática crítica e transformadora demandando compromisso ético-político e teórico-metodológico que se vale do olhar crítico, da escuta ativa e da palavra transformadora (BRITO, 2015). O autor ainda afirma que essa atuação pode permear os mais diversos fazeres em psicologia de acordo com as especificidades de cada um dos profissionais. Frente a esse propósito, os psicólogos podem ser, cada vez mais, cidadãos inconformados com o contexto social, principalmente, com a lógica capitalista que tem tomado conta dos diversos espaços sociais, perpetuando a desigualdade.

A prática profissional deve estar permeada pela reflexão crítica, questionando a identificação com o conceito dos Direitos Humanos, das autonomias dos sujeitos e da coletividade, bem como avaliando seu preconceito e discriminação, possibilitando, assim, a identificação do compromisso e comprometimento com o outro, com seu tempo e com sua sociedade. Um fazer psicológico que vai ao encontro do pensamento de Bock (1997, p. 41), "uma formação de psicólogo aliado da transformação social e do movimento da sociedade".

2 O Fazer Psicológico a Serviço do Outro

Ao falar sobre o fazer psicológico é preciso inicialmente compreender o propósito do trabalho de um psicólogo, que de uma perspectiva mais ampla é interferir, a partir dos conhecimentos da psicologia em aspectos da dimensão subjetiva da realidade, para potencializar os sujeitos na direção de maior autonomia de suas histórias (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2010).

A psicologia na sua constituição histórica já apresentava um fazer alicerçado, cuja predominância estava em diagnosticar e tratar as doenças, a visão de pessoa estava pautada, sobretudo, no dualismo mente e corpo, sendo que um não interagia com o outro. Aos poucos a psicologia vai assumindo seus espaços de atuação, até então demarcados como clínica, organizacional e escolar. Dessa forma, foi preciso rever os pressupostos e visão de homem, acrescentando a este, até então visto como um ser primordialmente orgânico, fatores sociais, psicológicos, culturais e outros que interferiam no seu estado de saúde (SOUZA; DELEVATI, 2013).

Segundo Freire (2003), não se encontra no estudo da psicologia um objeto e nem um método único de investigação, soma-se a confirmação de que produzimos com os nossos discursos sujeitos diferenciados. Assim, enquanto dispositivo constitutivo de subjetividade, cada abordagem psicológica cria seu próprio sujeito-objeto, sendo as abordagens fundamentais para o direcionamento do fazer psicológico no cuidado com o outro, servindo também de modelos de atuação psicológica, vinculados a determinadas escolas de pensamento psicológico.

Nota-se, ainda, atuações que persistem dentro dos contextos clássicos da Psicologia (clínica, escola e indústria), como: o isolamento de

alguns profissionais no consultório clínico, atendendo apenas a elite da sociedade; a atuação do psicólogo dentro da indústria como mero aplicador de testes para seleção de pessoal e, assim, contribuindo para excluir o trabalhador do mercado do trabalho, entendo-o como não capacitado; a atuação dentro da escola a partir de uma perspectiva clínica, realizando diagnósticos e contribuindo para a produção de deficiências e crianças "problemas", culpabilizando a criança e a família e, com isso, ocultando as contradições intraescolares e sociais (FURLAN, 2017).

Precisa-se, no processo terapêutico, propiciar condições para que irrompa na pessoa sua própria diferença, seu outro, seu estranho. Tem-se um longo caminho a trilhar. Rever nossas teorias, para ali encontrar a impertinência do outro. Atualizar e reavaliar nossas práticas, para oferecer condições para a eclosão desse outro (FREIRE, 2003).

No capítulo intitulado *Uma defesa da psicologia*, com o qual concluía o seu estudo sobre a incipiente profissão de psicólogo na passagem da década de 60, Mello (1975, p. 113) afirmava:

> A Psicologia é uma autêntica ciência – e não uma técnica para solucionar os problemas íntimos dos privilegiados – e o benefício das soluções que ela propõe, e das técnicas que criou, deve ser estendido ao maior número de pessoas. Reservá-las para poucos, como tem sido feito, é desvirtuar seu valor como um instrumento de modificação social.

A 2ª Mostra Nacional de Práticas em Psicologia, com o tema *Compromisso com a construção do bem comum*, que aconteceu em 2012, em São Paulo, revelou, portanto, o imprescindível e necessário compromisso que a Psicologia, em seu panorama atual, tem buscado assumir com as Políticas Públicas, os projetos sociais, os Direitos Humanos, ou seja, o compromisso com o bem comum para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (FURLAN, 2017).

Tem-se ainda a criação de outras instâncias e eventos que se orientam nesse sentido. Como a criação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), em 2006, que

evidencia o interesse e a demanda que tem sido apresentada à Psicologia para atuar no âmbito das Políticas Públicas, principalmente no que se refere à redução da desigualdade social.

Isto mostra como a Psicologia tem buscado pelo compromisso com os direitos dos cidadãos e com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, travando uma resistência com os impactos gerados pelo capital sobre a vida das pessoas e uma luta com a falta de investimentos em Políticas Públicas para a garantia de uma vida digna para todos.

3 A Psicologia e sua Interface com os Direitos Humanos

Os Direitos Humanos referem à uma ampla variedade de direitos e princípios fundamentais que objetivam garantir ao indivíduo dignidade, liberdade civil, liberdade de expressão, religiosa, sexual, e direito à segurança e seguridade da garantia dos direitos dos cidadãos que devem ser assegurados pelo Estado. Esse desenvolvimento foi focado no indivíduo para que sua existência fosse respeitada, apresentando, assim, grande afinidade com a psicologia, tento em vista que o principal objeto de estudo dessa ciência é o homem, carregado de sua subjetividade e singularidade (BOCK; GIANFALDONI, 2010; JACÓ-VILELA; SATO, 2012).

A psicologia se ocupa com o direito à liberdade e o respeito à subjetividade. É inerente ao exercício da atuação do psicólogo zelar pela proteção da integridade psíquica e emocional das pessoas, assim como trabalhar pelo respeito às formas de existência. O Código de Ética Profissional do Psicólogo se desenvolveu baseado nos princípios básicos de respeito aos Direitos Humanos, pluralidades culturais e combate a todo tipo de violência e processos discriminatórios, intolerantes e de exclusão social. Desde a sua formação o psicólogo constrói seu saber atrelado às bases do conhecimento científico e embasa seus valores nos fundamentos dos Direitos Humanos, levando esses princípios norteares

para a sua prática profissional (BOCK; GIANFALDONI, 2010; CFP, 2005; GESSER, 2013; MAIA, 2014).

Em vista disso, o compromisso social se faz presente na prática de vários psicólogos. A promoção do rompimento com padrões opressores da diversidade humana, a potencialização do sujeito e incentivo à participação nas Políticas Públicas e eliminação dos processos discriminatórios são importantes na atuação do psicólogo, como ponto de que sejam garantidos os Direitos Humanos (GESSER, 2013; JACÓ-VILELA; SATO, 2012).

O movimento de psicologia social ocorrido no início da década de 70, proporcionou o fortalecimento da psicologia social brasileira, tornando-a mais independente da influência da psicologia positivista americana e mais comprometida com questões históricos sociais da realidade brasileira, que foi um marco no alinhamento da psicologia e compromisso social. Assim, a psicologia social volta o olhar para processos sociais e traz essa visão politizada a ela, levando evidências temáticas fundamentais que ligam indivíduo e sociedade (JACQUES *et al*., 1998; LANE; CODO, 2006).

As temáticas em psicologia social, nesse contexto, apresentam a proposta de abordar de forma histórica e conceitual, categorias fundamentais relacionadas ao indivíduo, à sociedade e ao sofrimento psíquico. O estabelecimento de padrões normativos sociais oprimem as pluralidades do sujeito, levando ao processo de exclusão daqueles que se mantém nos padrões normativos e excluindo aqueles que não se encontram nesses parâmetros. O processo normativo da sociedade pode levar a quebra dos direitos inerentes ao ser humano. Quando há a normatização, a subjetividade é deixada de lado e priva o ser humano do direito de ser (JACÓ-VILELA; SATO, 2012; LANE, 2006).

Em decorrência dessa realidade, a inserção do psicólogo nas Políticas Públicas é uma forma de aproximar a classe na promoção do desenvolvimento de combate a processos discriminatórios e de

exclusão social e garantia dos Direitos Humanos É com as Políticas Públicas que os psicólogos têm maior possibilidade de desenvolvimento de trabalhos voltados para promoção desses direitos (GESSER, 2013; JACQUES *et al*., 1998).

A reinvindicação de Políticas Públicas voltadas para a garantia desses direitos, e o entendimento que a subjetividade é algo constituído no processo de formação do homem sócio-histórico se faz importante nesse contexto. Assim, é importante que o psicólogo atrele sua atuação voltada à potencialização do sujeito para o fortalecimento do indivíduo na participação social para que os Direitos Humanos sejam assegurados (GESSER, 2013).

4 Considerações Finais

Os Direitos Humanos, como um imperativo ético, deve mediar as ações de todos os cidadãos como no trabalho, na conquista de espaços, na inserção das dimensões da diversidade, nos movimentos sociais, na justiça social, nas representações sociais, na promoção da saúde coletiva e na formação de todos os cidadãos. Nesse contexto ético-político, o psicólogo pode contribuir na conquista da garantia dos direitos do sujeito e dos grupos sociais, tornando possível o movimento impulsionador na superação de desafios frente ao abismo das desigualdades sociais, da violação de direitos, da organização social de privilegiados gerados em um sistema neocapitalista.

A Psicologia, e sua interface com os Direitos Humanos, assume um campo de atuação necessária e urgente, sobretudo, responde a uma demanda comprometida no próprio Código de Ética. Nesse intento, atende a necessidade de um fazer psicológico a serviço do outro que tem seus direitos violados, vivendo num contexto desprovido do direito à vida humana digna.

Entende-se que investigação científica sobre a interface da Psicologia com os Direitos Humanos se faz imprescindível como uma possibilidade ímpar de construção de sujeitos éticos e comprometidos com as questões sociais. Igualmente, promove aos acadêmicos o aprendizado e a discussão com base em indagações e dúvidas sobre o tema buscando novas respostas, contribuindo, assim, para a formação em Psicologia voltada à realidade social brasileira e para a reafirmação da importância da Ética e dos Direitos Humanos na profissão e na sociedade.

REFERÊNCIAS

ARANTES, E. M. M. Direitos humanos e a atuação na avaliação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos**. Brasília, DF: Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, 2003. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2004/05/cartilha_dh.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BICALHO, P. P. G. *et al*. Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 17-32. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BOCK, A. M. B., GIANFALDONI, M. H. T. A. Direitos humanos no ensino de psicologia. **Psicologia**: ensino & formação, v. 1, n. 2, p. 49-67, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v1n2/v1n2a09.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BOCK, A. M. B. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado de fenômeno psicológico. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8wMf9sFXZtQcdnY5xvMVpsF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BRITO, W. C. Psicologia e direitos humanos: autocrítica, questões e desafios. **Psicologia em Foco**, v. 7, n. 10, p. 69-86, dez. 2015. Disponível em: <revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/download/2024/1952>. Acesso em: 19 abr. 2022.

CARNEIRO, L. A. *et al*. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nJ3rGrcdytDkX8YkhvNs9Gx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

COIMBRA, C. M. B. Psicologia, direitos humanos e neoliberalismo. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 139-148, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Código de ética profissional dos psicólogos**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FREIRE, J. C. A Psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zQtjLWYNxg4g8Xr7ZQFDxxm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FURLAN, V., Psicologia e a política de direitos: percursos de uma relação. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 37, n. esp., p. 91-102, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nLgGQhM3wtRfVdX5LDvL8DC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GARCIA, C. Psicologia e direitos humanos: possibilidades e desafios dessa interlocução. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 5, n. 2, ago./dez. 2010. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n2/Garcia.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GESSER, M. Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do psicólogo. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 33, n. esp., p. 66-77, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/jmLTTRQNwjmZbZr899JvJ8K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

JACQUES, M. G. C. *et al*. **Psicologia social contemporânea**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social**: o homem em movimento. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

MAIA, A. F. Psicologia, política e direitos humanos: ambiguidades e contradições. **RIDH**, Bauru, v. 2, n. 2, p. 131-144, jun. 2014. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/download/180/96>. Acesso em: 19 abr. 2022.

MELLO, S. L. **Psicologia e profissão em São Paulo**. São Paulo: Ática, 1975.

RECHTMAN, R.; CASTELAR, M.; CASTRO, R. Ética e direitos humanos na formação de profissionais de psicologia em Salvador – Bahia. **Psicologia**: ensino & formação, v. 4, n. 2, p. 81-99, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v4n2/v4n2a06.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SILVA, M. V. O. (Org.). Apresentação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2003. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2004/05/cartilha_dh.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022. p. 6.

SCHWEDE, G.; BARBOSA, N. H.; SCHRUBER JR., J. Psicologia nos direitos humanos: possibilidades de mediações semióticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 306-312, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a18v20n2.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SOUZA, A. R. B.; DELEVATI, D. O fazer do psicólogo na saúde. **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 79-87, maio 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/620/368>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SOBRE AS AUTORAS

Dayse Chaves Lemos é Doutoranda em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2021 – 2023), Mestra em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2019) Especialista em Neuropsicologia pela Universidade de Araraquara (Uniara). Bacharela em Psicologia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (2014). Atualmente é Psicóloga Clínica e Professora do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma e da Universidade CEUMA.
E-mail: dayschaves@gmail.com.

Rosilene Pereira da Silva é Doutoranda em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2021), Mestra em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (2019), Especialista em Didática Universitária pela Faculdade Atenas Maranhense – FAMA (2006), Especialista em Sexologia pela Universidade Candido Mendes – UCAM (2006), Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (2002) e Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2000). Atualmente é Psicóloga, Servidora Pública no Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil (CAPS-IJ) e Membra/Sócia da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).
E-mail: rosileneafrodite@yahoo.com.br.

Silvana Ferreira de Sousa Alves é Mestra em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA (2022), Especialista em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Amparense – UNIFIA (2020), Especialista em Psicopatologia: com Subsídios para Atuação Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2007) e Bacharela em Psicologia pela Pontifícia

Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2006). Atualmente é Vice-Presidente da Associação de Familiares e Amigos da Pessoa com Autismo de Imperatriz – AFAGAI, Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.
E-mail: silvanapsi@outlook.com.

PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria dos Remédios Brito Viana

1 Introdução

A recente inserção do psicólogo nas políticas públicas tem despertado inúmeras reflexões sobre as práticas psi nesse campo, e levado a articulação e problematizações de estratégias para a efetivação de políticas públicas de saúde mental na atenção básica, tendo em vista a construção e o fortalecimento de instituições democráticas e promotoras de saúde capazes de propiciar a inclusão social, universalização do atendimento e equidade, a fim de que se possam modificar as lacunas atualmente existentes nos serviços públicos de saúde e na atenção à saúde mental dos cidadãos.

Desta forma, os objetivos propostos por este estudo ambicionam: identificar, através de revisão de literatura, estratégias possíveis para a consolidação de políticas públicas de saúde mental na atenção básica; contextualizar a saúde mental e a presença da Psicologia no campo das políticas públicas no Brasil; articular reflexões e questionamentos referentes às políticas de saúde mental na atenção básica; estabelecer diálogos entre políticas públicas, saúde mental e atenção básica de saúde.

Esta pesquisa propõe um levantamento bibliográfico através de materiais previamente coletados em livros, artigos científicos, teses, dissertações e nas bases de dados Scielo e BVS-PSI, cuja seleção ocorreu a partir dos conceitos: saúde mental, políticas públicas e atenção básica.

A presente pesquisa, por certo, trará contribuições e discussões no sentido de problematizar questionamentos sobre as práticas dos profissionais de Psicologia na promoção de saúde abordando aspectos

que vão de encontro ao processo histórico e político da saúde mental no Brasil, concatenando com os novos paradigmas existentes nas práticas psi.

2 Contextualizando Historicamente a Psicologia nas Políticas Públicas

A reforma na saúde teve sua origem no movimento sanitário ocorrido no final da década de 1970 e teve como foco as mudanças do modelo de gestão e atenção nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e a participação dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologia do cuidado. Nessa ocasião, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) denunciou a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e fez críticas ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico vigente na assistência às pessoas com transtorno mental (CASTRO, 2009).

Historicamente, o final da década de 1980 foi crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1987, no contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Luis da Rocha Cerqueira), na cidade de São Paulo, que representa a implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e na reabilitação de sua clientela. Em 1989 foram implantados também os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que se tornaram o marco e a referência da Reforma Psiquiátrica brasileira (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, na qual o texto constitucional referenda os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalidade, integralidade, equidade e organização descentralizada. Em 1989, Paulo Delgado deu entrada no Congresso ao projeto de Lei nº 3.657/08, que propunha a extinção dos manicômios e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. No entanto, somente em 2001, a proposta foi sancionada com algumas ressalvas ao texto normativo, não instituindo inclusive mecanismos claros para a extinção dos manicômios.

Assim, em 2001 entrou em vigor a Lei nº 10.216/2001 que redireciona a saúde mental e contempla o oferecimento de tratamento em saúde mental por meio de serviços de base comunitária, garantia de sigilo nas informações prestadas, tratamento com humanidade e respeito, proteção contra formas de exploração, ambientes terapêuticos menos invasivos possíveis, livre acesso aos meios de comunicação, dentre outros.

De 2003 a 2010, esta reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica aconteceu num processo coordenado e pactuado, que permitiu que a redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos fosse concatenada com a construção e expansão progressiva de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade, com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2011).

A presença da Psicologia nas políticas públicas vem se instituindo e se fortalecendo, segundo Gonçalves (2010), desde o I Seminário Nacional de Políticas Públicas que precede o Congresso Nacional de Psicologia (CONPSI), em que são levantadas reflexões e questionamentos a serem enfrentados para a inserção da Psicologia no campo das políticas públicas, sobretudo no que diz respeito à luta pela deselitização da

profissão, compromisso social da Psicologia e produção de ações e efeitos no sentido de transformação social e participação crítica nessas políticas.

De 2003 a 2005, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentou ao Estado propostas e projetos de intervenção em áreas que não contavam com psicólogos trabalhando ou que necessitavam de intervenção urgente através do Banco Social. Essa dimensão da relação da profissão com o Estado permaneceu e atualmente constitui-se como um dos eixos de atuação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), novo projeto do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que sucedeu o Banco Social.

Neste sentido, a Psicologia tem buscado atender às necessidades existentes se apropriando do campo das políticas públicas nas mais diversas áreas, buscando a construção de um trabalho interdisciplinar, multiprofissional e humanizado que atenda às necessidades dos sujeitos de forma que os determinantes sociais (histórico-político-econômico-cultural) envolvidos sejam essenciais na promoção de saúde da população, pois como afirmam Spink e Matta (2007, p. 39):

> A chave para a economia da saúde neoliberal contemporânea é minimizar os custos de recuperação da saúde por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças. Com isso, a ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças abre uma nova dimensão na compreensão dos fenômenos da saúde e da doença: a da de determinação social da doença.

Na conferência de Alma Ata, em 1978, ficou definido o conceito de cuidados primários em saúde incluindo: saneamento básico, planejamento familiar, educação sanitária, assistência nutricional, imunização e assistências curativas para os problemas mais comuns e, de acordo com a Carta de Ottawa, oriunda da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, as ações de promoção da saúde "[...] objetivam assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde" (BRASIL, 2002a, p. 21).

O conteúdo dessas ações inclui, portanto, ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. Nesse aspecto, fica clara a possibilidade de diálogo entre a promoção da saúde e a saúde mental quanto a necessidade da autonomia do sujeito com sofrimento psíquico, das oportunidades que o capacitem a fazer escolhas, participando como protagonista, com o apoio familiar na produção do seu cuidado, enfim, da retomada do lugar social desse usuário, num franco movimento de luta contra a exclusão, estigmatização e marginalização social.

3 Novos Paradigmas, Novos Olhares da Psicologia na Promoção de Saúde nas Políticas Públicas

A Política Nacional de Promoção da Saúde, que opera na diretriz da intersetorialidade, define a promoção da saúde como:

> [...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006, p. 15).

Para essa política, a Promoção da Saúde é uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença no país, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, fome etc., e, segundo a inspiração das estratégias propostas pela Carta de Ottawa, potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo as escolhas da população, reconhecendo, que:

> [...] os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006, p. 7).

Nestas considerações, o que se destaca como objeto de reflexão, na aproximação da política de promoção da saúde com a política de saúde mental, diz respeito à estratégia de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, haja vista a pluralidade das necessidades de saúde do sujeito com sofrimento psíquico e o que preconiza o Ministério da Saúde, em relação à saúde mental: organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais, convocando todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais e de lazer para a produção do cuidado integral ao usuário (BRASIL, 2006).

A concepção atual de promoção da saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), referindo-se a uma combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (TEIXEIRA, 2004).

A política nacional de saúde mental, no contexto das possibilidades e limites do SUS, reafirma os desafios, os conflitos e as tensões que marcam a Reforma Psiquiátrica brasileira, processo histórico compreendido como a transformação de práticas, saberes, valores sociais e culturais, através da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, a luta contra as desigualdades sociais e com os mecanismos de exclusão social (BRASIL, 2002b).

Em linhas gerais, a Psicologia tem se apresentado na construção de novos saberes e novas práticas que "negligenciam" o paradigma hegemônico, tendo em vista a recente inserção do psicólogo no campo das políticas públicas de saúde. Com isso, faz-se necessário o levantamento de problematizações acerca das ações de promoção de saúde e atuação do profissional de saúde mental na atenção básica, visto que muitas vezes projetos e programas de políticas públicas (NASF, CRAS, CREAS, CAPS e outros) chegam até a população com a presença de profissionais de Psicologia que não receberam a formação adequada ao trabalho com essa parcela da população e atuam na comunidade como se estivessem na clínica, no *setting* terapêutico.

Seguindo as ideias de Foucault, Campos (1997) menciona que todo olhar dos profissionais de saúde estaria marcado pela estruturação do saber clínico: os olhares, se clínicos, sempre estariam, automaticamente, enviesados por uma certa ótica caolha, independente do sujeito e do contexto de onde partisse essa mirada.

Nesta perspectiva, devemos repensar a formação acadêmica e as estratégias de intervenção desses profissionais objetivando a realização de um trabalho de boa qualidade, intersetorializado e equânime dentro do contexto de vida e das contingências da comunidade, pois, conforme Gonçalves (2010), a interface da Psicologia com outros saberes, no sentido de ter uma visão ampla e integral do fenômeno, contribui para a ampliação de olhares na comunidade.

É de suma importância investigar e aprofundar estudos e questões relevantes no campo das políticas públicas de saúde coletiva que articulem saberes e viabilizem formas tangíveis de consolidação de novos paradigmas. Desse modo, poder-se-ia articular as seguintes problematizações dentro da área psi: como os profissionais de Psicologia vêm trabalhando as práticas de promoção de saúde? Qual o enfoque? Prevalece o modelo clínico individual? Os profissionais apresentam dificuldades para atuar em comunidades na promoção de saúde? Como

a Psicologia trabalha com a população e quais as prioridades nas práticas de atenção? Como as práticas de saúde tem se organizado nos territórios, nas comunidades e na atenção básica de saúde? Qual o papel do Estado na efetivação dessas políticas? Qual a participação da comunidade, profissionais e usuários no controle social? Como as Conferências de saúde articulam estratégias pactuando um plano de saúde que atenda a população em sua integralidade e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS?

Deste modo, é essencial propor diálogos relevantes e aprofundamentos de estudo nessa área emergente vivenciada na atual realidade brasileira no campo das políticas públicas de saúde mental, sobretudo na atenção básica, considerada como "porta de entrada" no Sistema Único de Saúde.

De acordo com Dimenstein e Sales (2009), os avanços dessas discussões culminaram com a criação de uma série de políticas públicas que têm como objetivo a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, a construção de uma rede de serviços substitutivos capazes de prestar assistência mais qualificada à população que outrora dependia exclusivamente do hospital, sendo os principais recursos atualmente implementados como alternativas terapêuticas aos manicômios como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), o programa De Volta para Casa (PVC) e os atendimentos prestados pelas equipes de saúde da atenção básica. Esses dispositivos visam estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que preza pela permanência dos indivíduos na sua comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia dos direitos de cidadania.

Uma mudança dessa ordem implica em muitos desafios e ações intersetoriais que podem ser viabilizadas pela articulação de uma rede fortalecida e comprometida socialmente com as demandas de saúde mental, distanciando-se das questões relacionadas às políticas de

gestão, à desarticulação da rede assistencial do SUS e mesmo à discrepância gritante entre o trabalho tal como preconizado pelas diretrizes da política nacional de saúde mental e aquele realizado no dia a dia dos serviços.

Os autores Caçapava, Colvero e Pereira (2009) mencionam que no território, a construção de uma rede de atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico que melhore sua qualidade de vida, incluindo o cuidado sem estigmas e discriminação, é um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS, no sentido de articular os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que a doença ou a limitação apresentam para usuários e equipes de cuidados.

Diante disto, a territorialização do cuidado pode desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, atuando nos cuidados paliativos, na conscientização da população do conceito de saúde/doença, na desestigmatização da loucura, na humanização dos serviços, nas ações que contemplem o sujeito de forma integral com o apoio intersetorial e na interdisciplinaridade das equipes, a fim de que estas possam conhecer as demandas locais de seus respectivos territórios.

Assim, novas formas de atendimento e de acolhimento àqueles que estão em sofrimento – novos modos de interação entre usuário e profissionais e das respectivas implicações na implementação de práticas terapêuticas mais humanizadas, novos contornos jurídico-políticos, que tratam dos direitos e do exercício da cidadania e novos arranjos no plano sociocultural, no qual estão inseridas as noções de loucura presentes no imaginário popular, diminuindo a estigmatização do sujeito com transtorno mental – devem ser discutidas no âmbito das políticas saúde mental, postulando reflexões atinentes ao seu *modus operandi* (AMARANTE, 2007; DIMENSTEIN; SALES, 2009).

Teixeira (2005) discorre que ao procurar um atendimento na rede de atenção básica em saúde mental, se os usuários recebessem um acolhimento dialogado como uma técnica de escuta qualificada,

passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento, desatariam muitos “nós” existentes e facilitaria a identificação, elaboração e negociação das demandas.

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), deveriam ser importantes matriciadores e articuladores da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família, uma vez que:

> O impacto provocado pelo sofrimento psíquico dentro do núcleo familiar muitas vezes está estreitamente relacionado à posição que o portador de transtorno mental ocupa na família, estruturada com base num código de reciprocidade em que direitos e deveres se constroem baseados em laços consanguíneos, parentais e numa divisão sexual do trabalho (ROSA, 2003, p. 132).

Nesta perspectiva, poderíamos vislumbrar estratégias no sentido de trabalhar com os familiares propondo conceitos e práticas de vigilância à saúde e no enfoque sobre os riscos, desenvolvendo de atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e politizando as ações de saúde, de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, desenvolvendo o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment* (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O conceito de *empowerment*, de acordo com Vasconcelos (2003), tem sido traduzido como “empoderamento”, sendo pertinente traduzir como “fortalecimento” ou “aumento de autonomia”. Essas são consideradas práticas necessárias no processo de enfrentamento pessoal, familiar e coletivo dos desafios colocados no sofrimento psíquico, existindo, atualmente, como estratégias para o campo da saúde mental no Brasil a exemplo da recuperação ou reabilitação psicossocial.

Esse processo inclui o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos de vida, na medida em que a pessoa “supera” os efeitos mais danosos do transtorno mental e adota estratégias como: o cuidado de

si, que se traduz na iniciativa e vontade individual de produzir novos sentidos às experiências desastrosas; a ajuda e suporte mútuo em trocas de vivências e experiências; a defesa de direitos; a transformação do estigma e dependência na relação com a loucura na sociedade, desenvolvendo iniciativas coletivas e cotidianas para mudar atitudes discriminatórias; a participação nos sistemas de saúde mental e militância social mais ampla e de forma integrada, assegurando a participação de usuários em mobilizações políticas, campanhas e reivindicações e também narrativas pessoais de vida com o transtorno mental (VASCONCELOS, 2003).

Desta forma, o *empowerment*, ou empoderamento, constitui-se como estratégia eficaz nas políticas públicas de saúde mental capaz de promover o protagonismo social dos sujeitos.

4 Reflexões, Articulações e Implicações da Saúde Mental nas Políticas Públicas

Dentre as estratégias vislumbradas nesta pesquisa para a proposta de efetivação das políticas públicas, podemos elencar de acordo com Oliveira e Furlan (2008): a criação de espaços de atuação que promovam formas inovadoras de expressão social dos indivíduos; melhoria da qualidade de vida da população através de programas de acompanhamento aos grupos de “risco” e aos que se encontram em situação de vulnerabilidade social; desenvolvimento político-social dos indivíduos, sobretudo no que diz respeito ao controle social, fiscalização e a coparticipação da comunidade através de presença em conselhos, orçamentos participativos, estabelecendo prioridades para cada território, viabilizando, assim, a promoção de saúde e práxis educadoras e conscientizadoras; redefinição do Estado no papel das políticas públicas, visando atender as demandas sociais; elaboração de mapas do

território, que possibilitem uma aproximação entre equipes de saúde e comunidade e fortalecimento de vínculos entre usuários e equipes.

A dicotomia mente-corpo reforçada historicamente, e que ainda hoje organiza concepções e práticas associada aos valores que desqualificaram e excluíram as pessoas acometidas por doenças mentais do convívio social, produziram fortes enraizamentos no imaginário coletivo, inclusive o dos cuidadores da saúde (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

É inegável que há muitos esforços no sentido da desconstrução desses paradigmas, fato que se verifica pela ênfase recente atribuída ao papel do sujeito e pela atual valorização das tecnologias leves em vários campos disciplinares. Esse aspecto vem sendo objeto de debate no próprio campo de saúde mental quando se refere ao conceito de uma clínica ampliada que seja capaz de visualizar o sujeito em sua integralidade, desestigmatizando, assim, a pessoa em sofrimento psíquico.

5 Considerações Finais

Cotidianamente, encontramos em nossas práticas nos serviços de saúde: desafios, conflitos, lutas e tensões que marcam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Experienciamos, em nossa luta diária, um processo histórico empenhado com a transformação de práticas, saberes, valores sociais e culturais, por meio da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, a luta contra as desigualdades sociais e com os mecanismos de exclusão social.

Assustadoramente, vivenciamos um processo atual de retrocesso, colapso e desmonte das políticas públicas de saúde mental no modelo psicossocial voltado para a ampliação do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico dentro dos territórios. É a ameaça da fragilização do

modelo Psicossocial e a retomada do modelo manicomial perpetrados pelo atual contexto político.

A pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares necessitam de suporte e apoio que contemplem suas necessidades dentro de seus territórios, abarcados pela atenção básica de saúde e serviços substitutivos às práticas manicomiais com humanização do cuidado pelos profissionais de uma rede forte e articulada. A desinstitucionalização do sofrimento mental precisa ser buscada por todos. Devemos ampliar discussões e reflexões sobre nossa prática nos serviços e oferecer a essas pessoas mecanismos de empoderamento e estratégias capazes de promover cidadania e autonomia.

A luta pelo fortalecimento de políticas públicas de saúde mental, dentro do processo de reforma psiquiátrica, demonstra o compromisso social que o Estado, profissionais e usuários devem buscar diariamente para a consolidação de práticas envolvidas com a qualidade dos serviços e a oferta de cuidado humanizado à pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares.

A discussão precisa ser levada à realidade complexa dos serviços e não apenas ao meio acadêmico, com a participação e envolvimento de usuários, familiares, gestores e comunidade, desmistificando e descontruindo práticas manicomiais que se contrapõem ao modelo Psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2002a.

Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A.; PEREIRA, I. M. T. B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rvzbP7xdygBQyHQXnsSfgmy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTRO, U. R. **Reforma psiquiátrica e o louco infrator**: novas ideias, velhas práticas. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A. L. L. F. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 29, n. 4, p. 812-827, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a12.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GHjJJ8vw4WfM8YHGWby6vYJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada**, São Paulo: Hucitec, 2008. p. 247-272.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 25-48.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DDzgcsqLn8rmwCHNnGLvTZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G5f3n43ZtHJ7pBVjcD6ZcrJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

SOBRE A AUTORA

Maria dos Remédios Brito Viana é Mestranda Sociologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020), Especialista em Psicologia Clínica: Terapia Cognitivo Comportamental – Centro Universitário Internacional – UNINTER (2020), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI (2015) e Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí – UFPI (2012). Atualmente é Psicóloga credenciada no Núcleo Gestor de Equipes Multidisciplinares do Tribunal de Justiça do Tocantins e Professora do Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/Unisulma.

E-mail: maria.viana@unisulma.edu.br.