

EMPATIA

Revista de Saúde Integral

v.1, n..1, dezembro de 2018

CORPO EDITORIAL

Expediente

*Empatia - Revista de Saúde Integral do Centro
Universitário de São Paulo – UNI - São Paulo.*

Periodicidade: semestral

MANTENEDORA: UNIVERSIDADE BRASIL

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR Presidente: Prof.
Fernando Costa

Reitora: Profa. Claudia Pereira

Diretor: Prof. Rogério dos Santos Moraes

EDITORA

Prof. Ms. Ivani Mendes

CONSELHO EDITORIAL DE PESQUISA E EXTENSÃO

Prof. Dr. Ailton Bedani

Prof. Ms. Lucio Martini

Prof. Dr. Marcio Magalhães Fontoura

Prof. Ms. Salmo Pinto da Silva

EQUIPE TÉCNICA

Bibliotecária:

Mônica Patricia Monteiro

Coordenação Gráfica:

Claudemir Barbosa Lorena

Carlos Eduardo do Nascimento Neto

Foto da Capa:

Icaro Costa Bedani

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca UNI-São Paulo - Centro Universitário de São Paulo

Empatia: revista de saúde integral. / UNI-São Paulo – Centro Universitário de São Paulo.
v. 1, n. 1 (dez., 2018) - São Paulo, SP: UNI-São Paulo, 2018.

Semestral. online

1. Saúde integral. 2. Envelhecimento. 3. Empatia

CDU 616:316

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Empatia - Revista de Saúde Integral é uma publicação especializada aberta a contribuições nacionais e regionais com acesso online. Tem por objetivo publicar informações científicas em Saúde que possam contribuir para o conhecimento de profissionais de saúde.

Consigna-se, por oportuno, que o posicionamento dos autores aqui publicados, não reflete, necessariamente, o posicionamento da instituição, da editora, do conselho editorial ou dos mantenedores.

1. Direitos autorais

Os trabalhos publicados são de propriedade da Revista, o que lhe confere os direitos autorais, sendo vedada a reprodução total ou parcial em outros periódicos, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Conselho Editorial. Os autores têm responsabilidade sobre os conceitos emitidos nos trabalhos. A Revista não aceita matéria paga em seu espaço editorial.

2. Seções e categorias de artigos

a) Artigos Originais: são destinados a divulgar resultados de pesquisa original inédita. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências.

b) Revisões: são avaliações críticas sistematizadas da literatura sobre determinado assunto. O texto deve ter no máximo 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas.

c) Relatos de Casos: deverão ter até 2.000 palavras, excluindo tabelas e referências.

3. Processo de julgamento dos artigos

No processo de julgamento dos artigos o Editor Científico faz uma revisão inicial quanto ao cumprimento das exigências para submissão do artigo. Em seguida ele é enviado a um revisor especialista ("Ad hoc") na área pertinente para avaliação do mérito e contribuição científica. Após o recebimento do parecer, ele é avaliado pelo Editor Científico, que decide pela aceitação do artigo sem modificação, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

4. Apresentação dos artigos

a) Os artigos devem ser preparados de acordo com as “Instruções aos autores”.

b) Os artigos devem ser encaminhados via sistema, todos os autores devem estar cadastrados com contato individual de cada autor; e que os mesmos cedem os direitos autorais à Revista em caso de publicação.

c) O texto deve ser digitado em papel A4, formatado em espaço 1,5, fonte Times New Roman, corpo 12, Título em negrito e corpo 12 alinhado à esquerda, subtítulos sem negrito e corpo 12 alinhado à esquerda, margens superior 2; inferior 2; esquerda 3; direita 3.

d) Os artigos devem ser encaminhados exclusivamente via sistema/site neste endereço:
ailton.bedani@universidadebrasil.edu.br.

e) Os arquivos enviados para a Revista Científica deverão apresentar os seguintes formatos:

- texto em formato Word (arquivo .doc/.docx);
- tabelas em formato Word (arquivo .doc/.docx);
- figuras, como gráficos (colunas, setor, barras, etc.) em formato Excel (arquivo .xls/.xlsx); e figuras, como imagens, fotografias e ilustrações em formato JPG (arquivo .JPG). As tabelas, gráficos, figuras e fotos NÃO deverão estar incluídas no texto, mas apresentadas em arquivos separados. O arquivo texto deve apresentar como nome o título do artigo. Os outros arquivos deverão apresentar como nome a denominação de sua legenda no texto conforme norma ABNT NBR 14724:2011.

f) A estrutura do texto deve seguir a categoria de artigo escolhida.

g) A página de identificação do artigo deve conter:

- Seção da revista a qual se destina;
- Título do artigo, em português;
- Nome completo de cada autor em ordem de participação e número índice sobrescrito correspondente à titulação principal;

- *Titulação principal dos autores e número índice;*
- *Nome e endereço da Instituição ou Departamento em que o trabalho foi realizado ou está vinculado;*
- *Nome e endereço, telefone, e-mail do autor responsável para troca de correspondência.*

*h) **Resumos:** devem ser apresentados em português. Os textos dos resumos devem ser rigorosamente iguais e conter no máximo 250 palavras.*

Artigos Originais: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões.

***Relatos de Casos:** Introdução, Objetivos, Descrição do Caso, Discussão (quando couber) e Conclusões.*

***Artigos de Revisão:** Introdução, Objetivos, Métodos (quando couber), Tópicos a serem abordados e Considerações finais.*

l) As palavras-chave, descritores devem ser entre 3 e 5, extraídos do vocabulário e incluídos ao final do Resumo em Português.

j) A apresentação dos trabalhos segue as normas da ABNT. As citações bibliográficas devem ser indicadas no próprio texto, contendo entre parênteses o sobrenome do autor, ano da publicação.

EDITORIAL

É com grande satisfação que apresentamos o primeiro número da ***Empatia - Revista de Saúde Integral***, um periódico eletrônico plural e democrático que pretende divulgar, como já se observa nesta edição inaugural, produções intelectuais relativas à área da saúde. Saúde essa que, a nosso ver, não se limita à dimensão orgânica, pois remete ao bem-estar de seres humanos essencialmente históricos e inseridos em impactantes contextos sócio-políticos.

Visando divulgar produções engendradas no Centro Universitário de São Paulo (UNISP), mas aberta a trabalhos originários de outros polos de pesquisa, a Empatia apresenta, neste seu primeiro número, artigos e ensaios que remetem a distintos campos do conhecimento — psicologia, educação física, enfermagem, pedagogia, metodologia da pesquisa científica, assistência social —, pois é seu pressuposto que a reflexão e investigação sobre a saúde na contemporaneidade não pode ser monopolizada por qualquer disciplina e requer, acima de tudo, um esforço coletivo que envolva a complementariedade de várias áreas do saber.

Em um momento histórico em que direitos humanos e sociais, duramente conquistados, estão seriamente em risco e em que concepções de mundo autoritárias ameaçam importantes avanços democráticos e progressistas, faz-se necessário, mais que nunca, ampliar a discussão sobre a integralidade, historicidade e dimensão político-social da saúde. Esperamos que a Empatia venha a contribuir para essa visão crítica e gostaríamos também, car@ leitor@, que você saiba que estamos abertos aos seus comentários e críticas.

A Editora.

SUMÁRIO

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: NOVAS FORMAS DE CUIDAR.....	9
---	---

Cristiane Gomes dos Santos Sampaio, Welington da Silva Oliveira, Ailton Bedani

VIOÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA: DIFICULDADES ENGRENADAS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE, PARA IDENTIFICAR NEGLIGÊNCIA E MAUS-TRATOS.....	39
---	----

Lilian Aparecida Gonçalves Maria Ailton Bedani

O POSSÍVEL PRAZER NA PRÁTICA METODOLÓGICA DE PESQUISA: BREVE ENSAIO.....	51
--	----

Nancy Romanelli

ESPAÇOS DE PODER: O PRATAGONISMO DA MULHER, SUA ATUAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL.....	59
--	----

Débora Machado Mengal, Hebe de Camargo Bernardo, Hugo Tanizaka

PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA PERSPECTIVA CLÍNICA E HOSPITALAR.....	81
--	----

Juliana Aparecida da Silva, Larissa Idalgo Neves, Damares Regina Ribeiro de Souza, Raffaeli Cristine Barbosa Facio, Hugo Tanizaka

O FOGO CRUZADO ENTRE O DESPERTENCIMENTO E O ISOLAMENTO SOCIAL: UMA LEITURA PSICANALÍTICA SOBRE O SUICÍDIO EM IDOSOS.....	97
--	----

Carolina dos Reis Sezefredo, Carlos Eduardo Bovenzo Filho, Roberta Pompêo de Camargo Carvalho, Hugo Tanizaka

COLORISMO: IDENTIDADE E PERTENCIMENTO.....	117
--	-----

Maiara Gualberto Muniz, Hugo Tanizaka

ANÁLISE DO PERFIL DO ESTADO DE HUMOR EM MULHERES ADULTAS FISICAMENTE ATIVAS DE ACORDO COM A IDADE CRONOLÓGICA.....	138
--	-----

João Pedro da Silva Junior, Sandra M. M. Matsudo, Timóteo leandro Araújo, Rafael Benito Mancini, Diana Carolina Gonzalez Beltran

A IMPORTÂNCIA DO AUMENTO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA EM JOVENS BRASILEIROS DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO.....	151
---	-----

Ronaldo Aparecido da Silva

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA SALA DE VACINA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	157
---	-----

Silva, Cunha

A ATUALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DA SÍNDROME DE RUBINSTEIN TAYBE.....	170
---	-----

Patrícia Fernandes Raimundo Valentim Da Silva

ESTAVA À TOA NA VIDA E A MINHA MÃE ME CHAMOU PRÁ IR PRÁ ESCOLA ESTUDAR.....	186
---	-----

Thaís Araújo De Alencar

ARTIGOS

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES: NOVAS FORMAS DE CUIDAR

The psychosocial care centers and integrative and complementary practices: new forms
of care

Cristiane Gomes dos Santos Sampaio¹

Wellington da Silva Oliveira²

Ailton Bedani³

Resumo: O cuidado em saúde mental decorre de uma estreita relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico. E, para que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) funcione de forma mais efetiva e resolutiva é preciso dispor de recursos capazes de inovar o plano terapêutico oferecido aos seus usuários, dispondo de características plurais. Neste sentido, o objetivo da pesquisa foi realizar uma revisão de publicações científicas digitais que abordam como as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) vêm sendo utilizadas pelo CAPS no tratamento com seus usuários. O método utilizado foi consultas a bancos de dados digitais Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD através de descritores como o termo “CAPS” associado ao nome de cada PIC reconhecida pelo SUS. Os resultados encontrados foram artigos, dissertações e teses referentes a quatro PICs somando 30 trabalhos: Terapia Comunitária Integrativa (7), Arteterapia (8), Musicoterapia (7) e Dança Circular e Biodança (8). As discussões indicam que as PICs utilizadas em CAPS geram resultados positivos com os usuários, favorecendo a melhora de sua saúde mental, tais como o empoderamento, a responsabilização e adesão ao tratamento, a reabilitação psicossocial e a inclusão social. Os estudos também sugerem a necessidade de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e condicionantes, a promoção integral do cuidado, sobretudo o autocuidado. Conclui-se com a importância de realizar novas pesquisas com as demais PICs a fim de compreender suas contribuições para saúde mental em CAPS.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial. Práticas Integrativas e Complementares. Cuidado.

Abstract: Mental health care results from a close relationship between the health services, their professionals, the patient and their family, considering the particularities of each cultural, social and economic context. And, in order for Psychosocial Care Center (CAPS) to function more effectively and resolutively, it is necessary to have resources capable of innovating the therapeutic plan offered to its users, with plural characteristics. In this sense, the objective of the research was to carry out a review of digital scientific publications that address how the

¹ Graduada em Farmácia pela Universidade Camilo Castelo Branco

² Graduado em Psicologia pela Universidade Nove de Julho.

³ Psicólogo, psicoterapeuta, professor universitário, Mestre e Doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Integrative and Complementary Practices (PICs) are being used by the CAPS in the treatment with its users. The method used was queries to digital databases Scielo, BVS, Google Academic and BDTD through descriptors such as the term "CAPS" associated with the name of each PIC recognized by SUS. The results were articles, dissertations and theses related to four PICs, including 30 works: Integrative Community Therapy (7), Art Therapy (8), Music Therapy (7) and Circular Dance and Bio-Dance (8). The discussions indicate that the PICs used in CAPS generate positive results with the users, favoring the improvement of their mental health, such as empowerment, co-responsibility and adherence to treatment, psychosocial rehabilitation and social inclusion. The studies also suggest the need for a broad conception of the health-disease process and its determinants and determinants, the integral promotion of care, especially self-care. It concludes with the importance of conducting new research with the other PICs in order to understand their contributions to mental health in CAPS.

Keywords: Psychosocial Care Center. Integrative and Complementary Practices. Care.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental decorre de uma “intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico”¹.

Historicamente, este tipo de cuidado possui uma mobilização social, que se convencionou chamar de Movimento Antimanicomial, de críticas às instituições psiquiátricas e aos modelos de tratamento para as pessoas em sofrimento mental, em que os pacientes eram inseridos em lugares de estrutura desumana, espaços de marginalização, tratamentos inadequados e resultados desastrosamente ineficientes, geradores de dor e sofrimento. Sem direito à proteção, eram sujeitados a maus tratos e privação da liberdade, do direito à participação social e da cidadania^{2, 3, 4}.

Internacionalmente, o Movimento Antimanicomial baseado em vivências de desinstitucionalização francesa e italiana, através das ideias disseminadas por Franco Basaglia, influenciaram a experiência brasileira³.

No Brasil, o Movimento Antimanicomial está ligado ao contexto da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com início em 1987 em um Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru no estado de São Paulo, que reuniu mais de 350 trabalhadores. A falta de programas e ações para estas pessoas com transtornos mentais ecoava na sociedade a sede por mudanças. Desde então, as lutas do movimento buscam ir além do olhar voltado simplesmente à doença mental, se tornando um forte ator social no empenho pela garantia e defesa dos direitos

de pessoas com transtornos mentais^{2, 3, 4}.

Em 2001, cria-se a Lei Paulo Delgado n. 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, visando um modelo humanizado, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, internando em hospitais psiquiátricos apenas pessoas em situação de crise aguda, substituindo a internação por serviços alternativos e territorializados, permanecendo com as suas famílias, privilegiando a subjetividade e autonomia do sujeito, além do livre exercício de sua cidadania^{5, 6}.

Este período ficou marcado por dois movimentos concomitantes: a construção de uma rede de atenção à saúde mental que substitui o modelo hospitalocêntrico; e a fiscalização e redução programada e progressiva dos leitos psiquiátricos existentes⁷.

Com esta reestruturação da assistência em saúde mental, por meio da portaria n. 336/2002, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são serviços estratégicos, definidos por abrangência populacional e ordem crescente de porte/complexidade. Tais equipamentos de saúde mental adulto são denominados por capacidade e funcionalidade como CAPS I, CAPS II e CAPS III; os equipamentos infantojuvenil nomeados de CAPS i; e os equipamentos de álcool e outras drogas como CAPS AD^{6, 8}.

O CAPS atende preferencialmente pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Tem como finalidade não apenas a estabilização do usuário, reduzindo o número de internações, mas também sua reinserção social e reabilitação psicossocial. Deve oferecer à população atendimento em sua área de abrangência, realizar acompanhamento clínico e fortalecimento dos laços com a família e a comunidade. O equipamento possui várias modalidades de atendimento tais como: individual, grupal, familiar, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço^{8, 9}.

Em razão do processo de desinstitucionalização, os egressos dos hospitais psiquiátricos impossibilitados de retornar para suas famílias de origem, são acolhidos nos Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs), instituídas pela portaria do Ministério da Saúde n. 106/2000. Tais locais de moradia são destinados a pessoas com transtorno mental visando sua reinserção social e reabilitação psicossocial^{10, 11}.

Os egressos que moram com suas famílias ou nos SRTs, ou mesmo as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que nunca foram institucionalizadas, devem seguir

com o tratamento no CAPS.

Para que o CAPS funcione de forma mais efetiva e resolutiva é preciso dispor de recursos capazes de inovar o plano terapêutico oferecido aos seus usuários, dispondo de características plurais¹², considerando os sujeitos em sua singularidade e contexto de vida.

Neste sentido, o uso das Práticas Integrativas e Complementares, que possuem diversas denominações, mas o mesmo significado (Medicina Tradicional/ Medicina Complementar/Alternativa - MT/MCA; Medicina Integrativa; Prática Alternativa; Terapia Integrativa, Alternativa e Complementar), vem sendo estimulada pela OMS, nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina convencional. E, no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas públicas para PIC observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso^{13, 14, 15, 16, 17, 18}.

Neste mesmo documento, além de propor a observação de alguns requisitos para aplicabilidade das PICs, tais práticas são descritas como:

[...] sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado¹³.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas PICs iniciaram-se a partir da década de 1980, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Igualmente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que foi considerado um marco para a oferta de PIC no SUS, dispondo de um espaço que questiona o modelo hegemônico de ofertar cuidado, que excluía outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas. A CNS foi impulsionada pela Reforma Sanitária, movimento que nasceu no contexto da ditadura na década de 1970. A Reforma Sanitária se refere ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, bem como melhoria nas condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, previsto na Constituição de 1988, e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A CNS deliberou em seu relatório final pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde nos serviços de saúde, viabilizando ao usuário o acesso democrático de

escolher a terapêutica preferida¹³.

Com este cenário, tanto a sociedade civil, quanto o governo federal iniciam o movimento de novos modelos de cuidado e autocuidado, abordagem ampliada do processo de saúde-doença; considerando o bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Assim, sob perspectiva atenta, consensual e respaldada pelas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde aprova, então, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da portaria do Ministério da Saúde n. 971/2006, promovendo a institucionalização destas práticas no SUS. Recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para a implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares¹³.

As PICs aprovadas por meio das portarias do Ministério da Saúde n. 971/2006, n. 849/2017, n. 145/2017 e n. 702/2018 são: Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura e auriculoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Termalismo e Crenoterapia, Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa, Dança Circular e Biodança, Yoga, Ayurveda, Reflexoterapia/Reflexologia, Shantala, Massagem e Automassagem, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais^{13, 19, 20, 21}.

Segundo o *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), órgão participante do *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos, as medicinas complementares, integrativas e alternativas são um grupo de sistemas de cuidados à saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da medicina convencional²².

Conforme o NCCAM, o termo “complementar” significa que a prática é utilizada com a medicina convencional. O termo “alternativa” significa que a prática substitui a medicina convencional. Já o termo “integrativa” significa que a prática combina a terapia médica convencional com métodos complementares e/ou alternativos, para as quais há alguma evidência científica de alta qualidade quanto à segurança e efetividade²².

Existem PICs que não compreendem a doença apenas como resultado da ocupação de um agente externo no organismo, mas como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes que resultam neste desequilíbrio; tais como a alimentação, a moradia, meio

ambiente, o trabalho, a renda, e o nível educacional. Consideram e cuidam do ser em sua totalidade e não apenas como soma das partes. Sua finalidade é, muitas vezes, diferente da medicina convencional, com visão biologicista, tecnicista e que exclui saberes tradicionais. Para a medicina moderna, por vezes, a cura da doença ocorre por meio da intervenção direta no órgão ou parte doente, como fazem as especialidades médicas²³.

Outra questão a ser considerada na medicina convencional, junto à indústria farmacêutica, é que algumas vezes ocorre a banalização da medicalização que mediante as adversidades humanas e sofrimentos passageiros criam-se oportunidades para as intervenções farmacológicas, irrestrita e irresponsável, reforçando a ideia de que para cada mal há um medicamento²⁴.

Por isto, a PNPIC, considerando o indivíduo em sua dimensão global sem deixar de lado a sua singularidade, no processo saúde-doença, reafirma a importância da atenção integral à saúde preconizada na política nacional do SUS. A PNPIC acredita que tais práticas integrativas e complementares possibilitam a corresponsabilização dos indivíduos pela sua saúde e amplia o exercício de sua cidadania. Assim como reconhece o potencial curativo de ações culturalmente estabelecidas, direcionando o olhar para o potencial do ser humano²⁵.

Algumas pessoas buscam novas possibilidades de tratamento pela dificuldade de acesso a medicina convencional, por insatisfação com a forma que segue os cuidados com sua saúde, ou por acreditar que as PICs podem trazer mais benefício quando somado ao tratamento convencional que recebem. Como salienta Telesi Júnior, são “modos alternativos de promover saúde, não lucrativos, menos onerosos e mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade”²⁶.

As PICs são recursos terapêuticos que objetivam a assistência à saúde do usuário favorecendo a promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação. Contribuem com a qualidade de vida de seus usuários, sendo utilizadas em diversos lugares do Brasil e do mundo, como novas formas de cuidado.

É preciso voltar-se para os usuários do CAPS observando seus contextos de vida, seus estilos, crenças e valores, bem como questionar o modelo médico hegemônico e dominante de cuidado que desconsidera outras formas de saberes e práticas. A medicina convencional tem muito a aprender com as PICs por serem uma abordagem mais empoderadora, holística, capacitante e acessível²⁷.

Neste sentido, buscou-se, com esta pesquisa, realizar uma revisão de publicações

científicas digitais que abordam como as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) vêm sendo utilizadas pelo CAPS no tratamento com seus usuários.

2 MATERIAS E MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão de literatura, consultando-se os seguintes bancos de dados digitais: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

As palavras-chave e expressões utilizadas no processo de busca foram: “Reforma Psiquiátrica”, “História do CAPS”, “CAPS e Prática Integrativa e Complementar”, “CAPS e Terapia Alternativa”, “CAPS e Prática Alternativa”; e o termo CAPS associado ao nome de uma PIC reconhecida pelo SUS (Planta Medicinal, Fitoterapia, Acupuntura, Auriculoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Termalismo, Crenoterapia, Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa, Dança Circular, Biodança, Yoga, Ayurveda, Reflexoterapia, Reflexologia, Shantala, Massagem, Automassagem, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais).

Como critérios de inclusão adotou-se artigos, dissertações e teses sobre o assunto, publicados entre 1990 e 2018, completos e em português.

3 RESULTADOS

Através da pesquisa bibliográfica foram encontrados artigos, dissertações e teses sobre 4 (quatro) PICs realizadas em CAPS: Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Musicoterapia e Dança.

Após a pesquisa bibliográfica, estruturou-se quadros, para cada uma das quatro PICs, com as seguintes colunas: ano da publicação, autor(es), título, tipo de Prática Integrativa e Complementar (PIC) e descritor. Apresentou-se, em seguida, uma tabela que quantifica os trabalhos encontrados para cada uma das PICs.

Quadro 1 - Pesquisas bibliográficas realizadas nos bancos de dados online Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD, sobre o descritor CAPS e Terapia Comunitária Integrativa.

Ano da Publicação	Autor(es)	Título	Tipo de PIC	Descritor
2010	Ferreira Filha MO, Carvalho MAP	A terapia comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2013	Carvalho MAP et al.	Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos CAPS: do isolamento à sociabilidade libertadora	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2013	Silva BCC et al.	A experiência de rodas de Terapia Comunitária Integrativa em CAPS e em ESF nos municípios de Cantagalo e Nova Friburgo – RJ	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2016	Mourão LF et al.	Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2016	Silva PMC	A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2017	Lacerda SBO et al.	A contribuição da terapia comunitária integrativa a usuários e familiares de um CAPS: relato de experiência	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa
2017	Lutterbach MGC	A contribuição da terapia comunitária integrativa na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial	Terapia Comunitária Integrativa	CAPS e Terapia Comunitária Integrativa

Quadro 2 - Pesquisas bibliográficas realizadas nos bancos de dados online Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD, sobre o descritor CAPS e Arteterapia.

Ano da Publicação	Autor(es)	Título	Tipo de PIC	Descritor
2003	Tavares CMM.	O papel da arte nos Centros de Atenção Psicossocial	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2007	Grinspun SRB.	Vivências terapêuticas em Oficinas de Arteterapia em um CAPS-Adulto	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2008	Mecca RC, Castro ED.	Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2009	Coscrato G, Bueno SMV.	A luz da arte nos Centros de Atenção Psicossocial: interface com o cuidado	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2010	Coqueiro NF, Viera FRR, Freitas MMC.	Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2011	Camargo VP et al.	Costurando saúde: possibilidade de integração por meio da confecção de bonecos(as) de pano em uma CAPS infantil	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2015	Andrade LA, Grisi VTM.	Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular	Arteterapia	CAPS e Arteterapia
2016	Facco SCM et al.	A arteterapia no tratamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Arteterapia	CAPS e Arteterapia

Quadro 3 - Pesquisas bibliográficas realizadas nos bancos de dados online Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD, sobre o descritor CAPS e Musicoterapia.

Ano da Publicação	Autor(es)	Título	Tipo de PIC	Descritor
2007	Moraes M, Silva RS.	Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2008	Campos NL, Kantorskil LP.	Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2011	Cardoso LN, Cunha RRS.	Trocas afetivas e psicossociais em musicoterapia: grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2012	Lima CM, Poli MC.	Música e um pouco de silêncio: da voz ao sujeito	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2013	Furquim A.	Relato de experiência em uma oficina de expressão através da música em um CAPS AD III na cidade de Porto Alegre – RS	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2014	Nunes PM.	A psicose e o laço social em notas musicais	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia
2016	Franzoi MAH et al.	Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um Centro De Atenção Psicossocial	Musicoterapia	CAPS e Musicoterapia

Quadro 4 - Pesquisas bibliográficas realizadas nos bancos de dados online Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD, sobre o descritor CAPS e Dança.

Ano da Publicação	Autor(es)	Título	Tipo de PIC	Descritor
1992	Castro ED.	A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2004	Peto AC.	A contribuição da dança do ventre na educação corporal, saúde física e mental de mulheres que frequentam um centro de atenção psicossocial	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2007	Leonardi J.	O caminho noético, o canto e as danças circulares como veículos da saúde existencial no cuidar	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2009	Liberato MTC, Dimenstein M.	Experimentações entre dança e saúde mental	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2011	Moehlecke V.	Ballet contágio: tecnologias da arte e da imagem	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2013	Lima MV, Guimarães SM.	Possibilidades Terapêuticas do Dançar	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2013	Oliveira SM.	Processo de criação em dança: investigações artísticas em um campo de ações em saúde mental	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança
2017	Reis BM, Liberman F, Carvalho SR.	Das inquietações ao movimento: um CAPS, a clínica e uma dança	Dança Circular e Biodança	CAPS e Dança

Tabela 1 - Pesquisas bibliográficas realizadas nos bancos de dados online Scielo, BVS, Google Acadêmico e BDTD.

PIC em CAPS	Número de trabalhos encontrados e Frequência
Terapia Comunitária Integrativa	7 (23%)
Arteterapia	8 (27%)
Musicoterapia	7 (23%)
Dança Circular e Biodança	8 (27%)
Outras PIC	0 (0%)
Total	30 (100%)

4 DISCUSSÃO

Diante das pesquisas realizadas, foram encontrados estudos relevantes sobre a importância das Práticas Integrativas e Complementares nos Centros de Atenção Psicossocial, preconizadas pelo SUS. As PICs identificadas nos CAPS foram Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Musicoterapia e Dança. As demais PICs não foram identificadas na literatura, provavelmente pela recente aprovação das práticas no SUS; sendo as primeiras portarias do Ministério da Saúde em 2006, posteriormente mais algumas em 2017 e 2018.

A seguir, serão apresentadas informações detalhadas a respeito dos sete (7) trabalhos encontrados e categorizados no Quadro 1 dos Resultados por meio dos descritores *CAPS* e *Terapia Comunitária Integrativa*, em seguida os demais quadros.

Ferreira Filha e Carvalho²⁸ descrevem em sua pesquisa a implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como meio de identificar problemas vivenciados por usuários e familiares do CAPS e estratégias de enfrentamento, além da inclusão social do usuário. Consistiu em um estudo qualitativo e em 12 rodas de terapia. Estas rodas se referem à partilha de experiência e sabedoria, na qual o acolhimento e respeito ao outro é fundamental. Nesse processo todos são corresponsáveis na busca de soluções para sofrimento e problemas do cotidiano. Todos os comentários são relevantes e incluídos no grupo. Os dados apontam insônia, abandono e conflitos familiares; estratégias de enfrentamento como apoio familiar, crença religiosa e ajuda profissional. Confirmou-se através da participação e relato dos usuários, mudanças de comportamento nos relacionamentos interpessoais contribuindo para inclusão social destes.

Similarmente, Carvalho e colaboradores¹² analisam as contribuições da Terapia

Comunitária Integrativa a partir de modificações de comportamentos de usuários de um CAPS. A pesquisa foi realizada a partir de entrevistas com seis colaboradores sob a análise temática proposta por Minayo, que possibilitou a construção de dois eixos: A TCI como mudanças que fazem a diferença e práxis libertadora. As histórias mostram que ocorreram mudanças significativas na vida pessoal, profissional e comunitária, a partir da roda de TCI. Verificou-se através da prática a promoção e recuperação dos meios de socialização. O uso da TCI está relacionada à proposição de reabilitação psicossocial dos usuários e inclusão social.

Silva e colaboradores²⁹ apresentam em seu trabalho a experiência de rodas de TCI em CAPS e Estratégia de Saúde da Família (ESF), que têm como objetivo estimular os usuários com transtornos mentais em interação com a sua comunidade, a representarem sentimentos e emoções para diminuir somatizações e sofrimentos. As rodas são realizadas em espaços da ESF e CAPS. Esta prática aberta à comunidade promove a reconstrução de identidade, a valorização de saberes, o resgate de autoestima, o encontro entre o singular e o comunitário com as dificuldades e situações de vida experienciada.

Por meio da revisão integrativa em banco de dados online, Mourão e colaboradores³⁰, objetivou conhecer a contribuição da TCI no processo saúde-doença. Os estudos analisados revelam o uso da TCI nas seguintes questões: Novo instrumento de cuidado para a saúde do idoso; Promoção a saúde mental do idoso; Estratégias de promoção à saúde mental; Repercussões da TCI no cotidiano de seus participantes; e contribuições para usuários de CAPS. A TCI propicia aos participantes significativos benefícios no processo saúde-doença.

Silva³¹ realizou uma pesquisa de campo em um CAPS tendo como objetivo investigar o efeito da TCI como terapêutica de intervenção psicossocial, de modo que avaliasse a contribuição para melhora da autoestima e vínculo dos usuários do CAPS, repercutindo o empoderamento e o fortalecimento da autonomia importante para o momento de pós-alta. A pesquisa foi desenvolvida com 11 usuários no regime-não intensivo, com tendência à, ou baixa autoestima e que frequentaram um mínimo de 6 rodas de TCI. A metodologia foi aplicação de questionários de autoestima e vínculos e 12 rodas de TCI, ambos propostos por Barreto. Os resultados indicam que os usuários apresentaram aumento nos escores de autoestima e de vínculos saudáveis, bem como diminuição dos vínculos frágeis e de risco. Percebeu-se também aumento da capacidade de empatia e da valorização de suas capacidades. A TCI mostrou-se como prática de emancipação e um instrumento de cuidado potente e criou redes solidárias, levando ao empoderamento, através da retomada do protagonismo de suas vidas.

Lacerda e colaboradores³² relatam uma experiência da TCI realizada em um CAPS. O objetivo foi descrever a vivência e ganhos da TCI para os usuários e familiares. O método, através de fichas informativas das rodas de TCI, foi a transcrição dos relatos dos participantes. Identificou-se a contribuição da TCI para o desenvolvimento cognitivo e ressocialização dos usuários no ambulatório de saúde mental, na família e na comunidade.

Lutterbach³³ em seu trabalho teve como objetivo produzir informações e intervenções, buscando validar a potência da TCI na sistematização do cuidado e formação em saúde na Atenção Psicossocial. A aplicação da TCI, na pesquisa, apresentou seu vigor e culminou na produção de uma nova metodologia denominada de “TCI: um processo hermenêutico-dialético”. A TCI produz novas organizações de todos os atores envolvidos, busca o aumento e o fortalecimento de redes de suporte nas suas dimensões pedagógica e terapêutica. As rodas de TCI são reconhecidas como recurso terapêutico, num desenvolvimento horizontal e circular de ser cuidado e cuidar. Recomenda-se o uso contínuo, favorecendo o processo da formação e do trabalho, das equipes de saúde e da comunidade, e das pessoas com transtorno mental.

A seguir, indica-se os estudos sobre o descritor *CAPS e Arteterapia*, identificados em nove (8) trabalhos, em que se encontram descritos no Quadro 2, presentes nos Resultados.

Tavares³⁴ em seu estudo sobre a utilização da abordagem artística nos cuidados desenvolvidos nos CAPS teve como objetivo entrevistar profissionais do local. Os dados apontam que atividades artísticas são utilizadas como interação positiva com os usuários do serviço como meio de reabilitação psicossocial. Também atualiza a potencialidade criativa tanto dos profissionais quanto dos usuários, tendo a arte como meio de cuidar.

Grinspun³⁵ em sua pesquisa teve como objetivo compreender pacientes de um CAPS Adulto, em sofrimento mental persistente e severo, que experienciaram oficinas de Arteterapia, terapêutico-expressivas, e que contribuição tiveram para suas vidas. O pressuposto metodológico foi a análise da produção não verbal e significado da fala dos usuários do grupo das oficinas, a partir de uma corrente gestáltica – apoiada nos fundamentos da fenomenologia. Com alguns pacientes foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sendo que os entrevistados estavam na mesma sala que as produções expostas. Constatou-se que consideravelmente a Arteterapia e os recursos terapêuticos expressivos colaboraram na prevenção, tratamento e melhora dos pacientes, indicando um bom prognóstico. Quando associada a outros tratamentos, visando a reabilitação psicossocial, tais como psicológico, medicamentoso e de terapia ocupacional, a ajuda ocorre de forma mais significativa.

Diferentemente, Mecca e Castro³⁶ discutem práticas de cuidado em saúde mental por meio do uso de atividades artísticas, importante para organização do cotidiano e do espaço institucional, como o CAPS. Falam da relevância da permeabilidade do cotidiano para o acolhimento da produção artística dos usuários e a associação com outras atividades do cotidiano no serviço. Argumentam sobre a importância de pensar nas necessidades dos usuários e o seu estilo de ser, e de a instituição funcionar como cenário para a conexão semiótica das experiências dos sujeitos em interlocução com a cultura.

Na literatura científica, Coscrato e Bueno³⁷ objetivam identificar quais trabalhos versam sobre a arte em saúde mental, especialmente no cenário dos CAPS e assim possibilitar uma reflexão sobre a temática. Os autores encontraram sete estudos nos bancos de dados Scielo, Lilacs e Medline. Os dados apontam que se devem ultrapassar os limites técnicos dos profissionais utilizando a arte, coprodutora de subjetividade, como meio de alcançar a dimensão existencial: responsável, humana, tolerante, de respeito às diversidades e solidária. Dimensões que vão de encontro com a atual conjuntura da saúde mental em que se propõe a buscar assistência humanizada, cidadã e ética.

Coqueiro, Vieira e Freitas³⁸ objetivaram relatar a aplicação da Arteterapia no exercício cotidiano tendo como alvo a vivência desempenhada em um grupo terapêutico de um CAPS. As ações visaram de modo singular a valorização e potencialização do processo de livre criação, melhora do equilíbrio emocional, autoestima e diminuição dos impactos da psicopatologia. O grupo utilizou a pintura, escultura e ações de construção de livre expressão artística, favorecendo assim, a adesão e envolvimento dos sujeitos neste processo, possibilitando mudanças nas áreas interpessoal, relacional e afetiva.

Em um CAPS Infantojuvenil, Camargo e colaboradores³⁹ tiveram como objetivo apresentar atividades desenvolvidas com crianças, pautando-se em fundamentos da Arteterapia e em conceitos basilares da abordagem psicanalítica winnicottiana. Delineou-se oficinas para promoção de saúde entre usuários infantis e tonificar uma abordagem multidisciplinar de cuidados. No grupo, os participantes (paciente, família e cuidador da saúde) a cada encontro desenhou e costurou um boneco ou uma boneca de pano. Todos eram estimulados a relatar sobre seus sentimentos neste processo. A criação dos bonecos possibilitou não apenas um novo ensaio da experiência transicional, mas, sobretudo, viabilizou um lugar sem estigma, em que os sujeitos puderam perceber-se como criativos e com um melhor desempenho das capacidades psicológicas.

Noutra perspectiva, Andrade e Grisi⁴⁰ narram uma vivência de estágio realizado em um CAPS utilizando-se das abordagens da Psicologia Social Comunitária em interlocução com a metodologia participativa da Educação Popular e fundamentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A metodologia participativa é considerada uma ferramenta que possibilita o diálogo, a criação de espaços para troca de ideias, a construção coletiva do conhecimento e a mobilização política. Assim os princípios teóricos e metodológicos da Educação Popular contribuem para o desenvolvimento das práticas de psicologia em comunidade, no tocante ao fomento de formas coletivas de aprendizado, promovendo o desenvolvimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento e luta. Os fundamentos da Reforma Psiquiátrica referem a um contexto que demanda a participação dos usuários, familiares, trabalhadores de saúde e da comunidade; no processo de desconstrução do aparato manicomial por meio de um espaço de construção coletiva do protagonismo. Sendo assim, possibilita a constituição de um sujeito político, que debate sobre o tratamento e sua instituição, conhece seus direitos, participa e interfere no campo político. Posto isto, utilizou-se nas oficinas em um grupo de usuários o método do Teatro do Oprimido e várias linguagens artísticas, incluindo os recursos audiovisuais. O Teatro do Oprimido trata-se de um método teatral que objetiva desenvolver em todos os participantes melhores formas de se expressar, e que visa a sua transformação pessoal, política e social. Com a participação dos usuários no processo, foi realizado um documentário sobre suas histórias de vida, destacando locais e tipos de tratamentos a que foram submetidos, e projetos para o futuro. Tal prática promoveu saúde e encorajou o autogoverno e o protagonismo social dos sujeitos, que tomaram um lugar de criação.

Facco e colaboradores⁴¹ referem à Arteterapia como um termo que revela a utilização de soluções artísticas por intermédio da arte em ambientes terapêuticos. Tiveram como objetivo saber a vantagem da Arteterapia em CAPS no tratamento dos usuários. Realizou-se esta pesquisa com dois grupos diferentes de Arteterapia com intenção de saber o que mudou na vida de cada um depois das oficinas de Arteterapia. Através das falas, surgiram três categorias: a Arteterapia como promotora de mudanças; os sentimentos proporcionados pela Arteterapia; e a importância das relações pessoais no grupo de Arteterapia. Percebeu-se que a Arteterapia tem uma fundamental influência na mudança de hábitos, viabilizando qualidade de vida aos sujeitos participantes.

A seguir, apresenta-se as pesquisas sobre o descritor *CAPS e Musicoterapia*,

identificados em sete (7) trabalhos, descritos no Quadro 3.

Uma pesquisa de Moraes e Silva⁴² teve como objetivo contar uma vivência profissional na área de Musicoterapia no cenário da Reforma Psiquiátrica. A experiência teve início num manicômio em Volta Redonda-RJ e em seguida num CAPS. O trabalho musicoterapêutico teve como consequência a inauguração de um grupo musical com usuários do CAPS. Os autores utilizam princípios da filosofia da diferença de Deleuze-Guattari para discutir sobre esta vivência. O grande tema da filosofia da diferença de Deleuze-Guattari é o pensamento, o exercício do pensamento e a possibilidade de novas formas de expressão do pensar. Um pensamento diferencial, isto é, um pensamento que privilegia a ideia de diferença para instaurar novos ângulos e perspectivas do real. Referem a Musicoterapia como um saber híbrido, mestiço e que a pesquisa permitiu pensar algumas maneiras de desempenho e ação da Musicoterapia.

Campos e Kantorskil⁴³ objetivam relatar o uso da música numa Oficina Terapêutica de Cuidado com o Corpo desempenhada em um CAPS. A oficina abarcou sete usuários que participaram de oito encontros. Os resultados demonstram a prática de enfermagem que utiliza a música como meio propiciador do vínculo e do diálogo entre os participantes da oficina, colaborando para melhora da autoestima e incentivar o autocuidado dos usuários, além do processo de reabilitação psicossocial.

Em um CAPS AD, em dois grupos musicoterapêuticos atendidos, Cardoso e Cunha⁴⁴ a partir de conceitos basilares da Musicoterapia social e Reforma Psiquiátrica, investigam e descrevem as trocas psicossociais e afetivas surtidas durante interação sonoro-musicais. Na busca, durante o processo de dois grupos distintos, foram realizados 16 registros sistematizados de relatórios musicoterapêuticos dos temas frequentes, sendo oito de cada grupo. Cada relatório continha a descrição detalhada das expressões musicais e das manifestações comunicativas que ocorriam entre os participantes, verbais e não verbais. Os temas frequentes foram agrupados em quadros mostrando as diferentes formas de expressão dos grupos na interação com a música. Os quadros revelaram que as atividades de Musicoterapia possibilitaram criar situações sociais de relações psicoafetivas.

Outra pesquisa também realizada em um CAPS AD, por Furquim⁴⁵, se refere ao um relato de prática sobre uma oficina, denominada Tocante, de expressão por intermédio da música. Um dos objetivos do Tocante é propiciar um espaço de tempo lúdico compenetrado na música e na ponderação de usuários, profissionais, acadêmicos e residentes, entre outros. As oficinas ocorreram semanalmente por meio de instrumentos de percussão tocado e cantado por

usuários, ou a simples vontade de ouvir a música. O trabalho revela que a abordagem realizada com os indivíduos seja de maneira mais próxima da realidade deles trazendo o cotidiano como elemento fundamental para a construção do cuidado e “sem a obscuridade da academia” como cita o pesquisador. O autor faz uma crítica que abordagem da dependência química e da saúde mental que, muitas vezes, passam por consultórios de psicoterapia e que, algumas vezes, não consideram o a complexidade do uso da substância psicoativa e do tratamento.

Na clínica das psicoses em um CAPS, as autoras Lima e Poli⁴⁶ investigam as repercussões possíveis do trabalho com a música para estes sujeitos. A pesquisa assegura a suposição de que a música se apresenta como um caminho possante na criação de ínterim entre o sujeito e o Outro, desafio constante nesta clínica. A partir desta exploração exalta o silêncio como destino essencial no tratamento das psicoses. Pois o sujeito com psicose não fala, é falado por outro, que ocupa o lugar do sujeito, excluindo-o do lugar de enunciação. É preciso que o outro se cale para que no sujeito não chegue respostas, para que ele possa falar. Nesta medida que a música pode comparecer dando a ouvir uma resposta possível diante do impossível de se obter uma resposta.

No mesmo sentido, Nunes⁴⁷ fala da importância da música para as psicoses, e transtornos mentais no geral, em sua vivência como residente em Saúde Mental em que conduziu uma Oficina de música em um CAPS. Argumenta que a música está presente em nossa vida desde o nascimento, passando pelo debutar e ao enlace matrimonial, sempre deixando suas marcas. As músicas integram e dão sentido à nossa vida no dia a dia e que pode ter função de organização mental e no estabelecimento de laços sociais, ou seja, relação entre as pessoas. Em psicanálise a linguagem que sustenta os laços sociais. Com presença marcada por ausências a linguagem musical permite que o sujeito suporte os intervalos no envolvimento com a música, importante para o progresso dos laços sociais. O relato de experiência refere à importância da música como meio facilitador dos laços sociais e suas possibilidades no tratamento de psicoses, partindo do pressuposto que há fragilidade de inserção de sujeitos com psicose no laço social. Na teoria psicanalítica o sujeito psicótico está na linguagem, mas fora do discurso pelo jeito que ele aí se assume numa relação de estranheza e exterioridade.

Franzoi e colaboradores⁴⁸, a partir de um CAPS Infantojuvenil, tiveram como objetivo relatar a vivência da aplicação da utilização da música como tecnologia de cuidado a crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA). Refere-se a uma proposta baseada na ideia de ação-reflexão-ação da pedagogia problematizadora de Paulo Freire com etapas, que articuladas

entre si traçam um caminho eficaz, de diagnóstico situacional da realidade, teorização e aplicação na realidade. No diagnóstico da realidade, elabora-se um diagnóstico minucioso e detalhado. Na etapa de teorização, amplia-se a visão que se tem da realidade levantada, em direção a uma nova realidade. A aplicação na realidade consiste na construção de alternativas e estratégias viáveis e imprescindíveis para ir em direção à nova realidade. Fazendo conexões entre a prática antiga, a teoria e a nova prática. A intervenção musical possibilitou e conduziu novas experiências lúdicas, motoras, sensoriais, de linguagem e de interação com estas crianças. De maneira lúdica e musical, abarcou a tríade de modificações interação-comunicação-comportamento.

Para finalizar, apresentam-se os estudos sobre o descritor *CAPS e Dança* identificados em oito (8) pesquisas, e descritos no Quadro 4.

Castro⁴⁹ descreve uma experiência no CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, primeiro de São Paulo, em que foram realizados encontros semanais com os usuários no período de dois anos, entre 1989 e 1991, baseando-se na teoria de Rudolf Laban, Gerda Alexander e em aulas de Naisa Franca. Os encontros revelam a dança como trabalho corporal e de apropriação de si mesmo. A população que busca auxílio psiquiátrico muito se favorece no tratamento em que lhes possibilite a experiência do corpo inteiro num sentido de expressão e autoconhecimento, estimulando a motivação para o lúdico, o conhecimento de si e comunicação com o outro.

Paralelamente, Peto⁵⁰ investiga a contribuição da dança do ventre para a educação corporal e a saúde física e mental de mulheres usuárias de um CAPS e que frequentam uma academia de dança. Foi aplicado um questionário com perguntas abertas a 12 mulheres, entre 16 e 40 anos de idade, que praticavam a dança há mais de três meses. Por meio do conteúdo das respostas fez-se uma análise e concluiu que a dança do ventre é um meio que possibilita educação integral, valorização da vida, melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Leonardi⁵¹ em seu trabalho em um CAPS teve como objetivo entender os valores e sentidos do existir para pessoas com transtorno mental por meio do processo musicoterapêutico, pautado na análise existencial-humanista de Viktor Frankl, centralizado em experiências do canto e de danças circulares. Foi realizado um grupo de pesquisa com 10 usuários de um CAPS semi-intensivo no período de quatro meses de atuação. O trabalho contou com a participação de dois musicoterapeutas, um observador e um assistente. Foram realizadas entrevistas iniciais e individuais com os participantes para levantar histórico sonoro-musical e registro dos depoimentos durante quatro meses de intervenção. A partir de produções de sentido dos

integrantes se revela a experiência da convivência em grupo como valor mais significativo e urgente na vida dos usuários. Os sentidos de vida e valores partilhados pelos sujeitos para o resgate de saúde mental foram: a) existir e ser reconhecido, em seu valor e vida, por outro ser humano; b) relações humanas solidárias como possibilidade concreta de acesso a uma dimensão real de saúde; c) o sentido de saúde mencionado é entendido como vivência e partilha de amizade, amor e encontro genuíno entre dois seres humanos; d) a busca das relações e do outro como o desejo mais profundo dos portadores no resgate da sua saúde mental e, finalmente e) a vivência do canto e das danças circulares como importantes veículos da saúde existencial e de valores noéticos na vida dos portadores. A noética refere-se à dimensão espiritual que se abrem possibilidades para falar de sentidos e valores, liberdade e responsabilidade, como forma de humanização da terapia e da ciência psicológica.

Ao investigar o uso da dança no cenário da Reforma Psiquiátrica, Liberato e Dimenstein⁵² analisaram um grupo de expressão corporal de um CAPS. Para isso, participaram de encontros e fizeram entrevistas com profissionais ligados a atividade e participaram de uma reunião da equipe. Observou-se que esta vivência pode útil como dispositivo da Reforma Psiquiátrica, viabilizando novas formas de lidar com a diferença, ou ser também capturado pela lógica manicomial. Por fim, o grupo serviu como um analisador do arranjo do serviço e de ser indispensável criar novas maneiras diferentes de cuidar.

Em um Grupo de Dança Contemporânea de um CAPS, denominado Ballet Contágio, Moehlecke⁵³ em sua pesquisa problematiza as experimentações vividas. Altera a maneira de lidar com a loucura e com a pesquisa, ao proporem um olhar atravessado pela estética e pela tecnologia imagética, conexão entre palavra e estética. Interventivamente, acompanha as expressões de um corpo coletivo que dança e se reinventa de modo singular. Passando de paciente a bailarinos, se observa os efeitos desta rendição, suportando as suas aflições e a quietude, *pari passu* que fazem circular as remotas lástimas e mágoas. Assim, sustenta-se a invenção de tecnologias no cuidado a saúde e linguagens expressivas.

Lima e Guimarães⁵⁴ exploram na pesquisa que as pessoas nascem em um mundo ocupado por Espaços-Tempo de Probabilidades e Possibilidades (ETPP) de aprendizagem, tendo em conta o “se movimentar”. Assim, o Dançar pode ser usado como ETPP, recurso terapêutico para pacientes com transtorno mental. A partir desta premissa e de observações de uma Oficina de Dança em um CAPS, a pesquisa objetivou relatar contribuições da terapêutica do Dançar, referindo o processo de socialização, melhora da autoestima e adesão ao tratamento.

Foram realizadas várias dinâmicas de maneira lúdica e de apresentação. Por meio das observações identificou-se o aumento do ciclo de amizade e melhora da qualidade das já estabelecidas; a melhora da autoimagem, autoestima, coordenação motora, lateralidade e ritmo musical; a redução de medos e externalização de emoções; e a adesão ao tratamento.

Oliveira⁵⁵ teve como objetivo investigar a dança com pessoas em sofrimento mental e gerar reflexões sobre a arte com intervenções em um CAPS. Para esta abordagem da criação em dança vivenciada, pautou-se no movimento humano da teoria de Rudolf Laban e conceitos da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. No processo das atividades tomou o corpo como objeto de aparecimento de expressões e demais linguagens, assim identificou-se que a essência da experiência estava no processo de criação em dança. A proposta promoveu novas formas relacionais e corporais, e viabilizou aos membros uma vivência como protagonistas em decursos coletivos e ambientes comunitários.

A partir de uma vivência prática realizada num CAPS, Reis, Liberman e Carvalho⁵⁶ investigam a experimentação do corpo em movimento, por meio de uma intervenção em grupo com os usuários. Considerando aspectos da rotina do trabalho no CAPS, se propõe uma estratégia de cuidado do outro e de si através de recursos artísticos como a dança. Pensando no gerenciamento do tempo como moduladora de jeito de funcionar dos usuários e trabalhadores, se aposta na dança como engenho que oportuniza contratempo ao andamento veloz do serviço, tornando possíveis corpos mais hospitaleiros aos encontros e às composições.

5 CONCLUSÃO

As PICs aqui identificadas (Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Musicoterapia e Dança Circular e Biodança), utilizadas em Centros de Atenção Psicossocial Adulto, Infantojuvenil e Álcool e outras Drogas, indicam resultados positivos como o empoderamento dos usuários, a corresponsabilização e adesão ao tratamento, a reabilitação psicossocial e a inclusão social. Outros pontos compartilhados pelas práticas em CAPS são a concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção integral do cuidado (corpo, mente e espírito), sobretudo o autocuidado.

Os estudos em Terapia Comunitária Integrativa nos CAPS apontam esta prática como um meio de identificar os problemas vivenciados pelos usuários e seus familiares, possibilitando estratégias de enfrentamento e superação. A prática de TCI possibilita aos participantes representarem seus sentimentos e emoções para minimizar somatizações e

sofrimentos; promove a reconstrução de identidade; valorização de saberes; resgate de autonomia; elaboração das dificuldades de situações de vida experienciada; melhora da autoestima; vínculos saudáveis no ambulatório, com familiares e a comunidade; aumento da capacidade empática; valorização de suas capacidades; retomada do protagonismo de suas vidas; desenvolvimento cognitivo; e instrumento horizontal e circular de ser cuidado e cuidar.

Os trabalhos de Arteterapia nos CAPS apresentam benefícios como interação positiva entre os usuários; prevenção de doenças, tratamento e melhora; organização do cotidiano e espaço institucional; possibilita emergir as reais necessidades dos usuários e estilo de ser sem estigma; atua como coprodutora de subjetividade; valoriza e fortalece a criatividade e potencialidade do sujeito; melhora o equilíbrio emocional e a autoestima; diminuição dos impactos da doença mental; melhora interpessoal, relacional e afetiva; influencia na mudança de hábitos; encoraja ao autogoverno e protagonismo social.

As pesquisas de Musicoterapia em CAPS sinalizam sua importância como espaço potente de ínterim entre o sujeito e o outro que propiciam vínculo e diálogo entre os participantes; melhora da autoestima e autocuidado; surgimento de relações psicoafetivas; emergência de situações do cotidiano, fundamental para construção do cuidado; estruturação mental; experiência lúdica, motora, sensorial, de linguagem e sociabilidade.

Os estudos em Dança Circular e Biodança em CAPS descrevem resultados como trabalho corporal; apropriação de si mesmo; experiência do corpo inteiro; autoconhecimento; motivação para o lúdico; possibilita a comunicação com o outro; ser reconhecido; relações humanas solidárias; vivência e partilha de amizade, amor e encontro com o outro; novas formas de lidar com as diferenças; resgate de identidade; expressão das emoções; empoderamento; melhora da autoestima, autoimagem, coordenação motora, lateralidade e ritmo musical; favorece a adesão ao tratamento; e protagonismo em ambientes coletivos e comunitários.

Neste sentido, se faz necessário novas pesquisas também com as demais PICs a fim de compreender suas contribuições para saúde, como preconiza a definição da OMS em 1946, em que saúde não é a mera ausência de doença, mas o bem-estar biológico, psicológico e social; e as práticas integrativas e complementares aqui expostas têm colaborado para mostrar esta importância.

6 REFERÊNCIAS

1. Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental na atualidade. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 jun [citado 2018 jun 7]; 45(3): 687-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300020&Ing=en.
2. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 out [citado 2018 abr 16]; 29(10): 2028-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en.
3. Pereira EC, Costa-Rosa A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. Saúd Soc São Paulo [Internet]. 2012 dez [citado 2018 jun 07]; 21(4): 1035-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400020&Ing=en
4. Correia LC. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos [Trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/7186>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abr. 2001; Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
6. Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 set [citado 2018 abr 16]; 12(3): 547-53. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>.
7. Almeida Filho AJ, Fortes FLS, Queirós PJP, Peres MAA, Vidinha TSS, Rodrigues MA. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. Rev Enf Ref [Internet].

2015 fev [citado 2018 abr 16]; ser IV(4): 117-25. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100013&lng=pt.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, sito é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 Fev. 2002; Seção 1, p. 22. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2018 abr 16]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Diário Oficial da União, 24 fev. 2000; Seção 1, p. 23. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_19975_PORTARIA_N_106_DE_11_DE_FEVEREIRO_DE_2000.aspx
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2018 abr 16]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.
12. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad Saúd Públic [Internet]. 2013 out [citado 2018 mai 24]; 29(10): 2028-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 04 mai. 2016; Seção 1, p. 20. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.
14. Florian MR, Meirelles MPMR, Sousa MLR. Disfunção temporomandibular e acupuntura: uma terapia integrativa e complementar. Odontol Clínic-Cientú [Internet]. 2011

abr/jun [citado 2018 abr 16]; 10(2): 189-92. Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000200019.

15. Marçal D. Terapias alternativas precisam de uma ciência alternativa. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2016 abr [citado 2018 abr 16]; 32(2): 93-4. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200002.

16. Avila-Pires FD. Teoria e prática das práticas alternativas. Rev Saúd Públ [Internet]. 1995 abr [citado 2018 abr 16]; 29(2): 147-51. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200012&lng=pt.

17. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 mar [citado 2018 abr 16]; 16(3): 1801-11.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016&lng=en.

18. Organização Mundial da Saúde. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional [Internet]. Genebra: OMS; 2002. [citado 2018 abr 16]. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=5E01594F4AA84B857ECBB3AB3D29EC29?sequence=1.

19. Ministério da Saúde (Brasil). 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, 28 mar. 2017; Seção 1, p. 68. Disponível em:

https://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_DE_2017.aspx.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2017; Seção 1, p. 32. Disponível em:

http://www.lex.com.br/legis_27275941_PORTARIA_N_145_DE_11_DE_JANEIRO_DE_2017.

21. Ministério da Saúde (Brasil). 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, 22 mar. 2018; Seção 1, p. 74. Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2018/iels.mar.18/Iels53/U_PT-MS-GM-702_210318.pdf.

22. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. United States: Department of Health and Human Services; 2006 [citado 2018 mar 24]. Disponível em:

<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.

23. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. Rev Bras Crescim Desenv Hum [Internet]. 2012 [citado 2018 jun 7]; 22(2): 233-8. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&Ing=pt&nrm=iso.

24. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti Junior JP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Rev Port Enf Saú Ment [Internet]. 2016 jun [citado 2018 abr 16]; (15): 53-62. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt.

25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2018 abr 16]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

26. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Rev. Estudos Avançados [Internet]. 2016 abr [citado 2018 abr 16]; 30(86): 99-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100009.

27. Barret B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, Rakel D, Rabago D. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. J Altern Complement Med [Internet]. 2003 dec [citado 2018 jun 08]; 9(6): 937-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14736364>.

28. Ferreira Filha MO, Carvalho MAP. A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 jun [citado

2018 mai 24]; 31(2): 232-9. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200005&lng=en.

29. Silva BCC, Lutterbach MGC, Arão S, Pinheiro Z. A experiência de rodas de Terapia Comunitária Integrativa em CAPS e em ESF nos municípios de Cantagalo e Nova Friburgo (RJ). *Temas em Educ e Saúd* [Internet]. 2013 mar [citado 2018 mai 24]; SI(9): 47-53.

Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9585>.

30. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimarães MSO, Nery IS.

Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. *Rev Pol Públic* [Internet]. 2016 jun/dez [citado 2018 mai 24]; 15(2): 129-35. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1047>.

31. Silva, PMC. A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/9099>.

32. Lacerda SBO, Batista RA, Pontes JAR, Macedo KC. A contribuição da terapia comunitária integrativa a usuários e familiares de um CAPS: relato de experiência. *Temas em Educ e Saúd* [Internet]. 2017 mar [citado 2018 mai 24]; SI(8): 185-96. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9575>.

33. Lutterbach MGC. A contribuição da Terapia Comunitária Integrativa na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/4283>.

34. Tavares CMM. O papel da arte nos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2003 fev [citado 2018 mai 24]; 56(1): 35-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100007.

35. Grinspun SRB. Vivências terapêuticas em Oficinas de Arteterapia em um CAPS-Adulto [tese]. São Paulo: São Marcos; 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-7799>.

36. Mecca RC, Castro ED. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. *Interfac* [Internet]. 2008 jun [citado 2018 mai 24]; 12(25):377-86. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

37. Coscrato G, Bueno SMV. A luz da arte nos Centros de Atenção Psicossocial: interface com o cuidado. *Cad Bras de Saúd Ment* [Internet]. 2009 out/dez [citado 2018 mai 24]; 1(2): 142-9. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1139>.
38. Coqueiro NF, Vieira FRR, Freitas MMC. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2018 mai 24]; 23(6): 859-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
39. Camargo VP, Lena MS, Dias HZJ, Roso AR. Costurando saúde: possibilidade de integração por meio da confecção de bonecos(as) de pano em uma CAPS infantil. *Psicol Argum* [Internet]. 2011 jan/mar [citado 2018 mai 24]; 29(64): 101-8. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-593451>.
40. Andrade LA, Grisi VTM. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. *Pesq e Pratic Psicoss* [Internet]. 2015 [citado 2018 mai 24]; 10(1): 79-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100007.
41. Facco SCM, Menezes LP, Dias CAM, Marisco NS, Arboit EL. A arteterapia no tratamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Espaço Ciênc e Saúd* [Internet]. 2016 dez [citado 2018 mai 24]; 4(1):45-54. Disponível em: <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5249>.
42. Moraes M, Silva RS. Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática. *Psico* [Internet]. 2007 mai/ago [citado 2018 mai 24]; 38(2): 139-47. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522149&indexSearch=ID>.
43. Campos NL, Kantorskil LP. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. *Rev Enferm* [Internet]. 2008 jan/mar [citado 2018 mai 24]; 16(1): 88-94. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14985>.
44. Cardoso LN, Cunha RRS. Trocas afetivas e psicossociais em musicoterapia: grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Núcl Estud Pesq Interdisc Musicoter* [Internet]. 2011 jul [citado 2018 mai 24]; 2(2): 74-94. Disponível em: <http://periodicos.unesp.br/index.php/incantare/article/view/178>.
45. Furquim A. Relato de experiência em uma oficina de expressão através da música em um CAPS AD III na cidade de Porto Alegre (RS) [tese]. Porto Alegre: Instituto Federal do

Rio Grande do Sul; 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-31186>.

46. Lima CM, Poli MC. Música e um pouco de silêncio: da voz ao sujeito. *Ágora* [Internet]. 2012 dez [citado 2018 mai 24]; 15(spe): 371-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-149820120003000002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

47. Nunes PM. A psicose e o laço social em notas musicais [tese]. Porto Alegre: Instituto Federal do Rio Grande do Sul; 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-34352>.

48. Franzoi MAH, Santos JLG, Backes VMS, Ramos FRS. Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Text Context Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 mai 24]; 25(1): e1020015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100701&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

49. Castro ED. A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. *Rev Ter Ocup* [Internet]. 1992 [citado 2018 mai 24]; 3(1/2): 24-32. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=140207&indexSearch=ID>.

50. Peto AC. A contribuição da dança do ventre na educação corporal, saúde física e mental de mulheres que frequentam um centro de atenção psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-16789>.

51. Leonardi J. O caminho noético o canto e as danças circulares como veículos da saúde existencial no cuidar [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19102007-131820/pt-br.php>.

52. Liberato MTC, Dimenstein M. Experimentações entre dança e saúde mental. *Rev de Psicol* [Internet]. 2009 jan/abr [citado 2018 mai 24]; 21(1): 163-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

53. Moehlecke V. Ballet contágio: tecnologias da arte e da imagem [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Centro de Estudos Interdisciplinares em Novas Tecnologias da Educação. Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação; 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/39667>.
54. Lima MV, Guimarães SM. Possibilidades terapêuticas do dançar. Cad Bras de Saúd Ment. [Internet]. 2014 dez [citado 2018 mai 24]; 6(14): 98-127. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1630>.
55. Oliveira SM. Processo de criação em dança: investigações artísticas em um campo de ações em saúde mental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Estética e História da Arte; 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/93/93131/tde-23012014-135050/pt-br.php>.
56. Reis BM, Liberman F, Carvalho SR. Das inquietações ao movimento: um CAPS, a clínica e uma dança. Interfac Com, Saúd e Educ [Internet]. 2017 set [citado 2018 mai 24]; 22(64): 275-84. Disponível em: <http://scielosp.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0448/>.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, PARA IDENTIFICAR NEGLIGÊNCIA E MAUS-TRATOS

**Violence against the elderly: Difficulties covered by professionals in the health
area, to identify negligence and malfunction**

Lilian Aparecida Gonçalves Maria⁴

Ailton Bedani⁵

RESUMO: A notificação de ocorrência ou suspeita de violência contra a pessoa idosa é compulsória para os profissionais da área da saúde, sendo um instrumento fundamental para a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. Devido à complexidade da análise dos casos, por vezes, os integrantes das equipes de saúde enfrentam dificuldades na identificação de situação de violência, e consequentemente em chegar a um consenso sobre a necessidade de notificação de um evento. Discutir as dificuldades, enfrentadas pelos profissionais da saúde, de identificar negligência e maus tratos, é o objetivo do presente estudo. Para a produção deste trabalho, realizou-se uma revisão da literatura, consultando-se artigos científicos, editados no Brasil, em formato eletrônico, nas bases de dados Scielo e Lilacs, e publicados entre 2003 (ano da promulgação do Estatuto do Idoso) e 2017. Selecionou-se 72 artigos, porém, em apenas 4 deles, identificou-se diretamente o objeto deste estudo. Concluiu-se, aqui, que é necessário um maior investimento na capacitação profissional e que é imperativo o trabalho interdisciplinar, pois ele favorece a integração das competências e habilidades individuais de cada profissional para, conjuntamente, atender de forma integral às necessidades de saúde dos idosos vítimas de violência. Identificou-se, também, a existência de instrumentos validados que podem subsidiar a análise dos casos de violência.

Palavras-chave: Violência e idoso. Negligência e idoso. Maus-tratos e idoso.

Abstract: The notification of occurrence or suspicion of violence against the elderly is compulsory for health professionals, being a fundamental instrument for the definition of public policies for prevention and intervention. Due to the complexity of the cases analysis, sometimes health team members face difficulties in identifying a situation of violence, and consequently in reaching consensus on the need to notify an event. Recognizing the factors that make it difficult for health professionals to identify negligence and maltreatment is the objective of this study. For the production of this work, a review of the literature was carried out, referring to scientific articles, published in Brazil, in electronic format, in the Scielo and Lilacs databases, and published between 2003 (year of the enactment of the Elderly Statute) and 2017. There were 72 articles selected, but in only 4 of them, the object of this study was directly identified. It has been concluded that greater investment is needed in vocational training. Interdisciplinary work is imperative because it favors the integration of the individual skills and abilities of each professional to jointly meet the health needs of the elderly victims of violence. It was also

⁴ Assistente Social pós-graduada em Serviço Social Hospitalar pela Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁵ Psicólogo, psicoterapeuta, professor universitário, Mestre e Doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

identified the existence of validated instruments that can subsidize the analysis of cases of violence.

Keyword: violence and the elderly, neglect and the elderly, ill-treatment and the elderly

INTRODUÇÃO

A temática da violência não é, certamente, assunto recente. Preocupação das áreas de segurança pública, justiça e movimentos sociais, a violência, a partir da década de 1960, nos países mais desenvolvidos, passou a ser vista como um problema de saúde pública¹.

A violência é exercida através do estabelecimento das relações sociais, não sendo, portanto, objeto específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligada a ela, pois a área da saúde realiza o atendimento às vítimas da violência social².

Hoje, a área da saúde busca ultrapassar o papel apenas curativo, visa medidas preventivas aos agravos e promoção à saúde, levando-se em consideração um conceito ampliado de bem estar individual e coletivo².

Cabe destacar que o artigo 230 da Constituição Federal declara que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida³.

O Estatuto do idoso, em seu artigo 3º, refere que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária⁴.

O artigo 4º do Estatuto do Idoso dispõe que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei e que é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso⁴.

A violência contra a pessoa idosa é uma violação de direitos e é uma das causas mais importantes de lesões, doenças, perda de produtividade, e isolamento⁵.

De acordo com a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) maus tratos são ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. ⁶

Foram estabelecidas internacionalmente algumas tipologias de violência mais praticadas contra a pessoa idosa, são elas: Abuso físico (maus tratos físicos ou violência física);

abuso psicológico (violência psicológica ou maus tratos psicológicos), abuso sexual (violência sexual); negligência, abuso financeiro e econômico e autonegligência⁶.

No artigo 19º do Estatuto do Idoso está disposto que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles ao Ministério Público ou ao Conselho Municipal, Estadual ou Nacional⁴.

Vale ressaltar que normas e instrumentos legais para o enfrentamento dos casos de violência não são suficientes para modificar o cenário da violência contra o idoso. É preciso que a sociedade se conscientize do tema e que os profissionais envolvidos estejam devidamente qualificados para intervirem nas situações que se apresentarem.

As campanhas de conscientização de profissionais sobre o tema, estão inseridas nos planos de prevenção da violência, conforme consta no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, realizado pela Organização Mundial da Saúde em 2014. Essa estratégia tem o intuito de melhorar a capacidade dos profissionais para identificar e lidar de forma efetiva com os casos suspeitos⁷.

Em cumprimento ao artigo 19 do Estatuto do Idoso que versa sobre a notificação compulsória, e para adequada identificação das formas de violência, faz-se necessária a intervenção, não de um só profissional, mas de uma equipe interdisciplinar, para que haja a possibilidade de diálogo entre os diferentes campos do saber profissional, e dessa forma possibilitar uma visão ampla dos determinantes sociais e de saúde que estão envolvidos em cada caso analisado⁴.

A situação de maus tratos e negligência possui muitas particularidades e se faz necessária uma minuciosa análise por parte dos profissionais envolvidos, visto que devem possuir um olhar atento e treinado para que ocorra uma avaliação criteriosa e segura, evitando-se, assim, que não recaia nas famílias denúncias infundadas.

Porém, pela complexidade da análise, por vezes, as equipes de saúde enfrentam dificuldades para a chegada de consenso quando analisam um caso.

Investigar quais são as dificuldades enfrentadas por profissionais da saúde, para identificar a situação de negligência ou de maus tratos, é algo imprescindível.

Considerando a magnitude do tema violência para o setor da Saúde e os desafios que diariamente são impostos aos profissionais da área, faz-se necessário investigar os caminhos já percorridos para o enfrentamento das dificuldades, vivenciadas por profissionais da saúde, no que se refere à identificação de situações de negligência e maus-tratos contra a pessoa idosa.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a avaliar certo conjunto de pesquisas realizadas até o momento sobre a questão, por meio de revisão da literatura técnica publicada no Brasil. Estima-se que as informações levantadas possam contribuir para o debate e para o desenvolvimento de novas ações e estratégias em torno dessa questão.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é uma revisão de literatura, de produções científicas publicadas no Brasil, em formato eletrônico, nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período compreendido entre 2003 (ano da promulgação do Estatuto do Idoso) e 2017, a respeito dos caminhos percorridos para o enfrentamento das dificuldades, experienciadas por profissionais da saúde, no que se refere à identificação de situações de negligência e maus-tratos contra a pessoa idosa. Consultou-se, também, manuais, cartilhas governamentais e livros que abordam a questão da violência contra a pessoa idosa, de maneira explícita ou implícita.

As palavras-chave utilizadas foram: violência e idoso; negligência e idoso; maus-tratos e idoso.

Após a pesquisa bibliográfica, realizou-se uma leitura seletiva das publicações e selecionou-se somente aquelas relacionadas diretamente aos objetivos deste estudo. Dos 72 artigos selecionados, apenas quatro mencionavam explicitamente a questão do enfrentamento, por parte dos profissionais da saúde, das dificuldades na identificação de situações de negligência e maus-tratos contra a pessoa idosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da portaria MS/GM n. 1.356 de 23 de junho de 2006⁸, foi criado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (VIVA/SINAN), que objetiva analisar a propensão às violências e descrever o perfil das vítimas. Desde então, o Ministério da Saúde, vem trabalhando para implementá-lo, de modo a garantir a visibilidade desses eventos violentos e pactuar com os Estados e Municípios ações de enfrentamento à problemática. Sua função é a de estabelecer indicadores, qualificar os dados recebidos sobre cada caso de modo a fortalecer a rede de proteção ao idoso. Desta forma os profissionais da saúde têm grande responsabilidade na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado das pessoas idosas em situação de violência⁹.

Porém, cabe ressaltar que a violência contra a pessoa idosa nem sempre é de fácil constatação, pois, por vezes, ela pode estar velada pelo protagonista, por essa razão, os profissionais devem estar conscientes das barreiras que poderão dificultar ou interferir na avaliação e atuação no caso. Essas barreiras poderão vir, além do próprio idoso, das famílias, dos cuidadores, dos próprios profissionais⁵.

São vários os fatores que dificultam a identificação de violência ou maus tratos. Tais fatores podem se oriundos da própria pessoa idosa, como já mencionado acima, por vários motivos, dentre eles: vergonha, sentimento de culpa, dependência, medo de represálias ou de institucionalização, perda dos laços afetivos, ou até pelo medo do agravamento da situação vivenciada ou perda de liberdade, consequentemente ele nega a condição de violência. Desta forma, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na interrupção do ciclo da violência, ao se colocarem mais alertas à detecção de sinais e sintomas que possam denunciar tais situações⁵.

Há também fatores advindos do próprio agressor que, por vezes, pode impedir que o idoso tenha acesso ao sistema de saúde para evitar que os profissionais detectem a violência⁵.

Garbin, em sua pesquisa, aponta que a falta de capacitação dos profissionais, as ameaças que estes sofrem dos autores das violências e as questões estruturais relacionadas com a atuação insatisfatória dos órgãos competentes nos serviços de retaguarda e no cumprimento de medidas protetivas adequadas às vítimas, são fatores que desfavorecem a identificação⁹.

Mencionaremos os fatores identificados neste estudo que dificultam o reconhecimento, por parte dos profissionais integrantes nas equipes de saúde, de maus tratos e negligência, podendo, por consequência, acarretar em subnotificação e prejuízo à pactuação com estados e municípios no enfrentamento da violência.

A ausência de protocolos para a detecção, avaliação e intervenção nas situações de violência contra a pessoa idosa e de meios adequados para diagnosticar de forma diferencial a violência, são fatores que impactam na conduta do profissional¹⁰.

Acreditar no mito de que a família sempre proporciona apoio e amor aos idosos foi mencionado em estudo realizado por Saintraim, com pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. A existência deste mito impede que os profissionais considerem possíveis situações abusivas¹⁰.

Lima (et. Al), num estudo realizado em unidades básicas de saúde nos Municípios de Porto Alegre, destaca que a insegurança e o medo também são fatores que dificultam os profissionais no momento da intervenção e análise dos casos, pois, por vezes, estão presentes

no local a vítima e seu agressor. Destaca ainda a importância do limite de atuação, no que se refere a interferências em determinadas situações, fato este que nem sempre está claro para o profissional¹¹.

Sentir-se impotente mediante as situações de violência também é outro fator apontado por Lima et.al¹¹ em seu estudo; a falta de recursos humanos nas unidades de saúde e consequente sobrecarga de trabalho, acarreta em menor tempo para uma avaliação completa, dificultando a identificação de casos onde as evidências de violência não estão visíveis¹¹.

Shimbo, através de pesquisa realizada em uma equipe da Estratégia Saúde da família da cidade de Curitiba, identifica que os fatores que dificultam o reconhecimento da violência por parte daquela equipe é o fato do idoso não falar a respeito do assunto, e a presença de doenças mentais, pois essa condição do idoso dificulta a comunicação com os profissionais¹².

O Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa elaborado pela Secretaria de Direitos humanos em Brasília, aponta que uma das dificuldades encontradas pelos médicos para detecção da violência, é o fato dos idosos, quando chegam em seus consultórios, tentam omitir a situação, ou negam os maus tratos, embora possa haver sinais e sintomas de abuso claros. Esses dados também são apontados por Wanderbroocke, através de levantamento realizado em unidades básicas de saúde na região metropolitana de Curitiba^{13,14}.

Wanderbroocke et al, ressaltam a importância do trabalho interdisciplinar e de rotinas voltadas não somente à área da saúde e sugere a necessidade de oferecer aos profissionais um direcionamento mais claro com intuito de evitar encaminhamentos que oferecem pouca resolutividade. Ainda considera que a dificuldade em todo o processo de identificação encontra-se na sua complexidade, já que não depende apenas da discussão da temática no cotidiano dos serviços de saúde, e corrobora com o que foi mencionado acima, sobre a capacitação profissional, ressaltando a importância da interdisciplinaridade e estabelecimento de parcerias com outros serviços, ou seja, a intersetorialidade¹⁴.

Outro dado obtido na mesma pesquisa realizada por Wanderbroocke et al, através de levantamento realizado em unidades básicas de saúde na região metropolitana de Curitiba indica que a falta de preparo dos profissionais, gera medo da perda do controle da situação, de ser invasivo, ofensivo ou ser injusto; soma-se ainda o temor de represálias por parte do agressor¹⁴.

A pesquisa de Wanderbroocke et al, acrescenta ainda que, por vezes, a situação de violência analisada pelo profissional, pode ser considerada normal, ou ele entender que o idoso seja merecedor do tratamento que esteja recebendo. Nesse contexto, o profissional faz uma

leitura baseada na sua própria história de vida, em suas próprias crenças, acarretando na manutenção daquela situação vivida pelo idoso.

Wanderbroocke et al, ressaltam que devido à dificuldade do profissional estabelecer fronteiras entre o pessoal e o profissional, poderá acarretar em problemas psicossomáticos, em desânimo e perda de sentido do trabalho, podendo vir a interferir na sua atividade laboral e inclusive na vida pessoal. Alerta ainda, que a falta de capacitação, que proporcione uma reflexão a respeito do que é violência e de seus valores e crenças sobre o tema, favorece a indicação somente de casos mais extremos, geralmente, os que envolvem maus-tratos físicos ou denúncia¹⁴.

Saintrain, em seu livro, corrobora com o acima exposto e destaca o impacto da falta de preparo profissional ou da influência de fatores de ordem pessoal dos profissionais como um fator que interfere nos casos de notificação de violência, e acrescenta a importância de instrumentos validados para serem utilizados nas avaliações dentro desse contexto, para favorecer o reconhecimento dos casos de violência¹⁰.

Instrumentos Quantitativos validados para identificação/ rastreamento de violência contra a pessoa idosa

O uso de ferramentas de rastreio de violência contra a pessoa idosa agrega valor ao processo decisório do profissional que as utiliza, auxiliando na orientação de suas ações sobre a denúncia do abuso identificado e no encaminhamento do caso para a devida assistência¹⁵.

A complexidade dos maus-tratos contra a pessoa idosa requer o uso de ferramentas válidas e confiáveis, desenvolvidas especificamente para avaliar este conceito¹⁵.

Florêncio, através de estudo realizado sobre os progressos realizados no campo da construção e validação de instrumentos de rastreamento e avaliação de violência contra a pessoa idosa, identifica que de onze instrumentos para esse objetivo, apenas dois ^{8,13}, o Caregiver Abuse Screen (CASE) e o Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) passaram por processos de adaptação transcultural e validação para uso em língua portuguesa no Brasil. A autora ressalta que a complexidade desse campo é tanta que mesmo os instrumentos mais bem conceituados apresentam problemas, e reforça a necessidade da construção de instrumentos de investigação, direcionados para os seus diferentes contextos de vida e às especificidades de suas regiões e estratos sociais, econômicos e culturais e sugere a realização de mais estudos de adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros já existentes¹⁵.

Métodos de medição rigorosos e eficientes são essenciais, pois deve-se levar em consideração os potenciais efeitos devastadores nos idosos e em suas famílias, na ocorrência de resultado falso positivo ou falso negativo¹⁵.

Esses instrumentos podem, rapidamente, identificar um caso de risco ou de violência já instalado, auxiliando profissionais das mais diversas áreas (jurídica, social, de saúde) em seus julgamentos e favorecendo, para a pessoa idosa, a identificação precoce do problema, com consequente resolutividade¹⁵.

Sousa, ratifica o acima mencionado e complementa declarando que o instrumento de origem canadense, Caregiver Abuse Screen (CASE) aborda aspectos físicos, psicossociais, financeiros e negligência sem investigar sobre atos e comportamentos violentos. É uma ferramenta de fácil aplicação, com respostas dicotomizadas em “sim” e “não” e, na prática, ressalta que pode servir como alerta às situações de maus tratos, porém, destaca que ele não avalia dimensões importantes, como a autonegligência, abandono e violência sexual¹⁶.

Quanto ao instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST), Sousa informa que ele foi desenvolvido nos Estados Unidos, identifica os sinais diretos ou suspeita de abuso em idosos, não focalizando somente sintomas específicos de violência, mas também a captação de circunstâncias correlatas¹⁶.

Reichenheim também avaliou as equivalências conceitual e de itens do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST), concluiu que o instrumento possui pertinência no contexto brasileiro, porém, a escala que deveria abarcar as “características de vulnerabilidade” não teve o mesmo desempenho. Finaliza, dizendo que mesmo sem mostrar equivalência completa, o H-S/EAST já poderia ser recomendado para uso no contexto brasileiro, ao menos em parte¹⁷.

É mencionado, no Caderno de Atenção Básica nº 19, elaborado pelo Ministério da Saúde, um instrumento, disponibilizado no anexo13 do mesmo caderno, desenvolvido e validado em Porto Rico, para identificação de sinais de violência contra a pessoa idosa, para utilização dos profissionais na realização do teste pela equipe da rede básica de saúde. O instrumento deve ser aplicado junto a pessoa idosa, sozinha, evitando-se situações constrangedoras. O objetivo do documento é de identificar situações de violência¹⁸.

Cabe destacar que Florêncio, em seu levantamento, não localizou nenhum estudo referente a validação do instrumento Porto-riquenho, referido no caderno de Atenção Básica nº19, nem no tocante a processos de construção e validação em sua língua original nem no tocante a adaptações transculturais e validações para uso no contexto brasileiro¹⁵.

Questões éticas relevantes durante o processo de avaliação sobre maus tratos contra a pessoa idosa

A avaliação dos casos de violência contra a pessoa idosa comporta uma variedade de fatores complexos, o envolvimento de toda equipe e a colaboração de diversas áreas, principalmente os profissionais da saúde, assistência social, do direito e da justiça⁵. Existem fatores importantes e que merecem destaque e devem ser considerados no momento da avaliação do caso. É fundamental considerar o risco de vida ou lesão grave para a vítima e decidir sobre a necessidade ou não de uma intervenção urgente¹.

Cabe destacar ainda que há vários aspectos éticos e legais envolvidos na questão de maus tratos. As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção, inclusive, podendo optar por nada fazer¹.

Deve-se levar em consideração que a suspeita, por si só, não é prova da existência da violência, é necessário uma investigação criteriosa⁶.

Nas situações de violência é muito importante considerar os fatores que envolvem a família, pois o agressor pode ser o próprio cuidador da pessoa idosa. As violências não ocorrem de forma desvinculada das relações familiares⁶.

Crítérios éticos são indispensáveis para evitar incômodos ou danos à pessoa idosa que já está passando por situações difíceis e constrangedoras⁶.

CONCLUSÃO

Depreende-se, que embora não seja de responsabilidade exclusiva do setor da saúde o combate à violência, cabe a este setor o envolvimento institucional, principalmente no preparo técnico dessa equipe que exerce atuação com a população idosa, pois os profissionais da área da saúde têm expressiva participação na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado das pessoas idosas em situação de violência

Ficou evidente a necessidade de investimento na capacitação profissional para o enfrentamento do problema da violência a fim de subsidiar a compreensão das relações sociais conflituosas que se apresentam de forma expressiva no cotidiano dos atendimentos com vistas à eficácia da intervenção.

Entender o fenômeno da violência em sua complexidade, as questões legais que envolvem o processo de denúncia, a superação das resistências, ultrapassando aspectos e abordagens fisiopatológicas da questão se fez clara, corroborando com o preconizado no

Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência, realizado em de 2014, onde aponta a necessidade de uma equipe tecnicamente preparada para a intervenção junto aos casos de violência contra o idoso.

Cabe destacar, ainda, que se torna imperativo o trabalho interdisciplinar, pois ele favorece a integração das competências e habilidades individuais de cada profissional para, conjuntamente, atender de forma integral às necessidades de saúde dos idosos vítimas de violência.

Neste estudo foi possível identificar, também, a presença de instrumentos legais que podem ser utilizados no enfrentamento dos casos de violência. Contudo, fica claro que apenas a existência desses instrumentos não é o suficiente para modificar a situação. É evidente a importância da qualificação profissional para o enfrentamento da questão e a importância da disseminação das informações sobre os instrumentos disponíveis que venham subsidiar as equipes profissionais envolvidas no processo de identificação.

Espaços institucionais que promovam diálogo e crescimento intelectual dos profissionais e que possam facilitar o trabalho das equipes multiprofissionais, a fim de não hierarquizar o saber e fornecer segurança no momento da decisão sobre a identificação de maus tratos se mostra como imperativo, para uma prática profissional coerente com a missão estabelecida em seus códigos de ética.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz. P.V.Z. Identificação e prevenção de negligência em idosos. In: org. Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética & Longevidade humana. São Paulo. Edições Loyola; 2006; 485-497.
2. Minayo MCS, Souza E R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist. Cienc. Saúde -Manguinhos. 1997 Nov.; 4(3): 513-531, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>,
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2003, 109p. 111p.
4. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003, Brasília, DF, 1. Out. 2003
5. CODEPPS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde São Paulo: SMS, 2007; Caderno de violência contra a pessoa idosa ; p 23 . Violência doméstica

contra a pessoa idosa: orientações gerais. disponível em:

http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf

6. Minayo MCS. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa.

É possível prevenir e superar. In: org. Born, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.39-45p. ; disponível em:

http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf.

7. Universidade de São Paulo; 2015; Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014, Núcleo de Estudos da Violência , 221p. disponível em:

<http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>

8. Ministério da Saúde: PORTARIA Nº 1.356 DE 23 DE JUNHO DE 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf

9. Garbin, CAS et al; Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Cad. Ciência e saúde coletiva (internet). 2014. Maio. Acessado em 28/08/2017. 1879-1890. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>,

10- Saintrain MV de L; Godim APS; Silva TBL (orgs.). O Sistema Único de Saúde cuidando da pessoa idosa. Fortaleza: Ed: UECE, 2014, 352 p. disponível em:

https://moodle.unipampa.edu.br/moodle/pluginfile.php/199385/mod_resource/content/1/O%20SUS%20CUIDADO%20COM%20A%20PESSOA%20IDOSA.pdf,

11. Lima, MAD da S et al; Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009, acessado em 08/10/2017, dez;30(4):625-32, Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a07v30n4.pdf>

12. Shimbo AY; Labronici LM; Mantovan M de F; Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. 2011. Acessado em 08/08/2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a09v15n3.pdf>,

13. Brasil. Manual de enfrentamento contra violência à pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Brasília, DF. 2014. 90p. Porto Alegre. RS.2016, Brasil, disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/22152615-cartilha-enfrentamento-da-violencia-contra-pessoa-idosa.pdf>,
14. Wanderbroocke ACN de S, Moré Carmen LOC, Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2513-2522, dez, 2013, acessado em 25/09/2017.disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>,
15. Florêncio MVD, Grossi PK. Instrumentos Quantitativos validados para identificação/ rastreamento de violência contra a pessoa idosa; Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento. Porto Alegre, RS. V.19. n ° 3, p.687-704p. 2014. Acessado em: 29/09/2017. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/46195/33293>,
16. Sousa J de et al Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2010; 321-328, acessado em 19/09/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a16v13n2.pdf>,
17. Reichenheim ME, Junior CMP, Moraes CL., Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1801-1813, ago. 2008, acessado em 19/09/2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/09.pdf>,
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

O POSSÍVEL PRAZER NA PRÁTICA METODOLÓGICA DE PESQUISA – BREVE ENSAIO

Nancy Romanelli⁶

*“Uma Ciência se ensina a quem está disposto a investigar,
não a quem quer ficar sabendo coisas sobre o seu objeto”
(PERINI apud MEDEIROS; TOMASI)*

Resumo: Este breve ensaio, dirigido sobretudo a estudantes graduandos e pós-graduandos das áreas da Saúde e Educação, se propõe a argumentar acerca de razões que possam levar o(a) aluno(a) a ressignificar a prática de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso em sua vida acadêmica. Para isso, discute, pautado numa perspectiva dialética de análise, tanto os propósitos da Metodologia da Pesquisa Científica, diferenciando-os do pensamento mítico e do senso comum, quanto as possíveis transformações da realidade e do sujeito pesquisador no processo de produção científica, levantando a hipótese de que esse movimento pode ser gerador de prazer para o estudante iniciado na pesquisa.

Palavras-chave: Metodologia da Pesquisa Científica. Trabalho de Conclusão de Curso. Pensamento científico. Linguagem científica. Autotransformação.

Abstract: This short essay, especially written for undergraduate and post-graduate students of the areas of Health and Education, proposes to argue about reasons that can lead the student to give more sense to the practice of elaborating the Completion of Course Work in his / her academic life. Therefore, it discusses, based on a dialectical perspective of analysis, both the purposes of the Methodology of Scientific Research and the possible transformations of reality and the research subject in the process of scientific production, differentiating them from mythical thought and common sense. The standing hypothesis of this essay is that this investigative movement can provide pleasure for the student initiated in the research.

Key words: scientific methodology; Completion of Course Work, scientific thinking, scientific language; self-transformation

INTRODUÇÃO

O presente ensaio pretende dialogar diretamente com alunos(as) ingressantes no campo da pesquisa, sobretudo das áreas da Saúde e Educação, acerca do papel da Metodologia da Pesquisa Científica (MPC) em suas vidas acadêmicas, sejam eles(as) profissionais ou demais estudantes que estejam em busca de uma graduação ou especialização. E tem por objetivo a procura de argumentos que apontem os benefícios da pesquisa e um possível prazer de se tornarem pesquisadores(as), considerando que, para tal, a MPC pode ser um valioso conhecimento a lhes guiar rumo à lógica do pensamento científico.

⁶ Nancy Romanelli é mestre em Educação, especialista em Psicologia Escolar pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Arte-educação pela Faculdade Paulista de Artes (FPA), psicóloga escolar, consultora em projetos educacionais e professora em cursos de graduação e pós-graduação.

Uma das queixas mais observadas ao longo da carreira acadêmica da autora deste ensaio e de sua jornada como professora de MPC tem sido a dificuldade do(a) aluno(a), de forma geral, de encontrar um sentido pessoal para o trabalho científico de conclusão de curso, que geralmente é visto como desprovido de significado e de possibilidades de um envolvimento real e prazeroso com a pesquisa. Apontar razões que possam levá-lo(a) a ressignificar sua própria produção pode ser algo importante para alunos(as) iniciantes na pesquisa e para professores(as) universitários de todas as áreas do conhecimento, nesse contexto de tantas queixas acerca da obrigatoriedade do(a) aluno(a) se tornar pesquisador(a), sem que ele(a) tenha necessariamente escolhido esse caminho para a sua atuação profissional.

Este ensaio se apoia em autores que discutem sobre a temática da Metodologia da Pesquisa Científica e as análises acerca do tema aqui proposto são pautadas por uma abordagem dialética, sobretudo na teoria histórico-cultural, de Liev Vigotski (1897-1934), e no materialismo dialético de Agnes Heller (1929-).

Vale ressaltar que as reflexões aqui apresentadas não pretendem abranger as causas que levam alunos(as) em geral a um certo distanciamento da linguagem científica e muito menos discutir didáticas que possam favorecer o desenvolvimento desse tipo de linguagem, limitando-se a conceituar aspectos essenciais que envolvem o campo da MPC e a apontar possíveis benefícios advindos de transformações dinâmicas entre sujeito e realidade no processo de elaboração de um texto científico autoral.

MPC UM POSSÍVEL CONHECIMENTO PRAZEROSO PARA ALÉM DAS NORMALIZAÇÕES

Quanto ao título desta produção, acredite, você o compreendeu corretamente: de fato, a MPC pode não ser um remédio amargo que o(a) aluno(a) deve ingerir para a produção de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), seja ele um artigo, uma monografia e/ou um relatório de estágio⁷. A MPC pode ser algo que lhe proporciona certo prazer, quando se entende, de fato, o seu significado e sua utilidade no próprio processo de construção de uma profícua trajetória como estudante ou profissional pesquisador.

“Mas a MPC não é somente uma série de regras que normalizam a produção de um texto científico? Qual o prazer em decorar normas?”, você pode estar se idagando...

⁷ A utilização do termo TCC foi regulamentada pela Resolução nº 11/84 do Conselho Federal de Educação visando “proporcionar maior aprofundamento de um tema ao aluno” [...]. Atualmente a monografia é apenas um dos formatos. “Cada instituição e cada curso fazem a escolha do trabalho final que seu aluno deverá fazer. [...] A temática estudada no currículo acadêmico pode gerar [...] um relatório, um *paper*, artigo científico, relatório de estágio, trabalho de graduação interdisciplinar (TGI) ou monografia” (MERLIN; MERLIN, 2016, p. 54).

Certamente, as normas fazem parte do estofo de conhecimento envolvido na produção de um texto científico. No entanto, há uma questão essencial a ser compreendida: as normalizações constituem-se apenas parte do amplo significado da MPC, uma vez que o maior desafio está na delimitação e desenvolvimento do conteúdo ou tema de pesquisa (PASSOS, 2016). E é nesse movimento de buscar, criar, descobrir e redescobrir, transformar e transformar-se que se encontra o possível prazer pela produção científica.

As áreas da Saúde e Educação, por sua vez, se constituem em férteis *lócus* de investigação dado o caráter complexo e multifacetado de visões em que estão imersas, o que permite enxergar tais redes como campos permanentes de indagação e reflexão, com grande potencial de avanço das práticas atualmente existentes.

Contudo, quando se acredita que a teoria é desvinculada da prática (entendida aqui como atividade), e que a MPC é apenas um conjunto de regras a ser apreendido para se produzir um texto científico obrigatório e assim se desvencilhar da entrega de mais um trabalho acadêmico, o significado dessa disciplina pode ser o de um necessário e incômodo remédio amargo.

“Mas o que, de fato, a MPC nos ensina, além das regras metodológicas de pesquisa?”, você pode estar se indagando ainda...

A disciplina MPC contribui fundamentalmente, por meio de indicadores epistemológicos e formais que garantem certo rigor à pesquisa, para a construção da própria lógica do pensamento científico, que não é a mesma do pensamento especulativo e opinativo (PASSOS, 2016). Ela nos ensina a superar visões que se apoiam no pensamento mítico; a projetar estrategicamente ações e a ponderar acerca de afirmações baseadas no senso comum, o qual muitas vezes possui valores assentados em hábitos, tradições, enunciados superficiais com generalizações indevidas, podendo agregar visões subjetivas, simplistas e/ou preconceituosas (MEDEIROS, 2016, pp. 9-15).

Logicamente, o pensamento científico, quando utilizado de forma ideológica, também pode servir à discriminação e conduzir ao preconceito, visto que, embora numa produção científica se busque separar o sujeito do objeto da pesquisa, a objetividade e a racionalidade próprias do pensamento científico, nunca estão totalmente isentas da subjetividade do pesquisador(a), das influências do seu contexto social e do conhecimento disponível em um dado tempo histórico. Contudo, no campo da Ciência, as premissas equivocadas ou que não expliquem de fato a realidade, podem ser refutadas por novas descobertas científicas, que promovam “uma ruptura epistemológica, que levará à construção de uma nova teoria

(MEDEIROS, 2016, p. 9); diferentemente de afirmações cujo esteio é o senso comum, o qual, justamente por seu caráter especulativo e opinativo, não carece de comprovação.

TRANSFORMANDO O COTIDIANO E A SI MESMO

Há que se ponderar que uma das características do cotidiano, seja de um pesquisador ou não, é a necessidade de posicionamentos imediatos diante da realidade, sem que muitas vezes se consiga refletir acerca de algumas das ações e/ou afirmações realizadas. Entretanto, ao se “suspender” esse cotidiano por um tempo, para o exercício do pensamento científico – que exige uma elaboração cognitiva mais sofisticada e sustentada teoricamente – é possível se retornar a ele com outro nível de consciência (HELLER, 2004), o que poderá alavancar novas posturas do estudante ou profissional pesquisador frente a realidade que o cerca, ainda que se considere os imediatismos e pragmatismos característicos da cotidianidade

Com um cabedal ampliado de conhecimento torna-se possível identificar aspectos a serem revistos em relação a concepções e ações, o que permite projetar novos caminhos, a partir de planos de reflexão/intervenção sobre a realidade, processo esse que propicia um constante movimento de reavaliação, por parte do pesquisador e de seus leitores, de arraigadas premissas de validade discutível.

Esse processo inclui, portanto, um movimento de autotransformação, sobretudo por parte do sujeito diretamente envolvido com a pesquisa. O nível e possibilidades dessa autotransformação é algo ainda a ser investigado empiricamente, no entanto, pode-se afirmar, a partir da abordagem histórico-cultural, que a ampliação da qualidade da produção escrita e a apreensão e revisão de conceitos científicos são fatores que contribuem, simultaneamente, para o desenvolvimento do pensamento e da linguagem, assim como, da consciência do pesquisador(a), visto que ampliar recursos de escrita e compreensão de mundo promove uma reorganização global do sistema psicológico individual (VIGOTSKI, 2001, p. 241-394)⁸.

A escrita científica imprime ainda a necessidade de se criar e hipotetizar sobre os fenômenos, promove o encontro com um não saber necessário para a ampliação da curiosidade e do conhecimento, permitindo o exercício da dúvida, da problematização, da flexibilidade de raciocínio e da ponderação sobre as próprias convicções e concepções de mundo. Esse tipo de

⁸ Embora Vigotski (2001), no capítulo citado, tenha discutido a questão do desenvolvimento dos conceitos científicos na infância, suas afirmações são totalmente passíveis de serem transpostas para o desenvolvimento psicológico do adulto, visto que o desenvolvimento para o autor russo não cessa na infância, mas é algo que ocorre dinamicamente na relação com a cultura e com as oportunidades de o sujeito entrar em contato com o conhecimento, sobretudo o escolar/acadêmico, pelo fato de sua formalização e sistematização serem voltadas à ampliação conceitual por parte dos alunos.

pensamento permite ao(à) aluno(a) o desenvolvimento de uma atitude crítica perante a linguagem científica, e o uso consciente dessa linguagem pode alterar o próprio posicionamento do(a) pesquisador(a) ante um conteúdo ou ideia. Dessa forma, a “compreensão da linguagem científica contribui para a literacia científica [alfabetização científica], base de uma cultura científica crucial para a participação ativa de cada cidadão no atual mundo científico e tecnológico” (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p.23).

O que poderia causar mais prazer, no âmbito do desenvolvimento humano, do que a probabilidade do auto-aprimoramento de ideias, posturas e intervenções sobre a realidade? Em outras palavras, o que poderia causar mais prazer do que a possibilidade de um maior controle sobre as próprias ações e a capacidade de produção de novas reflexões e condutas frente os problemas encontrados num dado campo de atuação (estudo ou trabalho)? Certamente, a visão de prazer aqui expressa não se pauta em um entendimento de senso comum, que se apoia muitas vezes numa visão hedonista; mas sim, em um certo gosto pelo conhecimento, certo prazer ligado a uma finalidade formal no processo de conhecimento empírico (COSTA REGO, 2007).

O prazer aqui sugerido, numa perspectiva dialética de análise, não exclui sentimentos como a angústia, a ansiedade e certa insatisfação que não imobiliza, mas impulsiona a buscar novos e inéditos problemas e hipóteses para intervenção sobre a realidade. É preciso ressaltar, contudo, que o aprofundamento dessa discussão acerca do significado do prazer na pesquisa, pelo caráter ensaístico desta produção, não será aqui amplamente explorado, mas sugerido e caracterizado como uma hipótese a ser investigada empiricamente e desenvolvida em futuros outros estudos.

A ideia de transformação da realidade, que pode ser geradora de certa satisfação para o pesquisador, se consuma também no ato de tornar pública uma dada investigação, ainda que o estudo realizado não propicie mudanças contextuais imediatas. A publicação de pesquisas metodologicamente sustentáveis permite que outras elaborações e ampliações de entendimento sobre os fenômenos sejam realizadas pela comunidade científica e isso potencializa a transformação do entendimento/ação sobre as temáticas investigadas.

Logicamente, como o conhecimento humano é infinito e as possibilidades de intervenção sobre a realidade são sempre limitadas por forças e contradições contextuais, não é possível afirmar, como muitas vezes lê-se em textos pautados no senso comum, que basta o desejo de mudar a realidade e tudo se consegue com força de vontade, ações coerentes com os maiores desejos e pensamentos positivos. A realidade, no âmbito do raciocínio científico, é sempre multideterminada, multifacetada e complexa demais para partirmos dessas premissas.

Embora caiba aqui destacar que o conhecimento científico é apenas uma das formas de conhecimento de mundo; mas que também pode ser tão encantadora e promissora como outras, abrindo novos campos de consciência e atuação sobre os fenômenos.

As possibilidades que a MPC oferece no âmbito das mudanças contextuais, ainda que a natureza de algumas investigações não possua aplicabilidade imediata, são em tese sempre realísticas e balizadas por concepções filosóficas, dotadas de plausibilidade e clareza na elaboração de enunciados, pautadas pela escolha de um caminho metodológico a projetar e perseguir, pela elaboração de instrumentos de coleta de dados, pela organização de referenciais teóricos, enfim, por todo um arranjo teórico-metodológico, que acontecerá a partir do momento em que o estudante ou profissional se abrir para a dúvida, para a observação atenta de contextos e para a elaboração de novos e fundamentados questionamentos e hipóteses sobre a realidade que o cerca (GIL, 2007).

CONCLUSÃO

O presente ensaio apontou algumas possíveis razões que podem fazer da MPC algo, além de necessário, prazeroso ao (à) aluno(a) ingressante na pesquisa. Por ser um breve ensaio e pelas próprias características desse gênero, o presente texto trouxe apenas uma visão, ainda que fundamentada, da autora sobre o tema. Entretanto, acredita-se que a realização de novos estudos que possam se valer de pesquisas de campo que tenham como público-alvo pesquisadores que fazem de seu cotidiano objeto permanente de investigação poderia contribuir sobremaneira para uma compreensão mais ampliada acerca dos aspectos motivadores da pesquisa e dos efeitos desse movimento investigativo em seus processos de autotransformação.

Dentre os principais aspectos levantados neste ensaio, foram destacadas as vantagens de uma compreensão epistemológica e mais rigorosa e racional acerca da realidade, o que pode ampliar para o(a) aluno(a) a sua forma de ver e compreender o mundo. Considera-se aqui que a MPC propicia ferramentas para tal ampliação, pois é pautada na busca pela lógica e racionalidade formais, próprias do pensamento científico.

Dadas as ferramentas disponibilizadas pela MPC, foi destacada também a possibilidade ímpar de suspensão do cotidiano para uma compreensão mais aprofundada sobre um determinado fenômeno de interesse do(a) pesquisador(a), o que lhe permite, ainda que se considere as limitações contextuais, maiores possibilidades de movimentação desse cotidiano e da visão e atitude do(a) próprio pesquisador(a) perante a situação investigada.

Outro aspecto aqui levantado, e que está diretamente relacionado aos anteriores, foi a possibilidade de ampliação da consciência do(a) pesquisador(a) que o ato da produção escrita científica propicia. E a hipótese aqui apresentada foi a de que esse movimento dialético de transformação, quando observado conscientemente pelo(a) pesquisador(a), pode lhe causar certo prazer ou gosto pela investigação científica, o qual não advém de uma satisfação hedonista, mas sim, dos benefícios que o pesquisador pode colher em seu processo pessoal de autotransformação.

E é em busca desse gosto ou prazer pelo conhecimento, pela investigação, pela probabilidade de transformar e transformar-se a partir de possibilidades reais e potenciais inerentes aos diversos contextos, que a autora deste ensaio entende que a MPC pode atuar na vida acadêmica e pessoal desse(a) potencial pesquisador(a), despertando-lhe a abertura de profícuos caminhos em direção ao desvelamento da realidade.

E, para quem já atua na área da Saúde ou Educação, inéditos ou reformulados trajetos podem ser trilhados, pelo aluno, como profissional pesquisador(a), de fato: aquele(a) que almeja a transformação de si e de sua prática, ao penetrar cada vez mais nesse mar de mistérios e aventuras que tem como bússola, o conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

COSTA REGO, Pedro. Conhecimento e prazer na estética de Kant. **Analytica**. Rio de Janeiro, vol. 11 nº 2, 2007, p. 33-59.

GIL, Antônio Carlos. Como construir hipóteses? In: Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

MEDEIROS, João B.; TOMASI, Carolina. **Redação de Artigos Científicos: Métodos de Realização, Seleção de Periódicos, Publicação**. São Paulo: Atlas, 2016.

MERLIN, Iria Aparecida S.; MERLIN, Marina S. Composição de um trabalho de conclusão de curso (TCC). In: BAPTISTA, Merlin. N.; CAMPOS, Daniel C. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. – 2. Ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2016.

OLIVEIRA, T.; FREIRE, A.; CARVALHO, C.; AZEVEDO, M.; FREIRE, S.; BAPTISTA, M. Compreendendo a aprendizagem da linguagem científica na formação de professores de ciências. **Educar**, Curitiba: Editora UFPR, n. 34, 2009, p. 19-33.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n34/02.pdf> Acesso em: 10 dez 2016

PASSOS, Matheus. A pesquisa científica. In: **Curso de Metodologia Científica**. 2016. Canal do Prof. Matheus Passos. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=WoGBWQafNAc> Acesso em: 17 dez. 2016.

VIGOTSKI, Lev S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ESPAÇOS DE PODER: O PROTAGONISMO DA MULHER, SUA ATUAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL

*Débora Machado Mengali*⁹

*Hebe de Camargo Bernardo*¹⁰

*Hugo Tanizaka*¹¹

Resumo: Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015) a população brasileira é composta por maioria de mulheres, aproximadamente 52%, ganhando espaço no mundo do trabalho, nas salas de aula das universidades, na sociedade, mas em todos estes espaços está em cessante busca de protagonismo e igualdade. Contudo, ainda existem fatores que dificultam a participação social e política ativa da mulher. Atualmente ainda é visto como papel feminino o de cuidar da casa e dos filhos, o que vem sendo desconstruído lentamente, mas são encargos que restringem as possibilidades de ser uma agente social ativa. Embora tenhamos leis que garantam cotas e paridades em instâncias políticas e de organização social, este trabalho vai analisar se há efetiva participação dessas mulheres no movimento social, no legislativo e executivo. Este tema deve ser prioridade na agenda de discussão das administrações públicas, organizações não governamentais, organizações sociais, estudantes e profissionais comprometidos com a igualdade de gênero, sobre tudo para todas as mulheres. Por fim, este trabalho apresenta vários aspectos que são dificultadores da participação ativa das mulheres, além de concluir, que mesmo que se tenha mulheres em alguns espaços, a participação é tênue e não suficiente para romper o sistema patriarcal nos espaços de poder.

Palavras-chave: Psicologia Social. Mulher. Política. Movimentos Sociais. Participação. Igualdade.

Abstract: The Brazilian Institute for Geographic and Statistics - IBGE (2015) Brazilian population is composed of women, approximately 52%, gaining space in the business world, in the classrooms of universities, in society, however in all these spaces is in outgoing search of protagonism and equality. However, there are several factors that prevent women's active social and political participation. Looking after home It still has been seen as a feminine and active role model, which can be seen as an active social asset. Laws have guaranteed quotas and parities in political and social instances, this work is analyzed and actively participates in corporate social movements, legislatures and executives. This topic has priority in the agenda of tasks of public administrations, nongovernmental organizations, social organizations, students and professionals with gender equality, especially for all women. For this work presents several aspects that are difficult for the active participation of women, in addition to concluding that even if there are women in some spaces, participation is tenuous and not sufficient to break the patriarchal system in the spaces of power.

Keywords: Social Psychology. Political Woman. Social Movements. Participation. Equality.

⁹ Discente de Graduação do Curso de Psicologia Univeritas - UnG

¹⁰ Prof. Ms. do Departamento de Psicologia da Univeritas – UnG

¹¹ (Professor do Departamento de Psicologia da Univeritas – UnG – Mestrando em Psicologia da Saúde pela Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista do Estado de São Paulo)

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta um apanhado teórico para se compreender o feminismo, as mobilizações sociais femininas na busca por igualdade e as consequências do sistema patriarcal e para tanto, ressalta algumas figuras femininas que se tornaram referenciais destas lutas. Expõe parte da história sobre a introdução do capitalismo e seus reflexos para os pobres e, especialmente, as mulheres, fazendo um recorte na caça às bruxas (mulheres) no período da idade média, correlacionando aos modelos de subordinação e formas de controle social da época aos dias atuais.

Por fim, aponta alguns aspectos que implicam na falta de participação da mulher como protagonista de espaços políticos e sociais, relacionando com os vários tipos de violências que a mulher sofre no cotidiano e a influência destas na sociedade.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, enriquecida com livros, sites de instituições governamentais e sociais federais, estaduais e municipais, cartilhas, artigos científicos e imagens.

Disto o artigo pretende traçar um panorama crítico acerca da efetividade da mulher contemporânea nas instâncias políticas e sociais e assim preponderar as problemáticas existenciais neste contexto, dentro de uma configuração histórica e de organização social que excluiu ativamente a mulher destas instâncias.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A história de mulheres feministas: do mitológico (Grécia antiga) ao contemporâneo

Feminismo: Segundo Santos, Neves e Cabral (2009), apontam no dicionário online, sua definição é:

1. doutrina que preconiza o aprimoramento e a ampliação do papel e dos direitos das mulheres na sociedade.
2. p.met. movimento que milita neste sentido.

Para Santos (2010) o feminismo foi impulsionado por volta dos anos 1960, através da publicação do livro “O segundo Sexo” da escritora francesa Simone Beauvoir, denominada feminista, ela trouxe a desconstrução da hierarquização dos sexos como biológica, mas sim como uma construção social totalmente pautada no patriarcado que se ramificou nos séculos. A partir disso surgiram movimentos feministas radicais que se estabeleceram pensando

alternativas para eliminar o regime patriarcal, apresentavam propostas, como, a mudança das leis, para garantir igualdade de gênero, foi quando as mulheres passaram a sonhar com um destino que ficaria além da rotina doméstica, um mundo diferente começou a fazer parte da imaginação dessas mulheres, com autonomia sobre seu corpo, sua vida e suas vontades.

Para Muniz (2015), a palavra feminismo, causa incomodo, é conotada negativamente e alguns casos provoca recusa, infelizmente por grande parte de mulheres também, talvez por conta de um “tal radicalismo” colado nos coletivos mais atuantes. Assim, afirma que se denominar feminista é muito difícil e até incompreensível, o que não deveria acontecer já que os movimentos feministas têm por objetivo a emancipação das mulheres, na igualdade de direitos e espaço.

Por isso, a melhor forma de definição do feminismo é que, além de uma denominação individual, um status ou uma proposta, o feminismo é plural, coletivo, uma crítica direta a um sistema de poder construído no patriarcado, onde o que se busca é igualdade, para além de gênero.

“E as brasileiras têm razões de sobra para se opor ao machismo reinante em todas as instituições sociais, pois o patriarcado não abrange apenas a família, mas atravessa a sociedade como um todo” (SAFFIOTI, 2004, p.39).

Para Costa, Silveira e Madeira (2012) a desigualdade de gênero vem para sustentar a supremacia masculina, quando se impõe para subordinação feminina, e não se trata de diferença sexual, mas sim de relações sociais e na construção de sujeitos sociais.

Por isso, podemos dizer que só há sentido em falar em feminismo se transbordamos o seu sentido. Só há sentido em falar em feminismo se nos deixarmos desmanchar nas margens, se expandimos as margens do feminismo na direção de uma eliminação do sistema baseado na identidade. Refiro-me ao sistema patriarcal/capitalista que precisa ser modificado em atos teórico-práticos. (TIBURI. 2015, p.3)

Segundo Tiburi (2015) para que as mulheres tenham nos dias de hoje conquistado espaços no mercado de trabalho e na sociedade, muitas mulheres lutaram e até morreram, o que já nos bastaria para continuar a luta e não regredir.

Assim, observaremos algumas mulheres que em suas épocas foram símbolos feministas, mesmo que inconscientes, mas que contribuíram e se tornaram referenciais de independência, articulação, ativismo, opinião e posicionamento.

Segundo Noura e Castro (2008) na Grécia antiga a deusa da caça e da lua, Ártemis representa a mulher que sabe cuidar de si mesma, autoconfiante e independente, não se importando ou se incomodando se iria agradar ou não a alguém, é o arquétipo da irmã, por isso, construindo “irmandades”.

Muito semelhante ao discurso contemporâneo do feminismo chamado “sororidade” que é definido por “união entre as mulheres” por Prata (2016, s/p), que enfatiza que é um movimento dos coletivos feministas no sentido de juntar todas as mulheres, que vai na contramão da rivalidade feminina que só fortalece o gênero masculino na luta contra o patriarcado, irmandade essa que se faz essencial na luta, pois “juntas somos mais fortes” (PRATA, 2016, s/p).

É um dever desses coletivos promover a autorreflexão das mulheres na sociedade, promover espaços e fomentar a reflexão, pois só assim a desconstrução da cultura machista que impera na sociedade e por consequência nas mulheres acontecerá.

2.2 Sobre o olhar do feminino: da idade média à globalização

Segundo Federici (2017), em meados de 1530, a crise feudal e sua impossibilidade de reprodução, fez que o sistema capitalista percebesse que tinha necessidade de se reorganizar, haja visto que os salários elevados faziam com que crescesse a riqueza do povo e não a riqueza capitalista. O processo revolucionário europeu vigente foi enfraquecido pelo agravamento da caça às bruxas e a expansão colonial. A partir daí que a classe dominante europeia preparou uma ofensiva global, estabelecendo um novo sistema capitalista mundial que se alastrou em menos de três séculos e decidiu que não negaria esforços para se apropriar de novas fontes de riqueza, assim teria o comando do estado. Este momento de transição foi “um dos mais sangrentos da história mundial – uma época que foi testemunha de transformações apocalípticas”, os historiadores da época a descreviam nos termos mais duros (FEDERICI, 2017. p. 116).

Para Federici (2017), a acumulação primitiva é conectada com a reação feudal, que identifica as condições lógicas para o sistema capitalista se desenvolver, assim “primitiva” que é originária indica a pré-condição que existe das relações capitalistas como um evento específico. Com isso a autora pontua aspectos referentes a este evento, sendo:

A acumulação primitiva não foi, então simplesmente uma acumulação e uma concentração de trabalho exploráveis e de capital. Foi também uma acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora,

em que as hierarquias construídas, se tornaram constritivas da dominação de classe e da formação do proletariado moderno; (FEDERICI, 2017. p. 119)

No novo mundo, a autora enfatiza que acontece uma submissão das populações através de regimes, na Europa Ocidental ocorreram os eventos mais agravantes para introdução do sistema capitalista; O cercamentos; a caça às bruxas (mulheres), as marcações a fogo; os açoites e o encarceramento de vagabundos e mendigos em casas correcionais recém-construídas” e que serviram de modelo para o sistema carcerário.

A principal alavanca no processo da acumulação primitiva foi a violência, o desenvolvimento capitalista exigiu um enorme número de trabalhadores sob seu comando, assim: “A acumulação primitiva consistiu em uma imensa acumulação de força de trabalho – “trabalho morto”, na forma de bens roubados – “trabalho vivo” na forma de seres humanos postos à disposição para sua exploração” (FEDERICI, 2017. p. 121). Para isso a classe capitalista tendia a impor a escravidão e outras formas de trabalho forçado. Neste contexto a reforma religiosa também foi grande responsável pelo roubo das terras dos camponeses, transferindo assim para suas igrejas.

Segundo Federici (2017), o argumento utilizado na época pelos modernizadores, era de que as terras estavam esgotadas, que precisavam de estímulos e eficiência agrícola, que se permanecessem nas mãos dos pobres teriam deixado de produzir e o crescimento da produtividade das terras após o roubo, os asseguravam. Para os trabalhadores esse processo ocasionou dois séculos de fome e o que referendou que a privatização das terras foi um fracasso, em apenas um século após a introdução do capitalismo agrário mais de sessenta cidades europeias tiveram que instaurar alguma forma de assistência social.

Federici (2017) aponta que a retirada das terras inicialmente foi contestada, com a resistência dos trabalhadores (agricultores, mineiros, artesãos e artistas), o que levou a “Guerra Camponesa na Alemanha”, que se espalhou, atacando diretamente o centro do poder. Onde não foi possível vencer os trabalhadores que não aceitavam voltar a ser servos, foi expropriado suas terras, forçando assim sua introdução ao trabalho forçado, essa força de trabalho ganhou grande proporção genocida.

Foi neste momento histórico que as mulheres foram atingidas, nesta transição do feudalismo para o capitalismo, que foi introduzida na posição das mulheres, principalmente as proletárias (FEDERICI, 2017). Pois as terras tinham a função de dar autonomia, sociabilidade e garantir a subsistência das mulheres que possuíam menos direitos e poder social que os

homens, além de ser os centros onde as mulheres se reuniam, socializavam e tinham um espaço de troca entre elas.

Na mesma linha de pensamento a autora afirma que consequentemente a coesão social existente começou a se decompor, os jovens largavam suas famílias para se unir a grande quantidade de vagabundos (que se tornaram um problema social da época) ou trabalhadores itinerantes, os idosos eram abandonados, atingindo grandemente as mulheres mais velhas, que sem suas terras, seus filhos para auxilia-las, eram crescentes na fila da pobreza, ou tentavam sobreviver de empréstimos ou pequenos furtos, além de ser mais complicado as mulheres se tornarem nômades, por vários fatores, entre a violência masculina, a gravidez e os cuidados com as crianças. O que ocasionou além das desigualdades um sentimento de ódio e ressentimentos.

O empobrecimento, as rebeliões e a escalada do “crime” são elementos estruturais da acumulação capitalista, na mesma medida em que o capitalismo deve despojar a força de trabalho de seus meios de reprodução para impor seu domínio (FEDERICE, 2017.p. 161).

A autora segue dizendo que, o cercamento prejudicou ainda mais as mulheres, as dificuldades de se sustentar só aumentavam, no momento em que o trabalho era totalmente desvalorizado, elas se viram confinadas ao trabalho reprodutivo, assim o trabalho doméstico que era desenvolvido para sua acumulação de capital passou a ser visto como “trabalho de mulheres”, quando trabalhavam, recebiam uma miséria, se comparado ao salário masculino. “Sendo forçadas a uma a condição de pobreza crônica, a dependência econômica e a invisibilidade como trabalhadoras” (FEDERICI, 2017. p. 146).

Essas mudanças históricas – que tiveram um auge no século XIX com a criação da figura da “dona de casa” em tempo integral – redefiniram a posição das mulheres na sociedade e com relação aos homens. A divisão sexual do trabalho emergiu daí não apenas sujeitou as mulheres ao trabalho reprodutivo, mas também aumentou sua dependência, permitindo que o Estado e os empregadores usassem o salário masculino como instrumento para comandar o trabalho das mulheres. (FEDERICI, 2017. p. 145)

O que foi um evidente desastre até para os homens trabalhadores, pois a desvalorização do seu produto foi inerente a desvalorização do trabalho reprodutivo. Mas Federici (2017) afirma que o colapso do salário foi ainda pior para as mulheres, que desempenhavam as mesmas tarefas dos homens e não recebiam nem metade da sua remuneração, já não tinham condições

de se manterem por suas terras, nem por seu trabalho doméstico, nem de trabalhos assalariados, o que acarretou no crescimento da prostituição.

A medida que cercamento de terra avançava, passou-se ao cercamento físico ou social, foi proibido qualquer forma de sociabilidade e sexualidade coletiva e nenhum espaço que propiciasse laços e solidariedade entre os trabalhadores, “a reprodução dos trabalhadores passou do campo aberto para o lar, da comunidade para a família, do espaço público (terra comunal e igreja) para o privado” (FEDERICI, 2017. p. 163). Esse foi o primeiro passo para o Estado assumir o papel de Staff.

Conforme Federici (2017) com a chegada do mercantilismo a pauta passou a ser o crescimento populacional, mais uma vez as mulheres estariam nos planos do capitalismo, neste momento a caça às bruxas (mulheres) foi intensificada, com o propósito de regular a procriação e quebrar o controle das mulheres sobre a reprodução, códigos legais foram introduzidos a fim de castigar as mulheres consideradas culpadas de crimes reprodutivos, e, tantas outras brutalidades, pois o Estado castigava qualquer comportamento que obstruísse o crescimento populacional. O que foi contra a exaltação a castidade e valorização do casamento imposto pela igreja. Mas visava mais mão de obra barata e envergadura para o exército, a mulher passou então a ser reconhecida e valorizada por dar à luz, nada romantizado, sua finalidade era garantir mais trabalhadores e um sistema populacional que beneficiaria o reino. Uma guerra travada através do caça às bruxas (mulheres), que constituiu crime a contracepção, o aborto e o infanticídio, crimes passivos de pena de morte ou castigo severos, penas maiores aplicadas do que a crimes masculinos.

Autora segue dizendo que, na França foi instaurado um sistema de vigilância, para que as mulheres não interrompessem a gravidez, era exigido o cadastro de cada gravidez e sentenciada a morte aquelas que os bebês morressem antes do batismo, além de se espionar as mães solteiras e proibir qualquer apoio. Foi neste período que as parteiras foram consideradas suspeitas e trocadas por médicos, além de serem forçadas a ocupar este papel de vigilantes e ter que se reportar ao estado.

Enquanto na idade média elas podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir de agora seus úteros se transformavam em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista. “[...] Apesar das diferenças, em ambos os casos o corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para expansão da força de trabalho, como

uma máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres” (FEDERICI, 2017. p. 178).

Uma pergunta que podemos fazer é, porque as mulheres eram taxadas de bruxas? Segundo Federici (2017) essas mulheres possuíam saberes transmitidos a gerações, dominavam ervas, conheciam a natureza, resistiam as investidas do capitalismo para não trabalhar fora, eram taxadas como agressivas, megeras, putas, pouco razoáveis, vaidosas, esbanjadoras, sua língua era culpável um “instrumento de insubordinação” e a principal vilã era a que fosse desobediente ao seu marido. “Na Europa da Era da razão, eram colocadas focinheiras nas mulheres acusadas de serem desbocadas, como se fossem cães e eram exibidas nas ruas e as prostitutas açoitadas ou enjauladas e expostas a simulações de afogamento...” (FEDERICI, 2017. p. 203).

A demonização das mulheres foi utilizada para praticas aterrorizantes, muitas foram expostas a marcas indeléveis em sua psique coletiva e em seu senso de possibilidades. A caça às bruxas foi um momento decisivo na vida das mulheres. Este momento destruiu um universo de práticas femininas, relações coletivas e saberes que eram propriedade das mulheres e garantiam sua autonomia na Europa pré-capitalista.

Segundo Federici (2017) na instauração do patriarcado, uma nova concepção de família adaptada, a que o marido se torna representante do Estado, encarregado de disciplinar e supervisionar e a mulher, passa a ser definida por outros termos, como; mãe, esposa, filha e viúva, mas o poder sobre os seus corpos, seu trabalho e aos corpos e trabalhos de seus descendentes ainda era de livre acesso dos homens. Aqui se cria o estereótipo de mulher ideal, passiva, obediente, parcimoniosa, boas influencias sobre os homens e mais morais que eles, mesmo que outrora as mulheres eram tratadas como selvagens, arredias, mentalmente débeis, rebeldes, insubordinadas e incapazes de autocontrole.

Na primeira fase da revolução Industrial, as mulheres por um acordo entre trabalhadores e empregados, foram deixadas de fora do recebimento de salários e das contratações. Se não fosse a intensa degradação social as mulheres não teriam sofrido tal desvalorização no trabalho. “Em suma, além da desvalorização econômica e social, as mulheres experimentaram um processo de infantilização legal” (FEDERICI, 2017. p. 200).

Para Federici (2017) na escravidão, as mulheres também eram tratadas com desigualdades, além de desempenhar os mesmos trabalhos e ainda ser exposta aos ataques sexuais de seus senhores, elas recebiam menos comida que os homens, os castigos eram mais

cruéis, mesmo quando grávidas. As escravas redefiniram o padrão de comunidade e de política de autossuficiência, valores que eram diretamente ligados as escravas africanas.

A junção do Estado e da igreja, também definido por Foucault em “disciplinamento do corpo”, tinha a intensão de identificar as potencialidades de cada indivíduo em força de trabalho, sem nem titubear em romper com as limitações naturais. Federici (2017) pontua que o capitalismo transformou a atividade de trabalho, agora subordinada as ordens externas, sem controle e sem identificação. Neste período o ódio ao trabalho assalariado imposto era tão grande que os trabalhadores preferiam ir para força do que se subordinar, essa passou a ser a primeira crise séria do capital.

Neste sentido além do ódio dos trabalhadores assalariados, tinha também o desconforto dos ricos, que se viam cercados pelos vagabundos e mendigos, período que transformou os seres humanos no recurso produtivo mais importante, em outras palavras, em máquina de trabalho primária, sem desejo, sentimentos, autonomia e qualidade racional. “Podemos observar, em outras palavras que a primeira máquina desenvolvida pelo capitalismo foi o corpo humano e não a máquina a vapor, nem tampouco o relógio” (FEDERICI, 2017. p. 268). E a Psicologia burguesa, contribuiu para esse sistema, pois estudava o potencial para o trabalho dos indivíduos.

Na mesma linha de pensamento a autora aponta que para introduzir o controle sobre os corpos, a caça às bruxas (mulheres), foi intensificada, para os líderes, como era possível impor hábitos aos trabalhadores que fossem ancorados em crenças e superstições, como; dia ruim e dia bom de sair de casa. Embora fosse crescente tais práticas.

A mecanização do corpo é a tal ponto constitutiva do indivíduo que, a menos nos países industrializados, a crença em forças ocultas não coloca em perigo a uniformidade do comportamento social. “[...] Pouco importava se os poderes que as pessoas diziam ter, ou aspiravam ter, eram reais ou não, pois a mera existência de crença mágicas era uma forma de insubordinação social” (FEDERICI, 2017. p. 259).

A autora enfatiza ainda que as bruxas (mulheres) serviram de modelo de subordinação, por meio de suas mortes terríveis, assim; “...pois foram necessários o sangue e a tortura para “criar um animal” capaz de um comportamento regular, homogêneo e uniforme, marcado à fogo com sinal das novas regras” (FEDERICI, 2017. p. 262). Esse processo foi de redefinição do corpo, politizado, desnaturalizado e principal objeto de disciplina social.

Atualmente nos vemos encarcerados no mesmo sistema, com moldes, tipos de torturas e repressões diferentes, mas com o mesmo objetivo, corpos sendo tratados como máquinas para produção, sem identificação, sem autonomia em função do capital. Controlados pelos ideais conservadores, manipulados como outrora por falsos líderes, mas com instrumentos inovadores como a mídia e a tecnologia.

Se na idade média eram usados meios medievais para se obter o controle do Estado sobre os corpos, na globalização não podemos dizer que é muito diferente, haja visto no Brasil as guerras entre Estado e pobres, o meio utilizado para garantir controle e submissão dos povos, são os mesmos, principalmente sobre os negros, pobres, indígenas e as mulheres, utilizam de um falso retorno de paz e tranquilidade para aqueles que não se rebelar. Pois “o preço da resistência era e é sempre, o extermínio” (FEDERICI, 2017. p. 203).

2.3 Da organização social ao direito ao voto: a luta social e política feminista brasileira

A democracia se coloca como o regime político que quem governa é o povo, daí se traduz a soberania popular como uma das principais características da democracia, ou seja, a vontade do povo deveria ser sempre primária. Assim podemos iniciar a conjecturar sobre a história de luta das mulheres nesse regime.

Para Bester (2016) não se pode falar em luta das mulheres pelo direito de votar e ser votada, sem antes falar da importância que o voto representa para a democracia, pois ele é um instrumento de delegar poder a um representante, mais que um voto, a grandiosidade está na soma de todos os votos que garante a soberania popular e consequentemente o dever de fiscalizar e cobrar destes que nos representam.

As mulheres estarem no legislativo e executivo, para Bester (2016) garante a participação nos canais de decisão, as pautas relacionadas às mulheres serão impostas nestes respectivos espaços e defendidos pelo olhar feminino.

Além disso, é necessário que se eleja mulheres, que elas se disponibilizem a atuar politicamente, mas, o mais importante é que as mulheres tenham a oportunidade de escolher estar em projetos que se identifiquem e tenham representantes com seu olhar.

O movimento sufragista foi essencial no mundo pelo direito ao voto feminino, tudo teve início em 1848 na França quando o voto deixou de ser por exigência monetária, mas permaneceu segregacionista e excludente ao gênero feminino, o sufrágio foi à pauta principal em vários países dos movimentos feministas e no Brasil não foi diferente (BESTER, 2016).

Nesta mesma linha a autora aponta que foi uma luta longa e árdua, com início em 1832, 1837 novas manifestações apareceram e foi fortalecido mesmo em 1870-1875, com um destaque a Bertha Lutz grande ativista do movimento sufragista e de Leolinda Figueiredo Daltro que sua atuação no início do sec. XX foi essencial para se tornar pauta da sociedade a emancipação feminina, após liderar essa organização fundou anos depois o Partido Republicano Feminino (PRF), composto somente por mulheres, mesmo sem direitos políticos naquele momento.

Bester (2016) esclarece que desde 1881 com a Lei Saraiva que criou o pleito direto e o título eleitoral até 1890 com a proclamação da República e a nova Constituição Brasileira Republicana em 1891, os direitos ao voto feminino foram negados ou omitidos, o que fortalecia o sistema do patriarcado e o falso paternalismo.

Foi naquele ano que o Rio Grande do Norte colocou em vigor lei eleitoral que determinava, em seu artigo 17, que no Estado poderiam “votar e ser votados, sem distinção de sexos”, todos os cidadãos que reunissem as condições exigidas pela lei. Com essa norma, mulheres das cidades de Natal, Mossoró, Açari e Apodi alistaram-se como eleitoras em 1928. (TRE-ES, 2014, s/p).

A primeira grande vitória do movimento sufragista foi à instituição do voto feminino no Rio Grande do Norte 1927, mas somente em 1932 que o voto feminino foi reconhecido nacionalmente pelo Código Eleitoral, mas ainda deixava as analfabetas de fora, foi somente em 1933 que a primeira mulher foi eleita ao parlamento federal, Bester (2016) ainda afirma que os avanços da luta pelo direito ao pleito eleitoral feminino é fruto da organização das sufragistas liderados por mulheres.

Conforme o TRE-ES (2014) com a lei nº 12.034 de 2009, trouxe novas deliberações para os partidos políticos, como forma de fomentar a participação feminina, nela contém que o fundo partidário que garante o mínimo de 5% que deve criar condições e programas para estimular e garantir essa participação, além da propaganda eleitoral que deverá garantir o tempo a programas de inserção das mulheres.

O que fica evidente com os dados que vem abaixo é que mesmo com as leis como a que foi citada, não há garantia de interesse e participação das mulheres na política, nem como protagonistas, tão pouco para elegerem suas representantes no legislativo e executivo.

De acordo com dados da edição de junho da pesquisa Estatística de Eleitorado, publicada pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE) em 2016, 76.534.83 mulheres votaram na

última eleição, quase 53% do total de 146.470.880 eleitores no País. A parcela que mais participou no processo eleitoral do período foi o grupo de mulheres entre 45 e 59 anos. Dos 34.727.915 eleitores da mesma faixa etária, 18.274.577 eram cidadãs brasileiras, representando 52,6% desse segmento. As eleitoras que possuem entre 25 a 34 anos também foram presentes na hora de votar, com 16.722.386 participantes, esse segmento ocupou o segundo lugar no ranking.

Segundo o Portal Brasil (2016) um estudo realizado pela Secretaria Nacional de Mulheres em 2016, mostra que atualmente as mulheres ocupam apenas 13,5% dos cargos nas câmaras municipais e 12% das prefeituras de todo o País. Em números absolutos, são 7.782 mulheres vereadoras ante 49.825 homens nessa posição. Eles ocupam 86,5% das vagas. Entre as eleições de 2008 e 2012, o número de candidaturas femininas para as 5.568 câmaras municipais saltou de 72.476 para 133.864 um crescimento de 84,5%.

Aponta ainda que, esse salto não garantiu que as candidatas fossem eleitas, pelo contrário, em 2008, 8,9% das concorrentes se elegeram para as câmaras municipais. Em 2012, o percentual caiu para 5,7%.

No Congresso Nacional, a participação das mulheres também é baixa, no Senado, a representação feminina atualmente não chega a 15% dos cargos. Já na Câmara dos Deputados, elas ocupam apenas 10% das cadeiras. Já no executivo, em 2012 foram 672 candidatas eleitas, aumento de 33% em relação à eleição de 2008, quando foram eleitas 504 prefeitas. Isso representa 9,12% do total de candidatos às prefeituras no País. Nem 10% dos eleitos no país.

Segundo o Tribunal Superior Eleitoral - TSE (2016) somente em 24 municípios dentre 5.668 tem paridade ou maioria feminina, sendo que em 2.963 municípios o eleitorado é em sua maioria mulheres.

Para a ministra do TSE Luciana Lóssio, ainda é necessário avançar, se compararmos a participação das mulheres no mundo político com a inserção delas, por exemplo, no Judiciário. Hoje, na mais alta Corte Eleitoral, temos uma maioria feminina. Nos cargos eletivos, ainda temos pouco, cerca de 10% de representação. Acho que ainda precisamos caminhar um pouquinho no Poder Legislativo e Executivo, alerta (TRE-ES, 2014, s/p).

Durante o decorrer dos anos, tivemos muita luta dos movimentos feministas para conquistar os espaços, é uma luta incessante, pois até os dias atuais ter a lei não é garantia que as mulheres participem de fato, que se garantam os meios necessários para efetiva participação feminina como protagonista dos espaços nos legislativos e executivos.

A falta de incentivo dos partidos é um dos principais agravantes na baixa eleição de mulheres, além de ser dirigidos por grande maioria de homens o convite para possíveis candidatas se dão geralmente 6 meses antes da eleição, o que é evidente que essa vaga será “tapa buraco” para cumprimento de cota, pois os candidatos eleitos fazem campanha por um tempo bem maior.

Devemos romper com esse padrão estabelecido, pois cada vez que uma mulher assume esse papel, ela reforça esse sistema excludente, se diminui e favorece ao patriarcado.

Outro agravante é o censo comum construído socialmente pela cultura machista do papel da mulher e seu “devido lugar”, conseguimos ver isso muito presente aos estereótipos desqualificadores lançados a presidenta Dilma Rousseff durante o processo de impeachment em 2016, ecoou no país a desqualificação da mulher na política, o que também é presente no cotidiano das vereadoras, deputadas e senadoras eleitas, basta acompanhá-las para ver os constantes ataques, simplesmente por serem mulheres. Além da sociedade, elas têm de romper com machismo institucional dentro dos espaços de poder, recentemente durante uma sessão um deputado chama a companheira de parlamento a deputada Shéridan Oliveira de “gostosa” segundo (MEIER, 2017. s/p), o que repercutiu no país e mais uma vez tenta segmentar as mulheres e limitar seu lugar.

A mulher tem grande representatividade em outros espaços, como a educação. Além de serem mais escolarizadas, têm profissões qualificadas na área da saúde, de pesquisas científicas e médicas. Mas elas não têm papel onde existe poder. Os mecanismos de construção de poder, sobretudo político, é nos partidos (SCALABRIN, 2016, Portal Brasil, s/p).

Para Tiburi (2016) a conscientização política feminina é fundamental para que as mesmas entendam as contradições políticas existentes no Brasil, ela propõe algumas reflexões entorno do significado de se votar em homens e as leis ser regidas pelo olhar dos mesmos e ser tratadas como minoria por não ter o poder, sendo a maioria da população.

A mulher é sobrecarregada no cotidiano, grande parte das mulheres atualmente mantém financeiramente sozinhas suas residências, além de ter a jornada doméstica como sua responsabilidade, não sobra tempo para participação política.

A presidente do Chile Michelle Bachelet (2014, s/p), disse em seu discurso que: "Quando uma mulher entra na política, muda a mulher, quando muitas mulheres entram na política, muda a política"

Nessa perspectiva, compreendemos o termo mais utilizado nos últimos anos pelo feminismo; o empoderamento. Uma palavra que teve seu neologismo adaptado pelo educador Paulo Freire da palavra em inglês “empowerment”, que está no centro das discussões de emancipação e equidade dos movimentos populares. (FREITAS, 2016. s/p).

Conforme Santos, Neves e Cabral (2009) apontam no dicionário Online, empoderar significa: “Conceder ou conseguir poder; obter mais poder; tornar-se ainda mais poderoso: empoderou o ditador com poderes irrestritos; empoderou-se e cheia de confiança, seguiu em frente”. [Figurado] “Passar a ter domínio sobre sua própria vida; dar ou atribuir poder a: ela luta para empoderar as minorias; empoderou-se de coragem e seguiu em frente”.

E um termo mal compreendido e muitas vezes mal utilizado e tem sofrido uma grande rejeição por ser mal interpretado.

Para o feminismo empoderar não tem o significado individual e sim coletivo, pois a partir do momento que uma mulher se empodera, ganha autonomia, independência, postura crítica, protagonismo e se torna forte, com certeza ela será referência para outras mulheres e se quiser e ter consciência conseguirá auxiliar outras também, então se trata de uma rede de apoio, quanto mais mulheres nos espaços de poder, mais mulheres serão impactadas.

Vai além de pensar na transferência de poder, é pensar nos vários problemas que atinge diariamente as mulheres e buscar meios de combatê-los, pensar nas conquistas de uma mulher pela perspectiva de que é um avanço coletivo e amplo e que nos meios onde estamos, há necessidade urgente de criar mecanismos para empoderar cada mulher na sua atuação. Esse é o principal papel do feminismo nos dias atuais, fazer com que as mulheres percebam e compreendam que fazem parte de um projeto muito maior e querer atuar nele de forma ativa, como protagonista e não coadjuvante, que para isso ela pode e terá como base de apoio todas as mulheres que a cercam, assim se quiser e se dispor, também poderá ser apoio de tantas outras mulheres e se tornar uma referência feminina combatendo o sistema patriarcal e machista.

2.4 A violência contra a mulher e sua relação com a participação ativa em movimentos sociais e políticos

Infelizmente a violência física, psicológica, o feminicídio e os abusos vêm aumentando em nosso país nos últimos anos e o que isso interfere na vida das mulheres? Não só nas vítimas diárias, mas no geral, que faz parte do sistema patriarcal e suas implicações são refletidas no cotidiano das mulheres como um todo, inclusive no distanciamento do convívio e atuação social e política.

É fundamental entender que as violações aos direitos das mulheres, a sua integridade física e psicológica, atingem o desenvolvimento social e econômico do país, que é diretamente impactado.

A convenção Interamericana de Belém do Pará de 1994, para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher declara que:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (BRASIL. Decreto Nº 1.973, de 1996, s/p).

Segundo o relógio da violência do Instituto Maria da Penha, a cada 6.3 segundos, uma mulher é vítima de ameaça de violência, a cada 7.2 segundos, uma mulher é vítima de violência física, a cada 16.6 segundos, uma mulher é vítima de ameaça com faca ou arma de fogo, a cada 22.5 segundos, uma mulher é vítima de espancamento ou tentativa de estrangulamento, a cada 6.1 segundos, uma mulher é vítima de assédio físico em transporte público. São informações alarmantes e assustadoras, pois nos últimos anos a rede de enfrentamento a violência contra mulher tem garantido leis e mecanismos governamentais de erradicação a violência, mas os dados mostram que está muito distante disso acontecer, podemos entender que mais uma vez as leis por si só, não garantem a reeducação e comprometimento social.

A lei Maria da Penha foi promulgada em 2016, pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, que visa;

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (BRASIL. Lei Nº 11.340, de 2006, Maria da Penha, s/p).

A promulgação desta lei foi um grande avanço no Brasil para as mulheres, no sentido de garantir que os agressores sejam punidos e as vítimas sejam amparadas pelo estado, embora não seja suficiente, falte fiscalização na execução e penas mais consistente, ela foi uma resposta do estado para os movimentos sociais de mulheres, as conferencias e conselhos, de que o governo está voltado para esse público. Mas como veremos no decorrer deste capítulo algumas pesquisas dos últimos anos, nos mostrara que mesmo após a promulgação da lei, ainda cresce o número dos vários tipos de violência contra a mulher.

Uma pesquisa do Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Datafolha, publicada no Anuário Brasileiro de Segurança pública (2016) mostra que em 2015, 1 estupro ocorre a cada 11 minutos no Brasil e mais;

No Brasil, 30% dos homens e mulheres concordam com a afirmação:

“A mulher que usa roupas provocantes não pode reclamar se for estuprada”. A revelação é preocupante, ainda mais considerando que o ano de 2016 foi marcado por episódios de estupro coletivo que chocaram o país (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016, p. 36).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2016), uma das causas das vítimas não denunciar os abusos, é a culpabilização pelo ocorrido, a descrença nos fatos e a negativa das autoridades. A partir disso o estado deve ter um olhar especial para este apontamento, no sentido de identificar as causas da falta de confiança das vítimas nas autoridades e mudar essa realidade.

Tendo em vista que como mostra o portal do G1 (2017) no estado de São Paulo, apenas 15% dos casos de estupros resultaram em prisões, isso é seis vezes menor que o número de denúncias.

O feminicídio é o termo usado para mortes de mulheres em razão do seu sexo, ou seja, o último ato de controle do homem sobre a mulher, também tem dados alarmantes.

Dos 4.762 assassinatos de mulheres registrados em 2013 no Brasil, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que em 33,2% destes casos, o crime foi praticado pelo parceiro ou ex, isso é, 50,3% do total foram perpetrados por um familiar da vítima, o que representa perto de 7 feminicídios diários nesse ano (WAISELFISZ, 2015, p.15).

Devido a isso, foi criada a lei do Feminicídio (Brasil, Lei nº 13.104/2015), promulgada pela presidenta Dilma Rousseff, que visa dar visibilidade a esse tipo de crime, prevê na circunstância de homicídio e inclui no rol dos crimes hediondos. Se são mortes decorrentes do gênero então entendemos que se houvesse igualdade, uma sociedade que não descriminasse e não existisse a convivência social e institucional, essas mortes não aconteceriam, seriam em grande parte evitáveis.

Contudo, podemos observar a potencialização da violência, reforça diretamente o desprezo pela mulher e os papéis sociais que são atribuídos e escolhidos pelas mesmas, assim esses episódios sociais e culturais que são enraizados no sistema de violência, são limitadores do desenvolvimento livre, saudável e participativo dessa mulher. A desigualdade é estrutural,

que inferioriza e torna a mulher subordinada ao homem, essa é a maior violência contra a mulher interiorizada na nossa sociedade e que precisa ser combatida com urgência.

3. MÉTODO

A metodologia foi procedida pela busca bibliográfica por publicações brasileiras, nas bases de dados eletrônicas; Biblioteca universitária, Scielo, CAPES, LILACS, Google acadêmico e DEDALUS, que disponibilizam produções acadêmicas: pesquisas, análises, dados e questionamentos das áreas da psicologia, filosofia, sociologia, política e análises de movimentos organizados, no que se refere a luta das mulheres por mais espaço e igualdade.

Inicialmente foi estabelecido uma problemática afim de ser justificada ou explicada, em seguida foi definido os objetivos fonte da pesquisa, que culminou na exploração da pesquisa por meio das palavras chaves: luta, deusas, Grécia antiga, mulheres, feminismo, empoderamento, sororidade, violência, democracia, voto, sufrágio, igualdade, machismo, patriarcado, política e conquistas, formando o padrão necessário para a seleção de conteúdos usados na leitura e enquadramento teórico, baseando-se na ausência de crítica pré-estabelecida. Assim foi definida a sequência da leitura, usando os títulos e subtítulos propostos como ordem o que resultou na avaliação da necessidade de novas buscas, sendo sempre questionado a possibilidade de novos autores e pesquisas com referenciais a contribuir com a reflexão proposta. A maior dificuldade encontrada foi inclusive na pesquisa, pois as palavras-chave nos leva, a muitos conteúdos, que fomentam as reflexões, mas sem fundamentação científica, pois foram construídos por movimentos sociais. Recomenda-se que as organizações feministas ou sociais que levantam essa temática providenciem a submeter seus conteúdos a plataformas científicas para autenticidade e publicação.

Contudo o objetivo proposto foi alcançado, os resultados obtidos das pesquisas e apontamentos foram satisfatórios, apresentando um conteúdo claro, objetivo e com credibilidade científica, por fim foi possível mensurar que o método utilizado foi adequado.

Todo esse processo teve a duração de 12 meses, sendo o mínimo de 04 horas e 02 dias por semana voltados as pesquisas e sem nenhum projeto piloto para análise.

3.1 Analise

Inicialmente foi necessário conceituar feminismo, onde Santos (2010) aponta a trajetória do feminismo, como ele iniciou e se alastrou, Muniz (2015) complementa fazendo uma reflexão sobre a revolta e a recusa de parte das pessoas com a ideologia feminista e pontua que pode se dar por conta de um “tal” radicalismo adotado por alguns grupos.

A partir das pesquisas a melhor definição de feminismo é: coletivo, uma crítica direta a um sistema de poder construído no patriarcado, onde o que se busca é igualdade, para além de gênero, assim corroboro da linha que Prata (2016) aponta em relação a sororidade, que as mulheres precisam unir-se em busca de igualdade e liberdade.

Para compreender se à efetiva participação das mulheres nas instâncias de poder nos dias atuais, foi preciso resgatar parte do processo sócio histórico de participação ativa das mesmas. Nesta linha de pensamento, Noura e Castro (2008) expõe as histórias de mulheres, da mitologia grega, à idade média até o contemporâneo, que se tornaram referenciais do feminismo nos dias atuais.

Federici (2017) foi fundamental para o conhecimento da história dos trabalhadores em especial das mulheres, desde o pré-capitalismo aos dias de hoje, para compreender que o sistema capitalista foi, e é fundamental para as imposições, repressões e posicionamentos sociais atribuídos as mulheres e como se deu a perseguição e o poder do Estado sobre a vida e os corpos das mulheres.

Nesta mesma linha sócio histórica, a democracia teve um período que foi fundamental para a participação das mulheres, a luta pelo direito ao voto, Bester (2016) enfatiza que foi uma luta árdua, porem fundamental para emancipação feminina. A luta não acabou neste período, embora se tenha conseguido o direito de votar e ser votada, a participação como protagonista da mulher na política é inexpressiva, haja visto a pesquisa do TSE (2016) que aponta que 53% do eleitorado votante de 2016 eram mulheres, mas segundo o Portal Brasil (2016) os números de mulheres ocupantes dos cargos público são de 13,5% nas câmaras municipais e 12% nas prefeituras, no senado é ainda pior, somente 10% do parlamento é feminino, mesmo número de prefeitas mulheres em todo país, equiparado as prefeituras comandadas por homens.

Existem alguns fatores para essa falta de interesse das mulheres, entre eles; a falta de incentivo partidário as candidaturas de mulheres, segundo o TRE-ES (2014), com a lei 12.034 de 2009, os partidos têm a obrigação de fomentar, estimular e potencializar candidaturas de no mínimo 5% de mulheres, mas isso só acontece no limite para registro de chapas, afim apenas

de cumprimento da lei. Tiburi (2016) afirma que as mulheres devem tomar consciência da importância desse processo e refletir sobre o significado de se votar em homens e as consequências disso para as mulheres, que serão governadas pelo olhar masculino. Outro agravante na falta de participação ativa das mulheres é a cultura imposta sobre as mulheres de acúmulo de trabalho doméstico, além de ter que trabalhar para se sustentar, os afazeres domésticos ainda são responsabilidade exclusiva da mulher.

Por fim a violência contra a mulher, é um dos agravantes mais limitadores de participação social, ela sufoca, reprime, exclui e limita, porque inferioriza sua condição de ser mulher, quando não acaba com própria vida da mesma. Temos atualmente episódios de degradação a pessoas públicas diretamente ligados ao seu gênero, como o caso da presidenta que sofreu processo de impeachment Dilma Rousseff, entre outras parlamentares.

Conforme Tiburi (2015) muitas mulheres morreram lutando para que hoje tivéssemos o mínimo. Corroboro de seu indicativo, que o mínimo que devemos a essas mulheres que nos antecederam, é a continuidade da luta.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo possibilitou a compreensão de aspectos limitadores para a participação as mulheres em espaços de poder sociais e políticos. A reflexão proposta foi de suma relevância, tanto para o Estado, quanto para a sociedade e para a ciência, no que tange a percepção de que é preciso se criar mecanismos reais que propiciem igualdade de gênero.

Diante dos referenciais teóricos apontados, os resultados foram evidentemente alcançados, obteve-se a compreensão, de que fatores como: falta de incentivo político e financeiro; o enraizamento do machismo institucional; as violações dos direitos e as violências físicas e psicológicas, afastam as mulheres de ter uma ativa participação, assim, tornando necessária a busca de alternativas na resolução da problemática proposta.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de projetos científicos que visem dar continuidade a pesquisa, a fim de garantir que a ciência contribua de forma efetiva, pois a maior dificuldade encontrada no processo de pesquisa bibliográfica deste trabalho, foi de referenciais científicos voltados a discussão, em grande maioria as reflexões e questionamentos eram feitos sem base científica. Neste sentido, apresenta-se a necessidade de estimulação acadêmica para os estudantes, professores e pesquisadores, para desenvolver pesquisas para a temática proposta.

Contudo, é possível por meio das pesquisas realizadas neste projeto, compreender que há uma participação tênue das mulheres, poucas mulheres combatentes que lutam e tentam romper o sistema nos espaços de poder, e é essa participação que precisa ser expandida, mas para se obter efetiva participação das mulheres é muito que refletir e fazer, sendo imprescindível a construção de espaços de formação e conscientização política. É evidente também, que a ausência feminina nestes espaços, causa um prejuízo nos direcionamentos impostos a sociedade, assim como favorece a permanência do sistema patriarcal, como regime dominante nas relações de diferenças de gêneros nos espaços sociais e políticos.

REFERÊNCIAS

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Combate à violência de gênero e proteção dos direitos das mulheres.** Org. Fórum brasileiro de segurança pública. 2016. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf. Acesso em: 02/10/2017 - 10h00.

BESTER, M. G. **A luta sufrágica feminina e a conquista do voto pelas mulheres brasileiras:** aspectos históricos de uma caminhada. Argumenta Journal Law, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 25. p. 327-343. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Maria da Penha.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 02/11/2017 - 11h13.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 02/10/2017 - 09h28.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Eleições 2016:** número de prefeitas eleitas em 2016 é menor que 2012. 2016. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2016/Novembro/eleicoes-2016-numero-de-prefeitas-eleitas-em-2016-e-menor-que-2012>. Acesso em: 26/09/2017 – 18h13.

BRASIL. **Mulheres ocupam apenas 12% das prefeituras do País Levantamento.** Portal Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/03/mulheres-ocupam-apenas-12-das-prefeituras-do-pais>. Acesso em: 25/09/2017 – 13h09.

BRASIL. **Mulheres representam 53% do total de eleitores do Brasil.** Portal Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/07/mulheres-representam-53-do-total-de-eleitores-do-brasil>. Acesso em: 25/09/2017 – 12h55.

COSTA, G. R; SILVEIRA, H. M. C; & MADEIRA, A.Z.M. **Relações de gênero e poder:** tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. 2012. Disponível em:

<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/56/196>. Acesso em: 15/09/2017 – 11h25.

ESPIRITO SANTO. Tribunal Regional Eleitoral. **82 anos da conquista do voto feminino no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.tre-es.jus.br/imprensa/noticias-tre-es/2014/Fevereiro/82-anos-da-conquista-do-voto-feminino-no-brasil>. Acesso em: 17/09/2017 - 10h28.

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Ed. Elefante. Tradução: Coletivo Sycorax. 2017.

FREITAS, A. **A origem do conceito de empoderamento, a palavra do momento**. *Nexo Jornal*. 2016. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/10/06/A-origem-do-conceito-de-empoderamento-a-palavra-da-vez>. Acesso em: 11/10/2017 - 12h24.

INSTITUTO GELEDÉS. **E Dandara dos Palmares, você sabe quem foi?** 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-dandara-dos-palmares-voce-sabe-quem-foi/>. Acesso em: 15/10/2017 – 15h50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Porcentagem de homens e mulheres**. 2015. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 28/08/2017 – 17:47.

LAVAQUI, C. et al. **A atual crise no sistema presidencialista no Brasil**. 2016. Disponível em: <https://camilalavaqui.jusbrasil.com.br/artigos/335579280/atual-crise-no-sistema-presidencialista-no-brasil>. Acesso em: 20/01/2018 – 15h28.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio das mulheres no Brasil. 1ª edição, Brasília, DF. 2015. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 02/11/2017 - 11h50.

MAZZINI, M. **Mulher maravilha**: feminismo s/a. 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mulher-maravilha-feminismo-sa/>. Acesso em: 19/09/2017 – 11h59.

MEIER, B. **Chamada de “gostosa”, deputada Shéridan vai recorrer na câmara**. *Veja*. 5 ago. 2017. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/veja-gente/chamada-de-gostosa-deputada-sheridan-vai-recorrer-na-camara/>. Acesso em: 05/11/2017 – 15:40.

MUNIZ, D.C. **Feminismos, epistemologia feminista e História das Mulheres**: leituras cruzadas. OPSIS, Catalão, v 15, n.2. 2015.

NOURA, F & CASTRO. **Arquétipos femininos e masculinos e a prisão do feminismo**: a mulher, o homem e os relacionamentos afetivo-conjugais. Florianópolis. 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST27/Filipa_Noura_e_Castro_27.pdf. Acesso em: 10/10/2017 - 11h25.

NÚMERO de prisões por estupro em SP é seis vezes menor que número de denúncias. Portal G1. São Paulo. 30 set. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/numero-de-prisoas-por-estupro-em-sp-e-seis-vezes-menor-que-numero-de-denuncias.ghtml>. Acesso em: 03/10/2017 - 10h22.

PRATA, L. **O que dizer sobre “sororidade” e por que você precisa dela.** Revista online **Claudia**. 2016. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/noticias/o-que-quer-dizer-sororidade-e-por-que-voce-precisa-dela/>. Acesso em: 19/09/2017 – 12:16.

Prensa PRESIDÊNCIA. **Assinatura do projeto de lei que cria o Ministério da Mulher e da Igualdade de Gênero:** discurso da presidente Michelle Bachelet. Disponível em: <https://prensa.presidencia.cl/discurso.aspx?id=2402>. Acesso em: 15/10/2017 – 16h51.

RELÓGIO DA VIOLÊNCIA. **Instituto Maria da Penha**. 2017. Disponível em: <http://www.relogiosdaviolencia.com.br/>. Acesso em: 03/11/2017 – 10h40.

SAFIOTTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. Editora Perseu Abramo (Coleção Brasil Urgente). São Paulo. 2004. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/s7deuww5dd4n3jn/Genero-Patriarcado-Violencia-Saffioti_LivroCompleto.pdf?dl=0. Acesso em: 18/09/2017 – 11h25.

SANTOS, G. M. **Simone de Beauvoir. “Não se nasce mulher, torna-se mulher”**. Sapare Aude. BH. vl.01. 2010. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/viewFile/2081/2250>. Acesso em: 08/09/2017 – 14h50.

SANTOS, D. R; NEVES, F. S; & CABRAL, L. F. **Dicionário Aurélio online**. 2009. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br> >. Acesso em 09/09/2017 – 14:26.

TIBURI, M. **As feministas estão chegando.** Revista online **CULT**. 2015. Disponível em: revistacult.uol.com.br/home/as-feministas-estao-chegando/. Acesso em: 18/09/2017 – 11h30.

TIBURI, M. **O que é feminismo.** Revista online **CULT**. 2015. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/o-que-e-feminismo/>. Acesso em: 10/09/2017 – 16h10.

TIBURI, M. **Candidatas, eleitoras e eleições: pensar a partida rumo a 2018.** Revista online **CULT**. 2016. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/candidatas-eleitoras-e-eleicoes-pensar-a-partida-rumo-a-2018/>. Acesso em: 18/09/2017 – 12h45.

PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA PERSPECTIVA CLÍNICA E HOSPITALAR

Juliana Aparecida da Silva, Universidade Guarulhos, Brasil, juliana.btd@gmail.com¹²

Larissa Idalgo Neves, Universidade Guarulhos, Brasil, larissa0574@gmail.com¹³

*Dameres Regina Ribeiro de Souza, Universidade Guarulhos, Brasil,
damarestulipa@hotmail.com¹⁴*

*Raffaeli Cristine Barbosa Facio, Universidade Guarulhos, Brasil,
raffaeli_cristine@hotmail.com¹⁵*

Hugo Tanizaka¹⁶

Resumo: Os transtornos alimentares são distúrbios que acometem na maior parte dos casos mulheres jovens. Existe uma diversidade desses transtornos, sendo os mais conhecidos a anorexia e a bulimia. De acordo com relatos, pesquisas e estudos não existe uma causa exata para a patologia o que dificulta a possibilidade de cura. Entretanto, o tratamento vai desde um trabalho psicoterapêutico e em casos graves pode até chegar a internação do enfermo. Com o avanço da tecnologia, o fácil acesso a redes sociais e os padrões exigidos ao longo do tempo os casos de transtornos alimentares vem crescendo. Vale ressaltar que em algumas situações os pacientes se adequam a doença fazendo dela seu estilo de vida e assim procurando e compartilhando informações de como se manter dentro do padrão ideal que se tem em mente. O tratamento para tal doença exige uma equipe multidisciplinar, capaz de lidar com o enfermo e acolhe-lo, cabe ao psicólogo intervir e trabalhar junto com o paciente e a família para a reestruturação do sujeito.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Anorexia e bulimia. Tratamento.

Abstract: Eating disorders are disorders that in most cases affect young women. There is a diversity of these disorders, the most known being anorexia and bulimia. According to reports, research and studies there is no exact cause for the pathology, which hinders the possibility of cure. However, the treatment goes from a psychotherapeutic work and in severe cases can even reach the patient's hospitalization. With the advancement of technology, the easy access to social networks and the standards demanded over time, cases of eating disorders has been growing. It is worth mentioning that in some situations patients adapt to illness by making it their way of life and thus seeking and sharing information on how to keep within the ideal standard that one has in mind. The treatment for such a disease requires a multidisciplinary team, capable of dealing with the patient and to welcome them. It is up to the psychologist to intervene and work together with the patient and the family to restructure the subject.

Keywords: Eating disorders. Anorexia and bulimia. Treatment.

¹² Aluna do curso de Psicologia da Universidade Univeritas – Universidade de Guarulhos (UnG)

¹³ Aluna do curso de Psicologia da Universidade Univeritas – Universidade de Guarulhos (UnG)

¹⁴ Aluna do curso de Psicologia da Universidade Univeritas – Universidade de Guarulhos (UnG)

¹⁵ Aluna do curso de Psicologia da Universidade Univeritas – Universidade de Guarulhos (UnG)

¹⁶ Discente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista da Universidade do Estado de São Paulo

Resumen: Los trastornos alimentarios son trastornos que afectan en la mayoría de los casos a las mujeres jóvenes. Hay una diversidad de estos trastornos, siendo los más conocidos la anorexia y la bulimia. De acuerdo con relatos, investigaciones y estudios no existe una causa exacta para la patología lo que dificulta la posibilidad de cura. Sin embargo, el tratamiento va desde un trabajo psicoterapéutico y en casos graves puede llegar hasta la internación del enfermo. Con el avance de la tecnología, el fácil acceso a las redes sociales y los estándares exigidos a lo largo del tiempo los casos de trastornos alimentarios van creciendo. Es importante resaltar que en algunas situaciones los pacientes se adecuan a la enfermedad haciendo de ella su estilo de vida y así buscando y compartiendo informaciones de cómo mantenerse dentro del patrón ideal que se tiene en mente. El tratamiento para tal enfermedad exige un equipo multidisciplinario, capaz de lidiar con el enfermo y acogerlo, corresponde al psicólogo intervenir y trabajar junto con el paciente y la familia para la reestructuración del sujeto.

Palabra clave: Trastornos alimentarios. Anorexia y bulimia. Tratamiento.

Introdução

Souza e Pessa (2016) consideram que os transtornos alimentares são doenças mentais que comprometem a psique e o corpo do homem. A manifestação dos transtornos alimentares dá-se com a junção dos elementos, quais sejam: componentes biológicos, psicológicos, socioculturais, genéticos (hereditários) e dinâmica familiar.

Segundo Souza e Santos (2010) a sociedade nos dias atuais exige da população um modelo estético exagerado e muitas vezes não alcançado, na busca do corpo perfeito deparam-se com frustrações, gerando assim insatisfação para consigo mesmo. Decorrentes a estas exigências, nos últimos anos tem crescido significativamente as doenças relacionadas aos transtornos alimentares.

Portanto, é relevante o envolvimento direto do profissional da saúde mental no tratamento do indivíduo com transtorno alimentar, pois sua subjetividade está diretamente envolvida neste processo, é o andamento do tratamento psicológico que desconstruirá a imagem distorcida e construirá a imagem real, diante dos olhos do paciente. É de extrema importância verificar os resultados positivos e negativos de tal tratamento (SOUZA, SANTOS, 2010).

Cabe auferir que no centro desta prática de envolver a subjetividade como forma de cuidado com a saúde mental, o profissional de psicologia, ocupa posição central na discussão, este artigo, portanto compreende que é cultural das ciências de saúde se aproximar da terminologia “transtorno” com certo o viés cartesiano e patológico, logo cabe problematizar que ao psicólogo que atua neste cenário, é importante ponderar uma atuação que sirva de polo reflexivo para a ampliação do quadro clínico, para aquilo preconizado pela Organização Mundial de Saúde ao compreender saúde como o estado de bem-estar físico, social e mental.

Serão compreendidos a seguir os transtornos alimentares mais comuns conforme a prerrogativa diagnóstica da comunidade científica para que possa ser construído um contexto dialógico sobre as leituras psicológicas neste tocante.

1 Conceitos de Transtorno Alimentar

Segundo o DSM-IV (2002) os transtornos alimentares são definidos como uma desordem na alimentação e como consequência geram o exagero na ingestão de alimentos ou a restrição total deles, na qual gera consequências graves, comprometendo a saúde física e o desempenho psicossocial do indivíduo. Entre os transtornos, os mais conhecidos são: transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar.

A causa dos transtornos é resultante de diversos elementos, e abrangem aspectos físicos, psicológicos, biológicos, genéticos, socioculturais e familiares, dessa forma é inviável definir apenas uma causa para a patologia, já que esses conjuntos de fatores demandam de uma intensa e específica investigação, incluindo uma equipe multidisciplinar formada por profissionais capacitados para lidar com a patologia, incluindo, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, entre outros (GORGATI, HOLCBERG, OLIVEIRA, 2002).

1.1 Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

O transtorno alimentar restritivo/evitativo manifesta-se mais comumente em crianças do que em adultos, e pode haver uma grande demora entre a manifestação inicial e a apresentação clínica. Motivos que estimulam a apresentação variam significativamente e envolvem dificuldades físicas, sociais e emocionais. A evitação e restrição alimentar, a ingestão insuficiente ou a falta de interesse na alimentação, geralmente desenvolvem-se na fase lactente ou primeira infância e pode ou não permanecer na vida adulta (DSM – V, 2014).

A dificuldade em se alimentar corretamente pode levar à uma perda ponderal ou a uma dificuldade de ganhar peso de maneira correta. Normalmente, inicia-se antes dos seis anos de idade (SOKOL,1998).

1.2 Transtorno de Pica

Ingestão contínua de substâncias impróprias para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de um padrão aceito pela sociedade. As substâncias mais consumidas são: terra, cabelo, fezes de animais entre outros (SOKOL, 1998).

Recomenda-se diagnóstico a partir dos dois anos, de modo a excluir a exploração de objetos com o uso da boca, que podem acabar por serem ingeridos (DSM-V, 2014).

1.3 Transtorno de ruminação

A manifestação inicial do transtorno de ruminação pode ocorrer em lactentes, na infância, na adolescência ou na idade adulta. A idade da manifestação inicial geralmente fica entre 3 e 12 meses. Nos lactentes, o transtorno cede com frequência de forma espontânea, mas seu curso pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (p. ex., desnutrição grave) (DSM – V, 2014).

Inclui episódios de “remastigação” que não possuem nenhuma condição médica. As complicações de maior relevância podem vir a ser desnutrição, perda de peso, desidratação, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e morte. O tratamento inclui assistência clínica e tratamento comportamental (SOKOL, 1998; WEAKLEY, 1997).

1.4 Anorexia Nervosa (AN)

Desde a idade média existem relatos de anorexia nervosa, como o de Liduina de Shiedam (santa que viveu no século XIV), que iniciou o ato de jejuar, ou então se alimentava apenas com pedaços de alimentos. Aponta-se que o primeiro caso de anorexia nervosa relatado clinicamente é atribuído a R. Morton, no ano de 1694, onde era descrito como a suspensão da menstruação, falta de apetite e má digestão. No ano de 1940, surgiram teorias de que a doença fosse de ordem psicológica, influenciados pelos conceitos psicanalíticos e psiquiátricos da época (HERSCOVICI, BAY, 1997).

Caracterizada principalmente pela não alimentação a fim de atingir um peso ideal, a anorexia também modifica uma alteração na percepção corporal do enfermo, associados a outros elementos, como: vômitos auto induzidos, excesso de exercícios e utilização de remédios

laxantes, que levam a amenorreia em mulheres e perda da libido em homens (SCHMIDT, MATA, 2008).

A incidência dos casos de anorexia é na maioria das vezes em mulheres, adolescentes e em alguns casos em crianças. Além da interrupção da menstruação, há também a baixa temperatura corporal, bradicardia e obstipação, perda de cabelo, sensação de frio, insônia, entre outros, o que provoca prejuízos biopsicossociais e em alguns quadros a morte (ABREU, FILHO, 2005).

1.5 Bulimia Nervosa (BN)

A bulimia é um dos transtornos mais populares entre os enfermos, caracterizada pela ingestão exagerada de alimentos e em seguida o vômito auto induzido. Geralmente vem acompanhada de uma rotina de exercícios físicos em excesso, fármacos inibidores de apetite e laxantes. É comum que o sujeito bulímico apresente ansiedade e baixa autoestima, o que pode agravar ainda mais o quadro (BEHAR, 1994).

Segundo Buckroyd (2000) este vômito não faz com que a vítima se sinta bem fisicamente, a ânsia provocada é um esforço para o sistema de qualquer pessoa e tende a aumentar o ritmo cardíaco seguido por sintomas semelhantes aos do choque: suor, tremedeira e fraqueza.

1.6 Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP)

De acordo com o DSM-V (2014):

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível, o antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo, porém a auto avaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias (p.395).

Indivíduos com esse transtorno podem vir a apresentar eventos de compulsão alimentar, entretanto, não fazem uso de medidas extremas para impedir o ganho de peso como pacientes com BN (APPOLINARIO, 1998).

2 Tipos de tratamento e medicamentos

A partir dos anos 40, a psicanálise começou a compreender os transtornos alimentares (OLIVEIRA, 2004), e, nas décadas posteriores, surgiram os programas comportamentais. A TCC foi considerada a abordagem primordial para o tratamento dos transtornos (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002). Os TAs possuem infinitos danos biopsicossociais e grande número de óbitos devido ao consumo rígido de alimentos, sequência de vômitos e uso excessivo de laxantes (CORDÁS, 2004).

Quando o reconhecimento dos transtornos alimentares é realizado no início do desenvolvimento destes, acaba por facilitar enormemente a eficácia do tratamento, visto que, a partir disso torna-se possível a busca por restabelecer a alimentação adequada de acordo com: peso, altura e idade do paciente. Em alguns casos, o tratamento pode assumir um caráter de longa duração, podendo haver também a necessidade da utilização de medicamentos e, eventualmente, até a internação hospitalar. Psicólogos e psiquiatras buscam auxiliar no restabelecimento da saúde mental, avaliando o paciente e traçando estratégias para o tratamento, onde o psiquiatra poderá medicar o paciente de acordo com sua patologia e o psicólogo direciona seu foco para as relações pessoais e interpessoais do sujeito em questão (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000).

Em situações de rejeição ao tratamento utilizar sintomas como a insônia e a depressão para motivar o paciente a aderir ao tratamento, é primordial, da mesma forma, é importante contar com o apoio de toda a equipe de saúde. A farmacoterapia é auxiliar de abordagens psicológicas e nutricionais, enquanto que os psicotrópicos são recomendados para a grande maioria dos pacientes com TA. Atualmente, diferentes substâncias psicoativas já foram testadas nestes pacientes, a ciproheptadina (anti-histamínico e anti-serotoninérgico) parece ser promissora. O uso de antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol, etc.) é clássico, mas nunca se observou uma mudança de curso brusca. Os antidepressores tricíclicos (imipramina, clomipramina, etc.) em doses elevadas associados a antipsicóticos parecem favorecer alguns pacientes com anorexia nervosa (SIMS, 2001; NUNES, BUENO, NARDI, 2005).

3 Os efeitos da angústia em pacientes com transtornos alimentares

Dois conceitos que foram elaborados por Freud definem a angustia. Nota-se que no primeiro ele visa que a energia sexual não foi descarregada corretamente e na segunda defende a ideia de que a angústia venha a ser uma reação a um tipo de perigo. “Freud define o afeto de angústia como uma reação a sensação de incapacidade de lidar com um perigo externo” (CAROPRESO, AGUIAR, 2015).

O corpo humano é nomeado como uma pulsão, pois ele registra todos os acontecimentos que ficam gravados, como por exemplo, marcas afetivas, frustrações, desejos e satisfações. A sexualidade humana surge como uma satisfação de necessidade do ser humano, correlacionada com a libido, quando a paciente se recusa a comer devido à falta de apetite, podemos relacionar em termos sexuais com a perda da libido (LE MOS, CUNNINGHAM, 2005).

Freud acredita que o alimento está relacionado com a função de promover a aliança social, dessa forma, quando o indivíduo se ver incapaz de cumprir esta função, passa a ver o alimento como compensador para a angústia. Devido ao alimento não promover a união, passa a servir como recurso diante da angústia, tanto para o excesso, levando a obesidade, quanto para a recusa, como nos casos de anorexia, estabelecendo assim, seu próprio desejo perante o outro (NETO, MARTINEZ, SANTOS, JUNIOR, 2006).

Alguns clínicos consideram a bulimia e a anorexia como maus hábitos que precisam ser abandonados, entretanto, o fato desse problema afetar principalmente mulheres, faz com que seja percebida uma ligação de como as mulheres veem a si mesmas. É preocupante que esse problema seja considerado comum, pois ele reflete a angústia das mulheres em relação a maneira como são obrigadas a viver. Respostas a longo prazo para este problema, possuem relações com mudanças sociais, enquanto as de curto prazo, uma saída para a angústia do indivíduo (BUCKROYD, 2000).

De acordo com André (1996), anorexia e bulimia, podem ser consideradas consequências de uma angústia de separação da mãe, o que seria equivalente a perder a si mesmo.

4 A influência da mídia/sociedade e redes sociais como estilo de vida

Desde os anos 60, o domínio da imagem se estende ao corpo humano, especialmente o corpo da mulher. Há uma maneira considerada ideal para o corpo feminino e é a magreza.

Existem outros elementos desejados em relação, por exemplo, aos seios, quadris, pernas etc., contudo, de longe, o mais importante de todos esses imperativos é a mulher ser magra (BUCKROYD, 2000).

A atuação da mídia promove distúrbios alimentares e também distorção corporal, é possível notar que modelos e atrizes vem se tornando cada vez mais magras no decorrer dos anos. A mídia possui grande poder e acaba por causar impactos em pacientes com TA ao exibir técnicas que não são saudáveis, para o controle de peso, como por exemplo dietas e exercícios físicos severos. Estudos realizados, apontam que grande parte dos adolescentes que estão expostos à mídia, não estão satisfeitos com seus corpos (BECKER et al., 2002).

O ramo da indústria corporal, padroniza corpos e com isso, grande parte de nossa sociedade acaba por sair em busca de uma aparência idealizada. Quando não se sentem inseridos nestes padrões, passam a se sentir insatisfeitos e constantemente cobrados. Grupos de modelos e bailarinas por exemplo, reforçam a busca pelo corpo magro, elevando o risco de transtorno (RUSSO, 2005; SUNDGOT-BORGEN, 1994).

Pesquisas realizadas em diferentes culturas, reforçam a ligação da mídia com transtornos alimentares, alguns estudos americanos e europeus, apontam que cerca de 70% das mulheres acreditam que estejam com sobrepeso, mesmo que estejam normais ou até mesmo magras. Com isso, é possível perceber que os modelos de beleza podem ser considerados grandes indicadores de desigualdade entre as classes (HERSCOVICI, BAY, 1997; CARRETEIRO, 2005).

Comunidades virtuais são como um refúgio, um local seguro, onde elas podem compartilhar seus pensamentos e comportamentos, fugindo assim dos julgamentos que acontecem no mundo externo. Nos diálogos travados entre elas em redes sociais, é possível notar termos que indicam práticas da mesma série, como por exemplo: “miar” (vomitar), “Ana” (anorexia), “LF” (light food) e “NF” (no food). Além disso, o anonimato contribui para a idealização da cultura pró-ana (RAMOS, NETO, BAGRICHEVSKY, 2011).

5 O papel da família nos casos de transtornos alimentares

Na realidade terapêutica é possível considerar que o transtorno alimentar é resultante da dinâmica familiar, pois se os papéis de cada membro familiar não estiverem corretamente distribuídos e desenvolvidos por seus integrantes é provável que o crescimento dos membros

seja afetado, desta forma é compreendido que a família é a peça fundamental para o desenvolvimento eficiente do tratamento (HERSCOVICI, BAY, 1997).

Existem alguns modelos familiares que nos mostram claramente os impactos causados por seus respectivos funcionamentos. As famílias em suas diferentes maneiras, estabelecem-se dia após dia encobrendo os sentimentos de seus membros, algumas famílias por falta de organizar seu tempo para proporcionar a devida atenção, outras omitem para manter seu padrão de família perfeita, enquanto outras, apenas pelo estresse e produção de um ensinamento onde filhos não devem interagir com os pais. Estes comportamentos levam os membros a ingerir seus sentimentos, sentimentos estes que, aparecerão mais tarde em forma de sintomas como transtornos alimentares (BUCKROYD, 2000).

No âmbito familiar é onde se instala a confiança, autonomia e visão de mundo, será este contexto que levará este jovem a compreensão e consequência de obter os transtornos alimentares ou não. É uma diversidade de sentimentos revelados quando um membro apresenta os transtornos alimentares, são estes tristeza, medo, impotência, culpa, desesperança e ambiguidade. Por esta razão e pelo motivo já mencionado anteriormente, que a família é a causa deste malefício, e se faz necessário sua plena participação para serem tratados tais sentimentos, onde serão impactados no bom desenvolvimento do tratamento (BUCKROYD, 2000; ESPÍNDOLA, BLAY, 2009).

Portanto, o ambiente familiar é propício a contribuir com o tratamento do ente que sofre com o transtorno alimentar. Seu dever, diante de todo o exposto, não foge àquilo que é de sua natureza, que conforme mencionado é ter estabilidade, promover mudanças e crescimento a fim de contribuir com a melhoria do paciente (GRANDO, ROLIM, 2005).

6 Contribuições da Psicologia nos contextos: Terapêutico e Hospitalar

Atualmente, compreende-se a importância de trabalhar o comportamento alimentar dentro do contexto terapêutico, visto que intervenções desta espécie têm apresentado bons resultados, alterando os padrões de comportamento, motivando a perseverança no tratamento e fornecendo também suporte emocional ao fazer com que o paciente conviva no meio social. A terapia deve ainda ser estendida aos familiares, por meio de orientação em procedimentos que auxiliem a melhora do indivíduo que sofre de transtorno alimentar. Além disso, vale ressaltar a importância de um acompanhamento psicológico que não deve se restringir apenas ao período crítico de tratamento, devendo ainda se estender em caráter de manutenção dos ganhos

adquiridos com o tratamento. Ou seja, o paciente precisa sentir que não está sozinho no mundo, para que assim tenha forças para superar todo o processo (BUCKROYD, 2000).

O paciente que possui o transtorno apresenta profundas limitações para acessar, suportar e ressignificar emoções. Diante disso, o psicoterapeuta possui um significativo e importante papel, o de favorecer condições para a urgência do universo subjetivo, principalmente auxiliando o indivíduo no reconhecimento das emoções e sentimentos que experimenta. Tal processo tende a ampliar a capacidade dos indivíduos que vivenciam transtornos alimentares, para suportar e tolerar afetos (GORGATI, HOLCBERG, OLIVEIRA, 2002).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem muito utilizada no tratamento dos transtornos alimentares, abordando fatores emocionais, cognitivos e comportamentais, de forma a identificar e corrigir os processos que comprometem o quadro clínico dos pacientes, auxiliando assim a retomada da qualidade de vida das pessoas que sofrem de tais distúrbios (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002).

A complexidade que envolve os transtornos faz com que em muitos casos os pacientes não acreditem que estejam doentes, dessa forma a demanda de informações no processo psicoterapêutico é prejudicada, pois não se obtém o conteúdo fundamental para a evolução de tratamento dos mesmos. O estabelecimento de vínculo com os pacientes também é afetado, dessa forma se faz necessário adaptações no processo terapêutico psicanalítico, já que os pacientes portadores da doença são considerados pacientes de difícil acesso (MARINI, 2006).

É possível distinguir a maneira com que as anoréxicas e as bulímicas se relacionam com os seus analistas e suas posturas perante a análise. As anoréxicas geralmente apresentam-se mais quietas, as vezes até em silêncio absoluto, demonstrando que não possuem nada a dizer, realizando assim um processo de contra investimento, evitando o seu analista. Entretanto, as pacientes bulímicas são o oposto, falam de forma exacerbada, possuem dificuldades em aceitar intervenções do analista, onde, conseqüentemente nota-se um excesso pulsional (CARDOSO, 2009;9).

É de suma importância que o acompanhamento psicológico seja mantido durante o tratamento e após a extinção dos sintomas, para que de forma preventiva o transtorno não retorne e assim a paciente possa usufruir de uma maior qualidade de vida (BUCKROYD, 2000).

Com base em todas as compreensões levantadas até o presente momento, é possível resumir o importante e significativo papel do psicólogo como um trabalho de profunda regulação da autoestima, promoção de um resgate do respeito para consigo mesmo e por sua

história existencial, bem como a exploração e elaboração de experiências traumáticas que permanecem vivas no psiquismo do indivíduo (ZERBE, 2001).

Segundo Angerami et al., (2017) o processo de hospitalização de um paciente provoca um sentimento de não pertencimento ao seu mundo anterior e passa então a fazer parte de um aspecto, no qual deixa de ter um nome e passa a ser reconhecido por um número, ou então por sua doença. É essencial que seja feito com o enfermo uma integração de sua atual situação, para que dessa forma o mesmo passe a reconhecer seus valores e conceitos sobre seu mundo atual, evitando assim o processo de despersonalização.

O psicólogo hospitalar permite possibilidades onde o sujeito que está hospitalizado possa expor seus sentimentos, fazendo com que entenda seu atual estado de saúde e que compreenda novos modos de lidar com sua doença. Trazendo-o para uma nova realidade, onde o mesmo possa se ver como um todo (ALAMY, CAMON, 2003).

A psicologia hospitalar considera as pessoas de maneira individual, além disso, se preocupa com as relações entre elas. Com isso, constitui-se uma psicologia de ligação, que tem como função auxiliar no relacionamento entre médicos, pacientes e familiares (SIMONETTI, 2006).

Método

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, esta que oferta ao leitor uma compreensão mais aberta acerca de uma temática, esta que também tende a ser mais abrangente e não requer protocolos rigorosos para sua realização, justamente por ter um caráter mais ampliado de possibilidades, ela conta com os critérios e vieses do(s) autor(es), para a triagem e seleção dos referencias teóricos utilizados (CORDEIRO et al, 2007; ATALLAH, CASTRO, 1997).

A escolha deste método ocorreu, após amplas discussões entre os autores sobre o assunto da relação entre a prática psicológica em quadros de transtornos alimentares, tanto pela compreensão clínica, quanto hospitalar.

Este tipo de estudo se compõe com base na análise crítica dos autores acerca da temático central da pesquisa, podendo facilmente recair nos vieses dos pesquisadores (ROTHER, 2007). Para o manejo e redução destes aspectos parciais sobre a pesquisa, tomou-se o cuidado de

ampliar o material teórico pesquisado, para incluir perspectivas de outras áreas específicas e promover uma dialética multidisciplinar.

7 Discussão

Com base nos dados apresentados durante a pesquisa, estima-se que transtornos alimentares tem maior persistência em mulheres jovens e raramente acomete homens. Em diversos casos a doença vem acompanhada de outras patologias, geralmente, a depressão, entretanto, também existem outros problemas de ordem psicológica e orgânica. São perturbações psíquicas profundas, que podem ser causadas por diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos. Uma combinação de fatores prevalece, cabíveis a medicina, nutrição, psicólogos, psiquiatras entre outros (APPOLINÁRIO et al., 2000).

Tanto os meios de comunicação, quanto a mídia e o convívio social, influenciam jovens, na sua maioria mulheres, a buscar um padrão de beleza inalcançável, padrão este que é valorizado atualmente, tanto no campo afetivo, quanto no profissional. Entre alguns casos, o transtorno se inicia mediante a busca desse padrão de beleza e estética, que acaba por se transformar em uma obsessão, causando, inclusive a distorção corporal, que é um dos sintomas mais relatados (STICE et al., 1994).

A participação da família no contexto dos transtornos alimentares é imprescindível, já que mesmo durante o tratamento, existe sofrimento por parte do indivíduo. É importante compreender o papel que essa família exerce, visto que esse transtorno pode ser decorrente da dinâmica familiar, deste modo, entende-se que é de suma importância que existam trabalhos preventivos em relação a este tema, onde assuntos como possíveis sinais e sintomas de um transtorno sejam abordados. É válido ressaltar que o diagnóstico precoce é fundamental para que não seja necessário recorrer a medidas drásticas, evitando assim, um maior sofrimento do enfermo e familiares.

Os indivíduos acometidos pelos transtornos alimentares, normalmente estão vivenciando um processo de negação onde não acreditam na doença e passam a referir-se a ela como um estilo de vida, o que dificulta ainda mais a cura da doença, pois, conforme citado, tanto a sociedade como a mídia influenciam este comportamento. É necessário que exista uma prevenção a esta patologia, já que cada dia mais o número de sujeitos com este transtorno, cresce.

8 Considerações finais

A partir do estudo realizado, foi possível verificar que a psicologia trabalha com diversas técnicas, a fim de contribuir com o tratamento, porém, existe um impedimento de ao buscar o cerne da doença, o que invariavelmente dificulta a possibilidade de melhorias do quadro, e portanto sendo de difícil uma forma de prevenção correta, uma vez que diversas vezes a causa é desconhecida, o que invariavelmente demanda dos profissionais um trabalho investigativo muito amplo, demandando a hipotetização de diversas possibilidades interventivas.

Existe uma preocupação dos pesquisadores para com o assunto, entretanto, a falta de suporte da comunidade científica, faz com que o processo seja mais complexo na busca de pesquisas a respeito do assunto abordado. Os transtornos alimentares, possuem várias extensões para discussões, porém, é notável que o conteúdo foi apenas idealizado, tendo apenas conclusões rasas, que não dão a importância devida que o tema requer.

Por fim, cabe preponderar um caráter preventivo de atuação do profissional de psicologia neste tocante, é necessário que a comunidade científica passe a conjecturar formas de atuação no segmento da psicoprofilaxia, uma vez o tratamento destes transtornos ser altamente complexo e de difícil adesão por parte do paciente. Este trabalho possibilitou elucubrar questões técnicas e teóricas acerca do tema, assim como trazer a discussão do assunto para um contexto fora da prática clínica e hospitalar, relativizando o estilo de vida e a parcela midiática e social sobre este assunto.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de; CANGELLI FILHO, Raphael. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitiva-construtivista de psicoterapia. **Rev. psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.

ALAMY, Susana. A prática Hospitalar—como é a atuação do psicólogo. **Recuperado em**, v. 22, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2002, 4a. ed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2014, 5a. ed.

ANDRÉ, J. (1996). **As origens femininas da sexualidade**. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1995).

ANGERAMI, A. V. et al. – Psicologia Hospitalar Teoria e Prática ed. São Paulo: CENGAGE, 2017. 106 p.

APPOLINÁRIO, J. C. (2000). Transtornos alimentares. Em J. R. Bueno & A.E. Nardi (Eds.), **Diagnóstico e tratamento em psiquiatria** (pp. 345-367). Rio de Janeiro: Medsi.

APPOLINARIO, J. C.; SILVA, J. A. Z. Farmacoterapia. **Nunes MAA, Appolinario JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.**

APPOLINARIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 28-31, dezembro de 2000.

ATALLAH, N. A.; CASTRO, A. A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 2, n. 2, p. 12-15, 1997.

BECKER, AE; BURWEL, RA; GILMAN, SE; HERZOG, DB, HAMBURG, P. Eating Behaviours and attitudes Following Prolonged Expore to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. **The British Journal of Psychiatry**, 2002; 180: 509-14.

BEHAR, V. S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. **Insight-psicoterapia**, v. 43, p. 11-14, 1994.

BUCKROYD, J. **Anorexia e Bulimia: Esclarecendo suas dúvidas**. 1. ed. São Paulo: AGORA, 2000. 136 p.

CAMON (Org.), V. A. A.; et al. (2003). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

CARDOSO, Jaqueline Pinto. Anorexia e Bulimia Nervosas: interfaces no discurso. Cadernos Ceppan – **Revista de Transtornos Alimentares** nº5, São Paulo, Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia – CEPPAN, outubro de 2009, pp.7-9.

CAROPRESO, Fátima; AGUIAR, Marina Bilig de. O conceito de angústia na teoria freudiana inicial. **Natureza humana**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

CARRETEIRO, T. A. (2005). Corpo e contemporaneidade. **Psicologia em Revista**, 11(17), 62-76.

CORDÁS, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 31(4), 154-157.

Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA, GERS- Rio. Revisão sistemática : Uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL: [http:// www.scielo.br/rcbc](http://www.scielo.br/rcbc)

DE SOUZA, Ana Paula Leme; PESSA, Rosane Pilot. Tratamento dos transtornos alimentares&58; fatores associados ao abandono. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 60-67, 2016.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 49-53, Dec. 2002.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 707-716, 2009.

GORGATI, S. B.; HOLCBERG, A. S. & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(3), 44-48.

GRANDO, Lucia Helena; ALVES ROLIM, Marli. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, 2005.

HERSCOVICI, Cecile Rausch; BAY, Luisa. Anorexia Nervosa e Bulimia: Ameaças a Autonomia. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 184 p..

LEMO, Inez. Bulimia e anorexia: patologias da falta e do excesso. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 81-89, 2005.

MARINI, Marisol. “Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá retirar sua mãe de seu. **cadernos pagu**, v. 46, p. 373-409, 2016.

NETO, Mello et al. Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico. **Aletheia**, n. 23, p. 101-111, 2006.

NUNES, Portella; BUENO, Romildo; NARDI. **Psiquiatria e Saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo, Atheneu, 2005, 279p.

OLIVEIRA, L. L. (2004). **Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

RAMOS, Juliana de Souza et al. Pro-anorexia cultural identity: characteristics of a lifestyle in a virtual community. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 447-460, 2011.

ROTHER, E. T. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção do belo. **Movimento & percepção**. Espírito Santo de Pinhal, São Paulo. Jan./jun 2005; 5(6): 80-89.

SCHMIDT, Eder; MATA, Gustavo Ferreira da. Anorexia nervosa: a review. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 387-400, 2008.

SIMONETTI, A. (2006). **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo.

SIMS, Andrew. **Sintomas da Mente: Introdução à Psicopatologia Descritiva**. Porto Alegre: ARTMED Editora, 376 p., 2001.

SOKOL. MS, STEINBERG D, ZERBE, KJZ. Childhood eating disorders. **Curr Opin Pediatr** 1998; 10:369-77.

SOUZA, Laura et al. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 285-294, 2010.

STICE, Eric et al. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. **Journal of abnormal psychology**, v. 103, n. 4, p. 836, 1994.

SUNDGOT-BORGEN, J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. **Med Sci Sports Exerc** 1994;26(4):414-9.

WEAKLEY, M.M, PETTI, T.A, KARWISCH G. Case study: chewing gum treatment of rumination in an adolescent with an eating disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1997; 36(8):1124-7.

ZERBE, K. J. The inicial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. **Psychyatric Clin N Am** 2001.

O FOGO CRUZADO ENTRE O DESPERTENCIMENTO E O ISOLAMENTO SOCIAL: UMA LEITURA PSICANALÍTICA SOBRE O SUICÍDIO EM IDOSOS

*Omar Paris*¹⁷

*Carolina dos Reis Sezefredo*¹⁸

*Carlos Eduardo Bovenzo Filho*¹⁹

*Roberta Pompêo de Camargo Carvalho*²⁰

*Hugo Tanizaka*²¹

RESUMO: A partir de uma análise no decorrer da história, pode-se constatar que houveram grandes mudanças em sociedade, em que a velhice foi diretamente associada a morte e doenças, o que traria a imagem de improdutividade do idoso, proporcionando uma abertura para o aumento de fatores como o isolamento social, agressões e automutilações e consequentemente, o aumento do índice de suicídio entre os idosos. Analisando tal população, que é a que mais aumenta em todo o mundo, a aposentadoria pode ser um forte fator que reforça o cenário apresentado pois, a partir da impossibilidade de exercer a profissão, o indivíduo sente dificuldades em se relacionar que torna-se um dos problemas mais relevantes em casos que não foram diagnosticadas com algum transtorno mental, modificando o contexto de vida proporcionando alterações no fluxo do pensamento e, posteriormente, pode ocasionar em confusões mentais. Considerando ainda o lado biológico do envelhecer, há de se considerar que a velhice é uma concepção social e cultural, partindo do não envelhecimento do inconsciente, o psiquismo não sofre alterações por consequência do envelhecimento em que tal condição é determinado pelas perdas, não concentração de energias mentais.

Palavras-Chave: Suicídio. Idoso. Exclusão.

ABSTRACT: From an analysis in the course of history, we can find out that were great changes in society, in which old age was directly associated with death and illness, which would bring to them the image of unproductive, providing an opening for expanded of factors like social isolation, aggression, self-mutilation and, consequently, the increase of suicide rate among the elderly. By analyzing this population, which is the one that grows the most in the world, retirement can be a strong factor that reinforces the presented scenario, from the impossibility of exercising the profession, the individual feels difficulties in relating and that becomes the most relevant problems in cases that have not been diagnosed with some mental disorder, modifying the context of life providing changes in the flow of thought and, subsequently, can lead to mental confusion. Also considering the biological side of aging, it must be consider that old age is a social and cultural conception, starting from the non-aging of the unconscious, the psychism does not change as a result of aging in which such condition is determined by losses, not concentration of mental energies, old age establishes the mourning of lost objects and the formation of new alternatives for libidinal reinvestment.

Keywords: Suicide. Old age. Exclusion.

¹⁷ Estudante do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Univeritas - UnG

¹⁸ Estudante do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Univeritas - UnG

¹⁹ Estudante do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Univeritas - UnG

²⁰ Docente do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Univeritas – UnG; Mestra em serviço social pelo Pontifícia Universidade Católica do Estado de São Paulo.

²¹ Docente do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Univeritas – UnG; Mestrando no programa de Psicologia da Saúde da Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista do Estado de São Paulo

1 INTRODUÇÃO

A partir dos estudos realizado, pode-se constatar que a população com mais de 60 anos, é a que mais aumenta em todo o mundo, o que motiva a necessidade de maior atenção para questões sociais e de saúde que atingem tal população. De acordo com a OMS (2002), há cerca de um milhão de pessoas no mundo que são vítimas de suicídio e por ações violentas por pessoas presentes no convívio social, ou ocasionados pela própria pessoa, como é o caso das automutilações (MINAYO; CAVALCANTE 2010).

O amadurecimento psíquico não se desenvolve apenas de acordo com as consequências da passagem de tempo, exige um empenho constante e pessoal na procura do significado da vida e do autoconhecimento, que só poderá ser alcançado através da modificação dos valores durante a vida, ou a partir da obtenção da consciência. Ou seja, as compreensões sobre o dinamismo do psiquismo, bem como a superação dos conflitos diários, são essenciais para se alcançar a autonomia psíquica rumo a sabedoria, na concepção da psicologia, o envelhecer parte da obtenção de conhecimento para adentrar em harmonia na magnitude de sua constituição (MORAES, MORAES; LIMA, 2010).

Com a aposentadoria, há a impossibilidade de exercer a profissão, tornando-se então, um fator que facilita o isolamento social, acarretando na dificuldade em se relacionar, modificando o contexto de vida proporcionando alterações no fluxo do pensamento e, posteriormente, pode ocasionar em confusões mentais levando a dificuldades na comunicação (SOUSA, *et al*, 2014). Além disso, do ponto de vista biológico, o envelhecimento é inabalável, dinâmico e irreversível, provocando mais fragilidade do organismo às agressões externas e internas (MORAES, MORAES; LIMA, 2010).

Com o advento da revolução industrial no século XIX, houveram grandes mudanças na sociedade, em que a velhice foi associada a morte e doenças, o que daria identidade da imagem de improdutividade do idoso, reforçando o índice de suicídio neste grupo social (SHINEIDER; IRIGARAY, 2008). A partir disso, pode-se compreender que o ser humano, enquanto ser biopsicossocial, durante sua vida, se expõe a uma variedade de experiências que contribuem ou não, para um percurso da vida saudável, influenciando diretamente no meio em que vive, refletindo aspectos da sociedade do ponto de vista adequado ou patológico, definindo então, sua a qualidade do desenvolvimento até o fim de sua existência.

Por meio disto, este estudo buscará, para fins de compreensão do suicídio na terceira idade, explicar acerca das condições biopsicossociais do processo de envelhecimento, bem

como estes aliados à exclusão social e seus impactos, expondo – inclusive, a contextualização histórica do suicídio e, atualmente, as políticas de promoção de saúde para o idoso, as quais a psicologia enquanto área profissional deve se debruçar em prol da saúde mental do público aqui abordado.

O propósito reservado para este projeto, se concentra em compreender as consequências da exclusão social, que podem resultar no suicídio em idosos, além de clarificar o processo de envelhecimento e a finitude dentro do contexto biopsicossocial, contextualizando ainda o conceito de exclusão social e seus impactos em idosos, valorizando o contexto histórico do suicídio, proporcionando o entendimento contemporâneo desta dinâmica, ademais de verificar as medidas de promoção de saúde e a garantia de direitos disponíveis aos idosos.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO HISTORICO DE SUICÍDIO

Pode-se definir o suicídio como um ato intencional de tirar a própria vida em que, tal feito, sempre fez parte da história humana dentro das variadas culturas (BOTEGA, 2015). O crescimento da população idosa foi presente nos últimos anos, tornando a atenção ao idoso cada vez mais importante, pois se vive em um cenário em que ocorrem diversos tipos de agressões e maus-tratos que resultam no aumento da taxa de suicídio desta população (PAIVA; TAVARES, 2015). O suicídio fazia parte dos costumes tribais em que seus motivos eram variados, entre eles ressaltava-se a escravidão, prevenção da desonra, perdas afetivas, idade avançada, vingança entre outros aspectos referentes a inferioridade humana. No aspecto psicológico, o suicídio cometido por um homem primitivo era visto como um ato nobre, uma forma de se atingir uma imortalidade fantasiada, cheia de glórias, fato que ocorre ainda nos dias atuais entre algumas culturas do oriente (BOTEGA, 2015).

Os gregos tiveram uma conduta mais flexível no tocante ao suicídio, o debate filosófico a respeito do suicídio foi equilibrado e desprovido de parcialidade, despojado dos terrores primitivos, porém o fato não seria aceito caso demonstrasse desrespeito aos Deuses. Neste período da antiguidade, diferentemente dos povos primitivos, já existia um valor social, mesmo tal valor sendo pertencente ao Estado que, neste caso, quando um grego desejasse cometer o suicídio, o mesmo tinha que obter a permissão das autoridades vigentes (BOTEGA, 2015).

No cenário romano era comum a prática de combates entre gladiadores, escravos e cristãos, que eram atacados por animais selvagens com o intuito de divertir a plateia nas arenas romanas. Diante deste cenário, as vítimas passaram a ter um comportamento de aceitação resignada do destino, assumindo a postura onde morrer na arena era motivo de glória e salvação. Por meio de Constantino no século V, em virtude das dificuldades provenientes da fome, epidemias, guerras, baixa natalidade e falta de mão de obra, o Estado Romano tira o direito do indivíduo comum de acabar com a própria vida, o suicídio passou a ser tratado como um ato condenável, e todos os bens da família eram apreendidos (BOTEGA, 2015).

Na idade média, a forma como as pessoas cometiam o suicídio, dependia dos costumes locais, desde não permitir a retirada do corpo pela porta até cortar as mãos e enterrar separado do corpo, comportamento que é contraditório para uma Europa em que prevalecia o cristianismo, em que tal conduta provem pelo o fato de o suicídio não ser abertamente condenado pela bíblia. Partindo do princípio da conduta romana, onde o suicídio tornou-se condenável em virtude de uma crise demográfica e econômica do Estado Romano, é Santo Agostinho que traz e converte as ideias defendidas por Platão. Declara que “a vida é um presente de Deus, desfazer-se dela é o mesmo que contrariar sua vontade e, como consequência, rejeitá-lo”. Deste momento em diante o suicídio passa a ser tratado com um ato contra os desígnios de Deus (BOTEGA, 2015).

No século XVII, repercute a voz nos palcos europeus de Hamlet, com a criação de William Shakespeare. É por meio das peças criadas por Shakespeare que o suicídio surgia nos palcos, perante o homem comum, anunciando um problema humano (BOTEGA, 2015).

Foi no século XVII que o suicídio passou a ser compreendido com um problema humano. Neste período o termo suicídio que tem suas origens no latim (*sui* = de si próprio; *caedere* = matar), surge pela primeira vez em textos ingleses substituindo o termo homicídio de si próprio. O século XVII foi um período importante na questão do suicídio, é neste período que o olhar divino passa a ser substituído pelo ponto de vista humano principalmente no campo da ciência, que passou a reconhecer a alienação mental, como um possível causador do suicídio (BOTEGA, 2015).

Já no Século XX, na Revolução Industrial, grandes mudanças sociais proporcionaram a associação da velhice com a morte e doenças, fator este que gerou uma imagem “improdutiva” do idoso, corroborando o índice de suicídio nesse público (SHINEIDER; IRIGARAY, 2008). Em 1897 Emile Durkheim, traz uma importante contribuição; ao escrever a obra O suicídio, o autor transferiu o olhar sob o suicídio, que até

então era voltado somente para o indivíduo, para a sociedade e para os problemas sociais. Em suas pesquisas, Durkheim, considerou o suicídio como um evento social, relacionando ao grau de coesão social em várias culturas e grupos (BOTEGA, 2015).

Atualmente nota-se que as relações sociais são caracterizadas pelo distanciamento, gerando um custo psíquico e subjetivo para o indivíduo, aumentando, dessa forma, o índice de transtornos relacionados às formas de viver. Realizando uma relação direta com o social e o psíquico, Adam e Herzlich (2001), acrescentam que as doenças variam conforme o tempo e as condições econômicas e históricas, sendo a doença um produto “de complexas interações entre processos orgânicos e fatores sociais”.

Com a revolução industrial, a família, o estado e a igreja deixaram de funcionar como agentes de integração social e nada foi encontrado para substituí-los. Nos tempos modernos o estudo acerca da questão do suicídio vem crescendo em diversas áreas das ciências humanas, o julgamento moral e os sansões legais e religiosas em volta do suicídio deram lugar à comprovação de um problema científico (BOTEGA, 2015).

Ainda dentro de uma perspectiva sociológica, Durkheim (1897/2014) observa o fenômeno do suicídio como um fato social e coletivo, em que, para tal autor, a sociedade possui uma predisposição ao suicídio, que pode ser delimitado em diversos momentos históricos conforme foi desenvolvido neste trabalho. Além disso, na sociedade moderna as relações sociais caracterizam-se cada vez mais pelo distanciamento e por relações superficiais, gerando um custo psíquico e subjetivo, aumentando, dessa forma, o índice de transtornos relacionados às formas de viver, atingindo aos campos sociais e o psíquico (SIMMEL, 2005).

2.2 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

De acordo com Berger (2003) na compreensão dos vestígios do envelhecimento, surge quando se para de crescer, determinado por um progressivo declínio físico pertinente à idade. O envelhecimento é ininterrupto em todos os adultos, todos envelhecem. No entanto, com a pequena conexão presente na infância, entre as transformações físicas e a idade cronológica, na idade adulta, tornam-se menos notórias. Fatores genéticos, ambientais e escolhas pessoais podem influenciar no ritmo do envelhecimento, em virtude deste fato, uma pessoa de 40 anos pode não demonstrar fisicamente a idade que tem, e vice-versa (BERGER, 2003).

Tem-se que o envelhecimento representa um montante de resultados ou as sequelas da passagem do tempo, o envelhecimento biologicamente considerado como um declínio morfofuncional que atinge todos os sistemas fisiológicos principais, de um estado variável. Esse declínio não impossibilita que o sujeito se conserve atuante, independe livre e feliz. Na concepção psicológica o envelhecer retrata a obtenção da sabedoria e da compreensão ampla do significado da vida. A velhice adequada, física e psiquicamente, consiste, certamente, na melhor fase da vida, o ser humano nessa etapa está completo para adentrar em harmonia na magnitude da sua constituição (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Na atualidade observa-se um apego aos valores da juventude, fato que tira o foco da experiência adquirida através dos anos vividos, a autora Beauvoir (1990 *apud* MORAES; MORAES; LIMA, 2010), mantém que o envelhecimento “tem, sobretudo, dimensão existencial, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem como o tempo, com o mundo e com sua própria história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais” (MORAES, MORAES; LIMA, 2010).

Conforme Ciulla, (2013), o envelhecimento é uma etapa normal do ciclo vital definido por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É indispensável ressaltar que algumas modificações nesses aspectos, não indicando uma doença absoluta. Em compensação, existem alguns transtornos que são mais comuns em idosos como transtornos depressivos, transtornos cognitivos, fobias e transtorno por consumo de álcool. Do ponto de vista biológico o envelhecimento é inabalável, dinâmico e irreversível, provocando mais fragilidade do organismo às agressões externas e internas. Existem indícios de que o curso do envelhecimento é de natureza multifatorial e depende da programação genética e de mudanças que acontecem na esfera celular-molecular, tal processo é chamado de senescência (processo metabólico ativo associado ao envelhecimento (MORAES, MORAES; LIMA, 2010).

Para Neri (2001 *apud* BIASUS, 2016) a palavra velhice caracteriza a última fase do ciclo vital, que é demarcado por acontecimentos diversos, tais como perdas psicomotoras, afastamento social, entre outras modificações. Segundo esse autor em termos biológicos o envelhecimento abrange uma sucessão de processos que provocam mudanças no organismo, principalmente após a maturação sexual, essas mudanças têm como resultado a diminuição gradativa das chances de sobrevivência. (BIASUS, 2016).

2.2.1 Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

Neurologicamente o processo de envelhecimento, consiste na diminuição da rede neural e dendrítica, resultando em alterações no raciocínio, agilidade, tempo de reação e mobilidade do idoso. Em uma concepção psicológica, o mesmo autor propõe refletir sobre o funcionamento psíquico do idoso, bem como analisar mecanismos que interferem normalmente no envelhecimento, tais como, ausência de interesse pelo mundo e pelos outros, tendência ao recolhimento narcísico, perda das capacidades de sublimação, repulsa para etapas pré-genitais do desenvolvimento, propensão ao ciúme, vinculado à frustração (BIASUS, 2016).

O envelhecimento psíquico ou amadurecimento não se dá em consequência da passagem do tempo, nem acontece de maneira naturalmente progressiva e inflexível. Além da passagem do tempo, exige um empenho constante e pessoal na procura do significado da vida e do autoconhecimento. Só se alcança a maturidade por meio da modificação dos valores da vida ou obtenção da consciência, para tal o autoconhecimento, a compreensão sobre a estrutura e dinâmica do psiquismo, assim como a superação dos conflitos diários são essenciais para se alcançar a autonomia psíquica, aspecto importantíssimo para a sabedoria (MORAES, MORAES; LIMA, 2010).

Conforme cita Biasus (2016), a partir do entendimento sobre psicologia do envelhecimento, é discorrer sobre a iminência da finitude e da angústia que essa realidade causa para o sujeito psíquico. A superação desta angústia estará diretamente ligada com os meios desenvolvidos para elaboração de perdas e lutos. Portanto, a maior ou menor capacidade para enfrentar situações difíceis virá do grau de maturidade, autoestima, tolerância à frustração e da disposição para envolver-se e investir em objetos substitutivos. Se o idoso não tiver desenvolvido essa maturidade, as chances de apresentar um psiquismo disfuncional na busca de resolver os conflitos emocionais são grandes.

No transcorrer do processo de envelhecimento, o aparelho psíquico, também passa por um processo de redução de suas potencialidades, que pode ser representada por uma fragilidade do ego por conta das pressões da realidade. Existe um relaxamento do superego, pelo acúmulo de experiências no decorrer da vida e pela proximidade da morte, proporcionando o reaparecimento das demandas do id, ocorrendo maleabilidade de valores morais. O enfraquecimento do aparelho psíquico nos recursos superegoicos, gera efeitos na forma de enxergar e viver no mundo, impactando no processo de somatização, mostrando uma inter-relação dos problemas físicos e emocionais (BIASUS, 2016).

A partir disso, pode-se compreender que o ser humano dispõe em seu desenvolvimento, um influxo de vertentes abarcando aspectos biológicos, sociais e, sobretudo, psicológicas que, durante sua vida, se expõe a uma variedade de experiências que contribuem ou não, para um percurso da vida saudável.

2.3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE

Conforme Scheneider e Irigary (2008), a pessoa é definida como idosa pela sociedade, a partir do momento em que passa a ser vista pela mesma como um ser improdutivo e inativo, ou seja, quando se aposenta tendo como consequência a inatividade econômica. Ao se aposentar a rotina de vida da pessoa sofre transformações em diversas esferas como o social, financeiro e ocupacional.

Segundo Ciulla, (2013), da antiguidade até os dias atuais, as quatro maiores reclamações dos idosos são: a exclusão por parte da sociedade exclui de trabalhos significativos, diminuição da força física por conta da idade o que minimiza o valor do sujeito, a queda do prazer sexual e o aumento da ansiedade em relação a morte. O conceito de velhice é fruto de uma construção social e temporal, realizada no meio de uma sociedade com convicções e princípios próprios, marcadas por indagações, multifacetadas, multidirecionadas e divergentes. Com o advento do século XXI, ocorreu por parte da sociedade uma potencialização da longevidade, mas em contrapartida é negado aos velhos o seu valor e importância social (SCHENEIDER; IRIGARAY 2008).

O núcleo familiar e o corpo social, são áreas de acolhimento e inclusão social que fornecem suporte, possibilitando proteção e a união de relação e a inclusão em projetos sociais, possibilitando melhoras na qualidade de vida. No meio doméstico, na família e na convivência com vizinhos que as pessoas constituem as primeiras relações que são as que fortaleceram o sujeito para o confronto das dificuldades diárias que descreve o que o núcleo familiar representa, a partir do ambiente mais eficaz para o idoso, proporcionando proteção e pertencimento, no qual o suporte afetivo e de saúde é essencial. Caso a família não consiga suprir esta demanda, o idoso fica desprotegido e exposto à acontecimentos de morbidez significativa, nos aspectos, físicos, psíquicos e sociais (BIASUS, 2016).

A velhice é uma concepção social e cultural, amparada pelo preconceito de uma sociedade que ambiciona a longevidade, mas que não deseja envelhecer (SCHENEIDER; IRIGARAY, 2008).

A teoria psicanalítica, relaciona o sujeito ao conceito de inconsciente, sendo que, o inconsciente não envelhece, portanto, o psiquismo não sofre alterações por consequência do envelhecimento. O envelhecimento é determinado pelas perdas, não concentração e concentração de energias mentais objetais. A velhice estabelece o luto dos objetos perdidos e a formação de novas alternativas para o desejo, alternativas estas que devem ser determinadas pela própria pessoa (RODRIGUES; FINOCCHIO, 2011).

Os autores acrescentam ainda que Erik Erikson, em 1902, foi um dos primeiros a dar ênfase ao desenvolvimento da personalidade como um processo constante no transcorrer da vida, Erikson se apoiava no princípio epigenético. Dentro desta concepção, o desenvolvimento decorreria de etapas contínuas e determinadas, dando-se necessariamente esse desenvolvimento de forma adequada, para que essa evolução se realizasse com serenidade. Acrescenta ainda que a velhice representa a etapa final da sequência da vida dos 60 anos até a morte, tal etapa é definida pelo autor como integridade versus desespero por conta de todo o contexto já apresentado (RODRIGUES; FINOCCHIO, 2011).

Carneiro, *et al* (2007) complementa que a pessoa é rodeada por escolhas no decorrer da vida, em que seu resultado interage com o meio social de forma apropriada ou não, de acordo com a moralidade já estipulada, obtendo assim conhecimentos úteis que são essenciais para o desenvolvimento interpessoal. Tal conhecimento é utilizado para mostrar condutas dirigidas a população, que se torna fruto dos conhecimentos verbais e não verbais superestimando a possibilidade de conquistar e manter boa convivência com o meio social. Rodrigues e Finocchio (2011), a partir de seu estudo, colocam que a integridade acontece quando o sujeito aceita sua vida de forma resignada, numa perspectiva positiva, por não ter alternativa de mudança. O desespero acontece quando a tentativa de se alcançar a integridade fracassa, em decorrência surge o sentimento de que não há mais tempo para se alcançar a integridade.

Por ter introjetado esse fracasso existencial, o sujeito tende a tornar-se mal-humorado e arrogante com as pessoas e instituições. A ocorrência de uma solução adequada dessa crise, traria a noção de ter vivido bem, no inverso, o sujeito crê não poder ter outra oportunidade de viver. A psicologia do desenvolvimento fomenta delinear maneiras claras para definidas idades cronológicas e fase da vida. Freud reinscreveu o sujeito sob uma ótica oposta ao desenvolvimento, mencionando que os primeiros traços são sugeridos ao sujeito pela interferência do outro, jamais serão perdidos, formando assim uma coleção que contribuiriam como centro de atração para outros traços. Não considerava que o sujeito no decorrer de sua

constituição percorreria por definidas etapas, que ficariam para trás e complementadas pelas posteriores (RODRIGUES; FINOCCHIO, 2011).

Os autores também assumem que a teoria psicanalítica integra o sujeito ao conceito do inconsciente, porém, o inconsciente não envelhece, portanto, a velhice não altera o psiquismo. O envelhecimento é determinado pelas perdas, recompensas e não recompensas objetais. A velhice estabelece o luto dos objetos perdidos e a formação de novos modelos para o desejo a partir das peculiaridades demonstradas por cada sujeito. A velhice tendo um perfil distinto, onde cada sujeito envelhece de maneira particular, com suas características, pois cada um fará um novo registro de coisas que lhe são próprias, isto é, o incluído será reincluído, para ser remodelado a partir das características de cada um, as características não estão ausentes, são reincluídos (RODRIGUES; FINOCCHIO, 2011).

A pergunta que é muito presente ao referir-se sobre a velhice é a morte. O medo da morte encontra-se entre o eu e o superego na presença de um perigo externo ou interno que causa angústia, e está relacionado à perda do investimento libidinal. Nessa condição, a pessoa se desinveste libidinalmente do mundo. O que se encontra na velhice é o medo da morte do desejo e não da morte em si, porque o inconsciente a desconhece. Vale salientar que esse desejo não se mede pela idade cronológica, mas pela ligação que existe entre o sujeito e os objetos, o representar suportivo da velhice, é na verdade tolerar os recursos que não se elaboram mais como antes e que a morte faz parte da existência de todos (RODRIGUES; FINOCCHIO, 2011).

2.4 O SUICÍDIO ENTRE PESSOAS IDOSAS

De acordo com o objetivo deste trabalho, dentro de uma perspectiva do suicídio consciente, pode-se compreender que o mesmo é um ato de auto aniquilamento, vivenciado por pessoas que estão em um estado de vulnerabilidade em que, tal ação, torna-se a melhor alternativa dentro de um vazio existencial vivenciado pelo sujeito, que é influenciado a partir da interação entre o sujeito e seu meio, valorando ainda o ambiente psíquico em que pode se apresentar, em alguns casos, patologias como a depressão, que proporciona também um estado de vulnerabilidade, potencializando os riscos ao suicídio (SOUSA, *et al*, 2014).

Para Coutinho, Goniès, Araújo e Sá (2003), é difícil se chegar ao diagnóstico de depressão em pessoas idosas, os sintomas muitas vezes são relacionados aos processos degenerativos cerebrais, sociais, genéticos e enfermidades físicas. As pessoas idosas são mais predispostas à depressão, principalmente quando perdem sua autoestima, e passam a se

considerar imprestáveis, um peso para a família e sociedade. O contato com a solidão, a perda de sentido de vida, a resignação, são contínuos obstáculos no processo de envelhecimento.

Ciulla, (2013), menciona que os sintomas clássicos de humor deprimido e perda de interesse, identificados normalmente em pessoas mais jovens, destoam nos idosos, os mesmos exibem sintomas como queixas somáticas não características, desesperança e abandono, ansiedade e preocupações exageradas, reclamações de perda de memória, diminuição dos movimentos corporais, falta de interesse no trato pessoal e irritabilidade, que podem se revelar como não aceitação ao uso de medicamentos. Os idosos que apresentam doenças psiquiátricas, os transtornos de humor, englobando depressão, eleva para duas vezes mais o perigo de suicídio.

A relação entre a doença mental e o ato do suicídio, está extremamente presente na população idosa, em que foi reportado através de um estudo feito por Minayo no ano de 2010, em que 77% dos idosos que cometeram suicídio, foram diagnosticados com algum tipo de transtorno mental, em que 63% apresentava sinais de depressão. Além disso, experiências de uma enfermidade biológica grave como câncer e complicações cardiopulmonares, enfatizam o prejuízo do desgaste físico que também pode ser adquirido com o tempo, tornando presente ainda mais o *status* de improdutividade do idoso afastando-o da sociedade produtiva (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

O isolamento social é um dos problemas mais relevantes em casos que não foram diagnosticadas com algum transtorno mental, em que o sentimento de solidão em idosos está presente principalmente nos homens, tornando a ideação e efetivação do suicídio mais frequente nos mesmos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Com a aposentadoria, há a impossibilidade de exercer a profissão, tornando-se então, um fator que facilita o isolamento social, acarretando na dificuldade em se relacionar, modificando o contexto de vida proporcionando alterações no fluxo do pensamento e, posteriormente, pode ocasionar em confusões mentais levando a dificuldades na comunicação (SOUSA, *et al*, 2014).

Pode-se ressaltar a visão de Botega (2015) que destaca as crises vitais do desenvolvimento, que acontecem à medida que se envelhece, quando aparecem dificuldade entre uma fase e outra da vida, elas são essenciais para o desenvolvimento humano. As crises circunstâncias derivam de situações atípicas, acontecimentos que a pessoa não consegue controlar. As crises podem conduzir a um colapso existencial, ocasionando experiências de angústia, desamparo, incapacidade e esgotamento, proporcionando ausência de esperança e de resolução. Caso não exista uma capacidade pessoal de reação e adaptação, a tendência ao

suicídio aumenta, por ser considerado como a única solução para um sofrimento insuportável (BOTEGA, 2015).

Tais aspectos ressaltados fazem parte do contexto em que o suicídio se apresenta, dentro deste enquadramento social, em que o sujeito pode ter uma tendência a interpretar os eventos cotidianos de maneira negativa formando então a tríade cognitiva depressiva proposto por Aron T. Beck *et al* (1967, 1976 *apud* BARLOW; DURAND, 2017), em que pode ser definida pela persecutoriedade de pensamentos negativos nas esferas de si próprio, do mundo e do futuro que pode ser aprendida pela transição social no qual foi ressaltado, que pode estar associado ao desamparo aprendido proposto por Seligman (*apud* BARLOW; DURAND, 2017).

Este resultado é determinado pela aprendizagem incontrolável proporcionada pelo meio em que, a partir do cruzamento de teorias, é possível unificar tal pensamento quando o indivíduo atribui os acontecimentos negativos aos fracassos pessoais, ou seja, o indivíduo percebe que qualquer evento, mesmo que não esteja em seu controle, associando-o a sua própria capacidade de agir nestes conflitos, tornando-o incapaz e reforçando seu isolamento de seu meio sem cidadania. Como expõe Martins (1993 *apud* VÉRAS, 2014), “Nossa cultura barroca de faixada, com base na conquista, exclui índios, camponeses no campo e, na cidade, migrantes, favelados, encortiçados, sem teto etc.”

Para Wanderley (2014), a noção de exclusão social, passou a fazer parte do dia a dia das famílias nas diversas sociedades, não se trata de um evento que atinge somente os países pobres, muito pelo contrário, é um fato que atinge a maioria da população mundial, independente de classe social, seja pelas limitações impostas pelas mudanças do mundo do trabalho, ou por situações resultantes de modelos e estruturas econômicas que criam desigualdades incoerentes de qualidade de vida.

Conforme a autora, foi a partir dos anos 90, que surgiu uma nova concepção, a de exclusão, rompendo com o estigma que atravessou séculos, de que somente os mendigos, vagabundos, pedintes, marginais ocupavam os espaços sociais. Várias situações são consideradas como de exclusão, refletem os mais variados aspectos e sentidos provenientes da relação inclusão/exclusão. À sombra desse estereótipo estão inclusos vários processos e gêneros, sintomas que surgem como um rompimento do vínculo social, pessoas idosas, deficientes, desadaptados sociais, minorias étnicas ou de cor, desempregados de longa duração, jovens incapacitados de aderir ao mercado de trabalho etc.

Véras (2014) cita que no Brasil, o tema exclusão social, não é novo, ainda que na atualidade, se fale de novos processos sociais contemporâneos, e se esteja sob a influência das

discussões europeias e americanas acerca do tema. O Brasil é um país que historicamente apresenta um amplo relato de dominação em vários segmentos populacionais e, para entender com maior compreensão e profundidade a relevância da exclusão nos dias atuais, é essencial entender nossa visão de mundo, reconhecer certos motivos históricos que estão presentes nos dias de hoje. Por trás da concepção de exclusão, nasce uma nova configuração de um novo mundo que surge provocador e evidentemente ameaçador (GUARESCHI, 2014).

2.5 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO SAÚDE DO IDOSO

Conforme Fernandes e Soares (2012), o Brasil tem se planejado na busca de reagir ao aumento das exigências da população que envelhece, organizando-se para responder as perguntas da saúde e do bem-estar do idoso. Para as autoras acima mencionadas, embora tenha ocorrido nos anos 70 ações por parte do Governo Federal em favor das pessoas idosas, foi somente em 1994, que se deu a instauração de uma política nacional direcionada aos idosos, anteriormente a esta data, as ações governamentais tinham um caráter filantrópico e de proteção.

Como cita Sousa e Minayo (2010), foi publicada (PNI) Política Nacional do Idoso, decretada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. No artigo 1º é garantido os direitos sociais da pessoa idosa, gerando possibilidades para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa política compõe um grupo de ações governamentais com o propósito de garantir os direitos sociais dos idosos, baseando-se no princípio essencial de que a pessoa idosa é um sujeito de direitos e deve ser acompanhada de maneira distinta em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), evidenciados pelo Ministério da Saúde (MS, 2017), mundialmente, o número de mortes por suicídio ultrapassa os 800.000, sendo a segunda maior causa entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos. No período de 2011 a 2015, o Brasil, registrou aumento da taxa de suicídio por 100.000 habitantes, de 5,3 em 2011 para 5,7 em 2015.

Tem-se que, conforme o Ministério da Saúde (MS, 2017), os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2017) em média 11.000 pessoas cometem suicídio por ano, é a quarta maior causa de morte entre pessoas na faixa etária 15 - 29 anos, sendo que a maior incidência de suicídio é entre os homens, 9 mortes por 100.000 habitantes, entre as mulheres, esse número é menor 2,4 por 100.000 habitantes

No Brasil, a primeira publicação epidemiológica sobre tentativa e morte por suicídio, traz um dado significativo, a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos, apresentando uma média de 8,9 mortes por 100.000 habitantes entre 2011-2016, sendo que a média nacional é de 5,5 por 100.000 habitantes. (MS, 2017).

Diante das informações do Ministério da Saúde (MS, 2017), há um planejamento que visa alcançar a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) reduzir em 10% o número de mortes por suicídio até 2020. Em meio a esses procedimentos, está a capacitação de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a ampliação da malha de assistência em saúde mental em áreas de risco e o acompanhamento anual das ocorrências no país e a formação de um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Dentre as condições que favorecem o suicídio estão; depressão, transtornos mentais, esquizofrenia, alcoolismo, isolamento social, questões sociodemográficas, psicológicas, como perdas recentes, e situações clínicas incapacitantes, como dor crônica, câncer, lesões desfigurantes.

Com o objetivo de prevenir o suicídio, a partir de 2011 passou a ser obrigatório a notificação de tentativas e mortes por suicídio, desta forma tornou-se possível visualizar as regiões que apresentam maior índice de suicídio.

Dados de 2010 – 2015 mostram a concentração de suicídios em todos os municípios do Brasil, os dados revelam a ocorrência de suicídio em quase todo país, sendo que as regiões sul e sudeste apresentam a maior concentração, a região sul, concentra 23% dos suicídios e 14% da população, e a região sudeste concentra 38% dos suicídios e 42% da população.

Uma das prioridades do Ministério da Saúde (2017) é a prevenção do suicídio, por ser um evento de difícil compreensão, configura-se em um desafio para a saúde pública. Setembro, foi definido como o mês para se reforçar a importância da prevenção do suicídio, denominado como setembro amarelo.

De acordo com a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017), em 2017 com o intuito de reforçar ações de prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde faz o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção a Saúde no Brasil até 2020, Tais ações são compostas por três eixos.

Eixo I: Vigilância e Qualificação da Informação: Qualificação da notificação de tentativa de suicídio e do registro de óbitos, estudo, pesquisa e propagação de informações.

Eixo II: Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde, por meio da comunicação social, articulação inter e intrasetorial de ações de promoção de saúde.

Eixo III: Gestão e cuidado, por meio de parceria de fluxos para os serviços de saúde locais com vistas à prevenção do suicídio e integridade do cuidado e educação continuada para qualificação das técnicas dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio.

3 MÉTODO

A pesquisa bibliográfica tem, em seu âmago, a ação do pesquisador em examinar, levantar e analisar o material existente, referente ao foco de investigação – isto é, ao tema. A pesquisa bibliográfica está presente em estudos que sejam exploratórios, que sejam gênese de questionamentos e, por fim, justificar objetivos e contribuições de uma pesquisa (DOMENICO; CASSETARI, 2009).

A realização desta pesquisa bibliográfica teve duração de 3 meses, com início no mês de 08/2018 e finalização em 11/2018. Foram utilizados para a elaboração do seu escopo Artigos publicados na base científica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-PSI), filtrada à SciELO.

Relativo ao conceito histórico do suicídio, foi utilizado a obra “O Suicídio: estudo de sociologia”, de Émile Durkheim (1897/2014).

Após a coleta do material teórico, realizou-se, por meio da discussão, a articulação entre os autores mencionados, com o intuito de estabelecer aspectos comuns ou complementares no que diz respeito às questões do desenvolvimento da infância e adolescência, articulado aos aspectos psicopatológicos do abuso sexual infanto-juvenil.

4 DISCUSSÃO

Partindo dos pressupostos teóricos apresentados, é possível relativizar que as compreensões acerca do idoso são pluridimensionais, estas que invariavelmente estão sujeitos a normas, cultura, legislação vigente e entendimento qualitativo acerca desta população que foi trabalhada ao longo deste projeto. Disto é possível aventar algumas possibilidades, considerando determinadas compreensões teóricas considerando o idoso como um indivíduo biopsicossocial, que conjuga a sociedade por meio de representações sociais que ancoram a

qualidade de vida e a promoção de saúde que, por outro lado, é perceptível na prática um caráter excludente e reducionista desta categoria.

Com isto, cabe preponderar como o que a psicologia pode se inserir nesta discussão, que é estritamente necessária uma postura que amplie a articulação ou enquadre definindo de forma diagnóstica esta fase da vida? A psicologia assume como as normativas das áreas de saúde e pelas áreas legais, que consideram a velhice como um fenômeno natural do desenvolvimento, não ressaltando-se por uma categoria de interesse médico.

O suicídio presente na população idosa representa um afrouxamento em relação à saúde social, que fragmenta tal público, os afastando da massa produtiva por não atenderem as demandas culturais vividas em seu tempo, resultando em um desamparo familiar e psíquico provocando alterações na própria dinâmica do sujeito, desestabilizando-o e reforçando cada vez mais a improdutividade já imposta culturalmente.

Considerando os aspectos de ajustamento experienciados por décadas neste contexto, é de interesse político se atentar a tais demandas propondo projetos em que, na teoria, proporcionaria efeitos de reintegração através por meio profissional além de abranger a diminuição do suicídio em todas as diversidades no Brasil. Tal postura governamental parte de um princípio de adaptação do idoso a sociedade contemporânea ao invés da valorização do mesmo, não considerando-o como um ser de vivências importantes para a maturação cultural, o que reforça a exclusão diminuindo a liberdade de atuação e inserção dos idosos em uma variada gama de setores sociodemográficos, ampliando assim, o senso de pertencimento e utilidade no espaço representativo da sociedade, tornando-se parte e influenciando diretamente no processo de pertencimento na sociedade, ressaltando ainda as condições psíquicas que é apresentada como fragilizada, devido a demanda que há para a satisfação dos desejos mais primitivos a partir do relaxamento das funções superegóicas que ocorre com o avanço da idade, podemos analisar desta forma, como o meio reage a tal cenário resultando, então, em um processo de destempero com a vida que o idoso apresenta hoje por ser atingido pelo seu meio.

Essa esfera social coloca como obrigatoriedade em determinados aspectos excludentes como aposentadoria além do indivíduo sofrer alterações físicas a partir de modificações corporais resultando em limitações para realizar determinadas atividades, proporcionam um contexto regressivo a partir do estado psíquico em que o indivíduo está integrado, por um processo de luto ocasionado aos aspectos apresentados.

A partir dos estudos realizados, considerando o processo do envelhecimento como uma condição humana, foi possível relativizar de forma crítica e ponderada o espaço de ocupação do idoso no contexto da autonomia e emancipatório na sociedade.

Conforme apontado em nesta pesquisa, a doença mental está fortemente associada as causas de suicídio em idoso, direcionando o problema a uma condição psíquica, que está sendo influenciado pelo campo social a cada amarração inconsciente que é realizada devido a todo o processo de fomentação que o indivíduo é contornado. Considera-se tal campo, dentro de um parâmetro produtivo que está incorporado na modernidade de seu tempo, que naturalmente as singularidades são afastadas por não atenderem as expectativas ideais fantasiadas nas massas.

Por fim, cabe salientar que todo o contexto apresentado, entende-se que na conjuntura atual há projetos integrativos que atingem principalmente o setor profissional, depositando a competência de promover a adaptação em instituições especializadas na otimização idosa, mostrando a limitação por parte do estado na imposição de práticas generalistas baseadas em uma verdade absoluta de convivência, que parte da tratativa de que as relações são estabelecidas ausentando-se do preconceito nas diversas pluralidades existentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível verificar algumas das dificuldades presentes na realidade vivida dentro da população abordada frente a questão da influência que da sociedade no suicídio em idosos, sobretudo em relação métodos preventivos para a problemática apresentada.

A porta de entrada para o convívio social se dá a partir de setores básicos como a família e o trabalho, que exerce uma função altamente importante de catalisadora de potencialidades, instauradora de princípios norteadores da cidadania, de fomento da autoestima e de proponente de um espaço seguro para as diferentes formas de ser e estar na coletividade.

Também foi possível discutir algumas lacunas existentes no âmbito político com a finalidade de entender as intervenções mediadoras propostas em que, pode-se concluir, que tal concepção não atende aos critérios básicos de relação biopsicossocial em que a psicologia considera como adequado no sentido de ser integrado em sua convivência envolvendo vínculos de pertencimento ao invés de suprir uma presença colaborativa a um status social de comunidade integrada.

Deste modo, convida-se os diversos agentes compositores do sistema de pesquisa brasileiro, os operadores das leis referentes à educação, a sociedade civil e as famílias, a repensar a aplicabilidade e tangibilidade das políticas públicas de inclusão e de respeito às diferenças com a finalidade precípua de facilitar um desenvolvimento biopsicossocial sadio em todos os indivíduos, independentemente de sua idade, possibilitando um futuro no qual a sociedade seja mais acolhedora e tolerante às diferenças.

REFERÊNCIAS

ADAM, P. HERZLICH, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

BARLOW D. H.; DURAND V. M. **Psicopatologia: uma Abordagem Integrada**. 7. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

BERGER K. S. **Desenvolvimento da Pessoa da Infância à Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2003.

BIASUS F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: Aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Perspectiva**, Erechim. v. 40, n.152, p. 55-63, dez.2016 Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf> Acesso em 18/11/2018.

BOTEGA N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.842** de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 19 nov. 2018.

CARMO, É. A., *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2018.

CARNEIRO, R. S. *et al.* Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 20, n.2, p.229-237, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2018.

CAMARANO A. A.; PASINATO M. T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano A. A., (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA; 2004: p. 261-300.

CHERIX K. Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 39-51, jun. 2015. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018

CIULLA L. **Ideação e tentativa de suicídio em idosos atendidos pela estratégia saúde da família de Porto Alegre**. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2696?locale=es>>. Acesso em: 19, nov. 2018.

COUTINHO M. P. L.; GONTIÈS B.; ARAÚJO L. F.; SÁ R. C. N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF [online]**. Itatiba, v. 8, n. 2, p.183-192, dez.2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov.2018.

DOMENICO V. G. C. D.; CASSETARI L. **Metodos e Tecnicas de Pesquisa Em Psicologia**. Edicon, 2009.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**: estudo de sociologia. Tradução de Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Edipro, 1897/2014.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1494-1502, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov.2018.

FREUD S. Uma Neurose Infantil e Outros Trabalhos (1917-1918). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

LOVISI G. M.; SANTOS S. A.; LEGAY L.; ABELHA L.; VALENCIA E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p.S86-S93, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 nov. 2018.

MINAYO M. C. S; PINTO L. W.; ASSIS S. G.; CAVALCANTE F.G.; MANGAS R. M. N. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980 – 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.300-309, abr.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MINAYO M. C. S; CAVALCANTE F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.4, p.750-757, ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

MORAES N. E.; MORAES F. L.; LIMA S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 1. p.67-73, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. 1. Ed. Lisboa: WHO. Abril.2002.

PAIVA M. M.; TAVARES M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n.6. p.1035-1041, dez.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601035&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 19 nov. 2018.

RODRIGUES F. B.; FINOCCHIO A. L. A Velhice como marca da Atualidade: Uma Visão Psicanalítica. **Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.23-30, dez.2011 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.

VÉRAS, M. Exclusão Social: um problema brasileiro de 500 anos (notas preliminares). In: SAWAIA B. (Org); WANDERLEY M. B.; VÉRAS M.; JODELET D.; PAUGAM S.; CARRETEIRO T. C.; MELLO S. L.; GUARESCHI P. A. **Artimanhas da Exclusão**. 14. Ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014. pp.27-52.

SIMMEL, G. **As grandes cidades e a vida do espírito**. Universidade da Beira Interior. Lusofia: Press, 2005. Disponível em: <http://www.lusosofia.net/textos/simmel_georges_grandes_cidades_e_vida_do_esp_rito.pdf> Acesso em: 10/11/2018.

SCHINEIDER R. H.; IRIGARAY T. Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, dez.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018

SOUSA, G. S.; *et al.* Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p.389-402, jun.2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA B. (Org); WANDERLEY M. B.; VÉRAS M.; JODELET D.; PAUGAM S.; CARRETEIRO T. C.; MELLO S. L.; GUARESCHI P. A. **As Artimanhas da Exclusão**. 14. Ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014. pp. 16-27.

COLORISMO: IDENTIDADE E PERTENCIMENTO

*Maiara Gualberto Muniz*²²

*Hugo Tanizaka*²³

RESUMO: O racismo é um fato, porém atualmente não é apenas o racista convicto que preocupa, pois ele é fácil de identificar. O importante é a estrutura racista que se formou desde o período pós-abolição da escravatura. Mecanismo esse que sempre fez com que negros se afastassem de sua afrodescendência. Assim os negros, principalmente de pele mais clara, foram se criando sem se apropriar do seu passado. Nesta monografia através de pesquisas bibliográficas, como livros e artigos, procurou-se compreender os motivos deste distanciamento, analisar formas que a identidade é formada permeada pelo ideal de ego branco e a importância dos movimentos sociais para o empoderamento dessas pessoas. Assim pode-se verificar que o racismo estrutural pode interferir na constituição de corpo simbólico e personalidade dos negros.

Palavras-chave: Colorismo. Identidade. Racismo estrutural.

ABSTRACT: Racism is a fact, but it's not just the racist belief that worries because it is easy to identify. The important thing is the racist structure that formed since the pós-abolição period of slavery. This mechanism that always made away from your black African descent. So blacks, mostly of lighter skin, were creating without appropriating from your past. In this monograph through bibliographic research, such as books and articles, we tried to understand the reasons for this distance, analyze ways in which identity is formed permeated by the ideal of ego white and the importance of social movements for empowerment of these people. So you can check that the structural racism can interfere with establishment of symbolic body and character of blacks.

Keywords: Colorismo. Identity. Structural racism.

1. INTRODUÇÃO

Em 2015 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD), averiguou que 53,6% dos brasileiros são negros ou pardos, e isto significa que brancos deixaram de ser maioria no Brasil. Em 1911 os membros da alta sociedade planejavam branquear o Brasil, para que assim fosse considerado digno, incentivando imigrantes a entrarem no país e estimulando casamentos com os mesmos, já que proibir

²² Aluna do curso de Psicologia da Universidade Univeritas – Universidade de Guarulhos (UnG)

²³ Discente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista da Universidade do Estado de São Paulo

casamentos inter-raciais não funcionou. Os negros que queriam se integrar na sociedade se uniram para conseguir trabalhos, se desfazendo de sua cultura e costumes e se adequando ao padrão branco, este conjunto não só deu vasão ao país miscigenado que temos até hoje, mas também perpetuou um país sem ancestralidade e memória.

O Brasil se orgulha de ser mestiço e sem preconceitos, porém a realidade não condiz com o rótulo, apesar de termos maioria parda (45,1%), isso não significa que eles se identificam, ou são incentivados a se aproximar e apropriar-se da cultura negra. O termo pardo foi criado pelo IBGE, pois Hofbauer, Schwarcz (2000, 2012), comentam que havia 136 definições de cores de pele, esta parcela mestiça da população não queria se nomear como negra assim foi-se criando a alusão que se definir como negro, era algo que apenas se deveria fazer se fosse indisfarçável, e assim os negros e seus descendentes foram perdendo sua identidade afro.

Por fim dado esse breve histórico pretende-se pesquisar através de bibliografias, como que pessoas negras de pele claras, atualmente lidas como “moreninha clara/escura” “parda” dentre outras designações que buscam silenciar a palavra negro, podem fazer o caminho inverso, ou seja, deixar de pertencer à classe dos quasebrancos/nem-branco-nem-preto para se apropriar da identidade e cultura negra. Assim este projeto se torna necessário para a ciência, pois um povo que sabe de seu passado pode projetar seu futuro, como também apropriar-se de sua cultura, se conscientizar da sociedade estruturalmente racista, usar da tecnologia para criar produtos mais adequados para negros, como fármacos, cosméticos e etc.

Para a Psicologia é inteiramente necessário, pois um indivíduo que tem internalizado suas origens sabe a qual grupo pertence, não se submete a regras de uma sociedade que adoenta as pessoas para caber em um padrão inalcançável, este projeto também contribui para uma melhor compreensão dessa temática, e também analisar como a Psicologia vem contribuindo ou possa contribuir na identidade de pessoas contempladas pelo colorismo.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Colorismo e suas bases

Nos períodos relativos aos séculos XIX e XX, em que o negro começou a se inserir em sociedade, a ciência determinista da época apresentava em suas teses e artigos, o negro sempre à margem, como inferior biologicamente, e eram teorias amplamente defendidas, pois os intelectuais da época não tinham interesse em se ater a verdade, mas sim manter o status quo, assim como a igreja validando-se de supostas mensagens divinas ou contos bíblicos como em

Gêneses IX, em que “a maldição de Noé, que condenou Canaã, filho de Ham, por causa de um comportamento imoral, a ser - o último dos servos dos seus irmãos!²⁴” e assim foi associado à imoralidade ao acontecimento da escravidão (HOFBAUER, 2007).

Posteriormente por interesses políticos, os eruditos medievais traduziam os sucessores de Ham como “negros”, assim surgiu à falácia de que seria correto escravizalos os negros, pois em tempos bíblicos já acontecia e era aceitável. Mesmo assim, naturalmente as relações inter-raciais foram se consolidando, e apesar deste período o Brasil estar na busca de uma unidade de raça nacional, havia a preocupação com o declínio das raças “puras”, então se buscou impedir as relações inter-raciais, proibindo senhores brancos se relacionarem com negros (HOFBAUER, 2007).

Esse medo do negro que compunha o contingente populacional majoritário no país gerou uma política de imigração européia por parte do Estado brasileiro, cuja consequência foi trazer para o Brasil 3,99 milhões de imigrantes europeus, em trinta anos, um número equivalente ao de africanos (4 milhões) que haviam sido trazidos ao longo de três séculos (CARONE e BENTO, 1999, p. 25-58 *apud* SILVA, 2017, p. 8).

Mesmo com todos esses esforços os negros continuaram a se relacionar inter racialmente na sociedade, e seus filhos mestiços tinham certo nível de “privilégio”, já que eram filhos de senhores brancos. Logo essa diferença gerou falta de solidariedade e empatia por parte dos mestiços para com os negros retintos, afastando os mestiços da descendência negra e gerando tratamentos diferenciados que apesar de ser da mesma raça, tem tonalidades diferentes (SILVA, 2017).

Com o transcorrer do tempo, o “branco” também foi idealizado como sinônimo de progresso, assim o país só poderia ser levado avante com mão de obra branca, o João Baptista Lacerda foi um dos mais importantes disseminadores da ideologia do branqueamento, quando nomeado a representante do país no Congresso Universal das Raças, que aconteceu em 1911, argumentou que o problema racial do Brasil estava prestes a acabar, pois a imigração dos brancos e a “seleção sexual”, ao qual eram incentivados a casar com brancos, diluiria a raça negra no intervalo de tempo de 100 anos, e a de mestiços desapareceriam no período de mais 100 anos e assim o Brasil seria transformado em um país civilizado (HOFBAUER, 2007).

Com esta política de incentivo os mestiços foram nascendo, e o declínio da raça negra de 1872 a 1950 pode ser observado pelos números levantados pelo IBGE, em que a população

²⁴ HOFBAUER, Andreas. Branqueamento e democracia racial: sobre as entranhas do racismo no Brasil, 2007, s/p.

negra de 1872 correspondia a 1.954.542 (19,68% da população total), a população de brancos nesse mesmo ano equivalia 3.787.289 (38,14% da população total) e a de pardos 4.188.737 (cerca de 42,18% da população total). Já em 1950 a de negros correspondiam a 5.692.657 (10,96 % da população total), de brancos 32.027.661 (61,66% da população total) e pardos 13.786.742 (26,54% da população total)²⁵ (NASCIMENTO 2016).

Com esses números é observável que, enquanto a população branca no período de 78 anos obteve um aumento de 745,66%, a da população negra foi de 191,25% e a de pardos 229,13%. Mas esta pesquisa trás um importante alerta, esses números devem ser vistos com cautela, pois mostram um retrato não completamente realista, já que os negros sofriam pressões sociais e a “coação capaz de produzir que os leva a uma identificação com o branco²⁶”, assim nestes números, negros se identificavam como mulatos, e mulatos como brancos, evidenciando que a politica de branqueamento estava funcionando assim como a destruição da afrodescendência (NASCIMENTO 2016).

Dentro de todo esse contexto há também o social, em que tudo que era remetido ao negro era rechaçado, desmerecido para que o houvesse uma descaracterização, fazendo um paralelo com Goffman (1961) *apud* Pestana (2014), o Estado agia como uma instituição total que tinha como objetivo o tratamento, fazendo com que os “internos”, ou seja, negros que faziam parte desse sistema fossem modelados, e que suas personalidades e cor alteradas ao gosto da sociedade. Nesta instituição através das relações de poder, eram válidos todos os métodos que seriam considerados legítimos para essa modelagem, como desrespeito, opressão a individualidade, restrições, fazendo com que os negros rejeitassem seus traços negroides²⁷ e sua cultura (HOFBAUER, 2007).

Dado esse cenário a Frente Negra Brasileira (FNB), ativa de 1931 a 1937, compostos por negros que buscavam acabar com o preconceito contra a cor e a empregar os negros, chamados de frentenegrinos, passaram a ignorar toda sua história se adaptando a cultura, rotina e costumes dos brancos para que assim pudessem ser aceitos. O FNB presava pela “ideologia de trabalho²⁸” inibindo qualquer comportamento inadequado proveniente dos negros para que fossem reconhecidos como trabalhadores e honestos (HOFBAUER, 2007).

²⁵ NASCIMENTO, Abadias. **O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado**, p. 8990.

²⁶ Ibidem., p.90.

²⁷ Refere-se a características da raça negra tais como: pele com melanina acentuada, testa proeminente, nariz achatado, rosto largos, lábios grossos e cabelos crespos.

²⁸ HOFBAUER, op. cit., s/p.

Em suas publicações abominava ao alcoolismo, vadiagem, repudiavam todos os instrumentos de batuque, os tomando como uma afronta a sua ideologia “é preciso acabar com o bombo e o pandeiro porque isso por aí é um toque de guerra contra os fretenegrinos²⁹”. Por isso incentivava seus seguidores a se vestirem e usarem seus cabelos como os dos brancos, nas revistas os negros que se submetiam a este processo eram ovacionados e elogiados como “novos negros”. Portanto é possível verificar que todos os esforços das autoridades em tornar o Brasil mais branco, ou mais perto do mesmo, foram bem sucedidos, os negros sempre foram levados cada vez mais a se afastar de suas raízes, e quanto mais à miscigenação ocorria era mais fácil de esquecerse de seu passado. Na famigerada pesquisa do PNAD feita pelo IBGE em 1976 demonstrou 136 cores diferentes de peles, evidenciando o intuito de esquecer e se afastar da palavra preto/negro(HOFBAUER, 2007).

A tolerância do negro mestiço foi acontecendo com o tempo, porém é importante frisar que a pessoa negra segundo Djokic (2015), não é aceita e sim tolerada nos meios, pois aceitar significaria reconhecer que há um preconceito, e uma dívida histórica e social em relação aos negros, assim:

O colorismo funciona como um sistema de favores, no qual a branquitude³⁰ permite a presença de sujeitos negros com identificação maior de traços físicos mais próximos do europeu, mas não os eleva ao mesmo patamar dos brancos, ela tolera esses “intrusos”, nos quais ela pode reconhecer-se em parte, e em cujo ato de imitar ela pode também reconhecer o domínio do seu ideal de humano no outro. (DJOKIC, 2015, s/p)

Apesar de que pessoas negras de pele mais clara são mais toleradas e que isto faz com que consiga adentrar em locais aos quais negros de pele escura teriam dificuldade, não faz com que estejam livres do racismo, todos negros independente da concentração de melanina e carga fenotípica são alvos, na pesquisa do IBGE³¹ evidencia que as questões socioeconômicas, estão interligadas ao que pode ser considerado negro. O Brasil é conhecido por ser miscigenado, e a maioria da população vive na zona flutuante dos que não tem pele retinta, mas ainda sim não podem ser considerados,

²⁹ Ibidem., s/p.

³⁰ Refere-se à identidade racial branca, esta que é munido naturalmente de privilégios apenas por sua cor de pele.

³¹ O IBGE estabelece três métodos de identificação racial. A primeira é a auto-atribuição, ou seja, a pessoa diz a entrevistador qual raça pertence. A segunda é a hetero-atribuição no qual o atendente indica qual raça esse indivíduo pertence. E por ultimo é a identificação de grandes grupos de população ao qual é verificado e analisado o do D.N.A. Portanto os entrevistadores do IBGE recebem orientação para que classificassem as pessoas com base no fenótipo. Nas pesquisas de Valle Silva (1999a), apud Brasil (2003) evidenciou-se que as discrepâncias de cor apontadas pelo entrevistado e entrevistador são explicadas pelo nível socioeconômico, ou seja, quanto melhor a situação financeira e social do indivíduo ele se definiria como mulato ou branco, mas o entrevistador o apontava como negro. Já em classes mais baixas, os entrevistados se definiam como morenos ou mulatos, mas o entrevistador o indicava como branco, e isto indica o efeito embraquecimento (BRASIL. Osorio, Rafael, Guereiro. O sistema Classificatório de “cor ou raça” do IBGE. p. 15. 2003).

por suas características físicas, brancas e acabam por viver em uma fantasia de realizar o “passing”³², e com isso o apoio para com negros de pele retinta é extinta. Estes que por sua vez interiorizam os estereótipos negativos que existem sobre eles, e apostam que sua salvação está na absorção dos valores culturais do mundo dos brancos ou observando este movimento de negação dos não retintos se contrapõe corroborando com a ideia que não são negros “de verdade”, criando um preconceito. (DJOKIC, 2015, s/p)

A grande questão é que o colorismo não tem apenas o intuito de ampliar a gama do que pode ser considerado negro, mas sim, indicar não só que negros de pele clara que estão inseridos em espaços elitizados são usados para reforçar a falsa ideia da democracia racial, mas também evidenciar que os negros de pele escura continuam sem acesso a estes locais. Há a dificuldade dos negros de pele clara se identificar como negros, uma sociedade que reforça esse tipo de não identificação, negros indisfarçáveis vivendo marginalizados e com seus espaços restritos. “O colorismo é, enfim, o exemplo real desta constatação, que, vinculado ao racismo estrategicamente estabelecido, adiciona mais uma prática discriminatória no meio social³³” (Djokic, 2015).

2.2 Psicanálise, identidade e a negritude.

Dado o histórico do negro no Brasil, evidenciou, uma das várias, dificuldades do negro, devido à desumanização sofrida por anos, acarretou no entrave da construção da individualidade, mesmo que exista o processo de procura a sua constituição, é um desenvolvimento conturbado, impedindo a viabilidade da identificação com o outro nas vinculações sociais, reduzindo assim que negro apenas se identifique com negros na condição de não indivíduos, e sim como meras “coisas” (NOGUEIRA, 1998).

Na constituição do sujeito há a metáfora que Lacan denomina de Nome-do-pai, para que se entenda é necessário anteriormente a compressão que o objeto fálico desempenha a mesma função em ambos os gêneros, função esta que está a serviço do indivíduo que tem a função paterna entrepondo a relação do indivíduo que tem a função materna com a criança e da criança para com quem tem a função materna. Logicamente o falo não é algo imaginário que se deva

³² Traduzido como “passagem”, refere-se aos negros de pele clara que conseguem ter algum nível de privilegio perante a sociedade, esta que tolera como “premiação” por não serem negros retintos.

³³ SILVIA, Tainan Maria Guimarães Silva e. O Colorismo e suas bases discriminatórias. 2017, p. 13. ¹¹ Movimento em que há a criação de uma quantidade de conteúdos inconscientes de representações. Este desenvolvimento seria anterior à formação do superego.

atribuir a uma mulher ou homem, mas sim exprime que o terceiro na conjuntura Edipiana, estabelece uma lei, um poder (NOGUEIRA, 1998).

Inicialmente o falo, é um objeto imaginário na fantasia das crianças, assim a diferença entre os sexos, se estrutura apenas pela discrepância anatômica, futuramente a criança elabora tal fato fazendo uma conjectura em que o falo imaginário será substituído pela falta, esta que é fruto de uma castração. O primordial para a metáfora, é o falo se instaurando como significante essencial da triangulação em que este falo terá lugar no desejo de quem faz o papel materno, paterno e da criança, perante o ser e do ter (NOGUEIRA, 1998).

A metáfora é alicerçada no recalque original¹¹, “a postulação lacaniana do recalque originário, que sustentaria a metáfora paterna no nascimento do inconsciente, o que coloca o inconsciente, ele próprio, como produto de uma certa ordem significante³⁴”. Na teoria Freudiana o inconsciente é autônomo da consciência e que por intervenção do recalque, esta divisão, ou *Spaltung*, pode ser descrita como divisão do sujeito, que se dá nos campos imaginários e simbólicos. Para Lacan segundo Nogueira (1998), é esta divisão que estreia o sujeito e delineia a subjetividade, e é através desta divisão que é estruturado um psiquismo que determinará o modo de ser na vida. Deve-se ter em mente que o *Spaltung*, não significa apenas uma divisão, mas sim um:

(...) “sistema plurissistêmico”. A partir desse raciocínio de Lacan é possível colocá-la, diz Dor, como a “divisão inaugural do sujeito”, nascida da subordinação do sujeito a uma terceira ordem, a ordem simbólica, a ordem que intersecciona a relação do sujeito com o Real, ligando, para o sujeito, o Imaginário e o Real. Essa operação acontece no advento do processo da metáfora paterna, representado por um símbolo de linguagem, o Nome-doPai, que nomeia metaforicamente o objeto primordial do desejo que se tornou inconsciente, o significante fálico (significante do desejo da mãe). Como resultante do processo da metáfora paterna, a criança tem acesso à linguagem sem saber o que diz no que fala, isto é, ao nomear o objeto de seu desejo, lhe dá sentido ou significa o Nome-do-Pai. (NOGUEIRA, 1998, p. 53).

A subjetividade vai se desenvolvendo através do “Eu” imaginário, em que a criança que tem a relação com a pessoa que faz o papel materno acredita serem um só. Começa a se perceber como um “Eu” fora da genitora, começando a criar uma identidade imaginária. Assim no estágio do espelho o “Eu” só pode ser constituído à partir das representações do imaginárias outro e em relação com o outro (NOGUEIRA, 1998).

³⁴ NOGUEIRA, Isaldinha Baptista. Significações do corpo negro, 1998, p. 53.

No estágio do espelho, passando pelos três tempos do Édipo, a identificação com o desejo do genitor que faz papel materno, a descoberta da lei do pai, e por ultimo a simbolização desta lei, possibilitando as identificações posteriores constitutivas do sujeito. No estágio do espelho, a criança estabelece um importante laço de reconhecimento de si mesma como dona de um corpo, este que constitui uma imagem primordial para a estruturação do eu, findando o corpo não unitário (GOMES, SOUZA E PEREIRA, 2017).

Este laço não se estabelece da noite para o dia, mas sim passa da confusão entre o seu corpo e do outro estabelecendo um caráter real, depois ao olhar para o espelho dá uma imagem uma natureza virtual, e descobre que o outro do espelho não é real, imaginando que seria outra realidade, e por fim entende-se que o outro do espelho é si mesma unificando seu próprio corpo como uma unidade integral. Assim para a identidade do sujeito a imagem do soma é estruturante. Tal processo só pode ocorrer quando a criança reconhece o outro, e isto só se torna possível se o outro a reconhece facilitando assim o próprio reconhecimento (ROUDINESCO, 1998, P. 365 *APUD* GOMES, SOUZA E PEREIRA, 2017).

A conquista do estágio do espelho para a criança é o reconhecimento de si, e do seu corpo, e isto é essencial para o desenvolvimento do seu “Eu” e coloca fim no “fantasma do corpo esfacelado³⁵”. Com isso, é interessante se pensar o quanto, e se, as representações depreciativas que o negro tem na sociedade o impede de ter uma constituição genérica de um corpo. Não é novidade que muitas mães lançam de táticas duvidosas para realizar em seus bebês, para que não desenvolvam o nariz de batata, por exemplo. A imagem do corpo é individual, o narcisismo é constituinte para o sujeito desejante, porém o corpo negro é negro e assim vê um impedimento aos seus desejos, pois o corpo já é a negação do seu desejo, já que sua identificação desejada é inacessível, pois é o branco (NOGUEIRA, 1998).

O sentimento dos negros de não ser bom o bastante, e que sempre deveria ser o melhor e a personificação de uma atuação perfeita para que assim fosse valorizado não é incomum, uma vez que os pais, ou que exercem a parentalidade, depositam e projetam toda esperança de tudo aquilo que foram fadados a não ser. “Estas aspirações que, a princípio, têm origem no desejo dos pais, na verdade representam, para o negro, a impossível superação do incômodo de sermos portadores de um corpo negro³⁶” (NOGUEIRA, 1998).

O esquema corporal, é o que dá o sentimento de pertencimento a raça humana e a imagem do corpo acaba por trazer elementos não pertencentes ao seu corpo real e é neste ponto

³⁵ NOGUEIRA, op. cit., p. 60

³⁶ NOGUEIRA, op. cit., p. 79.

que ocorre a divergência. Enquanto o esquema corporal é retaliado pelo tipo de cabelo, cor de pele dentre outras características, os genitores não desenvolvem uma situação mais saudável para a criança, pois seus corpos são embutidos ao mesmo estigma. Por isso, para o negro a continuidade e coesão narcísica são prejudicadas, impossibilitando a “imagem de base³⁷”, e a “mesmice de ser¹⁶” (NOGUEIRA, 1998).

Ao passo que o negro percebe sua identidade esfacelada, acaba por ser apropriar do ideal de ego branco, porém é inconciliável a aderência deste ideal de ego, pois suas condições biológicas não permitem. Assim o negro se vê na situação de mesmo assim conciliar o ego e o ideal podendo levar o desequilíbrio psíquico e isto é incompatível com “regras das identificações normativas ou estruturantes³⁸”, pois também o racismo se baseia em destruir a identidade negra (NOGUEIRA, 1998).

O processo de formação do ego que passa por essas regras normativas podem ser pensadas para o negro a partir do processo uno que se dará o ideal do ego, regras estas que concedem que o sujeito atravessasse a fase inicial do desenvolvimento psíquico. Possuindo sua identidade determinada por uma dupla perspectiva: a do olhar de quem faz o papel materno e da imagem corporal produzida pelo psiquismo, conquistando assim a identidade narcísica ou onipotente. A mãe deixa de ser único referencial de identidade, o genitor que faz papel paterno é introduzido assim como os outros que fazem parte da família e sociedade (NOGUEIRA, 1998).

E são nestas relações que a criança aprende a se expressar o que a introduz a um grupo social, mantendo estas interações físicas e emocionais que a identidade tem sua origem, e o ideal de ego é resultado deste processo. Porém para o negro esse processo está vedado, pois o ideal de ego que o negro tem acesso para fazer as interações é o de um fetiche: o da brancura, esta que transcende o branco que é vista como o máximo de pureza, padrão de beleza, sabedoria e cultura. Então a estrutura do branco é posto “como única via possível de acesso ao mundo³⁹”. Assim quando o negro se depara com o racismo é gerado o desejo inatingível, na tentativa de recuperar o momento original perdido, porém isso “significa o desejo de sua própria morte, do desaparecimento do seu corpo, assim o sujeito negro ao repudiar a cor, repudia radicalmente o corpo⁴⁰”, e isto gera uma perseguição ao próprio corpo (NOGUEIRA, 1998).

³⁷ DOLTO, Françoise. A imagem inconsciente do corpo. 1984, *apud* NOGUEIRA, op. cit., p. 80. ¹⁶ Ibidem., p. 80

³⁸ COSTA, Jurandir Freire Violência e psicanálise. 1984, p. 105 *apud* NOGUEIRA, op. cit., p. 88.

³⁹ COSTA, op., cit., s/p *apud* NOGUEIRA, op. cit., p. 89.

⁴⁰ COSTA, op., cit., p.107 *apud* NOGUEIRA, op. cit., p. 90.

O processo do racismo se tornando consciente, o negro começa a vigiar seu corpo, este que se opõe diretamente a construção de uma identidade branca, ao qual foi obrigado a desejar, então começa o sofrimento e ódio pelo seu corpo, movimento este que extrapola a fronteira do imposto, mas sim é sobreposto. O corpo do branco, os costumes, estéticas, culturas é sobreposta ao dos negros. Na construção do corpo imaginário, o sujeito se forma a partir do outro, no processo experimenta a sensação do “estranho inquietante”, quando vê o “outro” no espelho, sente vergonha e medo, futuramente o outro perceberá que é si mesmo, ou seja ouve o reconhecimento, mas o processo para o negro é diferente (NOGUEIRA, 1998).

“o estranho inquietante é mais do que o reconhecimento de um eventual outro - estranho - em si mesmo: é o reconhecimento de sua condição de não ser; é o reencontro de um rosto que um processo desrealizante imaginariamente negara. (...) O signo “negro” remete não só a posições sociais inferiores, mas também a características biológicas supostamente aquém do valor das propriedades biológicas atribuídas aos brancos..” (NOGUEIRA, 1998, p. 91).

2.3 Genótipo, fenótipo e suas relações com o colorismo

Primeiramente é importante que se diferencie a etnia de raça, a etnia refere-se ao cultural “(...) um grupo étnico é uma comunidade humana definida por afinidades linguísticas, culturais e semelhanças genéticas. Essas comunidades geralmente reclamam para si uma estrutura social, política e um território”⁴¹. Já a raça se refere exclusivamente a componentes biológicos, ou seja, aos genes, portanto apesar de não ser um termo cientificamente usado, diferencia-se de etnia. Mesmo que as discrepâncias de DNA entre um negro africano e um branco nórdico seja apenas de 0,005% o que torna essa diferença ínfima já que o ser humano tem 25 mil genes concluindo que não existem raças humanas, é essa porcentagem de diferenciação entre os povos que são responsáveis pelas características físicas, como a cor de pele, variedade de cabelo e constituição do crânio. (SANTOS et al., 2010).

Na sociedade são organizadas as categorias de pessoas e grupos sociais de acordo com suas características, assim quando se fala de uma esfera social, lá estão inseridas pessoas com particularidades em comum, fazendo com que as mesmas não precisem de cautela, ou concentração no “outro”, pois são semelhantes, assim quando se conhece o outro, através deste conjunto de atributos, já se define a classe que o individuo pertence, convertendo essas particularidades em imposições. Contudo, quando há um sujeito que é dotado de atributo diferenciado, isso o torna “de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa

⁴¹ SANTOS et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. 2010, p. 124.

completamente má, perigosa ou fraca⁴²”, a característica em questão se torna um estigma, fazendo com que se reclassifique o indivíduo para um grupo adequado. Certamente essas atribuições deste indivíduo não necessariamente envolvem traços negativos, mas sim que a categoria anterior não contempla os estereótipos previamente criados (GOFFMAN, 1963).

Enquanto o genótipo se refere unicamente aos genes das pessoas o fenótipo é manifestação física do genótipo, quando se fala da raça negra o estigma visível são características como a nariz achatado, o famoso nariz batata, testa proeminente, rosto mais largo, lábios mais grossos, cabelo crespo e a pigmentação acentuada da pele. (SILVA E LUCIO 2008). Quanto menos evidentes essas características negroides, menor a discriminação, e isto acaba gerando desconforto com os negros de pele mais escura com o dos de pele mais clara, já que entendem que os afrobeges⁴³ tem acesso livre aos espaços majoritariamente brancos, porém Djokic (2015) alerta que os negros de pele mais clara são privilegiados pela branquitude⁴⁴, porém isto não transforma em brancos naturalmente privilegiados.

2.4 A identidade Negra e Goffman

Para Goffman (1963) existem três categorias de estigmas: a do corpo, que especifica as deficiências e deformações físicas. As “culpas do caráter individual⁴⁵” são referentes a tudo que manifesta intensamente no ser humano e são consideradas não naturais, dentro desta classe engloba os alcoólatras, pessoas que já tentaram o suicídio, doentes mentais, homossexuais e radicais políticos. E por fim, as de raça, tribais, nação e religião, que podem ser transmitidos entre gerações, contaminando uma linhagem inteira.

Estabelecido isso, é necessário que se diferencie os dois conceitos de identidade, há a identidade social real e a identidade social virtual, a primeira se refere as exigências que os grupos fazem ao indivíduo com base no que acreditam que ele deve ser, já a segunda são os atributos que o indivíduo tem verdadeiramente (GOFFMAN, 1963).

O estigma, por apresentar caracteres diferentes dos previstos, apresenta características sociológicas básicas, as quais são vinculadas às respostas negativas que o indivíduo fornece em relação à identidade social e virtual: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana apresenta um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para seus outros atributos. (BERLATTO, 2009, p. 146).

⁴² GOFFMAN, Erving. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 1963, p. 6.

⁴³ Negros de pele mais clara. (expressão pejorativa usada por negros de pele escura).

⁴⁴ Refere-se à identidade racial branca, esta que é munido naturalmente de privilégios.

⁴⁵ GOFFMAN, op. cit., p. 7

Assim o desenvolvimento da estruturação do indivíduo, efetua-se na medida em que a identidade social virtual se afasta da identidade social real, revelando um atributo que seja possibilitador do distanciamento. A identidade é constituída individual e coletivamente, na sociedade em que o negro de pele clara vive, ele se afasta da cultura negra. Nesta condição ele se une aos igualmente estigmatizados, e se afasta dos que tem maior estigmatização, isto é, se veem como pessoa que tem um baixo nível de melanina, porém não se veem como parte de um grupo inteiro que tenha esse tipo de pigmentação mais acentuada na pele (BERLATTO, 2009).

Porém mesmo fazendo esse movimento, o indivíduo faz parte do grupo dos desacreditados, este que é formado por pessoas que tem características físicas desfavoráveis, que são as características fenotípicas negras. Logo suas escolhas de laços sociais, como amigos (as), namorados (as) se darão por pessoas que estão no mesmo patamar, ou que são seus opostos, ou seja, se envolver com pessoas desamelinadas⁴⁶ (GOFFMAN, 1963).

A ambivalência da identidade é percebida quando se está entre iguais ou opostos, se comportando da mesma forma que os estereótipos pregam, ostentando um comportamento excêntrico ou desprezível, esta ambivalência de identidade fica mais acentuada quando se aproxima de um semelhante estando perto de um não estigmatizado, assim seu reconhecimento psicológico e social fica ambíguo, já que aquilo que o une ao grupo também o repele dele, transformando de repulsa à vergonha, por isso da mesma forma que não pode se unir completamente à seu grupo não pode desertar. Dentro do mesmo contexto há também caricaturas como forma de humor dos estigmatizados, usados como forma de despertar algum destaque dentre o grupo que pertence, e estas apresentações podem mostrar uma ambivalência e mostra-se como elemento de auto-alienação (GOFFMAN, 1963).

Por isso, não é estranho que alguém que está entre o não preto e não branco sintase à vontade e é incentivado a reproduzir estereótipos dos negros, se embranquecer para abandonar e desprezar os traços físicos aos quais “não deveriam ser desta forma”, e são “erros, pois não pertenceria a raça negra”, ou até culturais, como religiões de matriz africana, porém ainda sim passar por situações que o deixa confuso quando sofre racismo em espaços mais elitizados, podendo até colocar a culpa em outros componentes equidistante do racismo estrutural que se está inserido socialmente (BERLATTO, 2009).

⁴⁶ Refere-se a pessoas de pele branca.

Por fim, o que definirá se o indivíduo se constituirá como estigmatizado, dependerá das características do mesmo, e o grupo em que se está inserido avalia os atributos do indivíduo e isso definirá se ele se desenvolve com estigma ou não. Assim quando se refere-se ao colorismo e seu *modus operandi*, o que determinará se esse “pardo, moreno claro e etc⁴⁷”, poderá entrar em posições de poder, acessar a espaços elitizados, sofrer racismo e etc, dependerá de seu fenótipo (BERLATTO, 2009).

2.5 Movimentos sociais e identidade

O movimento negro que ressurgiu na década de 70, como movimento social busca equidade e igualdade entre as pessoas, buscando sempre posturas e ações que alcancem esta meta, procurando sempre suavizar os efeitos causados pela segregação de pessoas. Em 1984 foi criado o GTAAB, Grupo de Trabalho para Assuntos AfroBrasileiros, com o objetivo de atuar na Secretária da Educação, e assim conseguiram provocar uma série de ações que o Movimento Negro pretendia, como reuniões com os professores, e especialistas com o intuito de rever o material base dado, a fim de acabar com todo conteúdo que tinha cunho racista, e desta forma foram substituindo e reformando os conteúdos das séries (PINTO, 1993).

O movimento negro obteve ações expressivas na área da educação como em 1986 na Bahia foi incluído na grade do 1º e 2º graus, atual ensino médio, a disciplina de Estudos Africanos, dentre os argumentos para a inclusão estava que era necessário que os negros soubessem de sua história, e isto era de extrema importância, pois o estado tinha, e tem até hoje, a maioria negra e a falta de estudo sobre a própria cultura apenas reforçava o mito que a negro não tem cultura, ou a inferioridade da mesma (Pinto, 1993). Mas também as conquistas não se resumem ao campo educacional, há também os esforços de 1986 a 1988 para transformar o racismo um crime, esta que passou a valer em 1989, sob a lei 7.716/89, assim como a Lei 12.711/2012 que garante a lei o acesso à universidade a negros (UNIDADE..., [ENTRE 2007 E 2018]).

Muitos indivíduos negros não só se sentem como realmente são desvalorizados, por suas características físicas e competência intelectual, sentimentos esses que permeiam as relações cotidianas. No Brasil apesar de ser um país mestiço, os suposto caucasianos assume um papel

⁴⁷ Expressões usadas para designar a mistura de raça, porém põe em evidência a prevalência maior da mistura do branco. Difere por exemplo da expressão “mulato”, que indica uma prevalência de uma pigmentação mais escura na pele, mesmo que resultado de uma relação inter-racial (a expressão mulato é pejorativa, pois refere-se ao cruzamento de uma égua com jumento ou cavalo com jumenta, no período escravista foi designado aos filhos da miscigenação)

eurocêntrico, e o negro é considerado uma etnia inferior. A identificação racial é dificultada, pois o gradiente de cores são diversificados, e uma pessoa que tenha expressões negroides, porém de cor mais clara é facilmente considerada branca, evidenciando cada vez mais a sobreposição do branco ao negro. Como o preconceito de raças no Brasil surgiu pelo branco-europeu que se declarou em um papel superior e condenou outros grupos usando este papel para justificar a sobreposição da sua cultura aos dos indivíduos não brancos, por fim este povo que começa a compartilhar essas crenças do colonizador e se submetem, e isto da legitimidade ao processo. (FERREIRA E CAMARGO, 2011).

O Brasil é um país que tem cultivado a concepção de ser uma democracia racial. Porém, como discute Fernandes (2007), tal concepção não tem nenhuma consistência e constitui mentira cruel, hoje questionada pelos pesquisadores. Essa crença que, com certeza, marca as subjetividades das pessoas e favorece o encobrimento do preconceito racial em relação à população negra, alimenta um discurso que propaga a existência de uma relação harmoniosa e igualitária entre brancos e negros, o que não corresponde às situações concretas que a população negra vivencia. (FERREIRA E CAMARGO, 2011, p. 377).

O Brasil foi um dos países que escravizou mais negros, assim como também foi um dos últimos a “decidir”, leia-se pressão política pela abolição da escravatura, e não houve qualquer política de reparação para os negros, ou seja, todos ficaram a deriva, pobres e sem empregos. Assim apenas sobrou ao negro ser um sub cidadão, desenvolvendo uma série de valores negativos da raça e alimentados pelo racismo, “além disso, torna-se muito difícil delinear a situação de discriminação racial, pois foram criados mecanismos sociais sofisticados que negam o preconceito⁴⁸” (FERREIRA E CAMARGO, 2011).

O ideal de ego é ser branco, logo ao negro resta negar sua cor, cultura e origens buscando conquistar esse ideal, a brancura e branquitude. Para uma formação de identidade sadia é necessário que em sua construção seja proporcionado contato com princípios positivos, a rejeição do negro diante a sua cor não atinge apenas a esfera de auto rejeição, mas algo maior, o corpo, este que o indivíduo não consegue aceitar, pois remonta uma vivencia de dor e sofrimento. Este tipo de crença é absorvida desde cedo pela criança, que através de seu “mundo simbólico, valores, crenças e padrões de comportamento estigmatizados através das relações sociais⁴⁹”, favorece para que ela forme o grupo dos desacreditados, em que a partir do momento

⁴⁸ FERREIRA, Ricardo Franklin; CAMARGO, Amilton Carlos. As relações cotidianas e a construção da identidade negra, 2011, p. 377.

⁴⁹ Ibidem, p. 378

em que se vê em uma sociedade ao qual a exclui tem a tendência de validar a visão negativa sobre a cultura africana (FERREIRA E CAMARGO, 2011).

A escola é apenas mais uma barreira para uma boa identificação com a raça negra já que, o professor não é preparado para lidar com essas questões e a escola se omite sobre as questões étnicas. Nos espaços em comum raramente há imagens, desenhos ou representações de negros na escola, os livros didáticos reforçam o preconceito racial, mostrando situações em que o negro é escravo, humilde e sem grande ascensão na sociedade. Os professores que com crianças brancas expressão livremente seus afetos através de contato físico, mas com negras há uma menor incidência, isto propicia uma visão estereotipada e inferior do negro levando a baixa autoestima, o que faz a criança negra querer ser igual à branca. “Apesar de seu potencial transformador, a escola ainda constitui um instrumento de manutenção de uma cultura legitimada (...), a que se considera culta e que tende a desqualificar manifestações culturais divergentes⁵⁰” (Ferreira e Camargo, 2011).

Na socialização primária as crianças negras e brancas são ensinadas e absorvem princípios diferenciados, enquanto a última adiciona ao seu repertório verdades relacionadas a habilidades e competências superiores, aos negros são pressupostos que não tem capacidade de aprender. Aqui deve-se ressaltar que os professores não necessariamente sabem do sistema discriminatório e racista ao qual são integrados, partir do pressuposto que sabem e que ativa e conscientemente sabem que estão corroborando seria afirmar um componente não só racista mas também perverso, professores também estão inseridos neste sistema silencioso que perpassa as gerações (BERGER E LUCKMANN, 2002 *APUD* FERREIRA E CAMARGO, 2011).

Este aspecto se mantém e é retroalimentado, pois sempre são atribuídos os problemas a aquele único negro, apontamento este que faz criar uma sensação de estar sozinho, que outros negros não sofrem o mesmo, e por último que a culpa do seu infortúnio social é dele, pois por algum motivo ele está fazendo algo errado. A família ecoa o mecanismo, incentivando se identificar com qualquer palavra menos a negra, e assim afasta o indivíduo de ter contato com a realidade, se baseando e contribuindo para a estrutura do colonizador⁵¹ (FERREIRA E CAMARGO, 2011).

⁵⁰ FERREIRA e CAMARGO, op. cit., p.379.

⁵¹ Refere-se ao sistema de beneficia pessoas brancas em detrimento dos negros.

Há situações que são únicas das crianças e adolescentes negros, a ausência de carinho, representatividade que já fora citado, ser preterido nos eventos, esses acontecimentos acabam sendo introjetados e fazendo representação sobre as possibilidades e impossibilidades do lugar do negro. Quando algum negro consegue se sobrepôr as barreiras “acaba se identificando com os interesses, valores e modelos de organização da personalidade do branco, como forma de manutenção do status adquirido⁵²” ou seja, mesmo que quando um negro consegue algum destaque, além de se aliar no sistema racista ainda é usado por brancos como exemplo de vida, e de confirmação da suposta democracia racial e meritocracia perpetuando a culpa do negro por sua condição inferiorizada. “(...) ser negro no Brasil hoje é uma questão Política. Não política apenas no sentido partidário (...) mas no sentido mais amplo das relações humanas. Para isso, as relações devem ser conhecidas, reconhecidas e assumidas⁵³”. (1988, p. 45)

O movimento negro é marcado por convergências e divergências, pois não é homogêneo, e certamente não poderia ser, já que o movimento não deseja unificar todos a um só pensamento, mas sim aceita o plural, diversidade, e ideologias discrepantes, mas ao mesmo tempo procura convergir ao ponto de ascensão e equidade dos negros na sociedade, buscando sempre manter as políticas afirmativas que corroboram com a luta antirracista (Ferreira e Camargo, 2011).

3 DISCUSSÃO

Mesmo que mudanças importantes nas últimas décadas foram delineadas em relação a leis e políticas públicas para dar suporte e buscar reparar séculos de submissão e estigmatização do povo afrodescendente. Ainda hoje há os resquícios de um Brasil escravista, e tanto psiquicamente quanto o socialmente o ideal de branquitude continua transpassando as gerações, mesmo assim há os movimentos sociais como o próprio movimento negro, movimento feminista negro, pan-africanismo e mulherismo, que auxiliam nas desmistificações dos mitos, elucidações sobre estrutura racista da sociedade. Os esforços de publicações são feitos em sua maior parte por áreas sociais, porém não em especificidade de negros de pele mais clara, mas sim negros de forma geral, essas publicações assumem a sociedade que tem suas bases na história do negro no Brasil, mas não fazem recorte de tonalidades da cor negra. No Brasil o colorismo é assunto novo, e pouco discutido, Silvia (2017) trás esse termo para a academia científica.

⁵² SOUZA, 1983 *apud* FERREIRA E CAMARGO, op. cit., p. 383.

⁵³ VALENTE, Ana Lúcia Eduardo Farah. Ser negro no Brasil hoje. 1988, p. 45.

O colorismo evidenciou mais uma forma de se manter o racismo estrutural, sem receber retaliações, pois quando se mantém negros de pele clara em posições semelhantes das dos brancos, não fere a branquitude assim como Djokic (2015) comenta que feriria caso fosse um negro retinto. Por isso as relações inter-raciais em espaços elitizados se dão pela tolerância e identificação parcial naquele que carregar traços físicos mais perto dos europeus. Desde a pós-abolição da escravatura, ainda que o negro deixasse de fisicamente ser submetido aos brancos, ainda havia o temor da raça negra, assim continuaram a se desenvolver mecanismos para que submetessem os negros de outras formas aos quais não seriam condenáveis socialmente, e por vezes até o próprio negro seria responsabilizado. Dentre os mecanismos antigos há a miscigenação⁵⁴, no período da escravidão as negras eram submetidas a estupro pelos seus senhores. E os filhos que não eram mortos não tinham preferência na amamentação do seio de sua mãe, estas que eram usadas como amas-de-leite para os filhos legítimos da Casa Grande. Assim já se criou dois estereótipos dos negros, a da negra sedutora, que voluptuosamente seduziu seu Dono a fim de conseguir algum tipo de vantagem, e o estereótipo de negra resistente, que dispõe de vários filhos sem se abater com isso (SILVIA, 2017).

Com a política de imigração de europeus com a intenção de não só branquear a sociedade, mas também instaurar um padrão de beleza para que os negros se adaptassem, na pintura “A Redenção de Cam³⁴” isto é evidenciado. Os costumes e a moral se modificam com o passar do tempo, mas alguns representantes permanecem, o FNB, incentivou ainda mais os negros a se adaptarem a estética e costume dos brancos, condenando música e instrumentos musicais que eram ligados diretamente aos negros. Para uma identidade racial, apropriação da própria cultura e conhecimento de suas raízes estas ações deste grupo foram prejudiciais, mas tinham a intenção de inserir no mercado de trabalho, conquistarem cidadania, se libertando dos estereótipos de malandros, preguiçosos dentre outros (HOFBAUER, 2007).

Todo este histórico de modelação dos negros para atingir a brancura transpôs o psiquismo, a mãe que tem o bebê negro deseja inconscientemente a brancura a ele, com a intenção de desejá-lo sempre o melhor, podendo interferir em uma imagem corporal genérica.

⁵⁴ Refere-se à miscigenação forçada, em que através das relações de poder pretendeu-se inferiorizar negras através da violência. Atualmente a miscigenação é romantizada como a riqueza e diversidade do Brasil, porém estes acontecimentos permeiam as gerações, em que os pobres são maioria negra, mulheres negras sofrem mais violência doméstica, estupro, feminicídios e homens negros são mais mortos pela polícia. ³⁴ Pintura de Modesto Brocos y Gomes de 1895 faz referência à passagem bíblica de Cam. Representa três gerações, a senhora negra retinta que levanta as mãos para os céus em sinal de agradecimento pelo neto nascido branco, sua filha “parda”, e um homem branco com olhar de satisfação para o filho.

Não é anormal que desde a infância as crianças negras tenham um sentimento de não-pertencimento e inadequação aos espaços que ocupam (NOGUEIRA, 1998).

Isto tudo se deve as relações de poder e discurso que a raça branca ainda mantém sobre a negra. É importante que se pense que mesmo que a escravidão foi abolida, os negros ainda sim permanecem de forma inferiorizada. No Brasil em que as raças puras são minoria, se perpetuou o racismo velado e estrutural. Esse poder que vem de cima para baixo, assujeitando os negros em geral, porém premiando timidamente os filhos da miscigenação (NOGUEIRA, 1998).

O poder pertence a todos, ou seja qualquer um pode tê-lo, não é algo físico mas sim abstrato, fazendo com que não exista, não passa de uma palavra, mas todos conseguem senti-lo quando alguém começa a exercer. No dicionário de Filosofia o poder é a “capacidade de este conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou influência. O poder é a capacidade de se mobilizar forças econômicas, sociais ou políticas para obter um certo resultado⁵⁵”, ou seja, o poder não é apenas de um indivíduo mas sim pertencente a uma máquina sem rosto, esta que ninguém pertence ao mesmo lugar, podendo surgir assim espaços preponderantes, produzindo discursos de supremacia, e assim podendo assegurar o domínio de uma classe (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Com esse domínio de classe é possível traçar uma estrutura lógica: onde há o poder há a resistência. Sempre houveram grupos centrados de negros que tentavam resgatar o pouco que conseguiam de sua cultura e a faziam de forma abasileirada, pois com a escravidão a diversidade cultural dos povos africanos se perdeu. Tentando fazer a resistência e enaltecimento de sua raça e costumes, mas mesmo que conseguissem fazer ciclos afrocentrados⁵⁶, ainda sim o social tange suas vidas, em por exemplo, ao mercado de trabalho, e assim seu genótipo e fenótipo eram negados, trazendo a realidade a tona. Nos últimos no Brasil anos há uma resistência crescendo, não só o empoderamento pela estética, vulgo “tombamento⁵⁷”, tem crescido a fim de se reafirmar como negros, procurar sua história e se apropriar de seu passado não como descendentes de escravos, mas sim como descendentes de

⁵⁵ BLACKBURN, Simon. Dicionário Oxford de Filosofia p. 301 apud FERREIRINHA, Isabela Maria Nunes.; RAITZ Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas, p. 370, 2010.

⁵⁶ São relacionamentos que se dão entre pessoas negras. “Foi tirado o direito de amar entre nós negros. Foi tirado o direito de nos amar entre negros. Isso acontece a partir do momento que era mais importante sobreviver na sociedade escravista do que ser” (RIBEIRO, 2016, s/p).

⁵⁷ Defendida pela Kathleen Cleaver participante dos Panteras Negras no vídeo “Kathleen Cleaver - Empoderamento Negro Pela Estética” como forma de lutar contra o racismo e descolonização cultural. O “tombamento” como ficou conhecido no Brasil, também tem como intuito de valorização da estética negra.

um povo que tinha uma cultura, mas foi apagada pelo regime de escravidão (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Mas deve-se evidenciar que esse movimento não abarca todos os negros de pele retinta ou as mais claras, há quem diga que o que negros desejam é o separatismo entre as raças, ou então há os que rejeitam fortemente ter identificação com a raça, não só por que vivem na zona de *passing*, como a maioria dos Brasileiros, mas a ambivalência da identidade faz com que ao mesmo tempo em que queira participar do grupo que considera adequados os estigmas que carregam, sabe que seu próprio corpo carrega estigmas que o impossibilita de pertencer ao seu desejo (GOFFMAN, 1963).

Uma pessoa que se sente acolhida em um grupo social, se sente livre para expressar seus desejos, assumir seus erros e compartilham de suas opiniões. Ter a possibilidade de formar laços de qualidade é fundamental e é um desejo básico para uma vida que seja saudável psiquicamente. (GOFFMAN, 1963).

Apesar da Psicologia fomentar o desenvolvimento sobre temas específicos, ainda sim sobre o racismo as produções e eventos são mínimos, não existem matérias específicas nas Universidades. As linhas teóricas que mais tratam sobre o assunto, em ordem decrescente, são a Psicologia Social e Psicanálise, outras abordagens carecem ainda mais sobre o tema. Sobre o Colorismo, ou pigmentocracia, no Brasil os resultados não chegam a meia d

O silêncio das obras pode reduzir a importância sobre o tema, apesar de ser compreensível a falta de produções, pois a Psicologia foi inicialmente teorizada, ensinados e executados por pessoas brancas.”Considerando que o racismo é um fator de risco para a saúde mental, e se a gente pensar que isso não é debatido na formação do psicólogo, dá pra dizer que a Psicologia está sendo negligente com a maioria da população do Brasil⁵⁸”. Com os avanços cria-se uma janela para que esse cenário mude. E se torna de extrema importância que se conceda espaços e amplie os que já estão sendo criados como a Associação Brasileira de Pesquisadoras/es Negras/os – ABPN, que tem em suas publicações apenas temáticas voltadas aos negros.

É um tema complexo, mas com os movimentos sociais ganhando força vão se concretizando ações simples, mas que tem enorme importância para os negros, como manter e ampliar o sistema de cotas a fim de corrigir a dívida histórica social, o mercado de cosméticos

⁵⁸ PSIPR. A Psicologia e a negligência com o racismo. s/p, 2017.

passem a produzir produtos com tons e subtons adequados a pele negra, que as novelas, comerciais e outros veículos de entretenimento e vendas sejam integrativos, que o mercado de trabalho acolha os negros sem exigências de corte, alisamento ou quaisquer outro procedimento estético invasivo e racista.

Com essas práticas o negro pode ser visto, criando assim espaços para a normatização do SER negro, para que assim em um futuro seu genótipo e fenótipo sejam vistos como comuns.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de intervenções para falar sobre o racismo e suas formas de atuação, que a Psicologia desenvolva cada vez mais ações para elucidação dos processos de estigmatizantes, sempre em busca da igualdade de gênero, raça, religião ou qualquer outro elemento. Nos campos da Psicologia como já citado não há nenhum artigo ou livro sobre o tema, evidenciando a falta de interesse sobre o assunto. O único artigo sobre o tema que foi usado como principal fonte de delineamento das ideias é do curso de Direito, junto com o texto do Geledés⁵⁹.

O Colorismo infelizmente configura um racismo estrutural na sociedade brasileira, em que seus braços de atuação são velados, e necessitam de criticidade para conseguir observá-los, e combatê-los. A vivência do negro no Brasil é permeada pelas histórias de seus ancestrais, e as consequências do racismo não estão se encaminhando para cessar nas próximas décadas.

Não só o corpo, mas o psiquismo dos negros foi invadido pelo ideal de branco, o que faz com que se tenha uma naturalização de processos preconceituosos em que quem sofre não percebe, e acabam por colocar a culpa em si mesmo. Não é surpresa alguns relatos de negros que chegam aos consultórios de Psicologia com baixa auto estima, conceito negativo sobre si mesmo, ansiedade ligadas ao seu desempenho e depressão, mas o processo já foi iniciado por alguns e o desenvolvimento é marcado por resistências, mas também por vitórias e assim caminhar para que se possa desenvolver uma sociedade que consiga conceber a igualdade entre as raças.

REFERÊNCIAS

⁵⁹ Geledés é o Instituto da Mulher Negra, criado em 1988. É uma organização política que tem como intuito a luta contra o racismo e sexismo, sempre pautado especificamente na valorização da mulher negra, mas também da comunidade negra em geral

A Redenção de Cam. In: ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileiras. São Paulo: Itaú Cultural, 2018. Disponível em: <<http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra3281/a-redencao-de-cam>>. Acesso em: 13 de Out. 2018. Verbete da Enciclopédia.

BERLATTO, Odir. A construção da identidade social. **Revista do Curso de Direito da FSG.** v. 3, n. 5, p. 141-151, 2009. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/direito/article/viewFile/242/210>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio. **Cor ou Raça**, 2015. Disponível em: <<https://teen.ibge.gov.br/sobre-obrasil/populacao/cor-ou-raca.html>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. Osorio, Rafael, Guereiro. **O sistema Classificatório de “cor ou raça” do IBGE.** p, 7-15. 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0996.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2018.

CLUBE DA LUTA. Diretor: David Fincher, produtor: Bell, Ross Grayson. Cean, Chaffin. Linson, Art. Local: Alemanha, produtoras: 20th Century Fox, Regency Enterprises e Taurus films, 1999. DVD, 199 minutos.

DJOKIC, Aline. Colorismo: o que é? Como funciona? **Geledés - Instituto da Mulher Negra.** 2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/colorismo-o-que-e-comofunciona/>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

FERREIRA, Ricardo Franklin.; CAMARGO, Amilton Carlos. As relações cotidianas e a construção da identidade negra. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão.** n. 2, v. 31, p. 374 - 389, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a13.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

FERREIRINHA, Isabela Maria Nunes.; RAITZ Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública.** n. 2, v. 44, p. 367-383, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n2/08.pdf>>. Acesso em: 17 de out. 2018.

GASTAL, Camila Azevedo.; PILATI, Ronaldo. Escala de Necessidade de Pertencimento: Adaptação e Evidências de Validade. n. 2, v. 21, p. 285 - 292, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n2/2175-3563-pusf-21-02-00285.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. 4ª ED. Editora: LTC. p. 5-93, 1963. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOMES, Priscilla Hadassa Rabelo; SOUZA, Filipe Ramalheiro Venâncio de; PEREIRA, Caciana Linhares. Identificação e imagem: uma leitura psicanalítica do seriado black mirror. **Revista Extensão em Ação.** n. 14, v. 2, 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/viewFile/20310/71608>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

HOFBAUER, Andreas. Branqueamento e democracia racial: sobre as entranhas do racismo no Brasil. In: Zanini, Maria Catarina Chitolina. (Org.). **Por que "raça"?** Breves reflexões sobre a questão racial no cinema e na antropologia. p. 151-188, 2007. Disponível em: <https://andreashofbauer.files.wordpress.com/2011/08/branqueamento-edemocracia-racial_finalc3adssima_2011.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

HOFBAUER, Andreas. Ideologia do branqueamento - racismo à brasileira?. In: VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro. **Actas do VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Centro Leonardo Coimbra da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. v. 2, p. 7-12, 2000. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/7079.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Kathleen Cleaver. **Empoderamento Negro Pela Estética (PT-BR)**. 2016. (1m10s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=g8mYXBNf5EY>>. Acesso em: 21 out. 2018

NASCIMENTO, Abadias. **O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado**. 2ª ed. Editora: Perspectiva LTDA. p. 81-90, 2016.

NOGUEIRA, Isaldinha Baptista. **Significações do corpo negro**. 1998. 146 p. Tese (doutorado em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em <<http://www.ammapsique.org.br/baixe/corponegro.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018

PESTANA, Janine Gonçalves. Breves apontamentos sobre as instituições totais: suas características e funcionamento. **Revista Psicólogo informação**. n. 18, 2014. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/view/6136/4955>> . Acesso em: 17 mar. 2018.

PINTO, Regina Pahim. Movimento negro e educação do negro: a ênfase na identidade. **Cadernos Pesquisa**. n. 86, p. 25-38. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/936/941>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

PSIPR, Sindy. **A Psicologia e a negligência com o racismo**. s/p. 2017. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/psicologia-e-negligencia-com-o-racismo/>>. Acesso em: 21 out. 2018

RIBEIRO, Stephanie. **Relacionamento Afrocentrado não é conto de fadas da Disney**. Disponível em: <<https://www.almapreta.com/editorias/o-quilombo/relacionamentoafrocentrado-nao-e-conto-de-fadas-da-disney>>. Acesso em 21 out. 2018

SANTOS et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Revista Dental Press Journal of Orthodontics**. v. 15, n. 3. p. 121-124, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/15.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

SILVIA, Allan Robert. LUCIO, Paulo Sérgio. Algoritmo “em” e família exponencial generalizada: uma aplicação no equilíbrio de hardy-weinberg. In: VIII Encontro Regional de Matemática Aplicada e Computacional-ERMAC, 2008, Natal. **Anais...** Resumo estendido do Departamento de Informática e Matemática Aplicada – DIMAP, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – URRN. Disponível em:

<http://www.dimap.ufrn.br/~sbmac/ermac2008/Anais/Resumos%20Estendidos/algoritmo%20EM%20e%20familia_Allan.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SILVIA Tainan Maria Guimarães Silva e. O Colorismo e suas bases discriminatórias.

Revista Direito UNIFACS. n. 201. p. 1-19, 2017. Disponível em:

<<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/viewFile/4760/3121>>. Acesso em: 8 fev. 2018.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Nem preto nem branco: muito pelo contrário**. 1º ED. Editora: Claro Enigma. p. 86, 2012. Disponível em: <<http://asdfiles.com/59p>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

UNIDADE... 5. **O movimento negro no Brasil**: suas lutas e conquistas. Disponível em:

<http://www.comfor.unifesp.br/wpcontent/docs/COMFOR/biblioteca_virtual/UNIAFRO/mod1/Disc3-Unidade5UNIAFRO.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

VALENTE, Ana Lúcia Eduardo Farah. **Ser negro no Brasil hoje**. Projeto passo à frente. Coleção polêmica. 4º ed. Editora: Moderna. v. 11, p. 45, 1988.

ANÁLISE DO PERFIL DE ESTADO DE HUMOR EM MULHERES ADULTAS
FISICAMENTE ATIVAS DE ACORDO COM A IDADE CRONOLÓGICA

ANALYSIS OF STATE OF HUMOR PROFILE AMONG PHYSICALLY ACTIVE
ADULT WOMEN ACCORDING TO CHRONOLOGICAL AGE

João Pedro da Silva Junior

Sandra M. M. Matsudo

Timóteo Leandro Araújo

Rafael Benito Mancini

Diana Carolina Gonzalez Beltran

Resumo: Objetivo: Comparar o perfil de estados de humor de mulheres adultas fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. **Métodos:** Fizeram parte deste estudo 654 mulheres com faixa etária 50-89 ($\bar{x}$ 66,4 $\pm$ 9,4 anos) divididos de acordo com a idade cronológica, participantes do Projeto Longitudinal de Envelhecimento e Aptidão Física de São Caetano do Sul, que realizavam atividades físicas regulares como ginástica, hidroginástica, dança ou yoga, 2 vezes por semana com 50 minutos de duração. A média de prática foi de 4,8 anos. Para determinar os estados de humor foi aplicado o questionário *Profile of Mood States (POMS)* por auto-preenchimento. A pontuação total indica um score de humor, sendo valores positivos um indicador de pior estado de humor e valores negativos indicador de melhor estado de humor. A análise Estatística: foi realizada análise descritiva de média e desvio padrão e para comparar as diferenças das décadas etárias foi utilizada análise de variância ANOVA Oney Way, seguida do post hoc Bonferroni, com o nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$. **Resultados:** a comparação do Perfil de Estado de Humor nos cinco domínios de acordo com a idade cronológica., Os resultados apresentados demonstraram valores baixos e classificados adequados para os seis domínios: tensão-ansiedade, depressão, raiva-hostilidade, vigor, fadiga e confusão mental. As diferenças encontradas foram nas décadas iniciais do processo de envelhecimento no grupo de 50-59 anos quando comparado ao grupo de 70-79 anos, indicando que mulheres adultas fisicamente ativas apresentam escores mais altos no perfil de humor no início do processo de envelhecimento. As diferenças foram significantes nos seguintes domínios: raiva (50-59 anos x 60-69 anos e 70-79 anos) e fadiga (50-59 anos x 70-79 anos). **Conclusão:** Mulheres adultas fisicamente ativas apresentam melhor perfil de estado de humor nas décadas iniciais do processo de envelhecimento que nas etapas mais avançadas.

Abstract: Objective: To compare the profile of mood states in physically active adult woman according to the chronological age. **Methods:** Sample comprised 654 women aged 50-89 ($\bar{x}$ 66.4 $\pm$ 9.4 years) divided according to chronological age, participants in the Project Longitudinal Study of Aging and Physical Fitness of São Caetano do Sul. They performed physical activities like gymnastics, aerobics, dance and yoga, two times per week with 50 minutes per was 4.8 years of practice. To determine the mood state it was administered the questionnaire Profile of Mood States (POMS) by self-report. The total score indicates a score of humor, where positive values represented low values of humor. **Statistical analysis:** descriptive analysis was performed and to compare the differences in age decades it was used one way ANOVA and post hoc test of Bonferroni. For statistical analysis it was used the SPSS

version 15.0, and the level of significance $p < .05$. **Results:** presented in the table is a comparison of the Profile of Mood States in the five areas according to chronological age. The results presented show low values and classified suitable for all six domains: tension-anxiety, depression, anger-hostility, vigor, fatigue, confusion. Differences were found in the early decades of the aging process in the group of 50-59 years compared to the group of 70-79 years, indicating that adult women who are physically active have higher scores at the beginning of the aging process. The differences were significant in the following areas: anger (50-59 years versus 60-69 years and 70-79 years) and fatigue (50-59 years versus 70-79 years). Conclusion: Adult women who were physically active have better profile of mood in the early decades of the aging process than in later stages.

Introdução:

Durante o processo de envelhecimento se apresentam alterações nos diferentes sistemas do organismo, reduzindo a aptidão e desempenho físico, além de aumentar a incidência de transtornos psicossociais. Assim, muitos desses efeitos são secundários à falta de atividade física (Matsudo, Matsudo, & RV., 2008). Por essa razão, a prática regular de atividade física torna-se fundamental durante este período. A depressão é um distúrbio mental frequente no idoso, tornando-se um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas doenças e agravos à saúde (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002.). Estudos apontam que pessoas com sintomas de depressão são 2,17 vezes mais propensas a ter dias de doenças (Adler et al., 2007) (Greener & Guest, 2007). Logo, há de se considerar os efeitos benéficos da prática do exercício físico na manutenção ou melhora da saúde mental (De Godoy, 2002). Os transtornos relacionados à ansiedade e depressão representam uma fatia importante nos custos dos serviços de saúde, chegando nos EUA a um gasto de aproximadamente 83.000 milhões dólares/ano (Smith & Smith, 2010). Dados populacionais estimam que a depressão acometa até 30% da população brasileira ao longo da vida (Mahecha Matsudo, 2010)

definiu saúde mental como um estado de bem estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial para lidar com estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e ainda ser capaz de contribuir com o próximo ou à comunidade. Neste sentido, pode-se considerar a saúde mental como parte fundamental da qualidade de vida de um indivíduo. Tanto a saúde física quanto a saúde mental influenciam a qualidade de vida, que está relacionada à habilidade de realizar atividades do cotidiano, levando-se em consideração o sentimento de bem estar e satisfação com a situação de vida (Mahecha Matsudo, 2010)

As evidências destacam o impacto positivo da atividade física regular nos aspectos cognitivos, na saúde mental como geral do indivíduo durante o processo de envelhecimento

(Mahecha Matsudo, 2010). Alguns estudos relatam o efeito da atividade física, mais especificamente da caminhada, na redução do risco de demência vascular (Ravaglia & Forti, 2008), bem como menor declínio cognitivo naqueles com hábitos saudáveis (Barnes & Cauley, 2007). Porém, poucos estudos avaliaram o impacto a atividade física no perfil de estado de humor ao longo do processo de envelhecimento. Em outro estudo (Weinberg et al., 2001) citam que há uma forte linha de evidência para explicar mudanças positivas no perfil de estado de humor com a atividade física.

As atividades físicas aeróbicas e de força tem um impacto distinto na mudança do perfil de estado de humor. Estudo que comparou três grupos diferentes encontrou as seguintes diferenças: o grupo controle obteve uma diminuição dos domínios, tensão, depressão, fadiga e vigor, já o grupo que realizava atividades físicas aeróbicas obteve uma diminuição da tensão e da depressão e um aumento do vigor, sendo que essas diferenças não foram significantes no grupo que realizava exercícios de força muscular, evidenciando com isso que a atividade física estruturada teve associação com a melhora do perfil de estado de humor em mulheres, independente da atividade (Anessi & Whitaker, 2008) Baseados nesses achados esse estudo teve como objetivo comparar o perfil de estado de humor de mulheres adultas fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica.

Métodos

Amostra: fizeram parte deste estudo 654 mulheres com faixa etária 50-89 anos de idade ($\bar{x}$ 66,9 $\pm$ 9,4 anos), que participavam do Projeto Longitudinal de Envelhecimento e Aptidão Física de São Caetano do Sul, com tempo médio de 4,8 $\pm$ 3,1 anos, variando de 1,8 a 8,4 anos. O projeto é desenvolvido pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) desde 1997, com indivíduos a partir dos 50 anos de idade que participam de programas de atividades físicas, com o propósito de analisar o efeito do processo de envelhecimento na aptidão física, capacidade funcional e variáveis psicossociais. O programa de atividade física oferecido pela Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul, no Centro Moacyr Rodrigues e João Castaldelli proporcionava a prática de ginástica, hidroginástica, dança e/ou yoga, em duas sessões semanais com 50 minutos de duração. As senhoras foram divididas em grupos de acordo com a idade cronológica de 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e acima de 80 anos.

Materiais: Para determinar o perfil de estado de humor foi aplicado o questionário (Profile of Mood States – POMS) (Mcnaair, Lorr, & Droppleman, 1971), O questionário é dividido em 6

domínios, cada qual com um número específico de itens que os representam: “Tensão”, nove itens ; “Depressão”, quinze itens; “Raiva”, doze itens; “Vigor”, oito itens; “Fadiga”; sete itens; e “Confusão”, sete itens. A pontuação total indica um escore de humor, resultante da soma de todos os itens negativos subtraído do único item positivo que é o vigor. Valores positivos indicam um distúrbio do estado de humor e valores negativos indicam adequado estado de humor. A aplicação foi dada de maneira individual, através do autopreenchimento. Quando necessário foi realizado o auxílio para preenchimento do instrumento por um avaliador treinado.

Análise Estatística: A comparação dos resultados foram realizadas mediante o uso ANOVA “One Way” e para localizar as possíveis diferenças o teste post-hoc de Bonferroni. Foi utilizado o SPSS versão 15.0 e o nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Resultados: As diferenças do perfil de estado de humor entre as décadas etárias foram evidenciadas nos diferentes itens que compõe o perfil de estado de humor, vale lembrar que o perfil de estado de humor reflete sempre estado momentâneo e auto percebido de todas as variáveis analisadas. Todas as variáveis do perfil de estado de humor analisadas obtiveram uma grande variação que pode ser percebida pelo desvio padrão, por isso para análise dos dados foi utilizado uma análise para dados não paramétricos.

Inserir Tabela 1: Foram estatisticamente significantes as diferenças dos seguintes itens nos itens raiva-hostilidade para todas as faixas etárias estudadas, na fadiga para a faixa etária 50-59 x 70-79 anos, na fadiga e para o perfil total de humor as diferenças foram encontradas nos grupos etários 50-59 anos x 70-79 anos todas as diferenças citadas, foram estatisticamente significantes. Como demonstrado nos gráficos a seguir.

Inserir Gráfico 1: Podemos evidenciar que no item fadiga ocorrem diferenças em todos os grupos etários, mas essa diferença foi significativa nas décadas iniciais do processo de envelhecimento, neste estudo compreendendo na faixa etária de 50-59 anos quando comparadas 60-69 anos.

Inserir Gráfico 2: Dados similares também foram encontrados para os valores do perfil de estado de humor em mulheres adultas praticantes de atividade físicas.

Inserir Gráfico 3

Discussão: Achados do estudo apontam uma grande variação de todos os itens que compõem o perfil do estado de humor de acordo com as décadas etárias apresentando diferenças significativas no início do processo de envelhecimento. As diferenças foram localizadas nas

décadas etárias iniciais, destacando-se a raiva-hostilidade, fadiga e perfil total de humor. Mesmo não significantes foram encontradas diferenças na confusão mental, tensão-ansiedade, vigor e depressão.

Um estudo que objetivou analisar o estado depressivo em 122 idosos praticantes de atividades físicas, com média de idade $68,8 \pm 5,5$ anos, não encontrou um perfil com tendência de depressão, que seria resultante da habilidade dos indivíduos se adaptarem as modificações físicas, intelectuais e sociais, determinando um envelhecimento saudável ou repleto de dificuldades (Ávila & Bottino, 2006).

(Snowdon, 2002), (George, 1999) apontaram que é consensual que a distúrbios psicossociais são caracterizados por um conjunto de sinais e sintomas como perda de interesse, do prazer em atividades anteriormente significativas, distúrbio de sono, apetite, diminuição de interesse sexual, retardo psicomotor, dificuldade cognitiva, desesperança, diminuição da autoestima e pensamento de morte ou suicida.

Contrapondo-se a todos esses sinais e sintomas citados, nossos achados demonstraram que mulheres adultas fisicamente ativas, apresentaram um perfil de itens menores de raiva – hostilidade, depressão, ansiedade, fadiga, confusão mental e itens maiores de vigor. Conforme dados apresentados no presente estudo, os domínios que compõe o perfil de estado de humor, mulheres adultas praticantes de atividades físicas apresentaram baixo distúrbios de humor em todas as faixas etárias, o que resulta em um bom perfil de estado de humor. Estudo realizado com a mesma faixa etária aponta que os índices de depressão foram menores, com o aumento da autoestima, humor, sensação de bem estar, diminuição da ansiedade e da tensão. (Stoppe & Louzã, 1999) e (Fukukawa & al, 2004)

Por outro lado, 501 indivíduos com idade entre 60 a 93 anos (71% mulheres) do Projeto Envelhecimento Saudável (PENSA) foram indagados sobre a definição de envelhecimento saudável. A influência da saúde emocional ficou em terceiro lugar, com 37% mostrando a importância de ações que possam modificar ou manter o aspecto emocional sendo de extrema relevância durante o processo de envelhecimento. Estudo de (Yoshihara, Hiramoto, Sudo, & C., 2011) ao analisar o perfil de estado de humor, em praticantes de um programa de prática de Yoga, apresentou aumento significativo no item vigor quando comparado com grupo controle. Ainda se constatou redução dos níveis de tensão e ansiedade, raiva e hostilidade.

Estudos apontam que os fatores psicológicos como ansiedade, depressão e alta exigência pessoal em idosos altamente escolarizados estão associados diretamente com queixas de memória, sendo um indicador de dificuldade cognitiva entre idosos (Jonker, Geerlings, &

Schamand, 2000)e (Treves, Verchovsky, & Klimovitzky, 2005). Pesquisas longitudinais (L. Wang et al., 2004; P. Wang et al., 2000) seguem que essas queixas subjetivas de memória entre idosos sem demência não são apenas secundárias à depressão, mas refletem o status cognitivo. Os resultados do presente estudo, em relação ao item depressão, não mostraram estatisticamente diferenças significantes de acordo com a idade cronológica. Este achado corrobora com um estudo realizado com idosos, que praticavam atividade física recreativa que não encontrou diferenças significativas no item depressão, mas encontrou melhora no perfil de estado de humor e concluiu que resta pouca dúvida dos benefícios do exercício e das atividades físicas como estratégia não farmacológica alternativa para a profilaxia de agravos mentais que tem início com alterações no humor decorrentes do envelhecimento (Cheik et al., 2003)

(Isabella, Divanei, Ambrosina, & Luciana, 2009.) realizaram um estudo que comparou dois tipos de atividades físicas para indivíduos acima de 60 anos, (caminhada atividade coletiva e hidroginástica como atividade individual). A caminhada apresentou ser mais sensível na melhora dos escores do perfil de estado de humor (POMS) 39 ± 25 para -13 ± 15 pós-intervenção ($p < 0,05$). A intervenção foi mais eficaz no combate ao estresse e diminuição dos domínios negativos: tensão-ansiedade, depressão, raiva e hostilidade, fadiga e confusão mental. O estudo ainda cita que é necessário considerar uma interação entre fenômenos fisiológicos e comportamentais. Ainda (Weinberg et al., 2001) citam que essa interação é uma forte linha de evidência para explicar mudanças positivas no perfil de estado de humor.

Um estudo que procurou evidenciar as possíveis diferenças entre exercícios aeróbicos e de força na mudança no perfil de estado de humor em três grupos distintos: foram agrupados no grupo controle (idade de 21 a 80 anos), o grupo adulto jovem (idades de 21 a 45 anos) e grupo de adultos mais velhos (idade de 55 a 80 anos). Foram encontradas as diferenças em que o grupo controle que obteve um aumento dos domínios, tensão, depressão, fadiga e vigor, Já o grupo mais velho, obteve diminuição em média 2,3 pontos na tensão e 1,4 pontos na depressão e um aumento na fadiga de 1,3 pontos e de 1,1 pontos no vigor, sendo essas diferenças entre os domínios significantes. O mesmo não foi encontrado quando comparado o score total entre os grupos analisados evidenciando que a atividade física estruturada tem associação com a melhora do perfil de estado de humor em mulheres, independente da idade (Anessi & Whitaker, 2008) .

Um estudo que comparou o perfil de estado de humor e nível de cortisol 8 – hidroxideoxiguanosina (8-OHdG) em dois grupos de mulheres, grupo controle e grupo praticantes de yoga no período superior a dois anos, mostrou uma diminuição do cortisol de

$0,951 \pm 0,457$ para 0.803 ± 0.358 e também para 8-OHdG de 0.125 ± 0.061 para 0.109 ± 0.080 . Nenhuma dessas diferenças mostrou-se significativa, porém apresentando tendência de diminuição dos marcadores bioquímicos no grupo praticante de yoga. Já nos resultados do POMS houve diferenças significantes com menor escore total dos distúrbios de humor, tensão – ansiedade, raiva e hostilidade e fadiga. Apresentou-se ainda uma tendência a uma pontuação maior no vigor no grupo de yoga, mas não foram encontradas diferenças significantes nos escores de depressão e confusão.

Ainda é muito diversa na literatura a duração mínima necessária de atividade física para efeito dos itens que compõe o perfil de estado de humor (Babyak et al., 2000 ; Harris, Cronkite, & Moos, 2006), embora no presente estudo o tempo médio de participação no programa foi de quase cinco anos, um fator para mostrar positivo para um Elemental impacto.

Limitação

O estudo se limita as restrições de uma análise transversal, mesmo com número expressivo que compôs a amostra. A ausência de uma medida objetiva do nível de atividade física seja por questionário ou medida direta foi também um fator limitante.

Citamos ainda o fato de não ter sido controlada a utilização de medicamento antidepressivo, o hábito alimentar e tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas, o nível de escolaridade, fato de morar sozinho ou acompanhado por familiares e auxílio no preenchimento do questionário. Sugerem-se para futuros estudos análises longitudinais ou utilizar um grupo controle com indivíduos sedentários, para que se possibilite estabelecer uma relação direta entre a prática da atividade física e as alterações no perfil de estado de humor durante o processo de envelhecimento.

Conclusão:

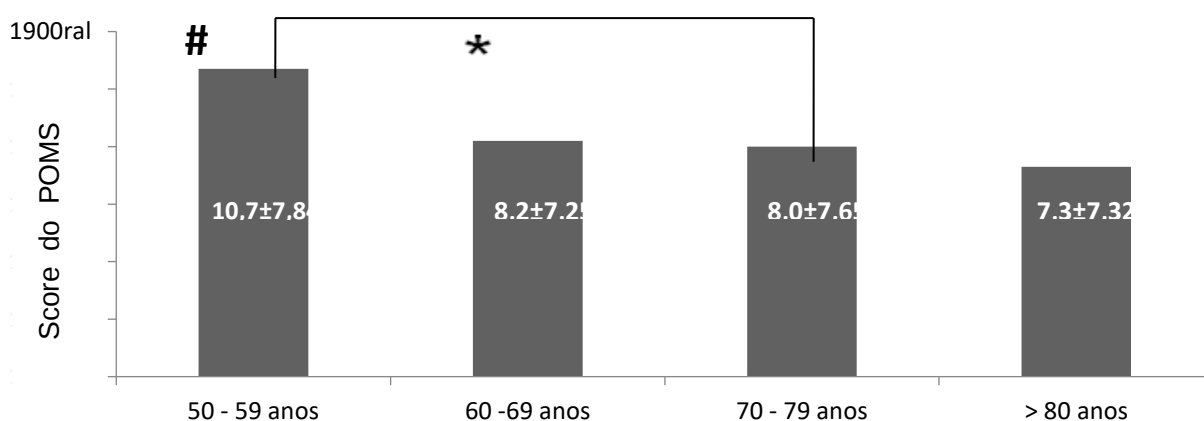
A hipótese experimental do estudo era que mulheres praticantes de atividades físicas apresentariam diferenças no escore de distúrbio de humor diferentes de acordo com os grupos etários. Concluimos que mulheres adultas praticantes de programa de atividade física apresentam diferenças significativamente menores nos itens raiva- hostilidade, fadiga bem como escore total dos distúrbios de humor de acordo com grupo etário.

Tabela 1 Comparação dos valores (média e desvio padrão) do perfil de estado de humor de mulheres adultas fisicamente ativas nos cinco domínios, de acordo com a idade cronológica.

	<i>N</i>	<i>Tensão- Ansiedade</i>	<i>Depressão</i>	<i>Raiva hostilidade</i>	<i>Vigor</i>	<i>Fadiga</i>	<i>Confusão o Mental</i>	<i>Score Total de Humor</i>
		X-DP	X-DP	X-DP	X-DP	X-DP	X-DP	X-DP
50-59	119	8,1±6,40	9,7±8,35	10,7±7,84*#	15,5±6,18	6,3±5,04*	2,9±4,31	22,2±29,62*
60-69	267	7,1±6,50	7,8±8,49	8,2±7,25	15,7±6,92	4,9±4,49	2,0±4,62	14,3±27,82
70-79	221	7,0±6,53	7,7±8,30	8,0±7,65	17,1±6,56	4,7±4,49	2,1±4,59	12,5±429,2
> 80	40	6,9 ± 6,47	7,1±7,40	7,3±7,32	17,0±6,65	5,5±5,11	2,1±29,0	12,0±28,96
Total	654	7,3±0,50	8,6±1,5	8,7±1,33	16,5±0,80	5,8±1,1	2,4±0,45	13,3±5,85

#diferença entre o grupo 50-59 e 60-69 anos *diferença entre o grupo 50-59 e 70-79 anos
*p≤0,05

Gráfico 1. Comparação dos valores médios de raiva - hostilidade de mulheres adultas praticantes de programa de atividades físicas de acordo com a idade cronológica



#diferença entre o grupo 50-59 e 60-69 anos *diferença entre o grupo 50-59 e 70-79 anos
*p≤0,05

Gráfico 2. Comparação dos valores médios de fadiga de mulheres adultas praticantes de atividades físicas, de acordo com a idade cronológica.

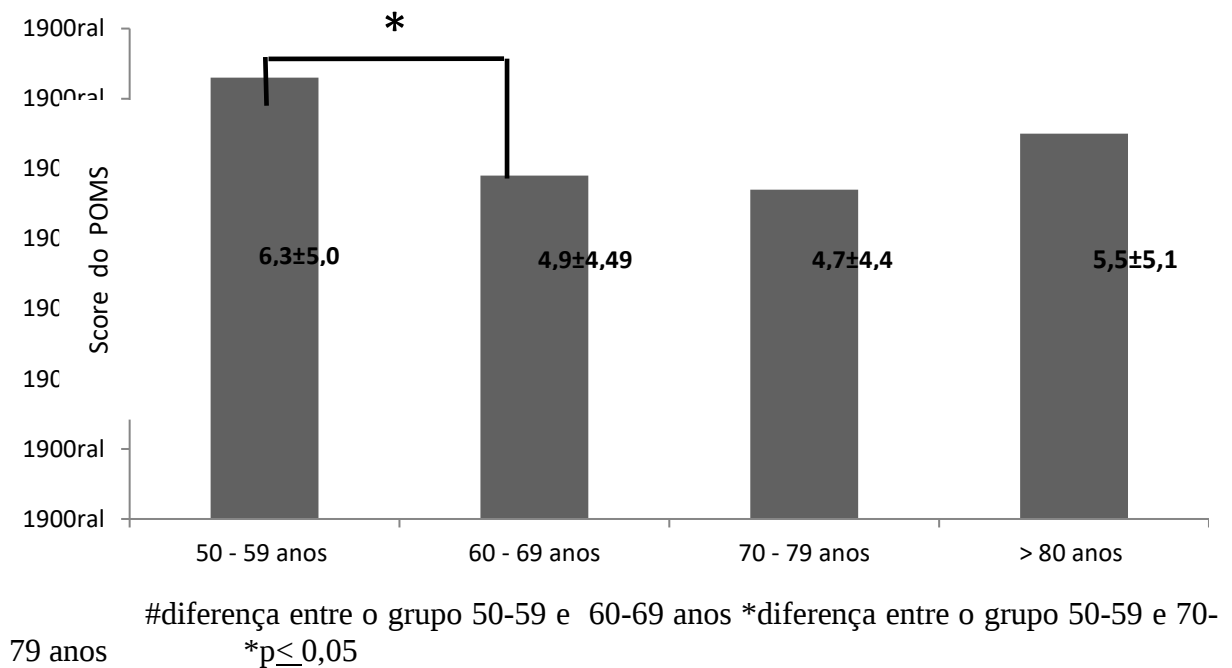
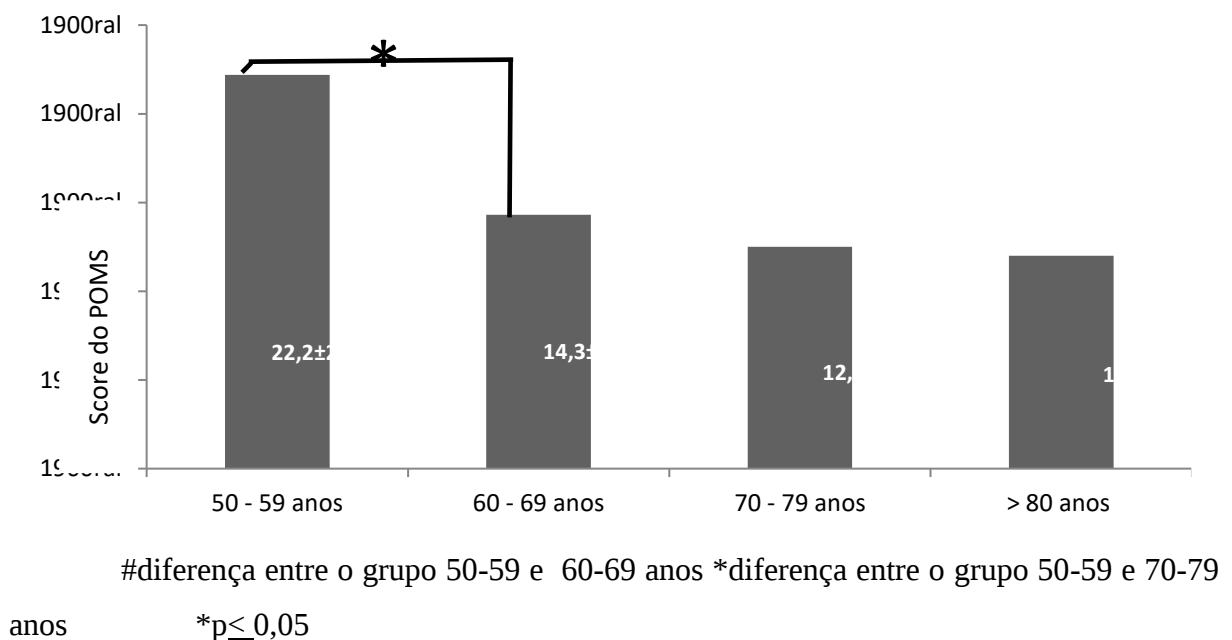


Gráfico 3. Comparação dos valores do perfil de estado de humor de mulheres adultas fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica.



Referências

Adler, DA, Laughlin, M., Roger, T., Chang, W., Lapitsky, L., & D., L. (2007). Cognitive decline associated with depression. (Vol. 163, pp. 1569- 1576): American Journal of Psychiatry.

- Anessi, J., & Whitaker, A. (2008). Weight loss and psychologic gain in obese women - participants in a supported exercise intervention. (Vol. 12, pp. 36-45): The Permanente Journal Summer
- Babyak, M., Blumenthal, J., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., . . . Krishnan, K. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. (Vol. 62, pp. 633- 638.): Psychosomatic Medicine. .
- Barnes, D., & Cauley, J. (2007). Women who maintain optimal cognitive function into old age. (Vol. 55, pp. 259-263): J Am Geriatr Soc.
- Cheik, N., Reis, I., Heredia, R., Ventura, M., Tufik, S., Antunes, H., & Mello, M. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. (Vol. 11, pp. 45-52.): R. bras. Ci. e Mov. .
- De Godoy, R. (2002). Benefícios do exercício físico sobre a área mental. (Vol. 8, pp. 7-16): Movimento.
- Fukukawa, & al, e. (2004). Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms Psychology Aging. (Vol. 19, pp. 346-351).
- George, L. (1999). Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos do idoso in Busse BlazerDG, (Vol. 2, pp. 144-165). Porto Alegre: Artmed: Psiquiatria Geriátrica.
- Harris, A., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, anddepression in a 10-year cohort study of depressed patients. (Vol. 93, pp. 79-85): Journal of AffectiveDisorders, .
- Isabella, S., Divanei, Z., Ambrosina, M., & Luciana, C. (2009.). Efeitos da Pratica de exercícios físicos individuais e coletivos sobre o estado de humor de mulheres idosas. Bahia: Anais XVI do Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador.
- Jonker, C., Geerlings, M., & Schamand, B. (2000). Are Memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population- basead studies. (Vol. 15, pp. 938-991): Int J Geriatric Psychiatry.
- Mahecha Matsudo, S. M. (2010). *Avaliação do Idoso. Física & Funcional* (3 ed.). Santo Andre: Gráfica Mali.
- Matsudo, S., Matsudo, V., & RV., M. (2008). Atividade Física e Envelhecimento Saudável. (Vol. 13, pp. 142-147): Diagnóstico e Tratamento.
- Mcnaair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). Profile Mood States: Manual. . San Diego: Education and Industrial Testing Service
- Ravaglia, G., & Forti, P. (2008). Physical activity and dementia risk in the elderly: findings from a prospective Italian study. (Vol. 70, pp. 1786-1794): Neurology.
- Smith, J., & Smith, G. (2010). Longo prazo os custos econômicos de problemas psicológicos durante o envelhecimento. (pp. 110-115): Social Science & Medicine, 71 110-115, 2010.

- Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? (Vol. 24, pp. 42-47). Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Spirduso, W. (2005). Physical Dimensions of Aging 1 edição Champaign: Human Kinetics.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002.). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. (Vol. 8, pp. 91-98): Motriz.
- Stoppe, J., & Louzã, N. (1999). Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. (pp. 200). São Paulo: Lemos.
- Treves, A., Verchovsky, R., & Klimovitzky, S. (2005). Incidence of dementia in patients with objective memory complaints. (Vol. 17, pp. 265-273): International Psychogeriatrics.
- Wang, L., Van Belle, G., Crane, P., Kukull, W., Bowen, J., & McCormick, W. (2004). Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older. (Vol. 52 pp. 2045-2051.): J Am Geriatric Soc. .
- Wang, P., SJ, W., Fuh, J., Teng, E., Liu, C., & Lin, C. (2000). Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. (Vol. 48 pp. 295-299): J Am Geriatr Soc.
- Weinberg, R., Gold, D., style="text-align:justify, p. c. L.-n., text-indent:-18.0pt, lfo1, m.-l. l. l., mso-layout-grid-align:none, & text-autospace:none">. (2001). Psicologia do Esporte e do exercício. (Vol. 2). Porto Alegre- RS: Artmed.
- Yoshihara, K., Hiramoto, T., Sudo, N., & C., K. (2011). Profile of mood states and stress-related biochemical indices in long-term yoga practitioners. (Vol. 5): Biopsychosocial Medicine
- Ávila, R., & Bottino, C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. (Vol. 28): Rev. Bras Psiquiatria.

A IMPORTÂNCIA DO AUMENTO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA EM JOVENS BRASILEIROS DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO.

Prof. Dr. Ronaldo Aparecido da Silva⁶⁰,

Resumo: A população brasileira jovem e adulta apresenta altos níveis de sedentarismo e obesidade. Nesse sentido, a área de educação física escolar precisa atuar para tentar modificar comportamentos no público escolar, para isso pode-se utilizar das tecnologias de comunicação e informação para estimular uma mudança de estilo de vida sedentário para mais ativo.

Palavras-chave: Sedentarismo. Tecnologia. Prevenção. Exercícios.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018a) define atividade física diária como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia, incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer (OMS, 2018a). Devido à relevância, o nível de atividade física diária (NAF) tem sido um parâmetro muito utilizado para determinar se uma determinada população apresenta um comportamento sedentário ou ativo (Tudor-Locke et al., 2018). A importância da quantificação do NAF se dá pela recomendação de mais e melhor atividade física em uma população, o que está associado a um estilo de vida mais saudável ou menos saudável, uma vez que o sedentarismo é um problema de saúde pública (Gualano e Tinucci, 2011) e está associada ao aumento de muitas doenças crônicas (Ribeiro et al., 2014).

A OMS recomenda para crianças e adolescentes 60 minutos de atividade física moderada à intensa por dia. Já para adultos (maiores de 18), recomenda-se 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana (OMS, 2018b). Segundo Tudor-Locke e Bassed (2004), adultos que realizam menos de 5.000 passos por dia são “sedentários”, já os que realizam entre 5.000 e 7.499 por dia são classificados como “baixo nível de atividade física”; os que realizam entre 7.500 e 9.999 são classificados como “pouco ativos”; aqueles que realizam entre 10.000 e 12.499 passos por dia são classificados como “ativos”; e os que realizam ≥ 12.500 são classificados como “muito ativos”. Recentemente, Tudor-Locke et al. (2011) sugerem uma alternativa à recomendação anterior na qual o adulto é considerado

⁶⁰ Professor na Universidade Brasil, São Paulo, SP.

fisicamente ativo se realizar pelo menos 7.000 passos e, neste caso, 3.000 passos devem ser realizados numa cadência de pelo menos 100 passos por minuto, considerada uma atividade física de intensidade moderada, ou seja, um consumo aproximado de 3 *METs* (unidade metabólica) (Rowe et al., 2011; Tudor-Locke et al., 2005). Especificamente para crianças e adolescentes, um estudo recente determina o que é considerado um comportamento ativo para esse público. Para o público de 10 a 15 anos, considera-se indivíduos ativos masculinos os que apresentem uma média de 12,000 a 16,000 e feminino 10,000 a 13,000 passos/dia ou 3,300 a 3,500 de passos moderados por 30 minutos ou 6,600 a 7,000 passos durante 60 minutos (Tudor-Locke et al., 2018).

Apesar da relevância do NAF para a manutenção e prevenção da saúde (Tudor-Locke et al., 2018), dados da OMS mostram que quatro em cada cinco jovens de 11 a 17 anos são considerados insuficientemente (OMS, 2018c). Em âmbito nacional, a população brasileira apresenta altos índices de sedentarismo e baixo NAF por não praticar exercícios físicos regularmente como constatado por dados oficiais governamentais (IBGE, 2018a). Na população jovem como crianças e adolescente esse problema de saúde pública não é diferente, pois segundo estudos esse público também apresenta índices elevados de sedentarismo e obesidade (Guerra et al., 2016). Esse comportamento inativo da população brasileira é extremamente preocupante para o sistema de saúde pública, pois o sedentarismo está diretamente associado ao crescente número de casos de doenças crônicas não transmissíveis como as metabólicas, pressão alta, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer (OMS, 2018c), patologias que são também estão associadas com a alimentação inadequada, baixo NAF e sedentarismo (Ribeiro et al., 2014; Pedersen e Saltin, 2015; Silva et al., 2016).

O sedentarismo é de origem multifatorial (OMS, 2018a) e mais recentemente tem sido observado que o uso excessivo da tecnologia tem impacto na redução do NAF (Lewis et al., 2017). Curiosamente, sendo o Brasil um dos países com população que mais usam internet no mundo (quarto lugar) (IBGE, 2018b) e com aumento de acesso a rede mundial de computadores (IBGE, 2018c), é possível especular que o uso excessivo da tecnologia tenha impacto no NAF da população, entretanto isso parece não ser um grande problema, uma vez que outros estudos mostram que o uso das tecnologias de comunicação e informação (TICs) podem também favorecer o aumento do NAF (Su et al., 2014; Troiano et al., 2014).

Em contrapartida, ainda é preciso entender que o uso de tecnologias móveis como os *smartphones*, *tablets* e *laptops* na sala de aula é algo comum na vida de crianças e adolescentes

e nem por isso o processo de aprendizagem é atrapalhado, como tem sido mostrado por pesquisas recentes (Bento e Cavalcanti, 2013; Saboia et al., 2013), a questão é: como lidar com essa realidade de forma que o uso da telefonia móvel não seja um problema, tanto no processo de ensino-aprendizagem como no aumento do NAF?

Nesse sentido, profissionais de educação física na área escolar têm importante papel promover a melhora do NAF de crianças e adolescentes, sem que isso tenha impacto no uso da tecnologia, o que atrapalharia a rotina normal dos jovens alunos, por esse motivo, o presente artigo traz um conjunto de recomendações para os professores de educação física escolar se basearem nas suas aulas, assim promovendo o aumento do NAF sem afetar o uso das novas formas de tecnologias ou tecnologias de comunicação e informação (TICs) usadas pelos discentes, as orientações são:

a) O uso de acelerômetros para determinação do NAF são de suma relevância e recomendados pela literatura (Lopes et al., 2003; Su et al., 2014; Troiano et al., 2014), porém essas ferramentas com boa acurácia e precisão são caras ficando restritas ao mundo científico, apesar disso, hoje existem recursos simples que podem ser usados e instalados diretamente no *smartphone* dos alunos.

b) Existem recursos simples, fáceis e baratos que podem substituir os acelerômetros mais caros, porém esse aspecto tem fator positivo, como: existe evidência mostrando que é possível aumentar o NAF usando recursos dos telefones móveis (Harries et al., 2016), dessa forma é possível considerar que os alunos possam instalar recursos provindos de aplicativos gratuitos nos seus aparelhos celulares, o que incentivaria a mudança de comportamento.

c) O uso das TICs podem motivar uma mudança de comportamento de forma coletiva e lúdica. Pode-se ainda criar algum tipo de competição entre alunos ou salas de aula como forma de mudança de comportamento de sedentário para mais ativo coletivamente, esse recurso pode fazer com que os alunos passem a andar mais ou serem mais ativos diariamente de forma competitiva, mas não de forma negativa, um incentivando o outro pode ser um fator de mudança do comportamento sedentário para o ativo (Troiano et al., 2014; Harries et al., 2016).

d) Estimular os alunos a desenvolverem seus próprios aplicativos em forma de competição estilo *Hackathon*, junção das palavras *hack+marathon* (Li e Jonhson, 2015; Guizardi et al., 2018) (“maratonas de hackers”), competições bem populares entre jovens que hoje são muito estimuladas, inclusive pelo MEC (2018). Especificamente, pode-se estimular os jovens a desenvolver ferramentas voltadas a melhorarem o NAF como uma pode ser uma

forma de estímulo e informação sobre os riscos do sedentarismo. Além de estimular a melhora do NAF, os alunos podem ser produtores e disseminadores de informações sobre a relevância de um estilo de vida mais ativo.

e) Considerações negativas: i) o uso de alguns tipos de TICs não são tão precisos quanto aos acelerômetros usados nas pesquisas científicas; ii) bem como, alguns alunos podem não ter *smartphones* ou não saber usá-los adequadamente na fase de coleta de dado; iii) Limitações tecnológicas: tipo de tela pequena, com baixo nível de resolução, com e processamento lento e baixa capacidade de armazenamento de dados, bem como a questão de incompatibilidade entre plataformas, como Windows, IOS ou *Chrome*, que são as mais populares entre os brasileiros; iv) Limitações pedagógicas: espaço de visualização restrito, dispersividade da atenção, comprometimento da memória visual, baixa resolução dificulta a compreensão, fragmentação de conteúdos, pouco conhecimento por parte dos educadores, uso das tecnologias como suporte e não como ferramenta (Saboia et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sedentarismo é um problema de saúde pública mundial, o qual deve ser modificado desde a infância com práticas corporais mais ativas, lúdicas e informativas, por isso a educação física escolar tem um importante papel estimulando as manifestações corporais e usando das mais diversas formas de tecnologias de comunicação e informação, mais especificamente a móvel, tentar modificar e aumentar o nível diário de atividade física, assim prevenindo problemas como obesidade

REFERÊNCIAS

- Bento MCM, Cavalcante RS. Tecnologias Móveis em Educação: o uso do celular na sala de aula. ECCOM; 2013; 4(7):113-120.
- Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. Rev. Bras. Educ. Fís. Esp. 2011; 25:37-43.
- Guerra PA, Farias Junior JC, Florindo AA. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública. 2016;50:9.
- Guizardi FL, Santos KF, Lemos ASP, Severo FMD. Hackathons in Brazil and the challenges they pose to the field of health. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):447-59.
- Harries T, Eslambolchilar, Rettie R, Stride C, Walton S, van Woerden HC. Effectiveness of a smartphone app in increasing physical activity amongst male adults: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2016;16:925:2-10.
- IBGE (a). 100 milhões de pessoas com 15 anos ou mais não praticam esporte no Brasil. Acessado em 15/09/2018. . Disponível em < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/pesquisa-e->

inovacao/noticia/2017-05/pesquisa-diz-que-123-milhoes-com-15-anos-ou-mais-nao-praticam
>

IBGE (b). Relatório aponta Brasil como quarto país em número de usuários de internet. Acesso em 14/09/2018. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/relatorio-aponta-brasil-como-quarto-pais-em-numero-de-usuarios-de-internet> >

IBGE (c). Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2016. Acesso em 14/06/2018. Disponível em: < https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/c62c9d551093e4b8e9d9810a6d3bafff.pdf >

Lewis BA, Napolitano MA, Buman MP, Williams DM, Nigg CR. Future directions in physical activity intervention research: expanding our focus to sedentary behaviors, technology, and dissemination. *J Behav Med.* 2017;40(1):112-126.

Li LM, Johnson S. Hackathon as a way to raise awareness and foster innovation for stroke. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2015; 73(12):1002-1004.

Lopes VP, Maia JPR, Oliveira MMC, Seabra A, Garganta R. Caracterização da atividade física habitual em adolescentes de ambos os sexos através de acelerometria e pedometria. *Rev. Paul. Educ. Fís.;* 2003; 17(1):51-63.

Ministério da Educação (MEC). Abertas inscrições para maratona de projetos de tecnologias digitais. Acessado em 25/09/2018. Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/36002> >

Organização Mundial da Saúde (OMS) (c). 80% dos adolescentes no mundo não praticam atividades físicas suficientes. Acessado em 25/09/2018. Disponível em < <https://nacoesunidas.org/oms-80-dos-adolescentes-no-mundo-nao-praticam-atividades-fisicas-suficientes/> >

Organização Mundial da Saúde (OMS)(a). Acessado em 15/06/2018. Disponível em < <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/> >.

Organização Mundial da Saúde (OMS)(b). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Acessado em 25/09/2018. Disponível em < <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf> >

Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;25:S3:1-72.

Ribeiro MA, Martins MA, Carvalho CR. Interventions to increase physical activity in middle-age women at the workplace: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(5):1008-15.

Rowe D, Welk G, Heil D, Mahar M, Kemble C, Calabro M, Camenisch K. Stride rate recommendations for moderate intensity walking. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43:312-318.

Saboia J, Vargas PL, Viva MAA. O uso dos dispositivos móveis no processo de ensino e aprendizagem no meio virtual. *Revista Cesuca Virtual: Conhecimento Sem Fronteiras.* 2013; 1(1):1-13.

Silva RA, Almeida FM, Olivo CR, Saraiva-Romanholo BM, Martins MA, Carvalho CR. Exercise reverses OVA-induced inhibition of glucocorticoid receptor and increases anti-inflammatory cytokines in asthma. *Scand J Med Sci Sports.* 2016;26(1):82-92.

Su X, Tong H, Ji P. Activity Recognition with Smartphone Sensors. *Tsinghua Science and Technology*. 2014;19(3):235-249.

Tudor-Locke C, Han H, Aguiar EJ, Barreira TV, Schuna Jr JM, Kang M, Rowe DA. How fast is fast enough? Walking cadence (steps/min) as a practical estimate of intensity in adults: a narrative review. *Br J Sports Med*. 2018; 52:776-788.

Tudor-Locke C, Bassett DR. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med*. 2004; 34:1-8.

Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, De Cocker K, Giles-Corti B, Hatano Y, Inoue S, Matsudo SM, Mutrie N, Oppert JM, Rowe DA, Schmidt MD, Schofield GM, Spence JC, Teixeira PJ, Tully MA, Blair SN. How many steps/day are enough? For adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;28;8:79.

Tudor-Locke C, Burkett L, Reis JP, Ainsworth BE, Macera CA, Wilson DK. How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults? *Prev Med*. 2005; 40:293-8.

Troiano RP, McClain JJ, Brychta RJ, Chen KY. Evolution of accelerometer methods for physical activity research. *Br J Sports Med*. 2014;48(13):1019–1023.

“A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA SALA DE VACINA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”

Silva, I. C.

Cunha, C.

Resumo: A vacinação é imprescindível para se prevenir contra diversas doenças infecto contagiosas, como no caso da febre amarela, tuberculose, sarampo, poliomielite, rubéola, a gripe, hepatite B, dentre outras. E todas as ações referentes à vacinação são coordenadas através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que através de políticas públicas tem atingindo suas metas. O presente trabalho teve como objetivo explorar a atuação do profissional Enfermeiro em sala de vacina em uma Unidade Básica de Saúde, por meio de pesquisa bibliográfica de revisão de literatura, por busca em bases de dados Lilacs, Scielo e BIREME-BVS e BDENF. Para se garantir a eficácia das vacinas seguir as normas de conservação é fundamental. A enfermagem possui local de destaque em relação a esta conservação, na administração da vacina, no acolhimento, verificação em relação às condições de uso da vacina, manutenção de estoque, educação em saúde, elaboração de arquivo, administração conforme os protocolos, as técnicas, e normas do Programa Nacional de Imunizações, o fornecimento de orientações quanto às possíveis reações e contra indicações. Observa-se que na sala de vacina este profissional possui muitas atribuições e os aspectos operacionais são de primordial importância, requerendo extrema atenção e para este desempenho este profissional necessita estar bem qualificado.

Palavras chaves: Vacinação. Enfermagem. Imunização. Unidade Básica de Saúde.

INTRODUÇÃO

A vacinação é a maneira mais eficiente para se evitar muitas doenças imunopreveníveis, assim como foi o caso da varíola já erradicada, o sarampo, a poliomielite, a rubéola, a gripe, a tuberculose, hepatite B e febre amarela, dentre outras (QUINTEIRO, 2014).

Todas as ações de vacinação são coordenadas através do Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em cujo intuito é ao de erradicar e ter controle sobre as doenças imunopreveníveis (TANNURE & GONÇALVES, 2011).

Em face de tais esclarecimentos observa-se que as Políticas públicas de Saúde têm agido há muito tempo na luta incessante contra doenças imunopreveníveis. Como exemplo no ano de 2013, data em que foi incluída a vacina contra varicela no Calendário de Vacinação das crianças, substituindo a vacina tríplice viral de sarampo, rubéola e caxumba, pela vacina combinada tetraviral de caxumba, rubéola, varicela e sarampo, para crianças de um ano de idade

e foi realizado um estudo para a determinação de fatores de risco associados à ocorrência de invaginação intestinal após a introdução da VORH no calendário de vacinação do PNI (BRASIL, 2014).

A imunização representa uma das medidas mais relevantes para se prevenir doenças. Nas Políticas Públicas a vacinação ocupa um local de destaque e desta maneira tem atingido altos índices na eficácia, inspirando respeito internacional. E observa-se que nas últimas três décadas o PNI tem alcançado significativos avanços em termos de coberturas vacinais, a descentralização das ações, parceria e participação dos gestores municipais, levando os municípios brasileiros a alcançarem cada vez mais as metas de vacinação. Nesse contexto, está ocorrendo um declínio acelerado das doenças preveníveis pelos imunobiológicos, bem como as mortes ocasionadas por estas doenças (OLIVEIRA et al, 2009).

E buscando manter a qualidade bem como a credibilidade no PNI, o Ministério da Saúde vem realizando investimentos para garantir a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados à população brasileira. Isto se traduz em uma Rede de Frio, capaz de garantir as características iniciais do produto, do laboratório fabricante até o nível local, e na aquisição de produtos mais modernos, seguros e eficazes, provenientes de processos de produção que atendem às normas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, referentes às boas práticas de fabricação e devidamente analisados pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (BRASIL, 2014).

A necessidade de organizar e programar um serviço que atenda a população visando um atendimento integral, humanitário e preventivo perpassa a ideia de um território com a finalidade de aplicar imunobiológicos em qualquer grupo prioritário para apenas prevenir doenças (NEVES et al, 2009).

A imunização deve ser entendida como um modificador e é administrada com o objetivo da prevenção de muitas doenças infecto contagiosas. E desde a sua inserção na sociedade é tema de discussão entre vários atores sanitários gerando polemicas a favor e contra no quesito funcionalidade, porém sua importância é inquestionável, principalmente durante a infância (SILVA, 2012).

Imunizar através do próprio sistema imunológico do indivíduo cria a barreira de proteção (SILVA, 2012).

Porém para que a imunização possa ser efetuada corretamente, para se garantir a eficácia das vacinas, as quais são produtos termo lábeis, é de grande importância que as normas de conservação sejam observadas e colocadas em prática em sua íntegra. O armazenamento é

efetuado a partir de uma cadeia de frio, ou rede de frio, sua conservação e armazenamento, assim como quando no transporte, distribuição e no manuseio de produtos imunobiológicos usados no PNI (FOSSA et al, 2015).

Faz-se necessário esclarecer também que a equipe de enfermagem encontra muita dificuldade com a falta de adesão dos pais e responsáveis em relação à vacinação dos menores. Por diversas vezes a imunização só ocorre por conta do corte ou bloqueio dos benefícios sociais recebidos por alguns programas, nos quais estas mesmas famílias estão inseridas, como é o exemplo do programa Leve leite e bolsa família entre outros, porém percebe-se que mesmo com este incentivo ainda ocorrem muitos casos de atrasos vacinais, o que acarreta na não cobertura vacinal do município, estado ou país e como consequência a não erradicação de algumas doenças imunopreveníveis. (PEREIRA & BARBOSA, 2007).

A sala de vacina requer atenção e atuação fundamental do enfermeiro. Na equipe Estratégia de Saúde da Família, o profissional está envolto em muitas atribuições relacionadas à área. Este trabalho justifica-se pela necessidade de embasar cientificamente esta atribuição profissional.

A abordagem do contexto de atuação do Enfermeiro no setor sala de vacina em uma Unidade Básica de Saúde, permitirá analisar a importância da atuação profissional sobre vários aspectos, incluindo a eficácia da imunização para a população no que tange um profissional bem qualificado, contribuindo com o desempenho melhorado da equipe, a eficácia dos imunobiológicos, a supervisão nos vários setores de competência da sala de vacina e delimitando uma atribuição de suma importância no fazer do processo de trabalho.

OBJETIVOS

Explorar a atuação do profissional Enfermeiro em sala de vacina em uma Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada através de revisão literária, portanto uma pesquisa qualitativa e descritiva, por busca nas seguintes bases de dados: Portal de periódicos da BVS, (Biblioteca Virtual de Saúde), CAPES, USP, em bancos de dados, como os da: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) BIREME- Secretaria de Saúde, IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia), em artigos, monografias,

Jornais, manuais e revistas que trataram do tema, retirando desses os aspectos mais comuns e específicos desse dispositivo. Os descritores verificados conforme o DeCS (Descritores em Saúde) Vacinação, enfermagem, sala de vacina, imunização, Unidade Básica de Saúde. Optando-se por utilizar os descritores: vacinação, sala de vacina, Unidade Básica de Saúde (SUS) e enfermagem, estes descritores foram cruzados entre si, como: enfermagem e sala de vacina, imunização e enfermagem e assim por diante. Tendo em vista a grande quantidade de obras localizadas, optou-se por acatar obras de período de 2008 a 2017. Foram então excluídas as obras em de período anterior ao ano de 2008, as que não constavam com os textos em sua íntegra, aquelas em que não condiziam aos objetivos propostos e as de idioma estrangeiro. Portanto optou-se por utilizar 11 obras que se identificaram ao que se propôs, as quais constam das referências bibliográficas.

DESENVOLVIMENTO

A capacitação dos profissionais na sala de vacina em relação ao acolhimento, condições de uso, temperatura adequada de (+2°C a +8°C) é de responsabilidade da equipe de enfermagem, a administração de acordo aos protocolos, as técnicas, conforme as normas do Programa Nacional de Imunizações, o fornecimento de orientações quanto aos possíveis reações e contra indicações.

Este saber cuida em enfermagem possibilita a saúde, prevenção e qualidade de vida da população conforme o PNI e as diretrizes do SUS.

E de acordo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 197, do ano 26 de dezembro de 2017, artigos 7º, 8º e 9º, além do estabelecimento de vacinação ter um responsável técnico e alguém que o substitua, no local devem estar presentes um profissional devidamente habilitado durante o período integral da vacinação. Além de que estes profissionais devem contar com constantes atualizações, possuir os conceitos necessários e básicos para a sua realização, ou seja: de conservação, transporte e armazenamento, de preparo e de administração de forma segura, e também de saber gerenciar resíduos, e agir em registros de vacinação e processos de averiguação, investigação e notificações de ocorrências adversas após a vacinação e de possíveis erros de vacinação ao Ministério de Saúde, à MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, conhecer o Calendário Nacional de Vacinação do SUS atualizado, efetuar a higienização das mãos, ter conduta adequada em relação a quaisquer intercorrências que vierem a ocorrer em relação à vacinação. As capacitações dos profissionais envolvidos devem ser devidamente registradas

Neste contexto, a equipe de Enfermagem tem papel de suma importância do que se refere à qualidade do serviço ao usuário pois ele está envolvido em todas as etapas do processo, desde a conservação das vacinas, até a imunização da população (SILVA 2012).

Pois o cumprimento das normas de conservação de vacina é de primordial importância para a preservação de sua qualidade, assim como os serviços de saúde, orientações individuais e coletivas à população, avaliação da situação vacinal de usuários e colaboradores. Estas atribuições do profissional de enfermagem devem ser cumpridas na íntegra (SILVA 2012).

De acordo com Neves et al, (2009) a equipe de enfermagem tem efetiva participação no processo de manuseio conservação e administração dos imunobiológicos. Para exercer a responsabilidade técnica da sala de vacinação é necessária a presença diária do enfermeiro, que deve atuar tanto na vacinação, quanto na supervisão contínua e capacitação da equipe de enfermagem.

E toda a equipe de Enfermagem é envolvida no processo, desde a captação do usuário que deverá ser encaminhado ao setor, ao acolhimento do mesmo, quando chega à unidade de saúde, até a orientação sobre o procedimento e finalidade do imunobiológico (OLIVEIRA et al, 2013).

O enfermeiro deve estar devidamente habilitado a fim de prestar esclarecimentos sobre os benefícios, possíveis reações das vacinas, sanar dúvidas, estar atento às necessidades da população e principalmente dar seguimento no que de necessário para dar prosseguimento no plano terapêutico (QUEIROZ et al, 2009).

Este profissional é peça fundamental na articulação do ato de suprir as necessidades de saúde de uma comunidade. E por este motivo deve abordar a família de forma cuidadosa, no que diz respeito à conscientização para a vacinação (QUEIROZ et al, 2009).

O enfoque da imunização deve estar centrado neste tipo de orientação e despertar no profissional envolvido nesta área o interesse pela dinâmica de ações centralizadas nesta assistência. Uma observação constante nos setores de imunização é o não comparecimento dos adultos responsáveis conduzindo os menores como de sua obrigação. São inúmeras as situações apresentadas como desculpas pelo não comparecimento ao retorno agendado percebendo-se assim, que é necessária uma capacitação efetiva do profissional a essas diversas situações. Fica claro que num passado histórico de adoção de falsas contraindicações à vacinação, apoiada em conceitos desatualizados criou-se um mito de que muitas, a vacina não faz tão bem assim (QUINTEIRO, 2014).

E ainda compreendendo o passado, entendendo o presente e almejando projetar o futuro é que em decorrência desses fatos procura-se aprofundar na exigência do cumprimento do PNI para crianças até 05 anos de idade, tendo como propósito a reflexão crítica da enfermagem nesse cuidado (OLIVEIRA et AL, 2013).

É relevante a atuação do enfermeiro em todas as ações de uma sala de vacina, onde é de sua responsabilidade a conservação das vacinas, manutenção do estoque, administração das vacinas, capacitação do profissional e elaboração do arquivo de cartão espelho, o qual tem o controle das doses administradas na rotina diária, garantindo assim a eficácia de uma possível busca ativa aos faltosos (QUEIROZ et al, 2009).

Também é de competência do enfermeiro através do seu conhecimento científico capacitar para a vacinação e destacar que não serão só aplicadores de vacinas, mas sim profissionais conscientes de que estão cuidando da saúde, da sobrevivência de milhões e milhões de cidadãos. Motivadas por este cenário apresentado, se desperta para a busca através de uma revisão bibliográfica o conhecimento sobre as vacinas que fazem parte do PNI, suas contraindicações e falsas contraindicações, gerando assim um produto final de esclarecimentos sobre mito e verdade acerca das vacinas e proporcionando um entendimento melhor e esclarecedor sobre o assunto, com o intuito de respaldar esse profissional na qualidade de sua orientação (NEVES et al., 2009).

Durante a nossa prática na sala de vacinação, se procura desenvolver junto aos clientes atendidos, a educação em saúde, algo corroborado por Silva et al. 16 “entendemos a educação em saúde como um dos processos particulares a serem realizados pela Enfermagem de forma articulada aos objetivos gerais da assistência” (NEVES et al., 2009).

DISCUSSÃO

O referido Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado no ano de 1973 e foi regulamentado em 1975, através da Lei nº 6.259, de 30/10/1975, e também pelo Decreto nº 78.231, de 30/12/1976. Estes instrumentos foram de grande relevância para a proteção da população. Na atualidade o PNI atua na vacinação de todos os familiares e também na imunização das crianças, adolescentes e idosos, assim como aos povos indígenas e populações portadoras de necessidades especiais (BRASIL, 2014).

Este programa assume a importância de definir e coordenar normas e procedimentos técnicos e científicos junto às secretarias de estado e estas com as secretarias municipais,

buscando técnicas de vacinação e novidades tecnológicas da área. Além de adquirir, conservar e distribuir as vacinas para salas de vacinação do Brasil inteiro, de acordo a constituição da república federativa do Brasil, somando a lei orgânica da saúde, permite também admissão para portadores de imunodeficiência congênitas e/ou adquiridas (SILVA, 2012).

No decorrer dos anos, segundo Silva (2012), aconteceram grandes mudanças e evoluções a respeito da vacinação no Brasil. Alguns desses eventos de imensa importância foram:

- 1804 – Instituída a primeira vacina no Brasil – Contra varíola;
- 1885 – Gerou-se a primeira vacina antirrábica;
- 1889 – Um surto de peste bubônica se propaga no porto de Santos, levando o governo a adquirir a Fazenda Butantan para instalar um laboratório de produção de soro antipestoso, vinculado ao Instituto Bacteriológico (hoje Instituto Adolpho Lutz);
- 1897 – Primeira geração da vacina contra a peste;
- 1904 – Instituiu-se a “Reforma Oswaldo Cruz”, que criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, com a responsabilidade de combate à malária e à peste no Rio de Janeiro (Decreto Legislativo nº 1.151, de 5/1/1904);
- 1907 - A febre amarela estava erradicada do Rio de Janeiro e Oswaldo Cruz recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro;
- 1962 – Primeira campanha nacional contra a varíola;
- 1967 – Introdução da vacina contra o sarampo para crianças de oito meses a quatro anos de idade;
- De 1973 a 1975 – Foi criado e regulamentado o PNI;
- 1999 - 1ª Campanha de Vacinação do Idoso (a partir dos 65 anos de idade) com a vacina contra influenza. Mas tarde em 2000, ocorreu a mudança na faixa etária da Campanha de Vacinação do idoso (maiores de 60 anos de idade);
- 2002 – Introdução da vacina tetravalente (HIB + DTP) para os menores de um ano;
- 2010 – No período de 8 de março a 2 de junho, realização da Estratégia de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009, com enquadramento de grupo ampliado mais tarde;

O PNI atua a 4 décadas diminuindo visivelmente a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis, o que mostra a grande importância, impacto e responsabilidade que esse programa acarreta para a saúde do país como um todo (SILVA, 2012).

O entendimento e estudo da imunização é uma especialidade Biomédica, chamada de imunologia, que estuda sobre os fenômenos celulares e moleculares de um organismo de defesa, quando esta em contato com antígeno (BRASIL, 2014).

Segundo Brasil (2014), os agentes infecciosos estão a todo o momento patente ao organismo, exemplos desses são: as bactérias e vírus que circulam no ar que se respira diariamente, esses agentes tem a capacidade de propagação imensa, o que deixa o organismo exposto adquirir algumas doenças.

Conforme relata Brasil (2014), o organismo luta constantemente para nos defender desses invasores, ela atua de duas maneiras:

- Com resposta natural, inata ou inespecífica, que já existem no corpo, como: Pele, mucosa, saliva, etc.
- E com a resposta adquirida, adaptativa ou específica. Como o nome já diz, é uma resposta em que se apresenta o antígeno ao organismo, esse por sua vez reconhece o agente como invasor infeccioso e começa assim a produção de anticorpos para eliminar aquele determinado antígeno. Isso por sua vez, cria-se mais imunidade celular, as famosas células de memória (BRASIL, 2014).

A vacinação consiste em, através do uso específico controlado do agente causador da doença, podemos estimular o sistema imunológico, de esse modo ocasionar o impulso para que o organismo seja capaz de formar um mecanismo de defesa contra o antígeno em questão. Sendo assim quando o indivíduo entrar em contato com esse agente infeccioso novamente, o organismo pré-programado já terá os agentes de defesa específico para proteção. Esse fenômeno acontece pela chamada memória imunológica que o organismo consegue criar, toda vez que entra em contato com antígenos (BRASIL, 2014).

Hoje em dia existem vacinas específicas para prevenir determinadas doenças, algumas fortemente reduzidas, como: Poliomielite, tétano e sarampo. E outras, chamadas vacinas terapêuticas, que são específicas para tratar doenças crônicas ou degenerativas como: HIV (BRASIL, 2014).

Atualmente mesmo diante de todos os avanços da medicina e seus pesquisadores, ainda existem uma parte da população nacional com preconceito a respeito da necessidade da vacinação, vista como o meio preventivo mais eficaz para a imunidade de determinadas doenças infectocontagiosas. Essa parte da sociedade julga não ser necessário, por exemplo, as vacinas determinadas para visitar alguns países, essas se esquecem de que a vacinação ainda não é aplicada obrigatoriamente em todos os territórios. Esse fato nos alerta a vulnerabilidade a qual

o Brasil fica exposto para a propagação de doenças já erradicadas ou até mesmo novas doenças por pessoas que visitaram esses países sem a vacinação necessária e trouxeram esses agentes infecciosos para o território (QUINTERO, 2014).

Quintero (2014) cita ainda que a eficácia desse método vai muito além de prevenir o ser humano de doenças, a vacina atingiu o papel de erradicar determinadas doenças, como já foi citado, por exemplo: a varíola. Porém esse feito só foi possível em países que adotaram o sistema de vacinação rigoroso e organizado. Além disso a conscientização da população em geral sobre o uso da vacinação corretamente é o que leva a dados e resultados de sucesso.

Em uma sala de vacina os aspectos operacionais são de essencial importância e requer muito atenção, pois estarão voltados expressamente para aplicação de imunobiológicos por meio de todos os padrões corretos e normas estipuladas de armazenamento, conservação e indicações. (FOSSA et al., 2015).

Uma sala de vacina depende de vários fatores para garantir sua eficácia, para todos esses o enfermeiro exerce importante papel por monitorar todos os aspectos técnicos e operacionais da mesma (FOSSA et al., 2015).

O enfermeiro é responsável pela por todos os processos de andamento de sala de vacina. É ele que pede a quantidade de materiais para suprir cada necessidade na vacinação diante do número de usuários a atender. Responsável também por distribuir entre as geladeiras ou câmaras de conservação, assim como o controle dessas temperaturas, pois a vacinação é um produto termolábil, ou seja, é destruída ou perde suas propriedades em temperaturas baixas, portanto precisa de normas de conservação específica e essa deve ser seguida e cumprida rigorosamente. As variações de temperatura também trazem prejuízo para eficácia das vacinas, portanto a enfermagem deve se manter em alerta permanente para que esses materiais sejam mantidos em refrigeradores por meio de rede ou cadeia de frio. Esse sistema é algo a ser seguido desde o transporte até o momento em que a vacina será aplicada, neste caso cuidados indispensáveis serão seguidos, como: refrigerador entre + 4 e + 8 ° C por período de três horas antes de transferir esse imunobiológico, caso isso não seja possível transferir em uma caixa térmica, sempre conferindo a mínima e a máxima de temperatura. (FOSSA et al, 2015).

Os materiais e equipamentos que são indispensáveis em sala de vacina devem ser solicitados e supervisionados pelo enfermeiro para que não haja falhas nos atendimentos, entre eles, estão: No mínimo 3 cadeiras, maca, luvas, refrigeradores, gases, algodões, curativos, etc. (FOSSA et al., 2015).

O enfermeiro é o agente responsável avaliar os efeitos adversos das vacinas, pois é ele o responsável por orientar e aplicar as orientações e procedimentos cabíveis em reações de vacinas aplicadas ou que ainda será apresentada a população. Sendo assim é sempre necessário treinamento de toda equipe para garantir a qualidade do serviço prestado. (FOSSA et al., 2015).

Em geral os aspectos padrões e principais de sala de vacina e obrigações do enfermeiro são:

- Garantir a quantidade correta para atender a população.
- Receber essas vacinas e distribuir corretamente.
- Controlar temperatura.
- Aplicar corretamente cada imunobiológico.
- Manter a qualidade do serviço.
- Avaliar os efeitos colaterais
- Aplicar medidas para os efeitos colaterais.
- Gerenciar usuários faltosos.

A enfermagem deve estar ciente que a sala de vacinação deve ser utilizada somente para conservação e aplicação de vacina. E que não é permitido o uso para os demais procedimentos, como: curativos, inalações, atendimentos de consultas médicas ou uso administrativo. (OLIVEIRA et al., 2013).

A estrutura sala deve ter padrões específicos, como: paredes e pisos laváveis, pia com torneira, interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico, arejamento e iluminação adequada para evitar incidência de luz solar. Outra condição tanto quanto importante é esta sala se manter sempre limpa e higienizada. O tamanho de sala irá variar com a necessidade de cada unidade básica, para atender a clientela, ou seja, vai de acordo com a quantidade de usuários que irá utilizar a sala (QUEIROZ, 2009).

Para manutenção dos refrigeradores se faz necessário atenção da enfermagem quando houver congelamento e formação de gelos, desligar a tomada da geladeira e abrir a porta para que todo gelo se desprenda, não utilizar outros objetos para que não haja contaminação e pode danificar os tubos de refrigeração. Em seguida limpar o congelador com um pano umedecido, água e sabão neutro, enxugar logo após, nunca jogar água no refrigerador. Após essa limpeza, ligar e manter o refrigerador por mais ou menos 3 horas verificando temperatura, quando atingir a temperatura adequada recolocar as vacinas e os produtos e objetos necessários (FOSSA et al., 2015).

Existem situações que precisa da ação imediata do enfermeiro para que não seja perdido o imunobiológico, como no caso de equipamentos que deixam de funcionar por motivo de energia ou por algum defeito, nesse caso o enfermeiro deve garantir que a norma do mesmo permaneça fechada, ou quando o defeito permanecer por mais de 8 horas medidas de emergência deveram ser tomadas pois, se perdurar esse prazo pode inutilizar os produtos imunológicos (FOSSA et al., 2015).

Para o bom funcionamento dessa sala de vacinação a equipe de enfermagem precisa manter-se sempre precavida dos materiais necessários e obrigatórios para as atividades de aplicação das vacinas (QUEIROZ, 2009).

Inicialmente qualquer sala de vacinação deve ter em sua formação um ou dois técnico/auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, que será o responsável pela supervisão e treinamento das atividades a serem exercidas em sala. Esse enfermeiro assumira também a função de responsável técnico deste setor, como abrange pelo conselho responsável pela classe (QUEIROZ, 2009).

O enfermeiro tem a função de gerenciar a rotina e estratégias para intensificação dessa importante ferramenta de prevenção, de bloqueio para material inativo e fica responsável pelas campanhas para promover a conscientização da população. Além de ser responsável por orientar e acolher os usuários para essa imunização. (FOSSA et al, 2015).

As etapas de atividades dessa equipe ainda abrangem o manuseio, conservação, administração, registro e descarte dos resíduos resultados das ações de vacina. O enfermeiro é o responsável majoritário por registrar todos os dados referentes às atividades de vacinação nos impressos adequados para a manutenção também do histórico vacinal do individuo e divulgação para os sistemas de informações do PNI. As normas deste programa devem ser implantadas e monitorizadas pelo enfermeiro em sala de vacina, normas essas que tem objetivo de amenizar a resistência de alguns usuários (FOSSA et al, 2015).

O enfermeiro exerce a função primordial de supervisão da deferida sala de vacinação, assim como a coordenação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Esse ofício abrange a importante obrigação de melhorar a qualidade de atendimento prestado através de uma qualificação adequada e capacitação dos profissionais que vão estar à frente desse atendimento (OLIVEIRA et al, 2013).

Cabe ao enfermeiro assegurar aos seus funcionários a adaptação e correção de possíveis falhas ou ate mesmo faltas de recurso, uma vez que o domínio da sala é de extrema responsabilidade do mesmo (OLIVEIRA et al, 2013).

Entretanto foi verificado por Oliveira et al. (2013), falhas nesse ponto de coordenação no que desrespeito ao tempo de dedicação exclusivo desse profissional a sala de vacina, já que a maioria exerce funções em setores distintos ao mesmo tempo, o que sobrecarrega as responsabilidades e serviços prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Todavia a escassez de profissionais acarreta de modo direto na qualidade e tempo para os usuários desse serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos no declarado trabalho nos oferecem uma visão ampliada da importância das atividades do enfermeiro para o desempenho de uma sala de vacina, pois a liderança dessas fica em total responsabilidade do mesmo, e assim exerce papel indispensável.

Em todas as pesquisas analisadas por esse trabalho detectou-se a necessidade de investir em capacitação de profissionais adequados e preparados para garantir a eficácia do serviço prestado para a população, uma vez a ausência desses profissionais em sala acarreta diretamente na qualidade de atendimento aos usuários.

Tendo em vista que a vacinação é uma das atenções primárias do Brasil, vale enaltecer o trabalho do enfermeiro como agente e precursor na chamada "Educação para imunização", pois seu trabalho atinge e diretamente consegue conscientizar para que resultados de sucesso surjam para imunização correta no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL - Ministério da Saúde (BR). **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 10.04.2018.

BRASIL – Ministério da Saúde (BR). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 197**, de 26 de dezembro de 2017.

FOSSA, Ângela Márcia et al. **Conservação e administração de vacinas: a atuação da enfermagem**. Revista Saúde em Revista v. 15, n. 40 (2015). [Disponível: www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/](http://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/). Acesso em 08.04.2018.

NEVES, Natália Batista das et al. **A atuação da equipe de enfermagem na vacina do idoso institucionalizado: o caso de um município da região do Vale do Aço**. Revista RemE - Rev. Min. Enferm.;13(3): 416-422, jul./set., 2009. Disponível: www.reme.org.br/artigo/detalhes/207. Acesso em: 05.04.2018.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de. et al. **Prática da enfermagem na conservação de vacinas.** Revista Acta Paul Enferm 2009;22(6):814-8.. Disponível: www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a14v22n6.pdf. Acesso em 15.04.2018.

OLIVEIRA, Valéria Conceição et al. **Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro.** Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1015-21. Disponível: www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/18.pdf. Acesso em 10.04.2018.

PEREIRA, Maria Aparecida Diniz & BARBOSA, Sandra. R. de Souza. **O cuidar de enfermagem na imunização: os mitos e a verdade.** Artigo de Revisão. Revista Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 76-88. Disponível: [www.faculdadefuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS 2\(1\) 76-88..pdf](http://www.faculdadefuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%2076-88..pdf). Acesso em 15.04.2018.

QUEIROZ, Syntia Assis de et al. **Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento.** Revista Rene, Fortaleza, v. 10, n. 4, out./dez.2009. Disponível: www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a15v10n4.htm. Acesso em 13.04.2018.

QUINTEIRO, Ângela. **Vacinação: o que é e quais as suas vantagens.** 2014. Disponível: www.atlasdasaude.pt/publico/content/vacinacao-o-que-e-e-quais-suas. Acesso em 15.04.2018.

SILVA, Vinícius Pablo de. **Histórico da vacinação no Brasil.** 2012. Disponível: aenfermagem.com.br/materia/historico-da-vacinacao-no-brasil/. Acesso em 15.04.2018.

TANNURE, Meire Chucre & GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

A ATUALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DA SÍNDROME DE RUBINSTEIN TAYBE

Patrícia Fernandes Raimundo Valentim Da Silva

RESUMO: A Síndrome de Rubinstein-Taybi, SRT, trata-se de uma doença de origem desconhecida, caracterizada por deficiência mental acentuada, os dedos das mãos e dos pés grossos e baixa estrutura. As causas da síndrome é uma condição rara que pode ser de natureza genética, mas cuja causa específica ainda não foi comprovado.

As características da SRT são a baixa estatura; nariz pontiagudo; orelhas ligeiramente deformadas; palato curvado; cabeça pequena; sobrancelhas grossas ou curvadas; polegares largos e angulados; olhos inclinados para baixo com fendas antimongolóides; marca de nascença vermelha na testa; articulações hiperextensíveis; pelve pequena e inclinada; excesso de cabelos; Comportamento estereotipado: batem palmas ou balançam o corpo quando nervosas ou ansiosas; atraso mental. As doenças associadas com a SRT são os problemas típicos depois de nascimento que incluem dificuldades na alimentação, infecções respiratórias, infecções de ouvido, infecções de olho e anormalidades como obstrução de tubo lacrimal, excesso de mucosa, e às vezes diarreia invés da constipação crônica mais comum encontrada. Problemas oculares, anomalias cardíacas, anormalidades vertebrais, refluxo gastroesofágico e vômitos, anormalidades de rim e problemas ortopédicos são frequentemente encontrados em indivíduos com esta mutação. As dificuldades e suas limitações são as necessidades de auxílio e orientação profissional para os pais da criança com a síndrome Rubinstein-Taybi no que diz respeito aos problemas de alimentação, refluxo e vômitos, cuidado no repouso; treino respiratório; terapias familiares; modificação de comportamentos.

Palavras-chave: Atualização, Abordagem da enfermagem, Síndrome de Rubins Tein Taybi.

ABSTRACT: Rubinstein-Taybi syndrome, SRT, is a disease of unknown origin, characterized by marked mental deficiency, thick toes and toes and low structure. The causes of the syndrome is a rare condition that may be genetic in nature, but whose specific cause has not yet been proven. The characteristics of SRT are short stature; pointed nose; slightly deformed ears; curved palate; Small head; thick or curved brows; thumbs wide and angled; slanting eyes down with anti-Mongoloid slits; red birthmark on forehead; hyperextensible joints; small and slanted pelvis; excess hair; stereotyped behavior: clapping or shaking the body when nervous or anxious; mental retardation. The diseases associated with SRT are the typical problems after birth which include feeding difficulties, respiratory infections, ear infections, eye infections and abnormalities such as lacrimal tube obstruction, excess mucosa, and sometimes diarrhea rather than chronic constipation found. Ocular problems, cardiac anomalies, vertebral abnormalities, gastroesophageal reflux and vomiting, kidney abnormalities and orthopedic problems are often found in individuals with this mutation.

The difficulties and their limitations are the needs of help and professional orientation for the parents of the child with Rubinstein-Taybi syndrome with regard to problems of feeding, reflux and vomiting, respite care; respiratory training; family therapies; behavior modification.

Key words: Health. Education. Taybi's Rubinstein syndrome

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) é raríssima e foi descoberta em um relatório de um caso em 1957, mas foi só em 1963 que o médico pediatra Jack H. Rubinstein e o médico radiologista Hooshang Taybi relataram a síndrome que leva o nome dos mesmos. Eles reconheceram em sete crianças características típicas, que não estavam relacionadas a outras síndromes.

Cunha (2014) relata que a síndrome ocorre através de uma mutação por um gene do cromossomo 16, sendo autossômica dominante, assim não estará presente nos pais. A referida mutação caracteriza-se por micro deleções e translocações cromossômicas, provocando malformação congênita.

Os pais das crianças portadoras de SRT, geralmente por falta de informação, se desesperam ao saber que seu filho tem uma doença desconhecida, provocando medo de como será, preocupação com a possibilidade de cura e a hereditariedade e principalmente se terão uma vida normal.

O nascimento de um bebê portador da síndrome gera um choque nos pais e pode causar stress na família, provocando várias reações desde a extrema apatia ao extremo desespero, da neutralidade ao envolvimento total (PETEAN, 1998).

Para Petean (1998) os pais apresentam sentimentos de raiva, uma vez que se sentem desestruturados por seus sonhos e projetos que não serão realizados. A raiva pode propagar-se em várias direções, atingindo profissionais, familiares e até mesmo vizinhos. É um período complicado principalmente pela falta de preparo, informação e conhecimento pelos profissionais da área da saúde, afinal os familiares precisam de ajuda profissional para poder ensinar como lidar com a síndrome.

As características desta síndrome incluem baixa estatura, nariz bicudo, orelhas com má formação, um palato altamente curvado, fendas anti-mongolóides dos olhos, sobrancelhas grossas e curvadas, cabeça pequena, polegares largos e tortos e os dedos do pé grandes, a maioria também possui uma marca de nascença plana vermelha na testa. Normalmente os portadores são amáveis, carinhosas, sorridentes e inteligentes.

Marrecos (2014) relata que o portador da SRT além das características acima possui também baixo peso, dificuldade e infecções na respiração e na alimentação, podem persistir até os primeiros 15 meses, estenose do ducto lacrimal, glaucoma, obstipação, criptorquidia e cardiopatias congênitas nomeadamente persistência do canal arterial, comunicação interauricular e interventricular.

As várias alterações faciais fazem com que alguns pacientes mostrem manifestações ligadas à área otorrinolaringológica, como obstrução nasal, infecções de repetição das vias aéreas superiores, otites, sinusites, amigdalites, inclusive com incidência de perdas auditivas de graus variados (MATOS, 2005).

As manifestações fonoaudiológicas que mais se destacam são as dificuldades na aquisição da linguagem oral e as alterações nos tônus da musculatura perioral, que já podem ser percebidas durante a tentativa de amamentação, como dificuldade de sucção e deglutição (MATOS, 2005).

No mundo inteiro já foram relatados 700 portadores de SRT e no Brasil são identificados 150 portadores, até março de 2018. Estes dados são da Associação Rubinstein-Taybi Syndrome (ARTS), situada na cidade de São Paulo e fundada por pais de portadores da doença, que há 18 anos se dedicam a desenvolver um trabalho pioneiro

As crianças portadoras SRT têm as suas limitações porém são ativas e brincalhonas. Os primeiros quatro anos de vida são os mais complicados para a criança, porque elas requerem uma atenção maior com a saúde, são acompanhadas por especialistas tais como neuropediatras, fisioterapeutas, oftalmologistas e fonoaudiólogos

O diagnóstico é raramente feito no período neonatal pela dificuldade de observação das anormalidades típicas nos exames de ultrassom, e o diagnóstico correto ocorre a partir dos 15 meses de idade. Até os dois anos as crianças com a síndrome engasgam com muita facilidade com líquidos, tem vômitos constantes, ficam resfriadas frequentemente e tem paradas repentinas e temporárias da respiração durante o sono.

Os pacientes apresentam uma boa expectativa de vida, sendo frequentes as infecções respiratórias e as complicações decorrentes das malformações cardíacas na infância são as principais causas de morbidade e mortalidade nesta síndrome.

A Enfermagem possui um papel fundamental como educador e orientador dos cuidadores e familiares que não tem conhecimento suficiente sobre a síndrome e não sabem como agir, a família acha que tem culpa por alguma coisa e não tem nenhum conhecimento não sabem como agir ficam vulnerável tanto fisicamente, quanto psicologicamente com receio.

Então os enfermeiros devem estar aptos para desenvolver atitudes efetivas e importantes para poder ajudar os pais para poder cuidar, prevenir para os danos maiores a esta família com auxílio e orientação profissional no que diz respeito a problemas de alimentação, pois se

engasgam com muita facilidade, refluxos e vômitos, cuidados no repouso, treinamentos respiratórios podendo prevenir as infecções respiratórias. Os portadores da SRT e sua família, mantêm um apoio para a melhora da qualidade de vida e contribui com os profissionais de fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, neuropediatras, oftalmologistas.

O enfermeiro possui um grande poder de criatividade no cuidar tanto do portador da síndrome como da equipe e da família utilizando as estratégias que ajudem o bem-estar e felicidade e poder promover saúde para estas pessoas adoráveis a ter uma vida digna, e ser tratadas como igualdade na sociedade.

2.JUSTIFICATIVA

A escolha sobre este tema partiu do interesse em estudar a Síndrome de Rubinstein-Taybe, que é apaixonante e desconhecida para muitos da equipe de enfermagem. Este estudo trará um suporte para compreensão dos fatores de risco dos portadores da síndrome, podendo proporcionar uma boa qualidade de vida.

É necessário e primordial que o enfermeiro saiba sobre a SRT para poder saber a dar as orientações que os pais necessitam trazendo o conforto físico, psicológico para dar a orientação que a família precisa, no cuidado.

3.OBJETIVO

Propor a atualização do conhecimento científico ao enfermeiro, o proporcionando a oportunidade de aprendizado na abordagem e orientação correta aos familiares em pacientes portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybe.

Orientar os familiares para que seja dada uma qualidade de vida melhor aos portadores da SRT, identificar um plano de cuidado através de ações realizado por enfermeiros.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

Metodologia é o método aplicado para a produção e conhecimento de um trabalho, tem como objetivo descrever o tipo de pesquisa ou uma descrição minuciosa e rigorosa do objeto de estudo e das técnicas utilizadas nas atividades de pesquisas (PAGNEZ, 2007)

O estudo consiste em um trabalho descritivo qualitativo de revisão bibliográfica, desenvolvida no período de fevereiro a junho 2017 e foi realizada através dos sistemas eletrônicos GOOGLE ACADEMICO, SCIELO (scintific eletroniclibray onlaine, books

google), USP (Universidade São Paulo), UnB (Universidade de Brasília), ARTS (associação Rubinstein-Taybi) jornais (ARTS) e livros científicos.

Godoy (1995) relata que a pesquisa qualitativa aponta a existência de pelo menos três diferentes possibilidades oferecidas da abordagem tais como a pesquisa documental, a etnografia e o estudo de caso.

Foram utilizados artigos científicos e trabalhos dos últimos trinta anos, com ênfase em 1987 a 2017, período este que foi estabelecido decorrente da deficiência temática da atualidade, selecionados apenas os artigos com objetivos do tema, os quais foram selecionados seus pontos importantes, referente a síndrome, selecionados apenas os artigos com objetivos do tema, os quais foram selecionados por seus pontos importantes, com os descritores: Síndrome de Rubinstein-Taybi

Os critérios estabelecidos para inclusão foram artigos científicos no idioma português, dentro do período limitado de 1987 a 2017, foram encontrados 38.100 artigos relacionados ao tema, excluindo 38.073 que tratavam de outros assuntos e de línguas estrangeiras, apenas 27 artigos tinham a ver com a síndrome, porém foram descartados 19 aonde constavam duplicidade, foram utilizados 8 artigos neste trabalho, 9 jornais da associação ARTS do Brasil.

5. DESENVOLVIMENTO

A síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) foi descrita primeiramente em um relatório de caso em 1957, mas foi só em 1963 que dois médicos Jack H. Rubinstein & Hooshang Taybi descreveram o quadro de sete crianças com polegares e hálux largos e grandes, anormalidades faciais, e retardo mental. Desde então a síndrome ficou prontamente identificável e foram informados centenas de casos no mundo todo.

Alguns estudos já comprovam a origem genética da Síndrome de Rubinstein-Taybi. Um pedaço da informação hereditária (do cromossomo 16) pode ter sido apagado ou ter mudado de lugar resultando nas características da síndrome.

As características típicas da síndrome incluem estatura baixa, nariz bicudo orelha ligeiramente malformado, um palato altamente curvado, fendas antimongolóides dos olhos, sobrelhas grossas ou altamente curvadas, cabeça pequena, polegares largos e arredondados e os dedos do pé grandes os olhos inclinados para baixo com fendas antimongolóides. Comportamento estereotipado: batem palmas ou balançam o corpo quando nervosas ou ansiosas.

Outras características típicas incluem uma marca de nascença plana vermelha na testa, articulações hiperextensíveis, pelve inclinada e pequena, e excesso de cabelos. Meninos com SRT normalmente apresentam testículos que não descem (criptorquidia).

O retardo mental está associado à SRT. A extensão de retardo mental varia em cada indivíduo: muitos podem estar moderadamente afetados, alguns mais e outros com intensidade maior. Cada criança deveria ser avaliada por uma base individual.

Os problemas médicos envolvidos com síndrome são problemas típicos depois de nascimento incluem dificuldades na alimentação, infecções respiratórias, infecções de ouvido, infecções de olho e anormalidades como obstrução de tubo lacrimal, excesso de mucosa, e às vezes diarreia, ao invés da constipação crônica mais comumente encontrada. Problemas oculares, anomalias cardíacas, anormalidades vertebrais, refluxo gastroesofágico e vômitos, anormalidades de rim, problemas ortopédicos são frequentemente encontrados em indivíduos com a síndrome. Os cirurgiões devem estar cientes dos possíveis problemas que alguns indivíduos com SRT podem apresentar sob efeito de anestesia, tais como taxas e batimentos cardíacos alterados, provocando arritmias. Crianças com a síndrome correm um risco alto de aspiração durante anestesia e o tubo endotraqueal deve ser inserido para anestesia geral. Também deve ser notado que há uma suscetibilidade a infecções de fungo nas unhas das mãos e dos pés (paroníquia) e, nas unhas encravadas. Há ainda uma tendência para formação de quelóide (aumento da cicatriz). Correção cirúrgica da angulação do hálux e polegar poderia ser benéfica.

O diagnóstico da SRT pode ser feito através de uma avaliação médica e física, radiografias dos polegares e dos hálux largos e grandes, e análise de cromossomo. E sua causa ainda é desconhecida. Foram demonstradas possíveis anormalidades de cromossomos citogenéticos em estudos atuais. Os casos normalmente são esporádicos e geralmente não são considerados hereditários. O risco de repetição para um casal ter uma segunda criança com a síndrome é aproximadamente 0.1%, mas um indivíduo com SRT tem uma chance alta de 50% para ter uma criança com síndrome. A síndrome ela não é detectada antes do nascimento, mas quando existir preocupação de repetições, é teoricamente possível que defeitos severos do polegar, hálux, coração, ou trato urinário seja vistos por um especialista altamente qualificado e experiente em ultrassonografia pré-natal. Algumas mães informaram que durante a gravidez tiveram pressão alta, excesso de líquido amniótico, edema, e aumento dos movimentos fetais.

A síndrome é encontrada uniformemente na população masculina e feminina, tida como rara, mas há um aumento no número de casos informados da mesma a cada ano, fazendo com que não seja tão rara quanto foi calculada primeiramente. A síndrome é calculada em aproximadamente 1 em 100000-300000 nascimentos, dependendo da população estudada. Por causa das variações encontradas em características físicas, problemas médicos, e habilidades mentais de um indivíduo com SRT para outros, alguns dos casos moderados não são diagnosticados. É muito comum que uma pessoa ligeiramente afetada, não apresente nenhum problema médico grave, características extremas, retardo mental moderado ou severo, tenha o diagnóstico feito apenas na adolescência. O diagnóstico pode ser ainda mais difícil quando o indivíduo não for da raça branca. Muitos dos artigos disponíveis dos anos sessenta, setenta e oitenta basearam-se em relatórios de casos institucionalizados de indivíduos com SRT e não em crianças que estavam sendo cuidadas em casa.

Cada criança com SRT irá se desenvolver na sua própria velocidade. Embora as crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi apresentem semelhanças na aparência, comportamento, problemas médicos e personalidade, os pais devem se lembrar de que a criança é um indivíduo que desenvolverá seu próprio potencial. Estimulação infantil e intervenção precoce são altamente recomendadas para a criança com síndrome. Uma ênfase especial deve ser dada em fonoaudiologia, utilizando uma abordagem de comunicação total e começando o mais cedo possível. Porque a fala é uma das áreas de desenvolvimento mais lenta para as crianças, e por causa de algumas crianças não desenvolverem habilidades verbais, a linguagem por sinais deve ser considerada inicialmente como uma forma de comunicação. Fisioterapia e terapia ocupacional podem ajudar a criança a alcançar marcos do desenvolvimento atingido pelas crianças ditas "normais".

Os Enfermeiros irão entrar com o auxílio para os pais que podem precisar de assistência para os problemas de alimentação, refluxo e vômitos, cuidado de repouso, treinamento respiratório, terapias de casa, ajuda financeira para despesas médicas, modificação de comportamento, e outras orientações requeridas por uma criança com necessidades especiais. É importante que as pessoas responsáveis pela criança com SRT conheçam seus problemas individuais de forma que se torne mais fácil para elas e também seja mais confortável para a criança.

Ao contrário do que alguns boletins médicos relatam que os indivíduos com a SRT são normalmente pessoas muito felizes, sociais. Eles têm um sorriso que tem sido descrito em

relatórios como fazendo careta, mas na realidade o sorriso irradia o amor e a aceitação que estas crianças têm por todos ao seu redor. Elas amam tocar qualquer coisa e gostam de manipular instrumentos e eletrônicos. Amam livros, água, pessoas e são muito sensíveis a qualquer forma de música. A média da criança com a SRT aprenderá a sentar e a engatinhar entre 1-2 anos e aprenderá andar entre 2-4 anos. Ela entende o que lhe é dito, mas pode ficar frustrada facilmente por não ser capaz de expressar aos outros as necessidades e desejos. Ela necessita de assistência e treinamento em habilidades individuais, como se alimentar, se vestir, ir ao banheiro, etc. Educação especial será necessária para a maioria dos indivíduos com a síndrome e com os seus avanços e realizações que recompensam todo o trabalho árduo. Eles parecem se adaptar a um horário rotineiro e não gostam de atividades que envolvam grupos grandes e barulhentos.

No Brasil, foi fundada a Associação Brasileira dos Familiares e Amigos dos Portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybi – ARTS no dia 27 de março de 1999.

Até o momento, temos cento e cinquenta casos da síndrome de Rubinstein-Taybi. Nosso objetivo é prestar apoio, sob todas as formas ao portador da síndrome, na pesquisa, no desenvolvimento de novas metodologias para o tratamento e na procura de novos casos.

O conhecimento da história natural de uma doença ou síndrome é importante para programar um seguimento clínico global adequado, detectar e prevenir as complicações podermos proporcionar ao paciente e a seus familiares uma melhor qualidade de vida.

Caracteriza-se principalmente por polegares e hálux largos e grandes, anomalias faciais e retardo mental. Apresenta habilidades psicossociais de caráter amigável e alegre, porém, com déficits adaptativos.

Os distúrbios psiquiátricos de crianças e adolescentes envolvem, em grande parte, a combinação de sintomas e sinais relacionados à área emocional, da conduta, do desenvolvimento e do relacionamento. O impacto destes sintomas no paciente ou no ambiente possibilita o diagnóstico de um transtorno.

A sintomatologia e o impacto dos sintomas no paciente são considerados na classificação dos diagnósticos dos transtornos psiquiátricos em duas formas comumente utilizadas: a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais).

Este Cid está relevante o prejuízo social, na vida familiar, na escola e no aprendizado, nas amizades, jogos e no esporte; sofrimento para a criança ou adolescente e a ameaça para os outros.

Possuem transtornos de tique que são transtornos que apresentam alguma forma de tique, sendo frequentemente fenômenos isolados, muito embora estejam associados a fases de perturbação emocional reconhecível.

Principalmente na adolescência, é difícil distinguir o transtorno de uma perturbação emocional, ou uma perturbação emocional com tiques de uma exacerbação dos transtornos de tique.

Os tiques podem ser classificados como os motores simples, piscar olhos, sacudir os ombros e caretas faciais; os motores complexos, bater em si mesma, saltar e pular; os vocais simples que são os pigarros, fungadas, gestos e os vocais complexos que são as repetições de determinadas palavras, às vezes, obscenas.

Enurese não orgânica é o transtorno que se caracteriza pela eliminação involuntária ou intencional de urina, de dia e ou de noite, não compatível com a idade mental. Normalmente, este transtorno não se deve a uma falha do controle vesical pelos transtornos neurológicos, anormalidades do trato urinário ou ataques, se caracterizar por incontinência urinária superior a duas vezes por mês ou 10 episódios em 14 noites. O seu diagnóstico da enurese é feito a partir de 4 de idade mental ou 5 anos de idade cronológica, quando se espera que a criança já tenha atingido controle vesical completo há uma prevalência do sexo masculino; até os 5 anos a incidência noturna é de 5 a 7% para os meninos e 1 a 3% para as meninas, próximo dos 10 anos a incidência é praticamente igual em ambos os sexos

Transtorno de movimento estereotipado é caracteriza-se por movimentos repetitivos, estereotipados, voluntários e não funcionais que não estão associados a alterações psiquiátricas ou neurológicas. Podem apresentar-se como movimentos sem auto-agressão, como movimentos de balançar o corpo ou a cabeça, puxar os cabelos e torcê-los; chupar o dedo ou enfiá-lo no nariz não estão incluídos. Movimentos auto-agressivos podem estar presentes, como golpes na cabeça repetitivos, tapas no rosto ou morder as próprias mãos, lábios ou outras partes do corpo.

Os reflexos de sucção e vômito da criança pequena são fracos, e em combinação com dificuldades de coordenação na boca e na faringe, isso muitas vezes leva a dificuldades de alimentação, o que significa que a criança não ganha peso conforme o esperado. Também ocorre

que o mecanismo de válvula normal entre o estômago e o esôfago (parte superior do abdômen) não funciona normalmente e o conteúdo do estômago, portanto, escorre no esôfago (refluxo gastroesofágico). O refluxo faz com que as crianças muitas vezes vomitam, mas também podem causar dor e inflamação do esôfago. Alguns têm constipação grave, que por sua vez pode exacerbar o refluxo.

As afecções respiratórias e as infecções do trato respiratório ocorrem com frequência. Em particular, durante os primeiros anos de vida, as crianças podem ter infecções nos pulmões, porque podem facilmente baixar os alimentos na traqueia (aspiração). O trato respiratório superior do tecido combinado com queixo pequeno, baixa tensão muscular e obesidade (para alguns) também podem levar ao ronco com risco de parada respiratória repetida durante o sono (apneia do sono). Algumas crianças também podem ter distúrbios do sono.

Um terço das crianças tem alguma forma de insuficiência cardíaca congênita. Mais comumente, uma abertura na parede divisória entre as câmaras do coração (defeito do septo ventricular, VSD) ou uma articulação da artéria pulmonar aberta esquerda e a maior artéria pulmonar (persistência do ductus arterioso, PDA) que normalmente não estavam fechadas após o parto. Ocasionalmente, há uma abertura na parede divisória entre a fibrilação atrial (defeito de fibrilação atrial, ASD), o colapso da coarctatio aorta ou o deslocamento da válvula pulmonar que existe entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar (estenose pulmonar). Uma insuficiência cardíaca mais complicada e mais grave que pode ocorrer é que o coração esquerdo está subdesenvolvido (hipoplásico), mas é muito raro.

Metade de todos com síndrome apresentam malformações no trato urinário. É mais comum nos meninos com a síndrome do que nas meninas. Os meninos podem faltar no trato urinário ou ter malformações na uretra. Em alguns casos, a uretra abre na parte inferior do pênis (hypospadi). Os testículos geralmente não vagam pelo escroto (crypticism). Ausência de um rim ou um mau funcionamento do rim ocorre, bem como dobro do rim. O refluxo da urina da bexiga para os uretros (refluxo vesicoureteral) aumenta o risco de infecções do trato urinário.

A congestão nasal cervical e condições congestivas no crânio posterior podem afetar a respiração ou a deglutição devido à pressão no tronco encefálico.

Em parte, a medula espinhal é ligada à medula espinhal (medula espinhal). A maioria das pessoas não tem problemas com isso, mas crianças solteiras podem sentir sintomas quando crescem e a medula espinhal se estende. Pode aparecer como dor ou afeto nos músculos das pernas. A função da bexiga ou do intestino também pode ser afetada.

Anormalidades esqueléticas, como disfunção erétil, ruptura (skolios) e fezes (dores no peito), também ocorrem.

Os portadores com síndrome geralmente nascem normais em termos de comprimento, peso e sede, mas o crescimento está evoluindo rapidamente. A puberdade vem em tempo normal e o comprimento final para homens é de cerca de 163 cm e para mulheres em torno de 151 cm. Muitos com a síndrome desenvolvem obesidade. Nos meninos, isso acontece muitas vezes antes da puberdade.

O desenvolvimento está se tornando cada vez mais evidente nos primeiros anos que as crianças não crescem ou se desenvolvem normalmente. Motoricamente, as crianças estão muitas vezes atrasadas em seu desenvolvimento, eles têm uma pequena caminhada irregular e rígida e vão com as pernas abertas. Muitos têm articulações supersticiosas e ligamentos relaxados, que também afetam o desenvolvimento motor.

Todos com a síndrome apresentam um transtorno do desenvolvimento que geralmente é moderado a grave. O distúrbio do desenvolvimento também afeta o desenvolvimento da fala e da linguagem. Alguns têm características autistas que mostram que a interação social não funciona e as crianças gostam de se retirar dos outros. A hipersensibilidade aos sons é comum. A maioria também tem grandes dificuldades de concentração, resistência reduzida e hiperatividade. O comportamento impulsivo e as mudanças de humor são comuns, especialmente em adultos. Um comportamento obsessivo também pode ocorrer, e ocasionalmente pode ser associado com alimentos.

As mandíbulas são muitas vezes pequenas e não desenvolvidas e a cavidade é alta e estreita. Os dentes geralmente estão lotados e às vezes os dentes podem faltar ou em excesso. Os dentes individuais podem ter uma forma diferente no interior com protuberâncias (talon kusp), que às vezes afetam a mordida. Algumas crianças já têm dentes quando nascem.

Em mais de dois terços, os olhos são afetados por, por exemplo, movimentos oculares rápidos e involuntários (nistagmo), escalação, defeitos de fratura, pálpebras penduradas (ptos), fendas (colunas) ou dores rasgáveis estreitas. Ambos são starr verde (glaucoma) e starr cinzento (catarata) são descritos.

Algumas crianças sofrem de perda auditiva leve devido a infecções repetidas da orelha média.

O cabelo corporal aumentado anormalmente (hirsutismo) e a tendência para desenvolver cicatrizes elevadas e grossas (quelóides) são comuns. Também podem ocorrer bons tumores de pele.

A síndrome tem um risco ligeiramente aumentado de desenvolver diferentes tumores (como meningioma, um tumor cerebral em adultos) e leucemia (em crianças).

Existe também um risco aumentado de epilepsia, que pode ocorrer a qualquer momento durante o parto. E a vida útil pode ser encurtada, especialmente para aqueles com insuficiência cardíaca congênita e para pessoas com maior susceptibilidade a infecções.

O tratamento e apoio sendo que uma vez que não há cura para a própria síndrome, os esforços estão focados no alívio dos sintomas. Os diferentes sintomas podem ser tratados de forma diferente e podem ser feitos para suportar e compensar as deficiências.

As pessoas com síndrome de Rubinstein-Taybi correm um risco aumentado de complicações associadas à narcose. Antes da anestesia, um exame de câmera magnética do decote é sempre recomendado para revelar possíveis pressões sobre o cume. Uma pressão sobre a medula espinhal pode causar danos à intubação (quando um tubo é inserido na traquéia para uma via aérea livre durante a cirurgia). A intubação pode ser complicada de implementar porque a laringe facilmente colapsa. As pessoas com a síndrome podem, portanto, precisar ser intubadas mais cedo e ter deixado o tubo mais longo do que outros.

Muitas crianças com síndrome têm dificuldade em participar de cuidados dentários e escovação de dentes, tornando o cuidado odontológico preventivo mais importante. O treinamento cuidadoso para o tratamento dentário deve ser feito por um especialista em assistência à infância. Muitas vezes, o tratamento odontológico também é necessário.

As habilidades de uma criança com síndrome precisam de esforços de habilitação. Uma equipe de habilitação inclui categorias ocupacionais com conhecimentos especiais sobre deficiências e seus efeitos sobre a vida cotidiana, saúde e desenvolvimento. Os esforços estão no campo médico, educacional, psicológico, social e técnico. Consistem, entre outras coisas, na investigação, tratamento, teste de auxílios, informações sobre deficiência e suporte de chamadas. Também são fornecidas informações sobre apoio comunitário, bem como conselhos para adaptar a acomodação e outros ambientes nos quais a criança mora. Pais, irmãos e outros associados próximos também recebem apoio.

Os esforços são planejados com base nas necessidades que existem, variam ao longo do tempo e ocorrem em estreita colaboração com pessoas na rede da criança.

A capacidade de comunicação varia em crianças com a síndrome, mas muitos precisam de esforços iniciais para estimular o desenvolvimento e a comunicação da linguagem. A estimulação motora e o treinamento de movimento em várias formas são necessários para dar à criança a oportunidade de lidar com atividades diárias com base em suas condições.

O diagnóstico da síndrome de Rubinstein-Taybi (RSTS) é estabelecido por achados clínicos.

Aparência craniofacial; Fissuras palpebrais derrubadas; Cume nasal convexo com columela pendente baixa; Grande palato; Sorriso de careta; Cúspides de talon, uma estrutura semelhante à cúspide acessória no lado lingual do dente, geralmente ocorrendo nos incisivos maxilares da dentição permanente. Aparência facial típica no RSTS. Observe as sobrancelhas arqueadas, as fissuras palpebrais inclinadas para baixo, à mão baixa com columela e o sorriso carinhoso.

A. Falanges terminais amplas; B. Polegares largos, radialmente desviados; Alto, dedos duplamente duplicados, os polegares e os grandes dedos são quase sempre amplos e muitas vezes angulados e as falanges distais dos dedos podem parecer amplas.

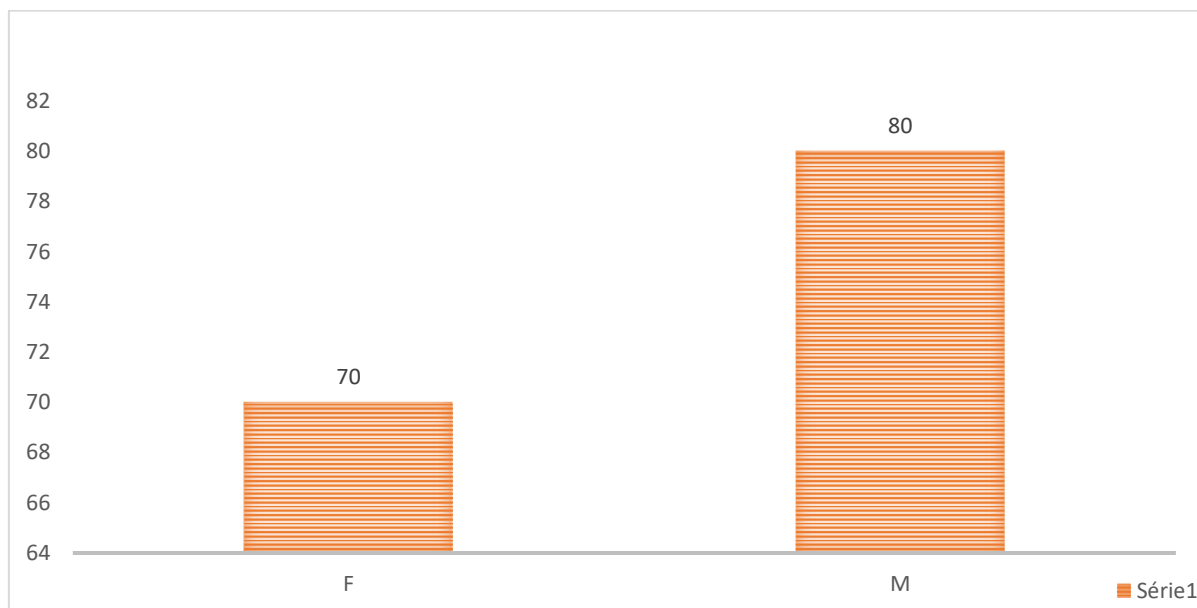
6. ESTATÍSTICAS

Foi feito uma pesquisa de campo juntamente com a ARTS, aonde no começo do nosso projeto tínhamos 143 portadores inscritos em Fevereiro de 2017 e agora em Março de 2018 já temos 150 portadores somente no Brasil inscrito na associação em São Paulo.

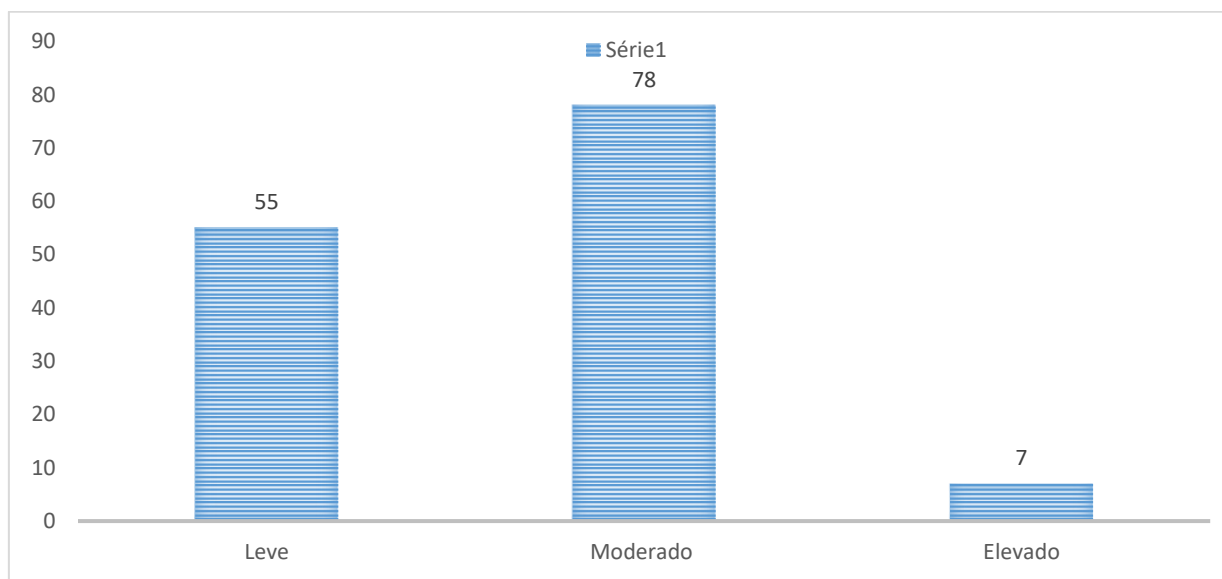
Podemos verificar que destes 150 portadores da Síndrome podemos separarmos por região, estados, idade, sexo e grau.

Na associação possui 80 portadores sexo masculino e 70 portadores do sexo feminino.

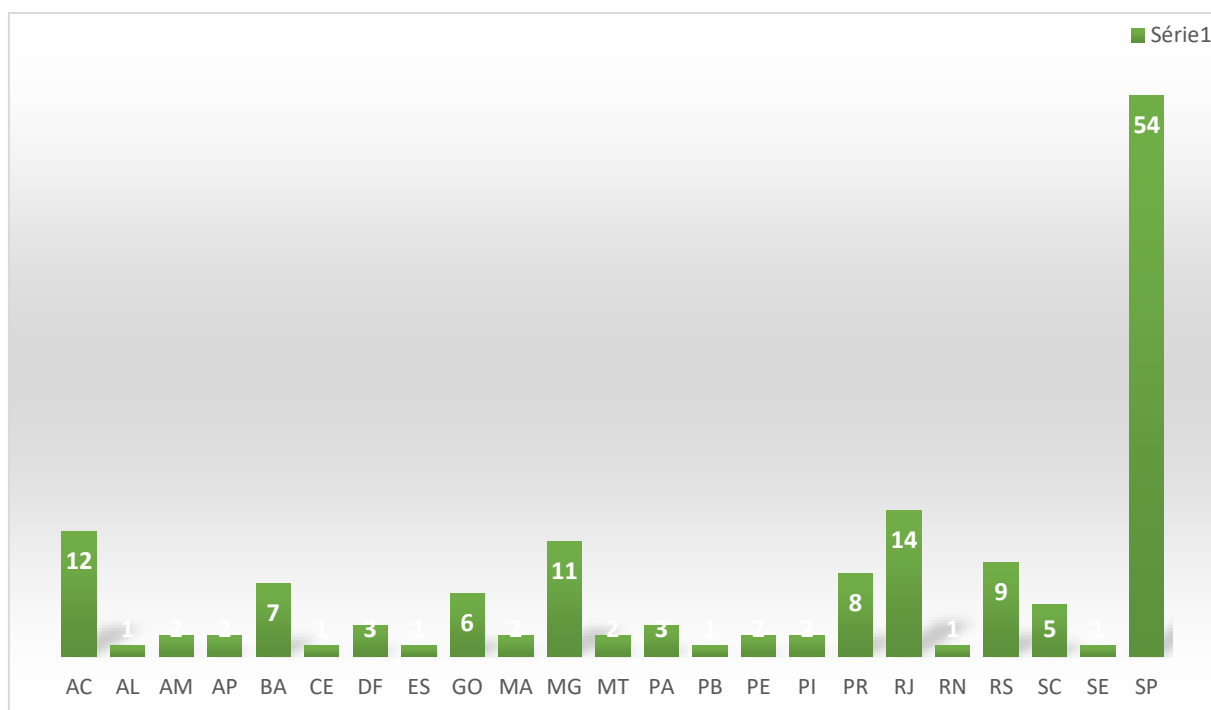
6.1 Gráfico de Incidências de Gêneros portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybi, números fornecidos pela Associação ARTS Fevereiro/2018



6.2 Gráfico de Incidências de Graus da doença dos portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybi, números fornecidos pela Associação ARTS em Fevereiro de 2018



6.3 Gráfico de Incidências dos portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybi, por Estados de São Paulo, os números foram fornecidos pela Associação ARTS em Fevereiro de 201



7. CONCLUSÃO

A Enfermagem possui um papel relevante e fundamental como educador e orientador dos cuidadores e familiares que não tem conhecimento suficiente sobre esta Síndrome.

Os enfermeiros devem estar aptos para desenvolver atitudes efetivas e importantes para poder auxiliar aos pais a prevenirem alguns dos danos causados por problemas de alimentação, pois os portadores desta Síndrome se engasgam com muita facilidade, constantes refluxos e vômitos, cuidados no repouso, treinamentos respiratórios como prevenção para as infecções respiratórias.

Este trabalho foi enriquecedor, contribuindo como forma de incentivo para que os profissionais da área da Saúde, especialmente os Enfermeiros possam se interessarem e se aprofundarem nos estudos sobre a Síndrome de Rubinstein-Taybi.

Através de levantamentos dos dados estatísticos poderão ser investigados vários outros critérios e questionamentos, sobre pacientes portadores da Síndrome de Rubinstein-Taybi contribuído assim para que haja uma melhoria contínua nos processos de cuidados e orientações

8. CRONOGRAMA

ATIVIDADES / MESES	fev/17	mar/17	abr/17	mai/17	jun/17	jul/17	ago/17	set/17	out/17	nov/17	dez/17	jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	jun/18
ESCOLHA DO ASSUNTO	X																
DELIMITAÇÕES DO TEMA		X															
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	X																
INTRODUÇÃO			X														
LEVANTAMENTO DE CAMPO		X						X					X				
SEMINÁRIO APRESENTAÇÃO DA INTRODUÇÃO				X													
JUSTIFICATIVA				X													
OBJETIVOS			X														
METODOLOGIA		X															
APRESENTAÇÃO POWER POINT			X														
APRESENTAÇÃO METODOLOGIA					X												
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS					X												
ENTREGA PROJETO					X												
DEFINIÇÃO DO ORIENTADOR					X												
CONFEÇÃO DO TCC							X	X	X	X			X	X	X	X	
CONCLUSÃO DO TCC																	X
DEFESA DO TCC																	X

REFERÊNCIAS

1 ARTS (Brasil) (Org.). Hora de mudar o foco: RUBINSTEIN TAYBI. **Associação Brasileira dos Familiares e Amigos de Portadores da Síndrome de Rubinstein Taybi**, São Paulo, p.01-04, 05 mar. 2003. Disponível em <http://www.artsbrasil.org.br/> acesso em 19/05/2017

2 GODOY, Arilda Schmidt. **INTRODUÇÃO À PESQUISA QUALITATIVA E SUAS POSSIBILIDADES**: Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, 1995. Revista de Administração de Empresas. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf> acesso em 24/05/2017

3 MARECOS, Clara; CUNHA, Manuel; CARREIRO, Helena. **SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI: NOVA MUTAÇÃO**. 2014. 25 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pediatria, Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca, Florianópolis, 2014. Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1525/1/S%C3%ADndrome%20de%20Rubinstein-Taybi.pdf> acesso em 18/05/2017

4 MATOS, Yara Guedes Machado de; PASSO, Eliane Costa; CARVALHO, Acácia Fernandes Lacerda de.; MOREIRA, Lília Maria Azevedo. **Análise de sinais fenotípicos no reconhecimento precoce da Síndrome de Rubinstein-Taybi**. 2005. 196 f. TCC (Graduação) - Curso de Genética, Professor do Colégio Estadual Raphael Serravalle. Salvador, Bahia, 2005. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4200/3073> acesso em 10/05/2017.

5 PAGNEZ, Karina Soledad Maldonado Molina. **Apostila de Metodologia do Trabalho Científico**. 2007. 54 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pedagogia, Usp, Sao Paulo, 2007 <http://www.pagnez.com/ApostilaMetodologiaCientifica/> acesso em 02/06/2017

6 PETEAN, Eucia B. L.; PINA NETO, João M. **INVESTIGAÇÕES EM ACONSELHAMENTO GENÉTICO: IMPACTO DA PRIMEIRA NOTÍCIA - A REAÇÃO DOS PAIS À DEFICIÊNCIA**. 1998. 288 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em <http://revistas.usp.br/rmrp/article/view/7675/0> acesso em 14/05/2017.

7 RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo, Atlas, 1996 Disponível em <https://www.estantevirtual.com.br/b/joao-alvaro-ruiz/metodologia-cientifica/2228529031> acesso em 20/05/2017.

ESTAVA À TOA NA VIDA E A MINHA MÃE ME CHAMOU PRÁ IR PRÁ ESCOLA ESTUDAR⁶¹

Thaís Araújo De Alencar⁶²

Resumo: Os momentos pelos quais passamos em nossa infância são inesquecíveis. Carregaremos no futuro aquilo que foi plantado no tanquinho de areia da escolinha que primeiro frequentamos. Mas, esse momento, nunca é fácil. Aquilo que se chama de "adaptação" é um momento em que saímos da casa que representou o nosso primeiro abrigo para encontrarmos um mundo novo, a sociedade. Na maioria das vezes, não estamos preparados para esse momento. Famílias de melhor poder aquisitivo podem atrasar essa passagem, mas para as famílias mais carentes, a urgência do trabalho faz com que as creches sejam, muitas vezes, depositárias das esperanças e sonhos infantis. É necessário uma análise desta etapa da Educação Básica e a importância do lúdico nas instituições de Educação Infantil. Para Freud (1976), o brincar e a fantasia são fundamentais para a criança compreender e lidar com complexas dificuldades psicológicas, já para Vygotsky (2010), é por intermédio da brincadeira que a criança irá desenvolver capacidades cognitivas. Por isso, a relevância de se discutir a importância do lúdico e da fantasia em creches e pré-escolas.

Palavras-chave: Criança. Desenvolvimento. Educação. Brincadeira. Imaginário Infantil.

INTRODUÇÃO

Buarque pensava em Educação quando fez suas letras? Poderíamos responder que sim e não. Sim, porque a arte é sempre um instrumento educacional, provocador, lembrando que provocar vem do latim e significa ir além do lugar em que se está. As letras do músico nos convidam a esse movimento, nos convidam a uma inquietude. Não, porque a Educação não era uma prioridade em sua criação. Ao lermos sua biografia "Para Seguir Minha Jornada", de Regina Zappa (2011), verificamos que ele pensava no amor, nas crônicas, na política, mas não necessariamente em educação. Cabe aqui a nossa provocação, o ir além.

Freire (1988, p. 11) afirmou que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra” e, nesse sentido, interpretaremos essas letras com o espírito de educadoras que pretendemos ser, lançando nosso olhar a partir das angústias que nos atravessam nesse caminhar contínuo e nem sempre seguro que são os caminhos da Educação. A fundamentação teórica do curso de Pedagogia nos leva a ter uma leitura de mundo crítica e nos dá um olhar diferenciado à “leitura da palavra”. Ainda como o autor coloca (2007, p. 29):

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. *Esses quefazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando,

⁶¹ Artigo apresentado no CONIC/SEMESP – 17º Congresso Nacional de Iniciação Científica.

⁶² Aluna de Pedagogia do Centro Universitário de São Paulo.

reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”

Essa é Banda que pegamos carona ao passar em frente à nossa janela, quando brincávamos alegremente, sem compromisso, sem lenço nem documento e fomos interrompidos em nossa viagem infantil pelas imposições dos nossos responsáveis que disseram a sentença: "É hora de ir para a escola!".

OBJETIVOS

Este trabalho tem, por objetivo geral, relacionar as músicas de Chico Buarque de Holanda com o desenvolvimento da criança na Educação Infantil. Desta forma, são objetivos específicos do trabalho:

- Analisar algumas composições de Buarque;
- Interpretar as letras, tendo como base a Educação;
- Refletir sobre as letras do compositor, por meio de fundamentações teóricas, que abordam sobre a educação e desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

Em um primeiro momento, pesquisamos e analisamos da discografia de Buarque, tendo por base a Educação, e, após, nos munimos de arcabouço teórico para realização da pesquisa qualitativa, tendo como referencial autores como Freud (1976), Vygotsky (2010), Freire (1988, 2007, 2014) e Kishimoto (2010, 2012).

DESENVOLVIMENTO I – AGORA EU ERA O HERÓI E O MEU CAVALO SÓ FALAVA INGLÊS

Os primeiros anos de vida são fundamentais na vida de um indivíduo, no que diz respeito ao desenvolvimento de suas capacidades, sejam estas emocionais ou cognitivas.

Dolto (2013) nos fala, em seus vários textos, sobre a importância de uma infância saudável. De como nascemos para a liberdade, mas somos instrumentalizados para nos tornarmos seres submissos ao sistema. Um dos instrumentos mais eficazes para essa transformação é a escola, que exercerá seu papel de "domesticadora" de corações, mentes e almas. Os professores, dificilmente entram em contato com o histórico de vida da criança, apenas quando elas são "problema" isso acontece. Esse "conhecer" também não é nada fácil, os

pais nunca revelam o que deve ser dito, o mesmo vale para as crianças. O professor tem, então, que usar a sua escuta para entender a linguagem simbólica que a criança emite.

Nesse momento, ela quer viver como o "João e Maria" da letra de Buarque (1990), onde as coisas acontecem num quintal, onde tudo é possível, todos os sonhos, todas as fantasias. Esse "quintal" é cada vez mais restrito. Casas pequenas, ruas perigosas, escolas sem estrutura. Aonde a criança pode encontrar seu espaço para vivenciar seu "heroísmo" e obrigar a todos a serem felizes.

Mas, como diz a letra, "para lá deste quintal, era uma noite que não tem mais fim", essa noite são as ameaças que povoam a imaginação da criança. Ameaças concretas de violência em casa, na rua ou até mesmo no "quintalzinho" quando o olhar do adulto não está vigilante sem ser indiscreto.

Esse é o local lúdico, das primeiras brincadeiras sexuais. Sim, na escola as crianças aprendem mais intensamente sobre sua sexualidade e os professores devem estar preparados para isso. Uma criança que se masturbe em sala, por exemplo, não deve ser vista como uma anomalia. A professora deverá, ao invés de censurá-lo, integrá-lo a uma atividade e não chamar a atenção para o ato em si.

João e Maria estão se conhecendo. E porque não dizer que João e João, Maria e Maria também estão. Os tempos estão mudando e as crianças estão podendo vivenciar sua sexualidade com mais tranquilidade, dentro de sua faixa etária. Quando falamos em sexualidade infantil, é lógico que não nos referimos à mesma sexualidade dos adultos, mas é sempre uma sexualidade que pulsa e impulsiona para a vida. Uma criança que não seja reprimida se sentirá mais encorajada a enfrentar os desafios que se apresentam no cotidiano escolar.

A professora não pode se entregar apenas a práticas burocráticas, não pode ser aquela que espera as crianças em sua casa feita de doces para depois comê-los. Ela deve orientar para a vida em toda a sua plenitude e, assim, prepará-las para uma vida autônoma, como quer Freire (2007). Deve contribuir na preparação da criança para que ela possa ir “além desse quintal”, onde “era uma noite que não tem mais fim”.

– Quem é você, diga logo que eu quero saber

Ao chegar à escola tudo é novo, tanto para as crianças como para os professores. Sim, cada sala é uma sala, com seus alunos singulares. Ninguém é igual a ninguém. Cada um é um.

Os professores devem procurar saber quem são os seus alunos, conhecer como vivem, onde moram. Só assim poderão identificar as necessidades específicas de cada criança.

A criança, ao chegar à escola, se sente um pouco como numa “noite dos mascarados”. Pergunta-se: “Quem são essas crianças?”, “o que é uma professora?”. Tudo é desafiador e ela precisará se sentir fortalecida para enfrentar os desafios que se apresentam.

O olhar para a criança precisa ser diferenciado e reconhecer o que a criança já possui como conhecimento, conhecer sua cultura será o ponto de partida para a ação pedagógica. Sabemos que esta não é uma tarefa nada fácil, principalmente quando se trabalha com crianças que ainda não se comunicam verbalmente.

A observação, entra como uma estratégia para a identificação do que a criança já traz como bagagem de conhecimento. De acordo com o Referencial Curricular para a Educação Infantil – Vol. 1 (1998, p.33):

“A observação acurada das crianças é um instrumento essencial nesse processo. Os gestos, movimentos corporais, sons produzidos, expressões faciais, as brincadeiras e toda forma de expressão, representação e comunicação devem ser consideradas como fonte de conhecimento para o professor sobre o que a criança já sabe.”

Crianças não são seres angelicais. Trazem para a escola suas contradições e os problemas que vivenciaram em sua tenra idade. Podem ser más ou boas, como qualquer ser humano. A escola será um instrumento para desenvolver, além da socialização, o conceito de cidadania em cada uma.

Mas a crueldade também estará presente. As “máscaras” vão proteger aqueles que puxarão o cabelo das meninas, que passarão a mão no bumbum do coleguinha. O bullying está correndo solto e a professora será aquela pessoa que a vítima espera que venha socorrê-la. Se a professora se omitir, a criança passará por maus momentos e terá seu desempenho escolar prejudicado. Não raro, poderá abandonar a escola.

A pulsão sexual, esse conceito criado por Freud, nos ajuda a entender essa fase. É o momento do vínculo entre corpo e mente, entre o psíquico e o somático, aquilo que nos move pelo afeto, pela paixão. Buscamos a satisfação de nossos desejos. E qual é o desejo da criança? Correr, brincar ou sentar-se em um banco, comportadamente esperando as determinações da professora. Até mesmo para ir ao banheiro terá que pedir autorização. Não parece surreal? As

necessidades fisiológicas passam por uma “autorização” superior. A criança pode até fazer xixi nas calças, e isso, efetivamente, acontece quando a professora se sente dona única do espaço da sala de aula e não compartilha seu afeto e o espírito democrático. É uma educação autoritária, vigilante como Foucault bem definiu (1999, p. 33-34):

“Não se deveria dizer que a alma é uma ilusão, ou um efeito ideológico, mas afirmar que ela existe, que tem uma realidade, que é produzida permanentemente, em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre os que são punidos – de uma maneira mais geral sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência.”

Esses espaços fechados, vigiados, é o contraponto da liberdade e da autonomia. É uma preparação para a vida “produtiva”, a vida do “mercado”. A criança tentará fugir dessas amarras, dançar no baile dos mascarados, tentando tirá-las e vivendo em plena liberdade.

- No sinal fechado ele vende chiclete

A música “Pivete” de Buarque (1978) nos leva a refletir como funciona o imaginário de uma criança brasileira que trabalha e lida com as dificuldades da vida criando um mundo imaginário, no qual ela pode ser o que quiser.

“No sinal fechado ele vende chiclete

Capricha na flanela e se chama Pelé

Pinta na janela, batalha algum trocado”

Pode ser, como colocado na música, o herói do povo brasileiro: Pelé, Mané, Emersão.

Quando observamos uma criança brincando de faz-de-conta ficamos fascinados pelas representações que ela desenvolve: jogador de futebol, herói, papai, mamãe etc.

O brincar e a fantasia são fundamentais para a criança compreender e lidar com complexas dificuldades psicológicas, como nos traz Freud apud KISHIMOTO (2010, p. 57):

"Cada criança em suas brincadeiras comporta-se como um poeta, enquanto cria seu mundo próprio ou, dizendo melhor, enquanto transpõe os elementos formadores de seu mundo para uma nova ordem, mais agradável e conveniente para ela."

A fantasia existe como uma forma de superar a realidade, e representar diferentes papéis traz à criança poder para ter o controle que não possuem na realidade. O poder que a criança não possui para superar os vilões da vida real, no jogo de faz-de-conta, vem à tona.

Freud apud KISHIMOTO (2010) observou que, por exemplo, crianças que vivem em ambientes perigosos tendem a repetir suas experiências de perigo durante a brincadeiras. Não raramente vimos, em brincadeiras de crianças que residem em comunidades, representações de

conflito entre polícia e bandido. A fantasia leva a criança a assumir um papel ativo em situações que foram traumáticas, deixando-a melhor preparada para assumir a passividade novamente, quando for necessário.

Segundo Kishimoto (2010, p.50), nas instituições de educação infantil:

“É preciso resgatar o trabalho com a imaginação material, que alimenta e dá vida à imaginação formal, que é uma abstração da realidade. A imaginação material recupera o mundo como provocação concreta e como resistência a solicitar a intervenção ativa e modificadora do homem: do homem demiurgo, artesão, criador e obreiro - tanto na ciência como na arte.”

Hoje a realidade escolar está congelada a um sistema que não viabiliza a estética necessária para que se formem cidadãos plenos, em suas capacidades de pensar, criar, imaginar e jogar com a realidade

A brincadeira de faz-de-conta por vezes incomoda os adultos e, principalmente, os educadores, pois julgam que poderiam utilizar este tempo de forma mais objetiva. Pesquisadores como Freud (1976), mostram a importância do jogo simbólico para a promoção do desenvolvimento cognitivo e socioafetivo da criança, uma vez que proporciona a esta, um momento em que ela exercita sua imaginação, levando-a superar suas angústias e preocupações reais. É a forma como ela representa a si mesma a sua própria história, organizando, assim, sua relação com a realidade.

– Todo dia ela faz tudo sempre igual

Décadas passaram e a escola continua a mesma. Dizem que está em mudança, mas é sempre a mesma coisa, alguns professores usam seus “cadernos” desde o tempo que ingressaram no magistério, alguns estão para aposentarem e continuam fazendo tudo igual; e onde fica a individualidade de cada criança, sua bagagem de vida?

A sociedade se transforma constantemente, mas o que ainda vemos é uma realidade escolar “congelada”. Tudo igual. Tal como as atividades diárias daquela mulher que Buarque retrata na letra “Cotidiano” (1971). Para modificar este cenário, segundo KISHIMOTO (2010, p.50):

"Um dos caminhos para fazer frente à realidade congelada e opressiva de muitas escolas e trazer vida à tona é a busca de uma educação político-estética, que tenha como cerne a visão do homem como ser simbólico, que se constrói coletivamente e cuja capacidade de pensar está ligada à capacidade de sonhar, imaginar, jogar com a realidade.”

O brincar, o sonhar e a imaginação é muito mais complexo do que se imagina, e Vigotsky (2010) nos traz uma abordagem diferente daquela de Freud apud KISHIMOTO (2010): a brincadeira sendo uma situação imaginária e como um meio da criança desenvolver processos psicológicos complexos.

Para entender como o desenvolvimento da criança ocorre por intermédio da brincadeira, é necessário levar em consideração as necessidades da criança que variam em cada idade, ou seja, um brinquedo que pode atrair um bebê, não desperta o interesse em uma criança mais velha, e isto se dá por conta da maturação das necessidades em cada fase de desenvolvimento da criança.

Vygostsky (2010) dá importância maior à ação e à simbologia na brincadeira. Para o autor, é impossível que uma criança se envolva em uma situação imaginária antes dos três anos de idade, uma vez que durante a brincadeira, a criança não consegue passar continuamente do concreto para o abstrato. Só no brincar ela vai passar a perceber o objeto da maneira como gostaria que fosse, e não como ele é realmente. Isso é o que se pode perceber em brincadeiras nas quais as crianças atribuem um significado a um objeto (diferente do que ele é realmente) como, por exemplo, uma criança que utiliza uma vassoura para cavalgar (simulando um cavalo). Neste movimento a criança passa a dar mais importância ao significado do que à realidade.

O brinquedo, é extremamente importante para o desenvolvimento infantil, uma nova relação entre situações simbólicas e reais. Para o autor (2010, p. 117):

"No brinquedo, espontaneamente, a criança usa sua capacidade de separar significado do objeto sem saber o que está fazendo, da mesma forma que ela não sabe estar falando em prosa e, no entanto, fala, sem prestar atenção às palavras. Dessa forma, através do brinquedo, a criança atinge uma definição funcional de conceitos ou de objetos, e as palavras passam a se tornar parte de algo concreto."

Os estudos do autor nos leva a pensar criticamente sobre a Educação Infantil "congelada": o professor ainda tem resistência em reconhecer o lúdico como uma forma efetiva de desenvolver capacidades em seus alunos, e a forma de conceber o aluno, não reconhecendo-o em suas subjetividades e singularidades contribuindo para a manutenção de um modelo de escola há muito ultrapassado.

V- Mas para meu desencanto, o que era doce acabou.

Desencanto. É isto que a criança sente ao sair da educação infantil e ingressar no primeiro ano, o que era doce acabou. Senta menino! Olha pra frente! Não fala! Não tem parque! Não, não pode trazer brinquedo!

Ao ingressar no ensino fundamental, a criança é engessada em um modelo de educação já há muito ultrapassado. É necessário fazer a transição de maneira menos traumática, os jogos infantis ajudam a despertar o imaginário e não devem ser simplesmente banidos do ensino fundamental, mas estimulados. De acordo com Freire (2014, p.79):

"Falar da realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem-comportado, quando não falar ou dissertar sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos, vem sendo, realmente, a suprema inquietação desta educação. A sua irrefreada ânsia. Nela, o educador aparece

como seu indiscutível agente, como seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é "encher" os educandos dos conteúdos da sua narração."

Por muito tempo o professor foi visto como o detentor do conhecimento, porém, estudos recentes nos trazem uma nova concepção de criança: a criança como um ser que já possui conhecimentos prévios, como um sujeito histórico e que é ativo no seu processo de construção do conhecimento.

O professor é então, neste contexto, um mediador no processo dessa construção. Ele é quem irá identificar os conhecimentos prévios de seus alunos e relacioná-los com novos conteúdos, promovendo, assim, o desenvolvimento do aluno.

A educação não pode ser mais a mesma, um "Cotidiano", como nos traz a letra de Buarque (1971). É necessário acompanhar as mudanças para sair da realidade congelada em que se encontram muitas instituições escolares.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de cunho qualitativo, apoiada em referenciais teóricos, trouxe para a discussão como é tratado o lúdico e a fantasia no universo infantil.

A maioria dos problemas na Educação são atribuídos ao professor, que parece ouvir em uníssono "*Joga pedra na Geni! Ela é feita pra apanhar*". Ele fica perdido entre a violência na sala de aula, o cansaço físico e mental, a burocracia dos diários, planos de aula, avaliações, a pressão da coordenação e direção, sem falar dos pais de alunos e o descaso governamental, com os baixos salários.

O que faz o professor? Leva trabalho para casa e tenta fazer o seu melhor em benefício da criança que não tem culpa do seu infortúnio, mesmo sendo desvalorizado e recebendo todas as "pedras" dirigidas a ele, vai tentando fazer o seu trabalho sentindo- se "*caminhando contra o vento, sem lenço nem documento, nada nos bolsos*", só com giz na mão.

Chico não pensou em Educação quando fez suas letras, porém a arte, sendo de interpretação subjetiva, nos leva a pensar e refletir sobre o tema.

O lúdico e a fantasia ainda é um "tabu" quando se pensa em diferentes métodos de educar, porém diante de tantos estudos e pesquisas que nos trazem uma nova forma de pensar a Educação, e o lúdico se mostrando como uma forma eficaz quando integrada a esta, nos leva a concluir que a Educação não pode mais ser a mesma. Um "Cotidiano", como nos traz a letra de Buarque.

Freud (1976), Vygotsky (2010), Freire (1988, 2007, 2014) e Kishimoto (2010, 2012), ressaltam a importância de uma educação que leve em consideração as subjetividades dos educandos, em seus aspectos físicos, emocionais e psicológicos; uma educação que forme cidadãos plenos, contemplando todas as suas necessidades. O que foi pesquisado até aqui não se encerra, novas pesquisas poderão ser ampliadas sob novas perspectivas.

REFERÊNCIAS

ZAPPA, Regina. *Para seguir minha jornada* – Chico Buarque. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

BUARQUE, Chico. "Cotidiano". Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/chicobuarque/cotidiano.html>. Acesso em 16 jul. 2017.

BUARQUE, Chico. "Pivete". Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/chico-buarque/pivete.html>. Acesso: 18 jul. 2017.

BUARQUE, Chico. Discografia. Disponível em: <<https://m.vagalume.com.br/chico-buarque/discografia>>. Acesso em 29 ago. 2017.

DOLTO, Françoise. *Seminário de Psicanálise de Crianças*. 1.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

FREUD, S. Escritores criativos e devaneios. In: Obras psicológicas completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

BETTELHEIM, Bruno. *A psicanálise dos contos de fadas*. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. *Jogo, brinquedo, brincadeira e educação*. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. *Jogos Infantis – O jogo, a criança e a educação*. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 22. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. *Referencial Curricular para a Educação Infantil* (Vol 1), 1998.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 1. ed. Petrópolis