

**MULTIDISCIPLINARIDADE
EM SAÚDE:
A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO**

VOLUME VI

Frederico Celestino Barbosa

Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração

6ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

6ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238M Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração
/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

201 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl819

ISBN: 978-65-5367-417-2

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. competência 2. complemento 3. técnicas 4. conhecimentos I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl819>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2023

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	6
O EFEITO DO MEDICAMENTO ZICLAGUE ASSOCIADO A CINESIOTERAPIA EM INDIVÍDUOS COM ESPASTICIDADE	
Manuelle de Sousa e Souza	
DOI 10.37423/231008274	
CAPÍTULO 2	8
ATUAÇÃO CLÍNICA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO: MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO.	
Gabriel Rodrigues dos Santos	
Ivone Oliveira da Silva	
Raphael da Silva Affonso	
Larissa Leite Barboza	
Leandro Pedrosa Cedro	
Ilan Iginio da Silva	
Jéssica dos Santos Folha	
Alexandre Pereira dos Santos	
Vinícios Silveira Mendes	
Gregório Otto Bento de Oliveira	
DOI 10.37423/231008293	
CAPÍTULO 3	20
MÃES QUE VIVENCIAM A ENTREGA DA ADOÇÃO	
Bruna Luiza Garcia de OLiveira	
Caroline Victoria Nalin	
Francielli do Carmo Reis	
Valeska Barbosa Pasquini de Oliveira	
DOI 10.37423/231008322	
CAPÍTULO 4	33
LEITURAS DE NARRATIVAS SOBRE A PRÁTICA CORPORAL NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DO DOMÍNIO PRESENCIAL À GERAÇÃO DIGITAL	
Ana Paula de Alcantara Assis	
DOI 10.37423/231008325	
CAPÍTULO 5	43
PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS: CORRELAÇÃO ENTRE VALORES OBTIDOS E PREDITOS DE MULHERES RESIDENTES NA COMUNIDADE DE SANTA CRUZ – RIO GRANDE DO NORTE	
Ingrid Guerra Azevedo	
Diana Amélia de Freitas Medeiros	
Erotides Tereza de Oliveira Damasceno Lucas	
Francisco Assis Vieira Lima Júnior	
DOI 10.37423/231008326	

CAPÍTULO 6	52
EFEITOS DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO MÚSCULO DIAFRAGMA NA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, MOBILIDADE DIAFRAGMÁTICA E FUNÇÃO PULMONAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
JÉSSICA KAMYLLA NASCIMENTO OLIVEIRA RAFAELA DE MELO CONSTANTINO INGRID GUERRA AZEVEDO DIANA AMÉLIA DE FREITAS MEDEIROS DOI 10.37423/231008327	
CAPÍTULO 7	65
ATIVIDADES DE ARTE EM TERAPIA APLICADAS AO PÚBLICO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Júlia Gabriely Guedes de Souza Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres Janaina Meirelles Sousa DOI 10.37423/231008331	
CAPÍTULO 8	88
A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E MULTIDISCIPLINAR NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO PARÁPAZ MULHER	
Laura Alcina Baia de Oliveira Sara Elizabeth Melo Tabaranã DOI 10.37423/231008332	
CAPÍTULO 9	136
O PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FORMAS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA COM PACIENTES ADMITIDOS NO SETOR	
Damaris da Silva de Mendonça Zanetti Gabriela Zumerli Petri Giovanna Martinatti Thielly Santana Freire da Silva Francielle Cabral Leão Machado DOI 10.37423/231008335	
CAPÍTULO 10	153
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CAPACITAÇÃO PARA LEIGOS EM ASSOCIAÇÃO ESPORTIVA	
Iara Alves Coelho Sganzella Ieda Francischetti DOI 10.37423/231008336	

CAPÍTULO 11	167
IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DE ORIGEM MUSCULAR EM MULHERES DE 20-40 ANOS Daniele Sousa de Oliveira DOI 10.37423/231008347	
CAPÍTULO 12	183
INFLUÊNCIA DO PROCESSAMENTO FONOLÓGICO NA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REVISÃO SISTEMÁTICA Fernando Tabosa Flores Monique Kelly Duarte Lopes Barros Rafaela Hanna Pereira Ramada DOI 10.37423/231008354	
CAPÍTULO 13	195
POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO HIV/AIDS NO BRASIL: CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO Lígia Lopes Ribeiro Paula Taciana Soares da Rocha Elizabete da Silva Dantas de Jesus Ana Raquel Campos de Almeida AURORA TATIANA SOARES DA ROCHA DOI 10.37423/231108394	

Capítulo 1



10.37423/231008274

O EFEITO DO MEDICAMENTO ZICLAGUE ASSOCIADO A CINESIOTERAPIA EM INDIVÍDUOS COM ESPASTICIDADE

Manuelle de Sousa e Souza

*Instituto Esperança de Ensino Superior-
IESPES*



INTRODUÇÃO: A espasticidade é aumento do tônus muscular decorrente de uma lesão no córtex cerebral que provoca um desequilíbrio na região retículo espinhal cruzada causando uma interrupção nas vias inibitórias descendentes, resultando em um aumento da excitabilidade dos músculos estriados. A Fisioterapia na contemporaneidade vem utilizando um método inovador associado a Cinesioterapia, o medicamento ®Ziclague, um fitofármaco que promove o relaxamento muscular em indivíduos espásticos. **OBJETIVO:** Analisar a eficácia do medicamento ®Ziclague em indivíduos com espasticidade.

METODOLOGIA: Consiste em uma revisão de literatura efetuada nas Plataformas de pesquisas SCIELO e PEDRO. Foram escolhidos 6 artigos, sendo que apenas 4 apresentaram concordância com o tema proposto. Os artigos selecionados foram publicados entre o ano de 2010 a 2016. **RESULTADO:** O fitofármaco ®Ziclague é um recurso que pode ser associado à vários métodos fisioterapêuticos, mas que ainda estão em pesquisa. Já foram encontrados estudos que evidenciaram benefícios referente a este princípio ativo, uma vez que o mesmo influencia no influxo de Ca^{++} e na regularização da hidrólise do ATP, permitindo desta maneira o relaxamento dos músculos estriados e um respaldo para a obtenção de energia e conseqüentemente uma melhor resposta motora. **CONCLUSÃO:** Nesse sentido a utilização desse recurso fitofármaco associado a cinesioterapia mostraram resultados satisfatórios, no entanto as literaturas apontam que a melhor forma de manuseio é com a utilização do óleo essencial por via transdérmica, devido ter uma melhor interação com lipídeos e queratina promovendo uma absorção mais rápida, além de tornar uma aplicação mais focada aos músculos espásticos, não submetendo o indivíduo a um tratamento de ação sistêmica.

Palavras-chave: Palavras Chaves: Espasticidade, ®Ziclague, Fisioterapia.

Capítulo 2



10.37423/231008293

ATUAÇÃO CLÍNICA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO: MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO.

Gabriel Rodrigues dos Santos

Faculdade anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Ivone Oliveira da Silva

Faculdade anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Raphael da Silva Affonso

Faculdade Anhanguera de Rio Grande – Unidade Rio Grande, Rio Grande do Sul, RS

Larissa Leite Barboza

Marinha do Brasil – Rio Grande, Rio Grande do Sul, RS

Leandro Pedrosa Cedro

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF Hospital

Ilan Iginio da Silva

Municipal Bom Jesus, Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Jéssica dos Santos Folha

Universidade Católica de Brasília – campus Taguatinga, Taguatinga, DF Centro

Alexandre Pereira dos Santos

Universitário Estácio d

Vinícios Silveira Mendes

Centro Universitário ICESP, Brasília, DF Centro Universitário Projeção – Unidade

Gregório Otto Bento de Oliveira

Taguatinga-Norte, T Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Faculdade Anhanguera de Brasília, Taguatinga Sul, Taguatinga. Brasília, DF Instituto Gregório Otto M

Resumo : A atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional tem como propósito aprimorar o cuidado e a atenção para com o paciente em tratamento oncológico, prestando assistência dentro do campo de atuação, todas as informações necessárias em relação à quimioterapia, garantindo a adesão e maximizando os resultados. O objetivo do capítulo é descrever o papel do farmacêutico na atuação clínica aos pacientes oncológicos, os métodos de atuação na equipe multiprofissional e os efeitos benéficos da atuação clínica do farmacêutico, além disso, será apresentado neste capítulo a participação ativa do farmacêutico na atenção farmacêutica na terapia oncológica. Objetivando uma farmacoterapia racional para obtenção de resultados clínicos definidos e concretos que admita verificações importantes para a integralidade das ações de saúde. Os resultados afirmam que o farmacêutico tem papel fundamental junto à equipe multiprofissional promovendo um tratamento mais humanizado que visa aumentar a qualidade de vida e o bem-estar do paciente oncológico.

Palavras-chave: Farmacêutico. Multiprofissional. Quimioterapia. Oncológicos. Farmacoterapia.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo da quimioterapia é derriscar as células neoplásicas, resguardando as células normais. Porém a maioria dos agentes quimioterápicos atua de forma não específica, afetando tanto células malignas quanto normais, particularmente as células, como as gastrointestinais, capilares e as do sistema imunológico que realizam rápida mitose celular (ALMEIDA et al., 2005).

A quimioterapia envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosas) e podem ser classificadas de acordo com sua finalidade como: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia (SAWADA et al., 2009).

O tratamento de um paciente oncológico envolve uma equipe multidisciplinar para o sucesso no atendimento, de acordo com a RDC nº 220 da ANVISA, é necessária a participação de pelo menos um farmacêutico no acompanhamento do paciente oncológico.

Qual a importância do farmacêutico clínico no acompanhamento de um paciente em terapia oncológica?

A atuação do farmacêutico clínico visa melhorar os resultados terapêuticos, de modo que assegure a qualidade de vida e o bem-estar do paciente durante o tratamento oncológico para garantir que não ocorram erros de medicação, todos os profissionais da saúde devem estar envolvidos em uma equipe multidisciplinar já que o médico é responsável pela prescrição, o farmacêutico pela verificação da prescrição, manipulação e dispensação e o enfermeiro pela administração dos medicamentos, quando é necessário a equipe de base.

O capítulo tem como interesse como o profissional desempenha atribuições específicas, e inúmeras responsabilidades relacionadas ao tratamento, visando detectar, prevenir e/ou resolver problemas relacionados à quimioterapia, monitorando ineficácia do tratamento e reações adversas, pois compreende-se que os cuidados prestados aos pacientes ocorrem de forma individualizada, em detrimento do atendimento de necessidades terapêuticas características de cada paciente.

2. MÉTODOS DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O paciente em tratamento oncológico vivencia um sofrimento diante do diagnóstico da doença, passando pelo tratamento e também o período pós-tratamento, enfrentando momentos de ansiedade

e stress, ele se torna mais vulnerável e carente, merecendo uma atenção especial por parte de todos os integrantes da equipe multiprofissional (DA SILVA et al., 2018).

Uma equipe multidisciplinar com foco no efeito terapêutico e na qualidade de vida é condição indispensável para o sucesso do tratamento do paciente com câncer. A orientação desses profissionais (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico), deve ser muito bem detalhada durante e após o tratamento oncológico (DE SOUZA et al., 2021).

A presença do farmacêutico tem como propósito aprimorar o cuidado e a atenção para com o paciente em tratamento oncológico, prestando as informações necessárias em relação a quimioterapia, garantindo a adesão e otimização dos resultados da terapia, reduzindo as PRMs (problemas relacionados a medicamentos) e melhorando a eficácia do tratamento (DE SOUZA et al., 2021).

A atuação do farmacêutico em oncologia é uma realidade presente na maior parte dos serviços relacionados a tratamentos antineoplásicos. Embora tenha iniciado sua atuação exclusivamente nas atividades de manipulação e gerenciamento de quimioterápicos, tornou-se profissional fundamental para a garantia de qualidade dos procedimentos (DA SILVA et al., 2018).

O profissional farmacêutico se apresenta como integrante fundamental no tratamento farmacoterapêutico em oncologia. Sua atuação é necessária em várias etapas da terapia oncológica, devendo participar das reuniões da Equipe Multidisciplinar em Terapia Antineoplásica - EMTA, auxiliando na padronização de medicamentos e esquemas terapêuticos tanto para medidas de suporte quanto para o tratamento das doenças oncológicas (SOUZA et al., 2016).

Segundo Santos et al (2018 p.78), o farmacêutico oncológico é o principal profissional para a qualidade da farmacoterapia individualizada. Suas atividades iniciam-se com a assistência farmacêutica, onde o farmacêutico juntamente com a equipe seleciona e padroniza os medicamentos disponíveis na instituição, observando as melhores opções de tratamento disponíveis no mercado, e os melhores perfis custo-efetividade.

O farmacêutico é o responsável pela aquisição dos quimioterápicos e os correlatos necessários para o atendimento do paciente, para isso precisa selecionar bons fornecedores e estar atento à qualidade dos produtos adquiridos, e em seguida promover o armazenando adequado dos produtos na farmácia hospitalar, sob condições de temperatura, luminosidade, umidade e juntamente com a sua equipe monitorar os prazos de validade dos produtos (SANTOS et al., 2018).

Segundo Pinto, Castro e Reis (2013, p.749) ainda que uma das principais atribuições do farmacêutico oncológico seja a atividade clínica, que por sua vez está inserida no contexto da assistência farmacêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes em tratamento oncológico realizado pelo farmacêutico apresenta algumas etapas:

- Revisão da prescrição médica, exames laboratoriais e evolução clínica registrada no prontuário;
- Anamnese do paciente;
- Análise da farmacoterapia e elaboração do plano de cuidado e intervenções farmacêuticas;

Após a coleta de dados no prontuário e anamnese do paciente, o farmacêutico realiza a análise da farmacoterapia, considerando os seguintes aspectos: indicação; efetividade; segurança; dose; posologia; aspectos biofarmacêuticos relacionados à via de administração oral ou enteral; estabilidade da formulação; incompatibilidade físico-química entre medicamentos parenterais e interações medicamentosas.

Após a análise da farmacoterapia, se necessário o farmacêutico deve sugerir intervenções junto à equipe multiprofissional, na perspectiva de contribuir para um tratamento medicamentoso seguro e efetivo. As intervenções são comunicadas durante as reuniões da equipe ou em visitas clínicas de avaliação e posteriormente são registradas no prontuário. As informações coletadas na anamnese e as intervenções farmacêuticas realizadas também são documentadas no prontuário (PINTO; CASTRO; REIS, 2013).

Antes da alta hospitalar, o paciente é orientado pelo farmacêutico sobre a terapia medicamentosa a ser realizada, enfatizando orientações sobre o acesso ao medicamento na rede de saúde e os esquemas posológicos a serem seguidos. Nessa atividade, o farmacêutico usa estratégias de comunicação oral e escrita, adequadas ao nível de compreensão de cada paciente (PINTO; CASTRO; REIS, 2013).

Segundo DE Lima et al (2021, p.856), a administração do tratamento pode ser feita tanto por via oral quanto intravenosa, no entanto, a via oral é a menos invasiva, e menos tóxica comparada a via intravenosa e também pode ser administrada em domicílio, porém mesmo diante dessa comodidade, pode se tornar um grave problema se o paciente não tiver o comprometimento necessário para com o tratamento ou até mesmo não ter acesso a atenção farmacêutica necessária.

Na semana posterior à alta, o paciente é contatado pelo farmacêutico via telefone ou retorna ao hospital/clínica para obter informações sobre acesso, adesão, segurança (ocorrência de reações adversas) e efetividade dos medicamentos. Mediante identificação da existência ou probabilidade da existência de problemas relacionados ao uso de medicamentos, são realizadas intervenções farmacêuticas (PINTO; CASTRO; REIS, 2013).

Segundo Peixoto (2021, p.39) o farmacêutico clínico oncológico tem angariado mais espaço na equipe multidisciplinar devido a suas intervenções ocasionadas por sua atuante presença junto ao paciente. Verifica-se que as intervenções farmacêuticas estão cada vez mais aceitas no contexto terapêutico e evidencia a atuação do farmacêutico clínico oncológico na assistência direta ao paciente, assim como sua contribuição na promoção de resultados clínicos mais satisfatórios, mediante rotinas sistemáticas de avaliação farmacêutica da prescrição médica e o estímulo à prescrição segura e racional evitando assim possíveis erros de prescrição e administração dos Antineoplásicos.

3. PARTICIPAÇÃO ATIVA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO ONCOLÓGICO – INTERVENÇÕES POSITIVAS

A farmácia clínica oncológica é uma especialidade farmacêutica que proporciona a este profissional interagir com a equipe multidisciplinar de saúde, onde só tem a somar no tratamento por meio de intervenções farmacêuticas, tendo em vista uma melhor aplicação da farmacoterapia do paciente (SANTOS et al., 2018).

De acordo com a resolução nº 585, de 2013, do Conselho Federal de Farmácia essa prática pode ser executada em diferentes locais como, por exemplo: hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, farmácias comunitárias, entre outros locais. O farmacêutico passou a ter bastante visibilidade dentro da equipe de saúde, atuando na prevenção de doenças, primeiros cuidados, cuidados subagudos e urgências, sistemas de informação, assistência ambulatorial, entre outras (DE SIQUEIRA; NETO; GONÇALVES, 2021).

A Farmácia Clínica, nos EUA é considerada referência mundial, em seu modelo, no qual tem o farmacêutico como integrante ativo da equipe multidisciplinar, que acompanha as visitas médicas para colaborar com as discussões terapêuticas no cuidado ao paciente, aplicando seus conhecimentos para garantir o uso racional de medicamentos, analisando a terapia medicamentosa e sendo a principal fonte de informações válidas relativas à segurança, ao uso apropriado e ao custo-benefício dos medicamentos (De SOUZA et al, 2018).

Segundo De Souza et al, (2018, p112) a alguns anos atrás, as atividades do farmacêutico em um hospital estavam restritas a áreas administrativas de controle dos fármacos e gestão financeira dos recursos. Atualmente, a sua atuação está voltada para que a prática do profissional de farmácia esteja direcionada ao paciente, tendo o fármaco como instrumento e não como um fim.

A ação efetiva do farmacêutico, no Brasil, ainda tem um longo caminho a percorrer. No entanto, é evidente e essencial a demanda da inclusão o farmacêutico clínico oncológico nas equipes de saúde oncológicas, visto que a existência de erros de medicação ainda é alarmante e que as intervenções do farmacêutico podem gerar benefícios diretos para a segurança do paciente, bem como promover melhoria na qualidade do cuidado. Além disso, o processo de uso de medicamentos é dinâmico e as intervenções feitas pelo farmacêutico clínico podem melhorar os resultados terapêuticos, garantindo segurança, eficácia e custo efetividade da farmacoterapia (De SOUZA et al, 2018).

Segundo Fengler, Spanevello e Moreira (2014, p.2) a análise da prescrição médica é uma das atividades cruciais do farmacêutico clínico, pois com o prontuário em mãos e o conhecimento do diagnóstico e prognóstico do paciente é possível verificar a prescrição quanto à dose dos medicamentos, diluição e tempo de infusão, via e frequência de administração, compatibilidade e interações.

A prescrição é a principal ferramenta do farmacêutico clínico, e a avaliação detalhada da mesma deve ser constante, no intuito de afirmar um tratamento seguro para o paciente. Deve-se salientar que, além da análise da prescrição, o farmacêutico deve controlar todas as etapas que envolvem a manipulação, tais como: a compra, o armazenamento, o preparo, a dispensação, o transporte e a administração do medicamento ao paciente (SOUZA et al., 2016).

Além disso, o farmacêutico clínico dentro da equipe multiprofissional tem como função:

- Analisar se os medicamentos não padronizados pelo hospital podem ser substituídos por outros que constam na lista de padronização;
- Explorar se a forma farmacêutica é adequada à administração;
- Examinar se a dose prescrita está dentro dos limites de administração diária;
- Verificar se o preparo da medicação requer instrução de diluição e/ou diluente apropriado; além de observar outras não conformidades que podem surgir ao decorrer do tratamento, devendo assim notificar de maneira sistemática e acessível aos demais profissionais que fazem o acompanhamento desse paciente (DE SIQUEIRA; NETO; GONÇALVES, 2021).

Atuando nos debates clínicos da equipe multiprofissional o farmacêutico clínico tem a possibilidade de identificar as necessidades em relação à terapêutica farmacológica desde os aspectos de seleção, implementação e disponibilização dos medicamentos para que o paciente realmente seja tratado adequadamente de acordo com as suas necessidades e seus demais sintomas (SOUZA et al., 2016).

Diante do tratamento com medicamentos antineoplásicos o farmacêutico como integrante da equipe multiprofissional tem como responsabilidade: prevenir, identificar e solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia, além da gestão da enfermidade (DE SOUZA et al., 2021).

Com o propósito de proporcionar uma melhor recuperação ao paciente, o farmacêutico realiza intervenções farmacoterapêuticas visando promover um aumento na qualidade de vida do paciente oncológico. A farmácia clínica ainda permite estabelecer uma relação farmacêutico/paciente que concede a promoção de um trabalho com o objetivo de buscar, identificar, prevenir e resolver problemas que poderão surgir durante o tratamento farmacológico (DE SIQUEIRA; NETO; GONÇALVES, 2021).

3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA TERAPIA ONCOLÓGICA – SUA APLICAÇÃO NA ONCOLÓGIA CLÍNICA

De acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF a atenção farmacêutica é uma prática na qual inclui a interação direta com o paciente sendo essa uma ação dentro da Assistência Farmacêutica, que consiste em um conjunto de práticas executadas pelo farmacêutico destinadas ao apoio às ações de saúde que uma comunidade necessita, com o objetivo de fornecer uma farmacoterapia racional para obtenção de resultados clínicos definidos e concretos que admita verificações importantes para a integralidade das ações de saúde (DE SOUZA et al., 2021).

A atenção farmacêutica prioriza o bem-estar do paciente através das ações do farmacêutico juntamente com a equipe de saúde e os membros da comunidade, para que todos possam promover a saúde (DE SIQUEIRA; NETO; GONÇALVES, 2021).

Os serviços de Atenção Farmacêutica podem ser empregados tanto em âmbito hospitalar, quando no âmbito domiciliar, sendo essa ação regida através da Resolução nº 386/2002, do Conselho Federal de Farmácia, que concede por sua vez ao profissional orientar o paciente quanto ao uso e efeitos adversos dos medicamentos, assim como as interações medicamentosas, promovendo uma maior aceitação do

tratamento sugerido e aprimorando a segurança do paciente (DE SIQUEIRA; NETO; GONÇALVES, 2021).

Segundo Souza et al (2016, p.3) a importância da atenção farmacêutica para o paciente oncológico está no aconselhamento e monitoramento da terapia farmacológica. O aconselhamento do paciente em tratamento com quimioterápico deve ser precedido de todas as informações necessárias para garantir a adesão ao tratamento, além de gerar confiança entre o paciente e o profissional farmacêutico. Essas informações devem ser repassadas de preferência em materiais informativos, de caráter educativo e através de orientação direta ao paciente ou cuidador.

Segundo Pinho, Abreu e Nogueira (2019, p.34) a atenção farmacêutica pode ser planejada em algumas etapas:

- Conhecimento da história do paciente e avaliação de seu estado por meio de anamnese e identificação de possíveis problemas relacionados a medicamentos;
- Definição de plano de ação;
- Implantação do projeto elaborado;
- Avaliação dos resultados.

Desta forma, a intervenção farmacêutica visa uma melhor resposta clínica, com a análise do paciente e do medicamento.

A terapia farmacológica deverá ser individualizada, respeitando suas restrições, hábitos e sua motivação para cumprir o plano terapêutico, tendo como objetivo maior garantir a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida do paciente. Trata-se, portanto, de uma conquista fomentada pela cumplicidade desenvolvida entre farmacêutico e paciente (SOUZA et al., 2016).

A atenção farmacêutica não envolve apenas a terapia medicamentosa, mas também envolve decisões sobre o uso racional de medicamentos para cada paciente. Por isso o farmacêutico deve proceder à formulação dos antineoplásicos segundo prescrição médica de acordo com o indicado na literatura, manipulando as drogas antineoplásicas em ambientes e condições assépticas, e obedecendo a critérios internacionais de segurança (FENGLER; SPANEVELLO; MOREIRA, 2014).

Ao farmacêutico atuante na assistência farmacêutica, é indispensável o conhecimento, atitude e habilidade que permita a ele integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente,

contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial, no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso adequado dos medicamentos (De SOUZA et al, 2018).

Cabe ao farmacêutico realizar a análise das prescrições, validando se a escolha do fármaco está correta e se é a melhor opção, se constitui os protocolos terapêuticos do estabelecimento de saúde, bem como se as doses, embalagens e diluentes são os mais adequados, considerando também a manipulação do fármaco, minimizando os erros advindos de medicamentos e efeitos adversos e consequentemente, o tempo de internação e os custos da terapêutica (DE SOUZA et al., 2021).

Segundo De Siqueira, Neto e Gonçalves (2021, p.2547) o farmacêutico fica propriamente envolvido em todos os procedimentos relacionados ao paciente, fomentando sua participação profissional ativa na recuperação do paciente oncológico, bem como a de seus serviços, sejam eles isolados ou na integração com a equipe, tendo em vista que apenas este tem a responsabilidade de promover o uso racional de medicamentos, assim como atuação na repercussão financeira que o medicamento reproduz para os serviços de saúde e para a coletividade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional para pacientes em tratamento oncológico vai muito além de suas funções básicas; padronizar, adquirir, armazenar e manipular os medicamentos antineoplásicos, ele também auxilia outros profissionais no desenvolvimento do plano terapêutico, visando promover um serviço de saúde seguro de qualidade e humanizado, sendo um profissional indispensável tanto para o paciente quanto para a instituição, realizando atividades de grande relevância o farmacêutico auxilia no aprimoramento das prescrições, proporcionando maior adesão ao tratamento, ajudando no controle de reações adversas, e prevenindo problemas relacionados a medicamentos (PRM).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Vera Lúcia de et al. Câncer e agentes antioplásicos ciclo-celular e ciclocelular não são específicos que interagem com o DNA: uma introdução. *Química nova*, v. 28, p. 118-129, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/9wKB9z7fFmnVTZtGYbzjh5F/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- DA SILVA, Livia Christina Almeida et al. Contribuições da atenção farmacêutica a pacientes em tratamento oncológico. *Revista de Investigação Biomédica*, v. 9, n. 2, p. 210-217, 2018. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/164>. Acesso em: 05 set. 2021.
- DE LIMA, Anderson Gomes et al. A Prática da Farmácia Clínica em Oncologia/The Practice of Clinical Pharmacy in Oncology. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 15, n. 54, p. 853-860, 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2993>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- DE SIQUEIRA, Laryssa Farias; NETO, Luis Carvalho Gomes; GONÇALVES, Karin AnneMargaridi. Atuação do farmacêutico clínico no âmbito hospitalar. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 2546725485, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/39709>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- DE SOUZA, Adriana Franklin et al. Atuação do farmacêutico como integrante da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente oncológico. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 2578525800, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/39885>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- DE SOUZA, Lysandra Barbosa et al. IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NO USO SEGURO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO HOSPITALAR. *Pensar Acadêmico*, v. 16, n. 1, p. 109-124, 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/360>. Acesso em: 18 abr. 2022.
- FENGLER, Ana Caroline; SPANEVELLO, Stella; MOREIRA, Angélica Cristiane. A atuação do farmacêutico no tratamento do paciente oncológico. *Salão do Conhecimento*, 2014. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/3440>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- PEIXOTO, Kiarele Fernandes. A importância do farmacêutico na oncologia: SISTEMOTECA - Sistema de Bibliotecas da UFCG uma revisão. 2021. 54 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia), Curso de Bacharelado em Farmácia, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité Paraíba Brasil, 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/21447>. Acesso em: 09 out. 2021.
- PINHO, MARCELLE SIGNÉ; ABREU, PAULA ALVAREZ; NOGUEIRA, THAISA AMORIM. Atenção farmacêutica a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.rbhss.org.br/sbrafh/article/view/243>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- PINTO, Isabela Vaz Leite; CASTRO, Mariza dos Santos; REIS, Adriano Max Moreira. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, p. 747758, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/VWr5MvGksjvJb748phLSsJw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SANTOS, Rosiel José dos et al. Atuação do farmacêutico clínico em acompanhamentos farmacoterapêuticos na oncologia. 2018. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1458>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, Sandna Larissa Freitas dos et al. Evidências do cuidado farmacêutico na prática clínica da oncologia. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [s.l.], v. 20, n. 2, p.1-5, 25 jul. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/32500>. Acesso em: 07 out. 2021.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, p. 581-587, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ptDQrM97bXxyptthVMLTWBt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SOUZA, Maia et al. Atuação do farmacêutico hospitalar na oncologia. Boletim Informativo Geum, v. 7, n. 1, p. 54, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/4018>. Acesso em: 07 set. 2021.

Capítulo 3



10.37423/231008322

MÃES QUE VIVENCIAM A ENTREGA DA ADOÇÃO

Bruna Luiza Garcia de Oliveira

Centro Universitário Ingá - UNINGÁ

Caroline Victoria Nalin

Centro Universitário Ingá - UNINGÁ

Francielli do Carmo Reis

Centro Universitário Ingá - UNINGÁ

Valeska Barbosa Pasquini de Oliveira

Centro Universitário Ingá - UNINGÁ



Resumo: Culturalmente e de forma geral, verifica-se que a sociedade acredita que ser mãe é um instinto e uma obrigação feminina, no entanto, algumas mulheres têm filhos, mas optam por não criá-lo. O presente trabalho tem por objetivo compreender na literatura quais são as emoções, os sentimentos e as fantasias que podem ser vividos pela mulher na entrega de um filho para adoção. Acerca da reflexão que fundamenta o tema de estudo, este artigo utilizou-se do método de revisão narrativa e bibliográfica. Entre os motivos que levam mulheres a entregarem seus filhos para adoção estão: financeiro, emocional, apoio estrutural, maturidade, falta de oportunidade entre outros. Ao finalizar a presente pesquisa, ficou evidente que, ao se tratar da entrega do filho para a adoção, na perspectiva das mães biológicas, são vários os motivos que exercem influência sobre essa decisão. Os motivos não se caracterizam apenas nos aspectos sociais, mas também podem ser inconscientes, como a história de vida dessa mãe e a forma de criação da mesma.

Palavras-chave: Mães. Entrega. Adoção.

1. INTRODUÇÃO

De modo geral, há um entendimento cultural de que ser mãe é um instinto e uma obrigação feminina (VALENTIM; CORTEZ, 2014). A crença da mulher, mãe, maternal e devota é decorrente do mito do amor materno que surgiu por volta do século XVIII com a instauração do capitalismo, que trouxe movimentos do estado, igreja e medicina a fim de propagar o ideal da mulher mãe, cuidadora, virtuosa e base familiar, construção realizada por uma série de ideologias dominantes. (MOURA; ARAUJO, 2004).

No entanto, algumas mulheres têm filhos, mas optam por não criá-lo. Cabe ressaltar que neste artigo não trataremos do abandono de bebês em circunstâncias ilegais e perigosas, dessa forma, é importante distinguir entre abandono e entrega de um filho para adoção. A entrega de filhos para adoção já ocorre desde os primórdios dos tempos. Historicamente o ato de entregar um filho para adoção é conceituado de acordo com cada época e valores dominantes, sendo tal ação caracterizada normalmente como um ato de desvalorização das mulheres. A entrega é um ato previsto pelo ECA, um direito da mulher e sinaliza o desejo da mãe em preservar a vida do filho, ao vislumbrar a possibilidade de um futuro melhor para a criança (MENEZES; DIAS, 2011).

Segundo o Ministério Público do Paraná no período de novembro de 2017 a dezembro de 2020 só na capital curitibana vinte e três bebês foram entregues para a adoção e no mesmo período trinta e dois bebês foram entregues à Vara da Infância da Comarca de Maringá (MPPR, 2021). Já no Distrito Federal durante o ano de 2006 a 2017 ocorreram trezentas e noventa e quatro entregas de bebês à Justiça do DF, sendo que só ano de 2016 foram registrados: “ao menos 28 mulheres [...] optaram por doar seus rebentos assim que nasceram” (LEITE, 2017).

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ indicou que, no período entre 2020 e 2022, registrou-se um crescimento de 79% nos casos de adoção de bebês com até um ano de idade no Brasil. De acordo com o CNJ, no ano de 2020, foram contabilizadas 1.058 doações espontâneas no território nacional. Em 2021, esse valor aumentou para 1.344. No último ano, encerrou-se com 1.895 crianças cedidas para adoção. Durante os primeiros cinco meses de 2023, foram registradas 596 cedências no país.

De acordo com um estudo realizado por Fonseca (2012), entre os principais contextos envolvidos na entrega de crianças a adoção estão: mulheres jovens e solteiras, com relacionamentos extraconjugais ou casos em que o genitor não assumiu a responsabilidade de registrar a criança, além de casos de

abandonos familiares. Em algumas histórias, soma-se a estes fatores a falta de condição econômica. Nessa mesma perspectiva, Leão, Silva e Serrano (2012) a partir de um estudo de caso, identificaram a vulnerabilidade social e emocional da mulher como importante influência na entrega do filho.

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo compreender na literatura as emoções, os sentimentos, fantasias que podem ser vividos pela mulher na entrega de um filho para adoção. Para tanto, o presente artigo tem como objetivos específicos: identificar quais são os fatores sociais que levam as mães a optarem pela entrega de seus filhos para adoção; verificar quais são os possíveis fatores psicológicos envolvidos na tomada de decisão acerca do tema; e discutir os impactos psicológicos e sociais que essa decisão de entregar seu filho para adoção provoca na vida da mãe.

2.METODOLOGIA

O presente artigo utilizou-se do método de revisão narrativa e bibliográfica na realização dessa pesquisa. Esse tipo de pesquisa é concebido por diversos autores, dentre eles Andrade (2010), Fonseca (2002) e Gil (2007). “A pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas” (ANDRADE, 2010, p. 25). Conforme a visão de Fonseca (2002), a pesquisa é realizada a partir do levantamento de referências analisadas e publicadas por meios eletrônicos ou não, tais como artigos, livros e páginas da web. Gil (2007) acrescenta que a pesquisa se desenvolve com base no conhecimento disponível ao longo do tempo, empregando métodos, técnicas e procedimentos científicos de maneira cuidadosa.

Para o presente artigo foram analisados artigos publicados em língua portuguesa nos periódicos nacionais listados nas bases de dados Scielo, BVsalud e Google Acadêmico entre os anos de 1990 à 2023. Os descritores utilizados foram: mães, entrega e adoção. Após a pesquisa, foram realizadas a leitura dos artigos, após a leitura, os mesmos foram analisados e organizados e tomou-se como base de estudo os que mais correspondiam ao tema do artigo proposto.

A pesquisa bibliográfica está relacionada à história de construção dos espaços coletivos, no qual, leva em si um pouco de todas as pessoas que tiveram a preocupação em registrar suas descobertas, conhecimentos e percepções; além de ser um tema que têm a preocupação de preservar o conhecimento que foi e é gerado no mundo para contribuição do desenvolvimento da ciência. Para Fonseca (2002, p.32) “a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meio de escritos e eletrônicos, como, livros, artigos científicos, páginas de Web sites”. Sendo assim, o levantamento bibliográfico dispõe-se de um potencial intelectual

baseado no conhecimento coletivo para elaboração de um trabalho conciso e enriquecedor. (GALVÃO, 2011)

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 FATORES EMOCIONAIS E SOCIAIS ENVOLVIDOS NA ENTREGA DE SEUS FILHOS PARA ADOÇÃO

Historicamente as mulheres que entregam seus filhos para adoção são compreendidas de acordo com cada época e aspectos socioculturais envolvidos, sendo tal vivência da entrega conceituada e caracterizada especificamente de acordo com os períodos de crises econômicas, ou seja, as mulheres que entregam seus filhos para adoção são interpretadas de maneira diferente com base nas circunstâncias econômicas e nos contextos socioculturais da época.

Além do mais, ao longo da história, diferentes modelos de maternidade têm surgido, e esses modelos são moldados e promovidos de acordo com os interesses do sistema econômico dominante. Isso implica que as expectativas em relação às mães e à maternidade podem variar dependendo de como a economia e a sociedade estão estruturadas em um determinado período. Segundo Motta (2015, p.61): “Surgem, portanto, diferentes modelos de ser mãe, baseado em diferenciação de papéis, sempre enaltecidos e defendidos de acordo com os interesses do sistema econômico dominante”, vigorando-se assim a dominância do poder econômico social sobre as subjetividades.

Além dos diferentes modelos de ser mãe, constam-se também os diferentes modelos de família, todavia, independente do modelo de família notam-se os mesmos conceitos estruturais enraizados na ideologia que a mulher somente torna-se realmente mulher, após experienciar a maternidade. (MOTTA, 2015).

No tocante ao tema entrega de um filho para adoção, nota-se ainda que tal entrega questiona este modelo vigente ao desafiar a crença arraigada de que a maternidade seja inerente à condição feminina, destacando que as mulheres podem fazer escolhas conscientes em relação à maternidade e, em alguns casos, optar por um caminho que difere das expectativas tradicionais.

Wille e Maffei (2014) concluíram após uma pesquisa realizada que:

Mães entregam seus filhos à adoção por lhes faltar patrimônio emocional que lhes possibilite envolver-se com a criança gerada e dela poder cuidar, nutrir biológica e psicologicamente de forma adequada (WILLE; MAFFEI, 2014 p.388).

As autoras ainda destacam que as mães que escolhem a adoção muitas vezes não possuem estrutura familiar adequada, pois estas vivenciam o momento da gestação e maternidade sozinhas, sem o apoio de nenhum familiar e até mesmo do próprio companheiro (WILLE; MAFFEI, 2014). De acordo com Jones (1993), além da pouca idade, da falta de condições econômicas e sociais, um dos fatores que mais influenciam as mães a entregar seus filhos em adoção tem sido o julgamento dos outros.

No trabalho de Mello e Dias (2003, p.78) demonstram-se estatisticamente percepções de homens e mulheres sobre quem entrega o filho para adoção. No caso das mulheres entre os principais resultados sobre a possível motivação estão a crença de que outra pessoa poderá cuidar melhor da criança, a imaturidade e a falta de condições financeiras. (MELLO; DIAS, 2003). Segundo Leão et al (2014) identificam-se como possíveis aspectos sociais que levam as mães a entregarem seus filhos para adoção o fato de serem jovens, de camadas socialmente desfavorecidas, solteiras, e os bebês de paternidade desconhecida (SIQUEIRA; FARAJ, 2020).

Para Wille e Maffei (2014) e Barbosa (2011), as mães que entregam o filho estão, entre outras coisas, buscando para o filho o amor que não tiveram para si. Elas entregam a criança, pois não aprenderam a serem mães, talvez por não terem tido esta experiência. Ainda sobre essa concepção, podemos observar no resultado da pesquisa realizada por Soejima e Weber (2008) no estado do Paraná, a prevalência de mães que entregaram seus filhos devido ao seu passado em que sofreram abandono, negligência e maus tratos dentro de seu contexto familiar. Assim a experiência da entrega de um filho torna-se demasiadamente imbricada de sentimentos, pensamentos e vivências de escassez emocional, repetições, além de experiências constrangedoras, dolorosas, difíceis e desconfortantes.

3.2 OS POSSÍVEIS IMPACTOS SOCIAIS E EMOCIONAIS QUE A DECISÃO DE ENTREGAR SEU FILHO PARA A ADOÇÃO PODE PROVOCAR NA VIDA DA MULHER.

Atualmente pode-se dizer que o Brasil tem se posicionado quanto à realidade das mães que deixam seus filhos para adoção e com isso o país tem criado algumas diretrizes a fim de regulamentar a situação que levam as mães optarem pela entrega legal de seus filhos. Segundo Iotti (2020) desde 2016, o Brasil é um país que legalmente ampara as mães que optam pela entrega. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (2002), artigo 13, parágrafo único, prevê que a mãe e ou gestantes que venha manifestar interesse na entrega de seu filho para adoção será obrigatoriamente encaminhada, sem qualquer tipo constrangimento, para Justiça na vara da Infância e da Juventude.

Segundo Leão et al (2014) constataram em seu estudo sobre mulheres que entregam seus filhos para adoção, ainda hoje, este processo é dotado de julgamentos, preconceitos e estigmatizações, pela sociedade como um todo. O preconceito social sobre as mulheres que entregam seus filhos apresenta-se de diferentes formas, podendo estes serem de modo camuflado e/ ou escancarado. A maneira camuflada aparece nas entrelinhas do chamado ‘processo sigiloso’ e na forma escancarada visualiza-se o poder de persuasão dos profissionais. (SIQUEIRA; FARAJ, 2020)

Muitas vezes, a sociedade tende a julgar moralmente as mães que optam por entregar seus filhos para adoção, questionando suas habilidades parentais ou fazendo suposições negativas sobre sua integridade moral. Segundo Motta (2015) afirmar que uma mãe não deseja o filho pode ser uma generalização precipitada, preconceituosa e altamente prejudicial tanto para o processo de entrega quanto para o de adoção, uma vez que pode evocar a conotação negativa do abandono. O preconceito torna-se evidente quando profissionais da área de saúde repetidamente tentam persuadir a mãe a desistir da entrega de seu filho. Essas tentativas são persistentes e ocorrem ao longo de todo o processo de contato com a mãe, seja durante o período pré-parto ou pós-parto. (SIQUEIRA; FARAJ, 2020). De acordo com Bowlby (1988, citado por Motta, 2015, p.58), em suas apreciações em relação à atitude dos profissionais envolvidos no processo de entrega e adoção, observou-se a ocorrência de envolvimento inadequado e indesejável por parte de certos profissionais que participam do processo de entrega e adoção. Motta (2015) acrescenta:

“Alguns profissionais médicos e paramédicos, e de instituições de abrigo ou judiciárias, que, mesmo quando não solicitados pelas mães, emitem suas opiniões, oferecem seus conselhos e chegam algumas vezes a tecer fortes críticas em relação à mulher que revela sua intenção de entregar o filho em adoção” (MOTTA, 2015p. 58).

A interferência dos profissionais em qualquer nível do processo poderá atrapalhar a decisão da mãe biológica, que por vez não poderá se responsabilizar acerca das consequências de intervenção recebida, frequentemente de forma inadvertida.

De acordo com Motta (2015, p.57), as mães que foram mais impotentes, que não participaram na decisão de entregar seus filhos para adoção, agindo passivamente, ignoradas, sem ao menos expressar seus sentimentos, desenvolveram padrões de distorção da realidade que influenciaram a maneira como vieram a estruturar suas vidas posteriormente. Quanto aos profissionais da área da saúde, estes falham com a lei da entrega legal, quando ocorre a exposição dessa mãe há inúmeros julgamentos de valores morais dos colaboradores de dentro destes espaços, o que resultam numa verdadeira degradação da mãe que entrega seu filho. (FARAJ et al., 2017)

Diante desse cenário complexo, é essencial que os profissionais de saúde e assistência social adotem uma abordagem compassiva e livre de julgamentos ao lidar com mães que estão considerando a entrega de seus filhos para adoção. Compreender a natureza delicada dessa decisão e as diversas pressões emocionais que as mães enfrentam é fundamental para oferecer apoio adequado e respeitar seus direitos. Nesse contexto, Motta (2015) ressalta a importância de desenvolver programas de prevenção por meio de ações profiláticas ao longo do desafiador processo enfrentado pela mãe que toma a decisão de entregar seu filho para adoção.

Dentro desse contexto, é fundamental lembrar que o apoio psicológico às mães que consideram a entrega de seus filhos para adoção é garantido por leis específicas. A Lei 12.010/2009, conhecida como a Lei da Adoção (BRASIL, 2009), no artigo 2º, § 4º, e o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069/90 (BRASIL, 1990), no artigo 8º, §§ 4º e 5º, estabelecem que o Poder Público deve fornecer assistência psicológica à mãe biológica tanto antes quanto depois do parto, assegurando condições adequadas para a tomada de decisão e evitando ações impulsivas. Leão, Silva e Serrano (2012), apontam que essa assistência poderia auxiliar as mulheres a lidar com questões relacionadas à chegada do bebê e a possibilidade da entrega para a adoção, garantindo condições adequadas para a decisão e evitando uma entrega por impulso.

A compreensão dos possíveis anseios e aflições enfrentados pelas mães no processo de entrega para adoção requer uma análise abrangente dos aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos nessa decisão. Estudos indicam que preocupações relacionadas ao futuro bem-estar do bebê desempenham um papel significativo na geração de ansiedade durante esse período. A incerteza quanto ao ambiente em que o filho será criado e a possibilidade de não manter um vínculo próximo podem intensificar esses sentimentos (MENEZES, 2007) (MENEZES; DIAS, 2011), (FARAJ; MACHADO; SIQUEIRA; CAMPEOL, 2017), (MOTTA, 2015), (KOHN; STEFFENS, 2018). Os autores apontam também, o medo dessas mães de criarem o filho sozinhas, sem apoio do pai da criança e até mesmo sem o amparo dos familiares.

Segundo Menezes e Dias (2011) e Leão, Martins Faraj, Siqueira e Santos (2014) os principais motivos que levaram à decisão de entregar o filho para adoção incluem a imaturidade das mães, a falta de apoio familiar e o desengajamento do pai da criança. Além disso, as condições financeiras precárias também desempenharam um papel notável, embora não tenham sido o único fator decisivo, já que essas mães conseguiram criar outros filhos, mas se sentiram incapazes de cuidar especificamente das crianças que foram entregues. Para as mães que optaram pela entrega, essa decisão foi percebida

como a única opção viável e a melhor escolha para o bem-estar de suas crianças, considerando o contexto em que estavam inseridas. De acordo com Faraj, Machado, Siqueira e Campeol (2017) têm destacado a presença de angústia, isolamento e desafios na formação de relações afetivas duradouras ao longo da vida dessas mulheres que entregaram seus filhos para adoção.

Motta (2015), ressalta que fazer a escolha antes do nascimento da criança contribui para o momento do afastamento, já que a ligação entre a mãe e a criança começa a ser formada já na gravidez e em alguns casos se desenvolvem um laço maior no momento do nascimento. Com a decisão antecipada essa mãe poderá não se vincular tanto ao filho afetivamente facilitando o afastamento ente os sentimentos e assim elaborar melhor a fase de luto antecipatório.

Ainda de acordo com Motta (2015) entre os piores sofrimentos sentidos pelas mães que entregam seus filhos, está o fato de que após a entrega a mãe biológica não possui autorização para ver a criança e muito menos para solicitar qualquer informação referente a mesma, essa falta de informação pode causar angústia e desencadear dificuldades em seguir a vida. Algumas têm problemas para cuidar dos novos filhos, tornando-se mães afetivamente distantes ou superprotetoras. Outras evitam ter um relacionamento amoroso, sentindo-se culpadas e temendo o preconceito que possa vir a sofrer pelo novo companheiro, caso este descubra a entrega da criança.

4. DISCUSSÃO

Acerca dos fatores emocionais e sociais envolvidos na entrega de crianças para adoção nota-se que há uma certa unanimidade entre os autores, para Wille e Maffei (2014) as mães entregam seus filhos a adoção por lhes faltar patrimônio emocional e estrutura familiar adequada, em afirmação a essa ideia estão os resultados das pesquisas realizadas por Mello e Dias (2013) onde verificou-se que as principais motivações de entrega de crianças a adoção são a crença de que outra pessoa poderá cuidar melhor da criança, a imaturidade e a falta de condições financeiras. Em suas pesquisas Jones (1993 citado por Motta, 2015 p.72) constatou que “além da pouca idade, da falta de condições econômicas e/ ou sociais, um dos fatores que mais influenciam as mães a entregarem seus filhos em adoção tem sido o julgamento dos outros.”

Leão et al (2014) afirma que o processo de entrega de crianças ainda hoje é dotado de julgamentos, preconceitos e estigmatizações. Sobre o assunto, Siqueira e Faraj (2020) concordam ao relatarem o preconceito social que pode ocorrer de forma camuflada ou ainda escancarada o que pode ser observado quando há a insistência de profissionais de saúde em fazer com que mães mudem de ideia.

Essa intromissão fica explícita nas falas de Bowlby (1988, apud Motta, 2015, p.58), quando o mesmo relata que há um envolvimento inadequado e indesejável de alguns profissionais no processo de entrega e adoção: Cabe ainda ampliar esta compreensão, quando levamos em conta que este preconceito pode abranger uma parcela maior da sociedade e estar imbricado em muitos contextos ao redor dessa mulher que entrega o filho para adoção.

Conforme Motta (2015), a decisão de entregar um filho para adoção representa uma das escolhas mais angustiantes que alguém pode enfrentar. Em muitos casos, essa decisão está permeada por sentimentos de ambivalência, conflito interno e profunda angústia emocional. As mães frequentemente vivenciam uma divisão interna entre o desejo de proporcionar um futuro melhor para a criança e o temor da separação.

Motta (2015) também destaca que a entrega de um filho para adoção resulta em uma perda significativa para a mãe biológica. Mesmo quando a decisão é tomada de maneira consciente e voluntária, é comum que essas mães atravessem um processo de luto. Vale ressaltar que, embora a entrega seja considerada voluntária, muitas dessas mulheres sentem que era a única opção viável dadas as circunstâncias enfrentadas. O luto experimentado por mães que entregam seus filhos para adoção é um luto que, socialmente, não recebe autorização ou reconhecimento, pois refere-se à perda de um filho cujo paradeiro e situação a mãe nunca terá conhecimento, nem mesmo se ele está vivo ou morto. É frequente que muitos não reconheçam o legítimo direito das mães biológicas de passarem pelo processo de luto. Além disso, o processo de adoção frequentemente é percebido predominantemente como a construção dos vínculos entre os pais adotivos e a criança, com pouca consideração pela etapa anterior, que é a separação que envolve a mãe biológica e a criança. No entanto, é crucial lembrar que antes de qualquer formação de vínculo, há uma dolorosa separação, sem a qual o processo de adoção não teria início.

O processo de adoção representa uma mudança significativa e o desconhecido muitas vezes gera ansiedade. “A entrega de uma criança cria conflitos e conduz a dificuldades interpessoais, sentimentos de perda e depressão” (MOTTA, 2015 p. 101). As mães biológicas podem experimentar ansiedade devido ao estigma social associado à adoção, o medo de serem julgadas ou estigmatizadas por sua escolha. Essas pressões sociais podem afetar profundamente o bem-estar emocional e a saúde mental dessa mulher. O apoio emocional, a orientação profissional e o acesso a recursos de suporte desempenham um papel vital na mitigação desses fatores de ansiedade.

Compreende-se que a entrega de um filho, sem a devida preparação prévia e acompanhamento posterior adequado, pode resultar em um processo carente de elaboração emocional, o que, por sua vez, tem o potencial de causar um impacto altamente prejudicial na saúde física e psíquica da mulher. Além disso, essa falta de preparação e apoio adequado pode levar a atitudes e comportamentos que são prejudiciais tanto para a mãe biológica quanto para a criança adotada, afetando a integração bem-sucedida no processo de adoção.

Considerar a história de saúde mental das mães é de suma importância pois aquelas que já enfrentam desafios emocionais podem estar mais propensas a experienciar ansiedade durante o processo de entrega para a adoção. Além disso, a falta de informações claras sobre o processo, os direitos legais e as opções disponíveis podem gerar um ambiente de incerteza que contribui para a ansiedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar a presente pesquisa, ficou evidente que, ao se tratar da entrega do filho para a adoção, na perspectiva das mães biológicas, são vários os motivos que exercem influência sobre essa decisão. Entre os principais motivos se encontram a influência ou falta de apoio da sociedade, familiares e do parceiro, a condição econômica e o passado que muitas vezes é marcado por abandonos afetivos que levam as mesmas a crerem que não são capazes de ser mãe.

Os motivos não se caracterizam apenas nos aspectos sociais, mas também podem ser inconscientes, como a história de vida dessa mãe e a forma de criação da mesma. A entrega produz não apenas impactos momentâneos, mas sim persistentes na vida dessas mulheres. Por mais que existam leis que amparem essa prática da entrega para a adoção, pode-se constatar que ainda pairam na sociedade olhares de preconceito, subjugação e desrespeito em relação à mãe que toma a decisão de entregar seu filho para adoção, perfazendo-se no desmerecimento social que a mesma vem a sofrer. Desse modo, constata-se a necessidade de uma atenção específica no cuidado dessa mãe, considerando a atuação de um acompanhamento psicológico, e a constituição de políticas públicas a fim de assistir a essas mulheres.

Desse modo, sugere-se que essas mães recebam um cuidado especializado, pois, considera-se que o ato de entregar um filho para a adoção envolve vários fatores (sendo estes de cunho social, econômico, emocional e ou psicológicos), que precisam ser considerados para que possa se pensar em um projeto político para amparar essas mães que se encontram abandonadas pela sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. M. de. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação – 10. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

BARBOSA, A. P. da S. Mulher-monstro: violência contra a mulher que entrega o filho em adoção e a Lei 12.010/09. In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas, n.2, 2011. Londrina. Anais... Londrina 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Ana%20Paula.pdf>. Acesso em: 06/08/2023

BRASIL. Decreto-Lei n.º 8069-90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 29/06/2023.

BRASIL. Lei n 6.697, de 10 de outubro de 1979. Intitulado código do menor. Revogada pela lei n 8069/90. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19701979/L6697.htm >. Acesso em: 07/06/2023.

FARAJ, S. P.; MACHADO, M. S.; SIQUEIRA, A. C.; CAMPEOL, Â. R. “Doeu muito em mim!” Vivência da entrega de um filho para adoção na visão de mães doadoras. Estudos e Pesquisa em Psicologia, vol.17, n.2. 2017. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/37127/26221>. Acesso em: 07/07/2023.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

FONSECA, C. Mães “abandonantes”: Fragmentos de uma história silenciada. Revista Estudos Feministas, 2012, 13-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100002> Acesso em 30/06/2023.

GALVÃO, M. C. B. O levantamento bibliográfico e a pesquisa científica. Fundamentos de Epidemiologia. Tradução. Barueri: Manole, 2011.

GAÚCHA, Z. H. IBDFAM - Instituto Brasileiro de Direito da Família. Entregas voluntárias de bebês para adoção cresceram entre 2020 e 2022 no Brasil, 2023. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/10887/Entregas+volunt%C3%A1rias+de+beb%C3%AAs+para+ado%C3%A7%C3%A3o+cresceram+entre+2020+e+2022+no+Brasil#:~:text=Segundo%20o%20CNJ%2C%20em%202020,ocorreram%20596%20entregas%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 10/08/2023

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IOTTI, C. L. Mães invisíveis: fatores psicossociais que levam mulheres a entregarem os filhos para adoção. Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, vol.5, n.9, 2020.

MPPR. Lei da entrega voluntária para adoção beneficia crianças e mães biológicas. MPPR Ministério Público do Paraná. 2021. Disponível em: <https://mppr.mp.br/2021/01/23315,10/Lei-da-entrega-voluntaria-para-adocao-beneficia-criancas-e-maes-biologicas.html>. Acesso em: 01/07/2023.

KOHN, P. A.; STEFFENS, S. R. O outro lado da adoção: a perspectivas das mães biológicas diante da entrega do filho para adoção. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste. 2018.

LEÃO, F. E.; MARTINS, B. M. C.; FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A.; SANTOS, S. S. Mulheres que entregam seus filhos para adoção: um estudo documental. Revista Subjetividade, vol.14, n.2, p.276-283. 2014.

LEÃO, L. C. S.; SILVA, C. G. C.; SERRANO, S. A. A entrega de um filho em adoção e as vicissitudes de ser mãe. *Psicología para América Latina*, 2012, 23, 28-46

LEITE, H. Ter um filho e entrega-lo a adoção não é crime e pode ser uma lição de amor. *Correio Braziliense*. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/04/05/inter na_cidadesdf,586200/ter-um-filho-e-entrega-lo-a-adocao-nao-e-crimeeeumalicaodeamor.shtml. Acesso em: 30/06/2023.

MELLO, I. S. P. B.; DIAS, C. M. S. B. Percepção de homens e mulheres acerca de quem entregam um filho para adoção. *Psicologia Ciências e Profissão*, vol. 21, n.3, p.76-83. 2003.

MENEZES, K. L. de. Discurso de mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes à doação. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2007.

MENEZES, K. L. de; DIAS, C. M. de S. B. Mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes à doação. *Revista Mal-estar e subjetividade*, Fortaleza/CE, vol.11, n.13, p.935-965. 2011.

MOTTA, M. A. P. Mães Abandonadas: A entrega de um filho em adoção. Editora Cortez, 4ªed. São Paulo, 2015, 348p.

MOURA, S. M. S. R.; ARAUJO, M. de F. A Maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília/DF, vol.24, n.1, p.44-55. 2004.

SIQUEIRA, A. C.; FARAJ, S. P. Pesquisa com mulheres que entregam seus filhos para adoção: Relato de experiência. *Revista de Psicologia Imed*, Passo Fundo/RS, vol.12, n.1, p. 133-147. 2020.

SOEJIMA, C. S.; WEBER, L. N. D. O que leva uma mãe a abandonar um filho?. *Revista Aletheia*, p.174-187. 2008.

VALENTIM, G. V. R. da S.; CORTEZ, A. F. L. Mães que entregam os filhos para adoção: Uma reflexão sobre o mito do amor materno. *18ºRedor*, Recife/PE, p.791-806. 2014.

WILLE, M. F. N.; MAFFEI, A. M. Mães que entregam seus filhos para adoção. *Anais I Mostra de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da FSG*, vol.1, n.1, p. 370-394. 2014.

Capítulo 4



10.37423/231008325

LEITURAS DE NARRATIVAS SOBRE A PRÁTICA CORPORAL NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DO DOMÍNIO PRESENCIAL À GERAÇÃO DIGITAL

Ana Paula de Alcantara Assis

Universidade do Estado do rio de Janeiro



Resumo: O presente artigo teve como objetivo associar narrativas de formação de professores de Educação Física, nas suas diferentes modalidades, buscando, nesse contexto, através de suas memórias, conhecer suas vivências sobre a prática corporal e sua importância ao longo desse processo. No que concerne às estratégias metodológicas, optou-se pela realização de entrevistas narrativas, com o intuito de analisar as memórias autobiográficas desses docentes, graduados nas modalidades presencial e a distância, como um dos "fios" utilizados para tecer esse texto, buscando entrelaçá-los com o meu olhar acerca da formação desse profissional, à luz da prática corporal dos sujeitos da pesquisa. Sustentando esta pesquisa, estão os estudos desenvolvidos por Pimenta (2017), Kotre (1997) e Nora (1993), entre outros, ressaltando a temática da memória para ressignificar a presença das diferentes perspectivas sobre a prática corporal nesse processo de formação, com base nas experiências vivenciadas nas universidades e consideradas por esses sujeitos como mais importantes para tornarem-se professores.

Palavras-chave: Narrativas autobiográficas. Formação docente. Educação Física. Prática corporal.

INTRODUÇÃO

O meu interesse neste objeto de estudo floresceu a partir da minha história de vida como aluna do curso de licenciatura em Educação Física, formada em 1996, em uma Universidade particular do Rio de Janeiro e pelo desejo em compreender como o tornar-se professor dessa disciplina, saindo de um curso presencial que tradicionalmente enfatizava a prática corporal e que atualmente possibilita essa formação acadêmica em cursos na modalidade a distância; e possibilitar, um olhar, por outro ângulo, sobre esse processo de formação. Além disso, justifico este estudo pela via da importância histórica e social que as lembranças têm sobre o trabalho docente, principalmente sobre essa formação, que vem atravessando grandes mudanças nos últimos anos, entre elas, a expansão dos cursos de Licenciatura em Educação Física por meio da Educação a Distância, uma realidade que faz parte da rotina de diferentes instituições de ensino brasileiras.

Durante algum tempo, no caso do curso de Educação Física, a especificidade do objeto de estudo e trabalho desse campo, o movimento humano, parecia garantir a inviabilidade desta modalidade de ensino, pois, como afirma Bracht (1999), a especificidade da Educação Física está centrada no movimento e na sua relação com os conhecimentos do corpo. E, por isso, a presença física, através do movimento, seria condição fundamental para a formação dos futuros professores (QUARANTA, 2011).

Partindo-se das especificidades inerentes à disciplina em suas relações com o corpo e com o conhecimento sobre ele, o objetivo central desse estudo foi possível compreender, através de perspectivas autobiográficas, as repercussões da prática corporal nas experiências formativas desses professores, tanto na modalidade presencial, quanto a distância, considerando-se suas narrativas, seus olhares e ações durante a formação, caracterizando-os como seres que, em e através do movimento, tornaram-se professores, através de relatos de memórias de graduados e graduandos de Educação Física como um dos fios utilizados para tecer esse texto, buscando entrelaçá-los com o meu olhar acerca da formação desse profissional.

"Porque é afetiva e mágica, a memória não se acomoda a detalhes que a confortam; ela se alimenta de lembranças vagas, telescópicas, globais ou flutuantes, particulares ou simbólicas, sensível a todas as transferências, cenas, censura ou projeções. (NORA, 1993, p. 9)"

O CAMINHO METODOLÓGICO

Antes mesmo de dar início à discussão sobre as propostas deste estudo, é importante apresentar o caminho metodológico percorrido durante a realização da pesquisa que embasa esse artigo, costurados às narrativas dos sujeitos participantes.

No que concerne às estratégias metodológicas, optou-se pela realização de entrevistas narrativas para a produção e análise de memórias autobiográficas de professores de Educação Física, nas modalidades presencial e a distância, como um dos "fios" utilizados para tecer esse texto e buscando entrelaçá-los com o meu olhar sobre a formação desse profissional, à luz da prática corporal dos sujeitos da pesquisa.

A reunião de dados e informações foi dividida em três fases: escolha dos sujeitos e lugar da investigação; definição das questões da entrevista narrativa e análise do material, tirando nota de cada entrevista e levantando os temas predominantes em cada uma delas.

A partir daí, as informações fornecidas pelos sujeitos, através dos relatos escritos, receberam um tratamento sequencial, sendo evidenciados três momentos distintos para ordenação dos dados importantes para o objetivo do estudo. O primeiro foi uma espécie de registro geral, mantendo-se na íntegra o relato autobiográfico escrito pelos sujeitos. O segundo foi como uma ordem cronológica de cada trajetória, na qual se ordenaram as informações obtidas de cada sujeito, de acordo com os pontos fundamentais que corresponderam ao objetivo do estudo. E o terceiro, referiu-se ao agrupamento das informações fornecidas por cada um, a fim de identificar traços em comum, como também divergências na memória social dos sujeitos da pesquisa durante a graduação.

Por fim, após esse tratamento descritivo e contextual das memórias relatadas, deu-se a análise interpretativa desses relatos, ressaltando-se as evidências que motivaram as questões deste estudo, que se apoiou em uma abordagem qualitativa, abrindo espaços para uma investigação flexível e permitindo trabalhar com os relatos autobiográficos escritos.

AS ESCRITAS AUTOBIOGRÁFICAS COMO REFERENCIAL

“A submissão do *quando* ao *o quê* na memória autobiográfica é importante porque conduz ao verdadeiro interesse da memória propriamente dita: a criação de significado para o eu. Antes que possamos dar a experiência um lugar duradouro na memória, temos que decidir o que ela significa.” (KOTRE, 1997, p 93)

A escrita autobiográfica é uma maneira de escrever sobre o contexto de uma vida, ou sobre um breve instante de um evento particular e é sempre uma representação, um recontar, uma reconstrução particular da narrativa de um determinado sujeito. Para Clandinin e Connelly “existe uma linha muito sutil entre a escrita autobiográfica utilizada como textos de campo e a escrita utilizada como textos de pesquisa” (2011, p.144), portanto a escrita autobiográfica pode ser utilizada de diferentes formas, como, por exemplo, recordar os tempos no percurso de narrativas sobre sua experiência; memória da

aprendizagem dentro do espaço universitário; relação entre memória e corpo, seguindo o conceito de memória de Kotre (1997).

E memória, de acordo com Gondar (2005, p.18), não nos conduz a reconstruir o passado, mas sim a reconstruí-lo com base nas questões que nos fazemos, que fazemos a ele, questões que dizem mais de nós mesmos, de nossa perspectiva presente, que do frescor dos acontecimentos passados.

A riqueza de possibilidades que carregam as memórias autobiográficas torna "possível averiguar, conhecer e se aproximar de distintos olhares e percepções, subjetividades e tendências, perspectivas e sensibilidades que entre mostram, escondem, compartilham e elucidam, diferentes pontos de vista e de entendimento." (PIMENTA, p. 344).

Portanto, é por meio desse exercício de questionar-se sobre as vivências do passado que a memória se movimenta, reconstruindo o passado com base no olhar do presente e vislumbrando o futuro. Assim, a configuração da identidade docente acontece no movimento de rupturas e permanências da memória.

Desse modo, a opção pela narrativa autobiográfica da/na formação de professores de Educação Física, pode apresentar, segundo Souza (2006), a possibilidade de falar de si, dos sentidos e significados da experiência vivida, daquilo que realmente ficou em nossa memória, constituindo as lembranças em fonte significativa para a compreensão dos sentidos e percepções acerca dessa formação docente (NORA, 1993).

A EDUCAÇÃO FÍSICA E A FORMAÇÃO DAS NOVAS GERAÇÕES

Formar novas gerações, atividade necessária para a reprodução do campo da Educação Física, pode estar dando sinais de rompimento com uma de suas mais fortes tradições: a realização das práticas corporais, e tensionando o que até então parecia ser uma condição indispensável para sua existência. Tal afirmação pode ser embasada em dois momentos históricos diferentes: o primeiro foi a criação da Escola Nacional de Educação Física e Desporto, em 1939, vinculada à Universidade do Brasil, que com um caráter predominantemente técnico na formação, teve importância significativa para a constituição do que se conhece hoje dessa disciplina no país (MELO, 2007). O segundo momento ocorreu no ano 2005, com a criação do primeiro curso de formação de professores de Educação Física na modalidade a distância. Fato esse que dá início ao processo pedagógico mediado pelas tecnologias de informação e comunicação (TIC).

Se no primeiro momento a centralidade da formação estava na prática corporal, no segundo, a centralidade pode estar no saber sobre as práticas corporais.

Na EaD, faz-se necessário investigar como a prática corporal vem sendo desenvolvida, visto que essa nova formação incorpora a mediação por computadores e em espaço virtual, assumindo contornos distintos daqueles que tradicionalmente vinham sendo realizados. Mediação essa que pode estar acirrando as contradições e ambiguidades do campo no que tange essa formação. E, como os cursos nessa modalidade são ainda recentes, necessitam, além do tempo para se consolidarem e criarem experiências próprias, pesquisas que possam analisar seu desenvolvimento.

DESTRINCHANDO AS NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS

Neste momento, vamos considerar como experiências significativas aquelas que se relacionam com o fio-condutor da pesquisa, orientando a narrativa.

Sendo assim, para dar início às questões que ajudariam a analisar os relatos autobiográficos, os sujeitos foram questionados a respeito do motivo pelo qual o curso foi escolhido e que justificassem se o mesmo tivesse correspondido às expectativas.

Os resultados quanto às indagações iniciais revelaram que entre os graduados em cursos presenciais, os motivos pela escolha do Curso passam pela boa relação com as práticas corporais vivenciadas durante o período escolar, o gosto pela prática da atividade física, a paixão pelo esporte e, principalmente, por terem uma trajetória de ex-atletas.

Ao justificar se o curso atendeu ao desejado, as opiniões divergem, mas que têm em comum as expectativas sobre as aulas práticas, como se pode observar nos sujeitos a seguir:

“Sim, porque tive a oportunidade de ter estudado com ótimos profissionais que me incentivaram muito a seguir a carreira, além da estrutura da Universidade que era ótima para as aulas práticas.” (SUJEITO 1)

“Não, pois era muito voltado para a área de educação, deveria ser mais técnico.” (SUJEITO 2)

“Sim, porque os professores eram ótimos e aplicaram tudo que eu esperava aprender como atleta e professor.” (SUJEITO 3)

No caso de graduados em EaD, em sua maioria, além da influência das vivências escolares e do gosto pela atividade física, ou a experiência como ex-atletas, esteve presente a opção pela modalidade em função da flexibilidade de horário que a mesma oferece, mas que também divergem sobre seus anseios quanto ao que se esperava do curso:

“Sim, por causa da facilidade de horário.” (SUJEITO 4)

“Não, porque as matérias eram quase todas online e eu senti falta de ter mais prática e contato direto com os professores.” (SUJEITO 5)

Dando continuidade à investigação, pensando nas palavras de Kotre (1997, p.15) sobre “do que falam as lembranças e como falam” os sujeitos foram incentivados a contar suas memórias de quando estavam cursando a graduação em Educação Física.

“Gostava muito de todas as disciplinas práticas, algumas modalidades como o handebol por exemplo eu nunca tinha praticado antes de entrar na Universidade, mas com os excelentes professores que tive o privilégio de estudar, fiquei mais apaixonado ainda pelos esportes o que me levou a ser treinador durante um bom tempo de algumas modalidades, as aulas eram boas demais e exigia que todos os estudantes vivenciassem os desportos na prática, além de fazer eventos envolvendo as modalidades, fazíamos torneios com a comunidade Universitária e com os moradores das comunidades próximas à Universidade, essas vivências me ajudaram muito na minha formação.” (SUJEITO 1)

“Tive um excelente tutor ex militar que sabe de tudo um pouco e as aulas dele são sempre muito animadas o que empolga bastante a turma.” (SUJEITO 4)

“Eu tenho excelentes lembranças das minhas aulas práticas, com aquele monte de gente. Nossa, mas eu gostava demais quando fazia com o professor ali na hora dando jogos e brincadeiras pra gente. Mas, essas eram poucas vezes que aconteciam.” (SUJEITO 6)

“Lembranças fantásticas de um Campus lotado, onde conseguíamos aliar a teoria à prática.” (SUJEITO 7)

“Por ser ex-atleta, já tinha algum conhecimento sobre desporto, mas os encontros presenciais foram importantes para dar confiança e tirar suas dúvidas. (SUJEITO 8)

“As aulas eram muito boas, tínhamos que realmente saber desenvolver os esportes, a final na década de 1970 a educação física era bastante tecnicista. Mas na teoria não deixavam a desejar. Realmente peguei a época em que estudávamos muito para nos tornar um profissional competente. Não que hoje isso não aconteça, mas a cobrança é muito menor. Até hoje ainda faço muitas coisas para que a Educação Física seja algo que traga prazer e conhecimento.” (SUJEITO 9)

Analisando as narrativas dos sujeitos envolvidos, foi possível perceber que, fossem eles estudantes de um curso presencial ou EaD, em sua maioria, seus relatos envolveram alguma lembrança sobre a relevância de sua participação em atividades presenciais, envolvendo a prática corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção das narrativas de formação permitiu empreender uma viagem, na qual os sujeitos envolvidos nesta pesquisa iam reconstruindo parte de suas trajetórias formativas, relatando as experiências significativas:

“O narrador, ao relatar sua história, conta as experiências já dotadas de significação. Assim, seu relato se insere em um contexto explicativo de suas principais vivências, e a análise deste fará emergir o que foi aprendido e construído em termos de saberes, fazeres, conhecimentos e qualidades do narrador.” (JOSSO, 2004)

A análise das narrativas autobiográficas dos profissionais envolvidos na pesquisa, que foram baseadas nas experiências vivenciadas nas universidades, torna possível compreender que a prática corporal é de suma importância e deve ser parte constituinte do processo de formação de professores de Educação Física.

No que se refere aos cursos na modalidade a distância, a geração digital dessa formação docente, tem-se um contexto novo que provoca e tensiona quanto as suas ambiguidades, colocando em xeque sua tradição quanto à prática corporal, exigindo, novos saberes e novas práticas por parte dos agentes formadores em Educação Física e que, mesmo sendo desenvolvidas nos encontros presenciais que possibilitam vivências, segundo a percepção dos sujeitos da pesquisa, as mesmas não atendem suas expectativas e que, comparando suas falas, são inferiores às experiências vivenciadas pelo cursos presenciais.

É nesse cenário que surgem, como mostram os estudos de FIGUEIREDO (2010), outras possibilidades em construção de se compreender a Educação Física como área multidisciplinar que tematiza/aborda e enfatiza as atividades corporais em suas diferentes dimensões culturais, sociais e biológicas, extrapolando a questão da saúde.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Ana Paula de Alcantara. O Ensino Superior Brasileiro, o Discurso de Democratização de acesso e o seu rumo Mercantilista. Trabalho apresentado no X Seminário Internacional As Redes Educativas e as Tecnologias. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.
- BARRETO, R. G. Discursos, tecnologias, educação. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2009
- _____. Tecnologias e trabalho docente: entre políticas e práticas. Petrópolis, RJ: De Petrus et Alii, 2014.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Trad. Maria J. Alvarez; Sara B. dos Santos; Telmo M. Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRACHT, V. Educação Física e Ciência: cenas de um casamento (in)feliz. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1999.
- CHENÉ, Adele. A narrativa de formação e a formação de professores. In: NÓVOA, Antonio; FINGER, Mathias. (Orgs.). O método (auto)biográfico e a formação. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos/ Ministério da Saúde, 1988.
- CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. San Francisco: Jossey - Bass; 2000.
- COUCEIRO, Maria do Loreto Paiva. Processo de autoformação: uma produção singular de si-próprio. Monte de Caparica: Universidade Nova de Lisboa, 1992.
- FIGUEIREDO, Zenólia C. Experiências profissionais, identidades e formação docente em educação física. Revista Portuguesa de Educação, Lisboa, v. 23, n. 2, p. 153-171, 2010.
- GONDAR, J. O.; DODEBEI, V. (Org.) . O que é memória social?. 1. ed. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2005. v. 1.
- JOSSO, M. C. Experiências de vida e formação. São Paulo: Cortez, 2004.
- KOTRE, J. Luvas brancas: como criamos a nós mesmos através da memória. Tradução de Flávia Villas-Boas. São Paulo: Mandarim, 1997.
- LE GOFF, História e memória. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1990.
- MELO, V. A. A Educação Física e o Estado Novo (1937-1945): a Escola Nacional de Educação Física e Desportos. Lecturas Educación Física y Deportes, Buenos Aires, v. 11, n. 115 p. 1, 2007.
- NORA, Pierre. Entre memória e história. A problemática dos lugares. Proj. História, São Paulo, v. 10, p. 7-28, dez. 1993. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/12101> (Pierre Nora História: A problemática dos lugares - Tradução: Yara Aun Houry)
- PIMENTA, Jussara Santos, Vestígios autobiográficos na escrita de viagem: O “Diário de Bordo” (1934). Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)biográfica, v. 2, n. 5, p. 343-358, Bahia, maio/ago. 2017.

QUARANTA, A. M. Formação de professores de educação física na modalidade de educação a distância: experiência docente no estágio supervisionado. Florianópolis, Dissertação (Mestrado em Educação Física). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Educação Física, 2011.

SOUSA Filho, A. O ideal de universidade e sua missão. In: MOLL, J.; SEVEGNANI, P. Educação superior em debate: universidade e mundo do trabalho. V. 3 Brasília, DF, Inep, 2006. p.173-184.

VILLARD, Raquel & OLIVEIRA, Eloíza Gomes de. Tecnologia da Educação: uma perspectiva sócio-interacionista. Rio de Janeiro: Dunya, 2005.

VILLAÇA, N. Em pauta: corpo, globalização e novas tecnologias. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

Capítulo 5



10.37423/231008326

PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS: CORRELAÇÃO ENTRE VALORES OBTIDOS E PREDITOS DE MULHERES RESIDENTES NA COMUNIDADE DE SANTA CRUZ – RIO GRANDE DO NORTE

Ingrid Guerra Azevedo

Universidad Católica de Temuco

Diana Amélia de Freitas Medeiros

*Secretaria de Estado da Saúde Pública do
RN - SESAP/RN*

Erotides Tereza de Oliveira Damasceno Lucas

*Secretaria de Estado da Saúde Pública do
RN - SESAP/RN*

Francisco Assis Vieira Lima Júnior

*Centro Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN)*



Objetivo: Correlacionar os valores obtidos de pressões inspiratórias máximas (PIM) e pressões expiratórias máximas (PEM) em uma amostra de mulheres residentes na comunidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, com os valores preditos por Neder e colaboradores.

Métodos: Estudo observacional transversal, com mulheres de 41-80 anos, residentes de Santa Cruz (Brasil). As pressões respiratórias foram avaliados através de um manovacuômetro digital, de fabricação brasileira. Os valores foram correlacionados através da correlação de Pearson, pelo SPSS versão 22.0.

Resultados: Um total de 206 mulheres compuseram a amostra, com idade média de 59,9 anos ($\pm 11,4$), peso médio de aproximadamente 68 kg e índice de massa corpórea médio de 29 kg/m². Os valores médios obtidos de PIM e PEM foram de 132,66 e 198,31 cmH₂O, apresentando valores de r de 0,987 e 0,956 com os valores preditos, respectivamente.

Conclusão: Na amostra de mulheres residentes na comunidade de Santa Cruz, Nordeste do Brasil, as pressões respiratórias máximas obtidas apresentaram correlação muito forte com os valores preditos estabelecidos por Neder e colaboradores.

Palavras-chaves: Pressões Respiratórias Máximas; Músculos Respiratórios; Avaliação Respiratória.

INTRODUÇÃO

A força dos músculos respiratórios pode ser avaliada de diversas maneiras, e duas das abordagens comuns incluem as medidas estáticas¹⁻³, através das medidas de pressões respiratórias máximas, e a medida dinâmica, através de ventilação voluntária máxima¹.

Através das pressões respiratórias máximas a força dos músculos respiratórios é avaliada diretamente por meio de medidas estáticas das pressões geradas durante a respiração^{1,2}. Isso inclui a pressão inspiratória máxima (PIM) e a pressão expiratória máxima (PEM). A PIM é a pressão máxima gerada durante uma inspiração profunda, enquanto a PEM é a pressão máxima gerada durante uma expiração forçada¹. Essas medidas ajudam a avaliar a força dos músculos respiratórios, como o diafragma e os músculos intercostais^{1,2}.

A manobra dinâmica é realizada através da ventilação voluntária máxima¹, uma técnica que envolve uma série de respirações profundas e rápidas executadas pelo paciente. Isso permite avaliar a capacidade do sistema respiratório em gerar um fluxo aéreo máximo durante um esforço respiratório voluntário. Embora seja uma abordagem dinâmica, ela também oferece informações sobre a força dos músculos respiratórios¹.

Ambos os métodos são usados na avaliação da função dos músculos respiratórios e podem ser valiosos em diferentes contextos clínicos^{4,5}, como no monitoramento de pacientes com doenças respiratórias⁴, na avaliação da eficácia da ventilação mecânica⁵, ou nas diferentes faixas etárias^{3,6,7}. A escolha entre essas abordagens depende dos objetivos da avaliação e das condições clínicas específicas do paciente².

Neder et al. (1999)³ conduziram um estudo no qual avaliaram 100 indivíduos saudáveis, tanto do sexo masculino quanto feminino, com idades compreendidas entre 20 e 80 anos, no estado de São Paulo. Esses pesquisadores foram pioneiros ao desenvolver equações preditivas que consideram a influência do sexo e da idade na mensuração da PIM e PEM a partir de uma amostra da população brasileira, utilizando análise de regressão múltipla. Esse tipo de pesquisa é valioso para estabelecer valores de referência que podem ser utilizados na avaliação clínica da função dos músculos respiratórios em diferentes grupos etários e entre gêneros.

Considerando ser o Brasil um país de dimensões continentais, observam-se muitas diferenças antropométricas entre as populações das diferentes regiões brasileiras, o que pode interferir nos valores de pressões respiratórias máximas. Sendo assim, julga-se de extrema importância avaliar como os valores preditos por Neder e colaboradores³ se comportam para outras regiões do Brasil. Desta

forma, o objetivo deste estudo foi correlacionar os valores obtidos de PIM e PEM com os valores preditos por Neder et al. para uma amostra de mulheres residentes na comunidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo observacional transversal, com mulheres residentes na comunidade, idade de 41-80 anos, e foi desenvolvida na cidade de Santa Cruz/Rio Grande do Norte, localizada a 120km de Natal, capital do estado. A coleta dos dados foi realizada na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) e no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), ambos localizados no município de Santa Cruz e pertencentes à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O presente estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer n. 1.875.802, estando de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos receberam esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para serem incluídos no estudo.

Como critérios de inclusão, mulheres com idade entre 41-80 anos, residentes no município de Santa Cruz/RN, com capacidade de se deslocar até o local da avaliação e sem doença pulmonar prévia foram convidadas a participar do estudo. Foram considerados critérios de exclusão o fato de não completar todas as etapas do processo de avaliação ou desistência, mulheres com alterações motoras e/ou doenças degenerativas que impedissem a realização dos testes e com alterações cognitivas identificadas por 4 erros ou mais na Prova Cognitiva de Leganés⁸. Após a avaliação dos critérios de elegibilidade, 208 mulheres foram incluídas no protocolo do estudo.

As voluntárias responderam a um questionário com informações sobre hábitos de vida, número de filhos e foram avaliadas com relação ao peso e altura. Para a medida de peso (kg) foi utilizada uma balança de fabricação nacional (marca Welmy®, Modelo W100H) e estadiômetro para registro da altura (m), e ambas as variáveis foram utilizados para o cálculo do IMC (kg/m²).

A força dos músculos respiratórios, avaliada através das pressões respiratórias máximas, foi medida através de um manovacuômetro digital, da marca GlobalMed, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (MVD 300® -300 a +300 cmH₂O), com as voluntárias em posição sentada. Antes de cada teste, as participantes foram orientadas sobre os procedimentos, e os resultados obtidos foram avaliados nos seus valores absolutos. Para obtenção da força muscular expiratória, foi solicitado que elas realizassem uma inspiração máxima (próximo à capacidade pulmonar total - CPT) seguida de uma expiração

máxima (próxima ao volume residual - VR). Para obtenção da força muscular inspiratória, foi solicitado que realizem uma expiração máxima (próximo à VR), seguida de uma inspiração máxima (próximo a CPT) de acordo com o protocolo da American Thoracic Society e European Respiratory Society (ATS/ERS, 2002)⁹. Para cada avaliação, foi considerado o valor máximo obtido em no máximo cinco provas, desde que este valor não fosse superior a 10% entre as três melhores provas⁹.

Para o cálculo dos valores preditos, a equação de Neder e colaboradores¹, publicada em 1999, para a população brasileira feminina foi utilizada. Tal equação considera a idade no cálculo, sendo PIM: $y = -0,49(\text{idade}) + 110,4$ e PEM: $y = -0,61(\text{idade}) + 115,6$.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi desenvolvida através do software SPSS, versão 22.0 (SPSS, Chicago, IL, EUA). A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi realizada a estatística descritiva para todas as variáveis, sendo calculada a média e desvio padrão. Para o cálculo da correlação entre os valores preditos e absolutos foi empregado o teste de correlação de Pearson. Foi considerado um nível de significância de 95% e foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor de p foi inferior a 0,05.

RESULTADOS

Dos 208 indivíduos recrutados, dois foram excluídos por incapacidade de realizar os procedimentos, totalizando 206 voluntárias para a mostra.

A Tabela 1 caracteriza a amostra em relação aos dados antropométricos, além dos valores preditos e absolutos das pressões respiratórias máximas. A média de idade foi de aproximadamente 60 anos, com IMC médio de 29 kg/m².

A Tabela 2 apresenta a correlação entre os valores de PIM e PEM encontrados e aqueles preditos pelas equações propostas por Neder et al¹ para a população brasileira.

Tabela 1 – Características da amostra (n = 206)

Variáveis	Média	DP
Idade (anos)	59,97	11,42
Escolaridade (anos)	7,22	4,90
PIM (cmH2O)	107,89	46,65
PIM predito (cmH2O)	132,66	55,77
PEM (cmH2O)	198,31	30,32
PEM predito (cmH2O)	124,64	38,51
IMC (kg/m ²)	29,06	4,56
Peso	67,78	12,42
Número de filhos	4,66	3,41

n = números de participantes da amostra; DP = desvio padrão; cmH2O = centímetros de água, PIM = pressão inspiratória máxima; PEM = pressão expiratória máxima; IMC = índice de massa corpórea; kg/m² : quilograma por metro ao quadrado.

Tabela 2 – Correlação entre valores preditos e obtidos de pressões respiratórias máximas (n= 206)

Variáveis	PIM (cmH2O)		PEM (cmH2O)	
	r	Valor de p*	r	Valor de p*
PEM predito (cmH2O)	-	-	0,956	<0,0001
PIM predito (cmH2O)	0,987	<0,0001	-	-

n = números de participantes da amostra; DP = desvio padrão; cmH2O = centímetros de água, PIM = pressão inspiratória máxima; PEM = pressão expiratória máxima.

DISCUSSÃO

Os valores encontrados de PIM e PEM para a amostra de mulheres do município de Santa Cruz se correlacionaram fortemente quando foram comparados aos valores preditos pelas equações

propostas por Neder et al.¹ Desta forma, as equações propostas foram capazes de prever os valores de PIM e PEM na população estudada.

Algumas semelhanças se fazem presentes em ambos protocolos. O protocolo que sugeriu os valores de predição dos valores utilizou a mesma metodologia que utilizamos em nosso estudo. O tipo de bocal, o número de manobras realizadas, o descanso entre as manobras e a posição corporal foram as mesmas em ambas as pesquisas, seguindo as recomendações das sociedades europeia de respiratória e da sociedade torácica americana⁸. Esses dados diminuem a variabilidade entre os valores obtidos e preditos para a amostra estudada.

Entretanto, as populações dos dois estudos apresentaram características diferentes. O estudo de Neder e colaboradores¹ foi realizado na região Sudeste do Brasil, com homens e mulheres, apresentando as 50 mulheres faixa etária entre 20-80 anos. Já a presente pesquisa foi realizada na região Nordeste do Brasil, com mulheres entre 41-80 anos, totalizando 206 sujeitos. Além disso, o estudo que propôs as equações preditivas fez uso de um manovacômetro analógico, quando utilizamos no nosso um manovacômetro digital. Outra diferença se trata sobre a classificação de saudável. O estudo de Neder aplicou provas de função pulmonar para certificar-se que os sujeitos não apresentavam comprometimento pulmonar, enquanto em nosso estudo nos utilizamos de autorrelato. Apesar das várias diferenças entre as populações dos dois estudos, os nossos resultados mostram correlação quase perfeita (aproximadamente 1,0) entre os valores preditos e absolutos de PIM e PEM na população estudada.

Outros autores compararam os valores preditos propostos em 1999 com valores obtidos para amostra realizada no Sudeste do Brasil. Parreira e colaboradores, em 2007¹⁰, estudaram 100 indivíduos (46 homens e 54 mulheres) saudáveis. Sendo assim, tanto o número de indivíduos como a faixa etária (20 a 80 anos) se assemelhou à amostra do estudo de Neder¹.

Porém, diferente dos nossos achados, os resultados do estudo de Parreira et al.¹⁰ encontraram que as equações propostas não foram capazes de prever os valores de PIM e PEM na população estudada no estado de Minas Gerais, Sudeste brasileiro. A *American Thoracic Society* e a *European Respiratory Society*⁹ observaram que a variação nos valores de PIM e PEM, conforme relatado por diferentes autores, provavelmente reflete diferenças entre os grupos de estudo e a forma como os testes foram conduzidos e mensurados. Essa variação nos resultados destaca a importância de padronizar os

procedimentos de teste e levar em consideração as características específicas dos grupos de pacientes ao avaliar a função dos músculos respiratórios, a fim de interpretar com precisão os resultados clínicos.

Outros estudos^{11,12} observaram que os valores das pressões respiratórias máximas podem apresentar variações com base na etnia da população estudada. Além disso, valores de normalidade e equações preditivas desenvolvidas para indivíduos de um país podem não ser aplicáveis a populações de outros países¹³. Parreira et al.¹⁰ também observaram que os valores de normalidade e as predições de PIM e PEM podem variar entre indivíduos dentro do mesmo país. Essa variabilidade pode ser influenciada por diversos fatores, como a genética, fatores ambientais, estilo de vida e características específicas dos grupos populacionais. Portanto, a consideração das diferenças étnicas e a avaliação individualizada são essenciais ao interpretar resultados de pressões respiratórias máximas na avaliação da função dos músculos respiratórios.

Nosso estudo apresenta limitações. A amostra incluiu apenas mulheres de uma faixa etária específica (41-80 anos), por fazer parte de um estudo maior.

Além disso, apenas mulheres foram incluídas, sugerindo novos estudos para ambos os gêneros. Apesar disso, os resultados desta pesquisa sugerem que os valores preditos para as pressões respiratórias máximas estipulados por Neder et al., para a população brasileira, se correlacionam fortemente aos valores absolutos obtidos nas mulheres do município de Santa Cruz – RN – Brasil.

CONCLUSÃO

Na amostra de mulheres residentes na comunidade de Santa Cruz, Nordeste do Brasil, as pressões respiratórias máximas obtidas apresentaram correlação muito forte com os valores preditos estabelecidos por Neder e colaboradores. Desta maneira, as equações propostas por Neder foram capazes de prever os valores obtidos da população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Neder JA, Andreoni S, Lerario MC, Nery LE. Reference values for lung function tests. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Braz J Med Biol Res* 1999; 32: 719-727.
2. Souza RB. Pressões respiratórias estáticas máximas. *J Pneumol*. 2002;28 Suppl 3:S155-65.
3. Black LF, Hyatt RE. Maximal respiratory pressures: normal values and relationship to age and sex. *Am Rev Respir Dis*. 1969;99(5):696-702
4. Park JH, Kang SW, Lee SC, Choi WA, Kim DH. How respiratory muscle strength correlates with cough capacity in patients with respiratory muscle weakness. *Yonsei Med J* 2010;51(3):7
5. Carlucci A, Ceriana P, Prinianakis G, Fanfulla F, Colombo R, Nava S. Determinants of weaning success in patients with prolonged mechanical ventilation. *Critical Care*. 2009 13 (3): R97
6. Silva AR, Conceição AM, Silva AC, Bernardes N, Marquezi ML, Aparecido JM. Equações de força muscular respiratória de crianças e adolescentes. *Enferm Foco*. 2022;13:e-202234ESP1.
7. Verma R, Chiang J, Qian H, Amin R. Maximal static respiratory and sniff pressures in healthy children. a systematic review and meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2019;16(4):478-87.
8. De Yébenes MJ, Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Sánchez-Sánchez F, Del Ser T. Validation of a short cognitive tool for the screening of dementia in elderly people with low educational level. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Oct;18(10):925-36. doi: 10.1002/gps.947. PMID: 14533125.
9. American Thoracic Society-ATS. European respiratory society-ERS. Statement on respiratory muscle testing. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2002; 166,518–624.
10. Parreira VF, França DC, Zampa CC, Fonseca MM, Tomich GM, Britto RR. Pressões respiratórias máximas: valores encontrados e preditos em indivíduos saudáveis. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(5):361-8.
11. Evans JA, Whitelaw WA. The assessment of maximal respiratory mouth pressures in adults. *Respir Care*. 2009;54(10):1348 - 59.
12. Leal AH, Hamasaki TA, Jamami M, Di Lorenzo VAP, Pessoa BV. Comparação entre valores de força muscular respiratória medidos e previstos por diferentes equações. *Fisioter Pesqui*. 2007;14(3):25-30.
13. Nascimento RA, Campos TF, Melo JBC, Borja RO, Freitas DA, Mendonca KMPP. Obtained and predicted values for maximal respiratory pressures of Brazilian children. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano (Impresso)*. 2012; 22:166-172.

Capítulo 6



10.37423/231008327

EFEITOS DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO MÚSCULO DIAFRAGMA NA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, MOBILIDADE DIAFRAGMÁTICA E FUNÇÃO PULMONAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

JÉSSICA KAMYLLA NASCIMENTO OLIVEIRA

Centro Universitário Facex - UNIFACEX

RAFAELA DE MELO CONSTANTINO

Centro Universitário Facex - UNIFACEX

INGRID GUERRA AZEVEDO

Universidad Católica de Temuco

DIANA AMÉLIA DE FREITAS MEDEIROS

Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN - SESAP/RN



Resumo: **INTRODUÇÃO:** O diafragma é o principal músculo que auxilia na respiração e o uso da técnica de liberação miofascial tem sido estudada a respeito dos seus aspectos fisiológicos. **OBJETIVO:** O estudo teve por finalidade identificar as evidências da eficácia da técnica de liberação miofascial diafragmática e seus benefícios para a função pulmonar. **MÉTODOS:** O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática. Foram consultadas as bases de dados PUBMED, LILACS, PEDRO, SCIELO E MEDLINE. A pesquisa abrangeu estudos de 2005 a 2020 publicados na língua portuguesa e inglesa. **RESULTADOS:** Três artigos foram incluídos na revisão. A conduta fisioterapêutica foi considerada benéfica, sendo observada melhora da excursão diafragmática, aumento da mobilidade da parede torácica e flexibilidade da musculatura posterior de tronco. **CONCLUSÃO:** A liberação miofascial diafragmática pode contribuir na excursão, mobilidade diafragmática, assim como, na capacidade inspiratória de forma aguda em pacientes com DPOC.

Palavras-chave: Diafragma; Fisioterapia; Fásia; Músculo; Teste de função respiratória; Terapia manual.

1 INTRODUÇÃO

A respiração fisiológica, sendo um mecanismo sincronizado e autônomo e que envolve toda dinâmica de estruturas e tecidos envolvidos nas trocas metabólicas de gases, é um evento fundamental na manutenção da vida. Dentre essas estruturas, o mecanismo de posicionamento da fáscia muscular é fator essencial para manutenção da mobilidade da caixa torácica e elementos adjacentes. A fáscia é um tecido conjuntivo conectivo que tem característica densa, e se encontra diretamente interligada aos músculos, ossos, vasos sanguíneos, órgãos, células do corpo e nervos, tendo como principal função a transferência de força tensional que recobre e liga estruturas corporais, como por exemplo, o diafragma (MARTINS, PEREIRA e FELICIO, 2019).

O músculo diafragma é uma estrutura musculotendínea com aspecto de cúpula que é muito fina (2–4 mm) e côncava na região inferior e dissocia o tórax do abdômen (BORDONI, 2013), mantendo sua influência sobre a função respiratória e sobre a postura corporal exercida pelo indivíduo. A atividade da membrana diafragmática pode auxiliar na estabilização mecânica do tronco juntamente com a manutenção simultânea da ventilação pulmonar (KOLAR et al., 2010).

O diafragma auxilia a atividade respiratória por meio de suas contrações musculares, sendo o principal músculo respiratório. Ele contribui com vários mecanismos, como expectoração, vômito, deglutição, micção e defecação. Torna mais fácil o retorno venoso e linfático e auxilia no bom funcionamento visceral superior e inferior ao diafragma (BORDONI et al., 2016).

As técnicas de liberação miofascial diafragmáticas mobilizam os tecidos miofasciais. Alguns protocolos dessa técnica consideram o corpo humano como algo integral e ininterrupto (HURTADO, 2019; ROCHA, 2013), defendendo que a técnica de liberação diafragmática é capaz de promover benefício no sistema respiratório e na sua biomecânica, além de reduzir as compressões do músculo diafragma.

A literatura já demonstra que a técnica de liberação miofascial pode proporcionar aumento das pressões respiratórias máximas (NOVAES, SANCHEZ e SANCHEZ, 2013), principalmente na fase expiratória (JAMAMI, 1999). Além disso, essa técnica atua em qualquer tratamento visceral como uma bomba hemodinâmica na circulação, melhorando a troca do sangue venoso pelo arterial (NOVAES, SANCHEZ, SANCHEZ, 2013).

Para realizar a técnica o terapeuta com ambas as mãos movimenta os pontos de contato durante a inspiração do paciente, no sentido cefálico e levemente lateral, observando o deslocamento e a elevação das costelas. Na fase da expiração, o contato manual adentra em direção à face interna

costal, mantendo a resistência exercida na fase inspiratória. Nos ciclos respiratórios seguintes, busca o ganho suave em tração e aumento no aprofundamento dos contatos (ROCHA, 2013).

Uma vez que há uma carência de estudos na área e levando em consideração os possíveis benefícios causados pela técnica de liberação diafragmática, esse estudo teve o objetivo de analisar as evidências da eficácia da liberação miofascial diafragmática e seus benefícios para a função respiratória. A terapia manual, por meio da liberação das fâscias presentes no músculo diafragma, é efetiva para expansão torácica, melhoria da mobilidade diafragmática e função pulmonar?

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática por meio de busca em bases de dados entre os meses de março e abril de 2020. Foram consultados manualmente artigos indexados nas bases de dados eletrônicos Pubmed, Lilacs, Pedro, Scielo e Medline. A pesquisa foi realizada na língua portuguesa e inglesa utilizando o cruzamento dos descritores “fisioterapia”, “terapia manual”, “teste de função respiratória”, “músculo”, “diafragma” e “fáscia”. Foram pesquisados estudos publicados nos últimos 15 anos.

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais e crossovers, que investigaram a eficácia e uso da técnica de liberação miofascial em amostras formadas por pacientes saudáveis e/ou com doenças respiratórias, adultos jovens e idosos de ambos os sexos. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos com abordagem medicamentosa ou cirúrgica, estudos sem intervenções fisioterapêuticas, resumos, opiniões de especialistas e teses.

Durante a pesquisa, dois revisores verificaram os artigos nas bases de dados e leram seus títulos e resumos para selecionar aqueles que condissessem com os critérios de elegibilidade. Foram eleitos para análise na íntegra apenas estudos que ambos os revisores consideraram como relevantes. Além disso, estudos duplicados foram considerados como uma única publicação.

2.1 SELEÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

As etapas de seleção dos estudos, avaliação por meio da escala Jadad e extração dos dados foram realizadas por dois autores de maneira individual, consultando um terceiro autor em situações de dúvidas e/ou divergências. Para a avaliação dos artigos considerou-se a adequação do desenho do estudo ao objetivo da pesquisa, qualidade dos relatórios, além do desenvolvimento e qualidade da intervenção.

A “Escala de Jadad” foi usada para análise da qualidade dos estudos. Essa escala é baseada em cinco perguntas que avaliam três aspectos dos ensaios clínicos: randomização, cegamento e descrição das perdas no seguimento. Apresenta um escore que varia de 0 a 5. Estudos com escore menor que 3 foram considerados com alto risco de viés e descartados (indica que o estudo possui baixa qualidade metodológica, comprometendo a validade dos resultados e gerando insegurança para adoção da terapia na prática clínica) (Silva et al, 2014).

3 RESULTADOS

A figura 1 descreve o fluxograma no qual se pode visualizar o processo de seleção dos artigos e o número de estudos encontrados de acordo com a pesquisa realizada nas bases de dados eletrônicas.

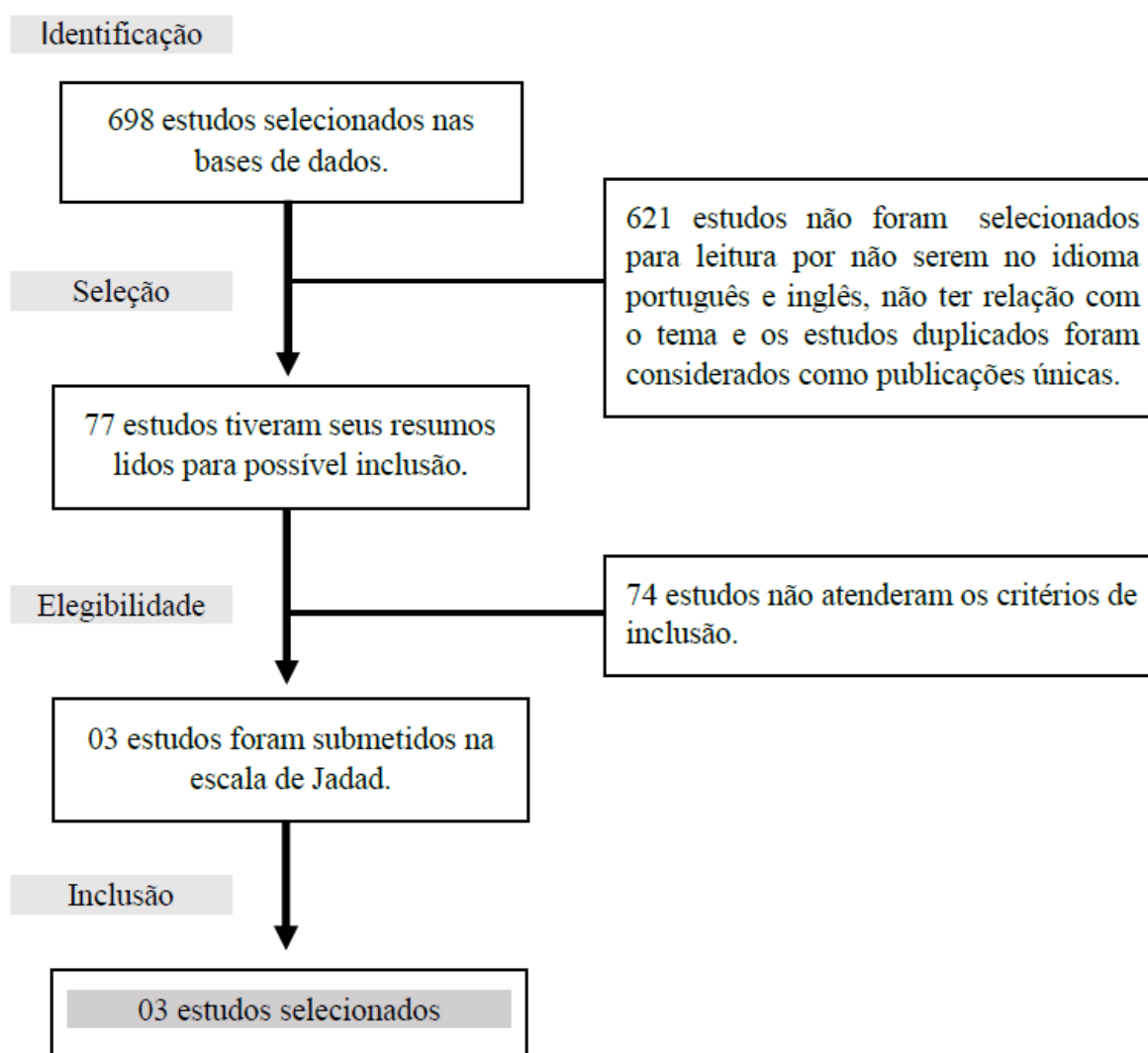


Figura 1- Fluxograma de busca e seleção dos estudos analisados na revisão.

Fonte: Modelo PRISMA 2009 Flow Diagram

A tabela 1 mostra o processo de avaliação dos artigos pela “Escala de Jadad”. Os três trabalhos da revisão, tiveram escores superiores a 3.

Tabela 1: Avaliação da qualidade dos estudos clínicos selecionados, de acordo com a escala de Jadad et al. (1996), Brasil, (2020).

Itens avaliados pela escala de Jadad	Estudos selecionados		
	Marizeiro et al., (2018).	Nair et al., (2019).	Rocha et al., (2015).
O estudo foi descrito como randomizado?	SIM	SIM	SIM
O estudo foi descrito como duplo-cego?	SIM	SIM	SIM
Houve descrição de exclusões e perdas?	SIM	SIM	SIM
O método para gerar a sequência de randomização foi descrito e apropriado?	SIM	SIM	SIM
O método de duplo- cego foi descrito e apropriado?	NÃO	SIM	NÃO
Pontos	4	5	4

Fonte: Jadad et al. Canadá, 1996.

As características e resultados dos estudos selecionados na revisão podem ser encontrados na tabela 2.

O tamanho amostral dos estudos variou de 20 a 75 participantes e a idade entre 18 a 68 anos, com prevalência do sexo feminino.

Os estudos de MARIZEIRO *et al.* (2018) e ROCHA *et al.*, (2015) foram desenvolvidos no Brasil e o estudo de NAIR *et al.*, (2019) foi elaborado na Índia.

Cada estudo selecionou uma categoria distinta entre os participantes. No caso do estudo de MARIZEIRO *et al.* (2018) optaram por mulheres sedentárias, pois a mecânica ventilatória entre os sexos é fisiologicamente diferente. Os estudos de NAIR *et al.*, (2019) e ROCHA *et al.*, (2015) selecionaram participantes de ambos os sexos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que apresentassem quadro leve ou estável da doença. O estudo de NAIR *et al.*, (2019) foi o único que teve a comparação de duas técnicas (alongamento do diafragma e liberação diafragmática).

MARIZEIRO *et al.* (2018) utilizou fita métrica para avaliar a mobilidade torácica, teste de sentar e alcançar com o banco para avaliar a flexibilidade muscular. A mobilidade da coluna vertebral foi

avaliada com um goniômetro e a força muscular respiratória foi avaliada com um manovacuômetro analógico na posição ortostática. Já no estudo de NAIR *et al.*, (2019) a excursão do diafragma foi avaliada por meio da ultrassonografia e a expansão torácica por fita métrica. O estudo de ROCHA *et al.*, (2015), por sua vez, usou o ultrassom para avaliar a mobilidade diafragmática, como também foi avaliada a capacidade de exercício com o teste de caminhada de 6 minutos de acordo com o *American Thoracic Society*, e os volumes da parede torácica e do abdome foram medidos por pletismografia optoeletrônica.

Tabela 2- Descrição das características e resultados dos estudos que envolvem os benefícios da técnica de liberação diafragmática.

Autor (ano)	Tipo de estudo	Objetivos	Amostra	Idade	Intervenção	Frequência e duração	Resultados
Marizeiro <i>et al.</i> , (2018).	Estudo controlado randomizado	Avaliar os efeitos imediatos da liberação diafragmática na flexibilidade muscular da cadeia posterior, amplitude de movimento da coluna lombar, força muscular respiratória e mobilidade da parede torácica em mulheres sedentárias.	75 participantes	18 a 35 anos.	O grupo experimental recebeu duas técnicas de liberação miofascial diafragmática e o relaxamento dos pilares do diafragma, que visa promover o alongamento rítmico das inserções do psoas e diafragma, essa manobra foi realizada por um minuto de cada lado. O grupo controle recebeu duas técnicas de placebo iguais a do grupo experimental, porém apenas foram realizados contatos com um leve toque na pele, mas sem aplicação de força.	Uma única sessão em ambos os grupos.	As técnicas de liberação manual do diafragma melhoraram significativamente a mobilidade da parede torácica imediatamente após a intervenção. As técnicas também melhoraram significativamente a flexibilidade muscular da cadeia posterior. Todos os movimentos exceto a flexão da coluna lombar aumentaram significativamente. Os efeitos sobre a força muscular respiratória não foram significativos.
Nair <i>et al.</i> , (2019).	Estudo crossover randomizado	Comparar os efeitos do alongamento diafragmático e da técnica de liberação manual do diafragma na excursão diafragmática em pacientes com DPOC.	20 Pacientes clinicamente estáveis com DPOC leve e moderado.	60 anos	A amostra foi dividida em grupos. O Grupo A foi submetido à técnica de alongamento diafragmático e o grupo B foi submetido à técnica de liberação manual do diafragma. Posteriormente, os pacientes do grupo A e do grupo B foram cruzados para o outro grupo.	2 séries de 10 respirações profundas com intervalo de 1 minuto entre as séries. As duas variáveis de resultados foram registradas imediatamente após a intervenção. Um período de <i>wash out</i> de 3 horas foi mantido para neutralizar o efeito de uma dada intervenção.	Na técnica de alongamento diafragmático, houve uma melhora estatisticamente significativa na excursão diafragmática antes e após o tratamento. Na técnica de liberação manual do diafragma, houve uma melhora significativa antes e após o tratamento. Não houve diferença na excursão diafragmática na comparação dos valores pós-intervenção de ambas as técnicas.
Rocha <i>et al.</i> , (2015).	Estudo controlado randomizado	Avaliar os efeitos da Técnica manual de liberação do diafragma sobre a função respiratória de pessoas com DPOC.	20 participantes	> 60 anos	Os participantes designados para o grupo experimental receberam a técnica de liberação manual do diafragma. No grupo controle, um protocolo simulado foi aplicado, mas o terapeuta manteve apenas um leve toque com os mesmos pontos de referência anatômicos, sem exercer pressão ou tração.	Os participantes receberam seis sessões, separados por 1 a 2 dias, durante um período de 2 semanas. A manobra foi realizada em dois conjuntos de 10 respirações profundas, com um intervalo de 1 minuto entre elas.	A técnica manual de liberação diafragmática trouxe resultados positivos na mobilidade diafragmática no qual produziu melhorias estatisticamente significativas na mobilidade diafragmática, teste de caminhada de 6 minutos e capacidade inspiratória em pessoas com DPOC. Benefícios imediatos, mas não cumulativos, foram também observados em capacidade vital, pressão expiratória máxima e na pressão inspiratória nasal. A melhora na mobilidade do diafragma mostrou correlação moderada com o volume durante as manobras de capacidade inspiratória.

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

A presente revisão encontrou evidências da efetividade do uso da técnica de liberação miofascial. Todos os estudos mostraram benefícios, no entanto, seus efeitos diferem um pouco quando se verifica o tipo de terapia manual realizada. Percebe-se que a liberação miofascial diafragmática tem sido usada com o objetivo de aumentar a mobilidade da parede torácica e flexibilidade da musculatura posterior de tronco (MARIZEIRO et al., 2018), melhora na excursão diafragmática após o tratamento (NAIR et al., 2019), e melhora da mobilidade diafragmática na qual mostrou relação moderada com o volume pulmonar durante as manobras de capacidade inspiratória (ROCHA et al., 2015).

Com relação à força muscular respiratória, o estudo de MARIZEIRO et al. (2018) não apontou diferença significativa entre o grupo controle e experimental, em contrapartida ROCHA et al. (2015) mostrou melhoras satisfatórias nos volumes respiratórios. Essa diferença pode estar relacionada com a característica dos participantes, visto que, MARIZEIRO et al. (2018) selecionou mulheres sedentárias que, no entanto, eram saudáveis em relação à condição pulmonar e os outros estudos incluíram participantes de ambos os sexos com DPOC estável.

Em concordância com as evidências mencionadas anteriormente, um estudo foi realizado utilizando um protocolo de intervenção que constituiu na realização do método de reeducação postural global (RPG) duas vezes por semana, durante 8 semanas, em uma população sedentária tendo como benefício aumento significativo na pressão respiratória máxima (MORENO et al, 2007). Vale ressaltar que esse estudo teve uma duração maior do tratamento (8 semanas), o que diferiu dos estudos incluídos da presente revisão, cujo período de duração da intervenção variou de um dia a duas semanas.

Quando nos referimos à posição do indivíduo durante a realização da avaliação das pressões respiratórias máximas, os resultados obtidos podem ser influenciados pelo seu posicionamento, que pode ser evidenciado no estudo de NOVAES; SANCHEZ; SANCHEZ, (2013) o qual avaliou a pressão respiratória na postura sentada antes e após a liberação diafragmática em jovens saudáveis. O estudo defende que o fato de as medidas serem realizadas na posição sentada pode influenciar na obtenção de maiores valores nas pressões respiratórias, uma vez que essa postura favorece a mecânica diafragmática.

Um estudo prévio avaliou os benefícios entre a liberação miofascial diafragmática e a realização de exercícios no incentivador respiratório em indivíduos saudáveis (VASCONCELOS et al., 2011). Esse

estudo encontrou resultados satisfatórios na pressão inspiratória máxima e expansibilidade torácica, porém no volume corrente somente o grupo que realizou a liberação miofascial diafragmática tiveram resultados significativos, assemelhando-se com os resultados obtidos na presente revisão, não sendo possível observar diferença relevante entre as técnicas de liberação diafragmática e incentivador respiratório.

Corroborando com os resultados da presente pesquisa, o estudo de MORENO et al. (2007) apresentou resultados satisfatórios quando avaliou o efeito do alongamento da musculatura respiratória pelo método de RPG em jovens sedentários do sexo masculino. Após 16 sessões encontraram benefícios significativos na expansibilidade torácica e mobilidade abdominal em todos os valores pós-intervenção.

Em um estudo piloto randomizado LEONÉS-MACÍAS et al. (2018), avaliaram os benefícios do alongamento diafragmático em pacientes asmáticos. De acordo com estes resultados o estudo mostrou a eficácia da técnica com resultado significativo na mobilidade e flexibilidade, com uma melhora na excursão subaxilar e da caixa torácica que corroboram com o nosso estudo.

GONZÁLEZ-ÁLVAREZ et al. (2016) e LEONÉS-MACÍAS et al. (2018) utilizaram técnicas semelhantes de alongamento diafragmático em indivíduos asmáticos e saudáveis respectivamente, obtendo resultados significativos em relação à mobilidade torácica após a técnica, mesmo tendo características diferentes entre os participantes.

Em um estudo realizado com o objetivo de avaliar a técnica de liberação diafragmática em indivíduos de ambos os sexos com quadro de lombalgia foi observado melhora significativa da dor e ganho de mobilidade em adultos jovens por meio da intervenção fisioterapêutica. Assim como os benefícios se mantiveram 7 dias após a aplicação da técnica (SOUSA et al., 2020)

Foi encontrada em outro estudo uma forte correlação da mobilidade diafragmática com a ventilação voluntária máxima em pacientes com DPOC, demonstrando que quanto maior a mobilidade diafragmática do paciente, melhor a sua capacidade de ventilar (ROCHA et al., 2016).

Corroborando com o assunto sabe-se que a musculatura do diafragma é o principal responsável pela mecânica respiratória, e que as técnicas de liberação miofascial voltadas a essa musculatura podem trazer benefícios significativos. No entanto, CARVALHO et al., (2008) utilizaram uma intervenção baseada na aplicação das técnicas manuais direcionadas à cadeia respiratória, capacidade funcional, pressões inspiratória e expiratória máximas e mobilidade do gradil costal em homens idosos saudáveis

e sedentários. O período de intervenção contemplou dez sessões com duração de 40 minutos cada, com uma frequência de três vezes por semana. Porém, os resultados não promoveram mudanças significativas. Isso pode ser devido ao fato de o protocolo utilizado ter priorizado técnicas direcionadas à musculatura acessória, tendo dado pouca atenção ao músculo diafragma.

Algumas limitações encontradas nos estudos evidenciaram que as medidas de resultados podem ter interferência com o tempo de exposição à técnica, tendo em vista que os estudos avaliaram apenas efeitos imediatos e não em longo prazo. Principalmente relacionado ao desfecho de força muscular respiratória. Apesar da relevância dos resultados, esta revisão foi restrita devido à escassez de dados existentes na literatura e pelo pequeno número amostral dos estudos incluídos. São necessários estudos futuros que visem à elaboração de protocolos de manejo clínico mais rigoroso, com um tamanho amostral amplo que envolva indivíduos com outras doenças respiratórias, com o tempo de intervenção maior, bem como avaliações a curto e longo prazo.

A presente revisão sistemática mostrou resultados positivos com a realização da técnica de liberação miofascial diafragmática, que pode ser aplicada durante a prática clínica de maneira simples, com baixo custo e sem a necessidade de utilizar equipamentos. Portanto, é um método seguro, bem tolerado, executado em uma posição confortável, como também possui um efeito significativo imediato. Algumas limitações precisam ser mencionadas, como a utilização do cruzamento entre alguns descritores, inclusão de apenas uma escala para avaliação da qualidade metodológica e uma triagem mais rigorosa quanto à seleção e exclusão dos estudos durante a pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Com esta revisão conclui-se que a liberação miofascial diafragmática pode ser favorável para contribuir na excursão, mobilidade diafragmática, assim como, na capacidade inspiratória de forma aguda em pacientes com DPOC. Não foram encontrados benefícios significativos em pacientes sem patologias pré-existentes.

REFERÊNCIAS

BORDONI, Bruno et al. Manual evaluation of the diaphragm muscle. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, [S.L.], v. 11, p. 1949-1956, ago. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/copd.s111634>.

BORDONI, Bruno; ZANIER. Anatomic connections of the diaphragm influence of respiration on the body system. *Journal Of Multidisciplinary Healthcare*, [S.L.], p. 281- 288, jul. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/jmdh.s45443>.

CARVALHO, Alan Pedrosa Viegas de et al. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Medicina Baseada em Evidências*, São Paulo, v. 1, n. 18, p. 38-44, 2013.

CARVALHO, Alberito Rodrigo de et al. Influência de técnicas manuais na força muscular respiratória, capacidade funcional e mobilidade do gradil costal de idosos. *Fitness & Performance Journal*, [S.L.], v. 7, n. 5, p. 338-344, 1 set. 2008. Colegio Brasileiro de Atividade Fisica Saude e Esporte (COBRASE). <http://dx.doi.org/10.3900/fpj.7.5.338.p>.

GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, Francisco J. et al. Effects of diaphragm stretching on posterior chain muscle kinematics and rib cage and abdominal excursion: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal Of Physical Therapy*, [S.L.], v.20, n.5, p.405-411, out.2016. FapUNIFESP(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0169>.

JAMAMI, Mauricio. Efeitos da Intervenção Fisioterápica na Reabilitação Pulmonar de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 6, n. 2, p. 140-153, 11.

KOLAR, P. et al. Stabilizing function of the diaphragm: dynamic mri and synchronized spirometric assessment. *Journal Of Applied Physiology*, [S.L.], v. 109, n. 4, p. 1064-1071, out. 2010. American Physiological Society. <http://dx.doi.org/10.1152/jappphysiol.01216.2009>.

LEONÉS-MACÍAS, Enrique et al. Effects of manual therapy on the diaphragm in asthmatic patients: a randomized pilot study. *International Journal Of Osteopathic Medicine*, [S.L.], v. 29, p. 26-31, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.07.006>.

MARIZEIRO, Débora Fortes et al. Immediate effects of diaphragmatic myofascial release on the physical and functional outcomes in sedentary women: a randomized placebo-controlled trial. *Journal Of Bodywork And Movement Therapies*, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 924-929, out. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.10.008>.

MARTÍNEZ-HURTADO, I. et al. Effects of diaphragmatic myofascial release on gastroesophageal reflux disease: a preliminary randomized controlled trial. *Scientific Reports*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-7, 13 maio 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-43799-y>.

MARTINS, Anna Paula; PEREIRA, Kamilla Prado; FELICIO, Lilian Ramiro. Evidências da técnica de liberação miofascial no tratamento fisioterapêutico: revisão sistemática. *Arquivos de Ciências do Esporte*, [S.L.], v.7, n.1, p.17, 31 jul. 2019. GaloaEventsProceedings. <http://dx.doi.org/10.17648/aces.v7n1.3504>.

MORENO, Marlene Aparecida et al. Efeito de um programa de alongamento muscular pelo método de Reeducação Postural Global sobre a força muscular respiratória e a mobilidade toracoabdominal de homens jovens sedentários. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 679-686, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132007000600011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000600011>.

NAIR, Aishwarya et al. Comparison of Diaphragmatic Stretch Technique and Manual Diaphragm Release Technique on Diaphragmatic Excursion in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a randomized crossover trial. *Pulmonary Medicine*, [S.L.], v. 2019, p. 1- 7, 3 jan. 2019. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/6364376>.

NOVAES, Priscila Alves. Medida das pressões respiratórias máximas em jovens saudáveis antes e após manobra de liberação DIAFRAGMÁTICA. *Revista Inspirar: movimento & saúde*, Rio Verde (Goiás), v. 5, n. 2, p. 1-5, jul. 2013.

ROCHA, Flávia Roberta et al. Diaphragmatic mobility: relationship with lung function, respiratory muscle strength, dyspnea, and physical activity in daily life in patients with copd. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.L.], v.43, n.1, p.32-37, fev.2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000097>.

ROCHA, Taciano Dias de Souza. Eficácia da técnica manual de liberação diafragmática na distribuição regional de volume da caixa torácica, Mobilidade do diafragma e função pulmonar de idosos Saudáveis e com dpoc: um ensaio clínico. 2013. Tese (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife 2013.

ROCHA, Taciano et al. The Manual Diaphragm Release Technique improves diaphragmatic mobility, inspiratory capacity and exercise capacity in people with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised trial. *Journal Of Physiotherapy*, [S.L.], v. 61, n. 4, p. 182- 189, out. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2015.08.009>.

SILVA, Vladimir Araujo da; LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da. Avaliação da qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 18, n. 50, p. 479-492, 1 ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0875>.

SOUSA, Juliana N de et al. Efetividade da técnica de liberação diafragmática na dor e limitação de movimento lombar em adultos jovens com lombalgia inespecífica. *Fisioterapia Brasil*, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 1-5, 17 abr. 2020. Atlantica Editora. <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v21i2.4018>.

VASCONSELOS, Samila Sousa et al. Estudo comparativo entre a técnica de liberação diafragmática e o uso de incentivador respiratório em indivíduos normais. *Revista de terapia manual: Posturologia*, Ceará, ano 2011, v. 9, ed. 46, p. 756-762, 6 set. 2011. Disponível em: <http://terapiamanual.net/> e <http://revistaterapiamanual.com.br>. Acesso em: 23 set. 2020.

Capítulo 7



10.37423/231008331

ATIVIDADES DE ARTE EM TERAPIA APLICADAS AO PÚBLICO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Júlia Gabriely Guedes de Souza

Universidade de Brasília

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

Universidade de Brasília

Janaina Meirelles Sousa

Universidade de Brasília



Resumo: Objetivo: analisar as evidências científicas acerca do uso das atividades de arte em terapia aplicadas ao público infantil em diferentes contextos. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, busca realizada em junho de 2023, nos seguintes bancos de dados: MEDLINE, LILACS, BDeInf, INDEX PSICOLOGIA, SciELO, CUIDEN, PsyINFO e PubMed. Os descritores ou palavras-chave foram os seguintes: Art Therapy OR Art psychotherapy OR Creative Art Therapy OR Expressive Art Therapy OR Therapeutic art OR Art-therapeutic AND Child AND Pediatrics que foram publicados em Português, Inglês ou Espanhol, entre os anos 2013 a maio de 2023.

Resultados: Dos 298 artigos encontrados, foram selecionados quinze após critérios de inclusão e de exclusão. A partir da avaliação dos textos, os artigos selecionados foram elencados em quatro categorias temáticas principais: Categoria 1 – Arte em terapia aplicada a eventos traumáticos infantis; Categoria 2 – Arte em terapia com crianças ou familiares no tratamento do tratamento do câncer; Categoria 3 - Arte em terapia aplicada a crianças com dificuldades emocionais, de comportamento e de socialização; Categoria 4 - Arte em terapia aplicada a crianças hospitalizadas sem câncer. **Conclusão:** As modalidades de arte em terapia podem ser aplicadas em diferentes idades e contextos e tem o potencial de facilitar a expressão de sentimentos e de emoções, melhora o funcionamento da vida, a duração do sono e dificuldades de controle emocionais e comportamentais diversos. Da mesma forma, ameniza sintomas negativos, como níveis de ansiedade, depressão, estresse e dor; ainda, quando utilizadas em entrevistas, colaboram com o maior número de informações fornecidas pelas crianças.

Palavras-chave: Arteterapia. Arteterapias criativas. Saúde mental. Infância. Criança.

INTRODUÇÃO

A infância é uma fase importante do desenvolvimento, que decorre, principalmente, da interação com o ambiente e com as pessoas que estão envolvidas. É nesse período que, de forma gradual, a criança adquire habilidades e conhecimento do mundo. Por meio do brincar, a imaginação e a criatividade são estimuladas, ajuda na compreensão de aspectos como a cooperação, o autocontrole e a negociação (NCPI, 2014).

Durante a infância, podem surgir algumas barreiras que impedem o pleno desenvolvimento da criança, tais como o adoecimento com necessidade de hospitalização ou não, traumas de diversas fontes, situações estressantes que afetam a rotina, privam da presença de pessoas conhecidas e, além disso, muitas vezes impedem o seu brincar (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Ao utilizar recursos artísticos e lúdicos, são favorecidos à criança momentos de descontração e de construção subjetiva (MAIA, 2022). As expressões artísticas possibilitam que elas se expressem de forma livre, autônoma e criativa, ajudando no desenvolvimento e crescimento pessoal, assim como na compreensão dos próprios sentimentos, sobre o mundo, sua identidade e imaginação (VALLADARES; SILVA, 2011).

Há inúmeras modalidades de arte em terapia e, dentro das diferentes modalidades artísticas terapêuticas e lúdicas oferecidas no contexto infantojuvenil, pode-se citar as atividades de Arteterapias criativas ou expressivas, de Arteterapia, Artepsicoterapia, Musicoterapia, Dançaterapia, diversas modalidades de arte, como o desenho, a contação de histórias, entre outras (VALLADARES-TORRES, 2021).

As Arteterapias criativas e/ou expressivas trabalham com várias abordagens de arte integradas: a Arteterapia — uso das artes plásticas no contexto terapêutico; a Musicoterapia — uso de instrumentos musicais e de sons no *setting* terapêutico; a Dançaterapia — uso da dança e de movimento corporais no contexto terapêutico; a dramaterapia — uso do teatro ou da dramatização no *setting* terapêutico. Já a artepsicoterapia engloba as atividades artísticas empregadas no contexto da psicoterapeuta (VALLADARES-TORRES, 2021).

A Arteterapia é uma prática terapêutica que perpassa vários saberes como a educação, saúde e a arte. Por meio dessa prática, é possível externalizar aquilo que não é expresso em palavras e favorece a exploração e comunicação de aspectos dos quais não somos conscientes (VALLADARES CARVALHO, 2005a). O uso da Arteterapia como técnica lúdica apresenta resultados positivos e pode contribuir com a melhoria de autoestima da criança, estimula a criatividade, a expressão emocional e ameniza os impactos negativos que a doença traz (VITAL et al., 2020). Na prática, a Arteterapia abrange desde o uso de artes como um complemento na terapia verbal até o envolvimento com arte sem análise verbal e várias gradações intermediárias (Westrhenen et al., 2019).

A Musicoterapia é um tipo de intervenção que utiliza os sons e seus elementos, para promoção de aprendizagem, aquisição de novas habilidades, além de ser aplicada como prevenção, reabilitação ou tratamento, buscando melhor qualidade de vida para o indivíduo. O paciente pode manifestar-se por meio da música, dos sons, do canto, do corpo e de instrumentos musicais. Essa intervenção possibilita a expressão de sentimentos e aprendizagem de novos comportamentos quando aplicada ao público infantojuvenil, pois utiliza elementos do brincar (ANJOS et al., 2017).

O desenho é uma modalidade que possibilita a representação gráfica de pensamentos e de sentimentos, além de ser um meio que permite à criança organizar informações, processar experiências vividas e facilitar a expressão em situações de estresse e de mudança (MENEZES; MORE; CRUZ, 2008). O desenho concretiza pensamentos, exercita a memória e é uma forma de comunicação que não pode ser camuflada, pois vem do inconsciente; os desenhos sinalizam as palavras que as crianças não podem ou não conseguem dizer e podem ser utilizados na Arteterapia (VALLADARES, CARVALHO, 2005a; 2005b).

A pintura permite dissolver as emoções; a modelagem é liberadora de tensão; a construção facilita o equilíbrio e a integração emocional. Já a criação de personagem favorece a elaboração de conteúdos inconscientes e a escrita criativa é um documentário de afetos (PHILIPPINI, 2018).

A contação de histórias está presente na cultura humana desde os tempos antigos e se integra no universo infantil. Ela favorece a assimilação de valores, de significados e de conhecimentos, auxilia no desenvolvimento infantil e estimula a participação da criança, por ela se identificar com a história que está sendo contada. Promove a diversão, o relaxamento, alívio da dor, do medo, da ansiedade e do estresse, mas também no vínculo entre ela e o contador, estabelecendo uma relação de confiança (Claudino; Carvalho; Sigaud, 2021).

Além de auxiliar na expressão de emoções e ser uma intervenção de baixo custo, o uso de modalidades artísticas e lúdicas com crianças reflete-se em importantes benefícios no enfrentamento de diversas situações que se tornam barreiras ao seu desenvolvimento. Auxilia na expressão de emoções, na interação com o ambiente e exerce um papel importante na mediação da comunicação com a criança e proporciona uma avaliação emocional mais fidedigna (CORREIO et al., 2022).

Diante disso, é muito importante a busca por estratégias no âmbito da saúde que ofereçam condições favoráveis para que a criança possa explorar, brincar e adquirir autonomia e responsabilidades diante do seu cuidado. É necessário proporcionar um ambiente no qual ela se sinta segura, mesmo diante das incertezas que o adoecimento acarreta (NCPI, 2014). Dessa forma, este estudo tem por objetivo analisar as evidências científicas acerca do uso das atividades de arte em terapia aplicadas ao público infantil em diferentes contextos.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Na construção desta revisão, foram adotadas as seguintes etapas: I) identificação do tema e formulação da questão norteadora; II) busca nas bases de dados; III) estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão; IV) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; V) avaliação dos estudos incluídos; VI) interpretação dos dados e apresentação da síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Esta revisão buscou identificar estudos, de caráter interventivo, publicados em periódicos e para a seleção dos artigos, utilizaram-se – por intermédio da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) – as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Index Psi Periódicos Técnico Científicos (INDEX PSI), *Scientific Electronic Library System Online* (SciELO) Fundação Index (CUIDEN), *America Psychological Association* (PsyINFO) e (*National Libray of Medicine National Institutes of Health* (PubMed).

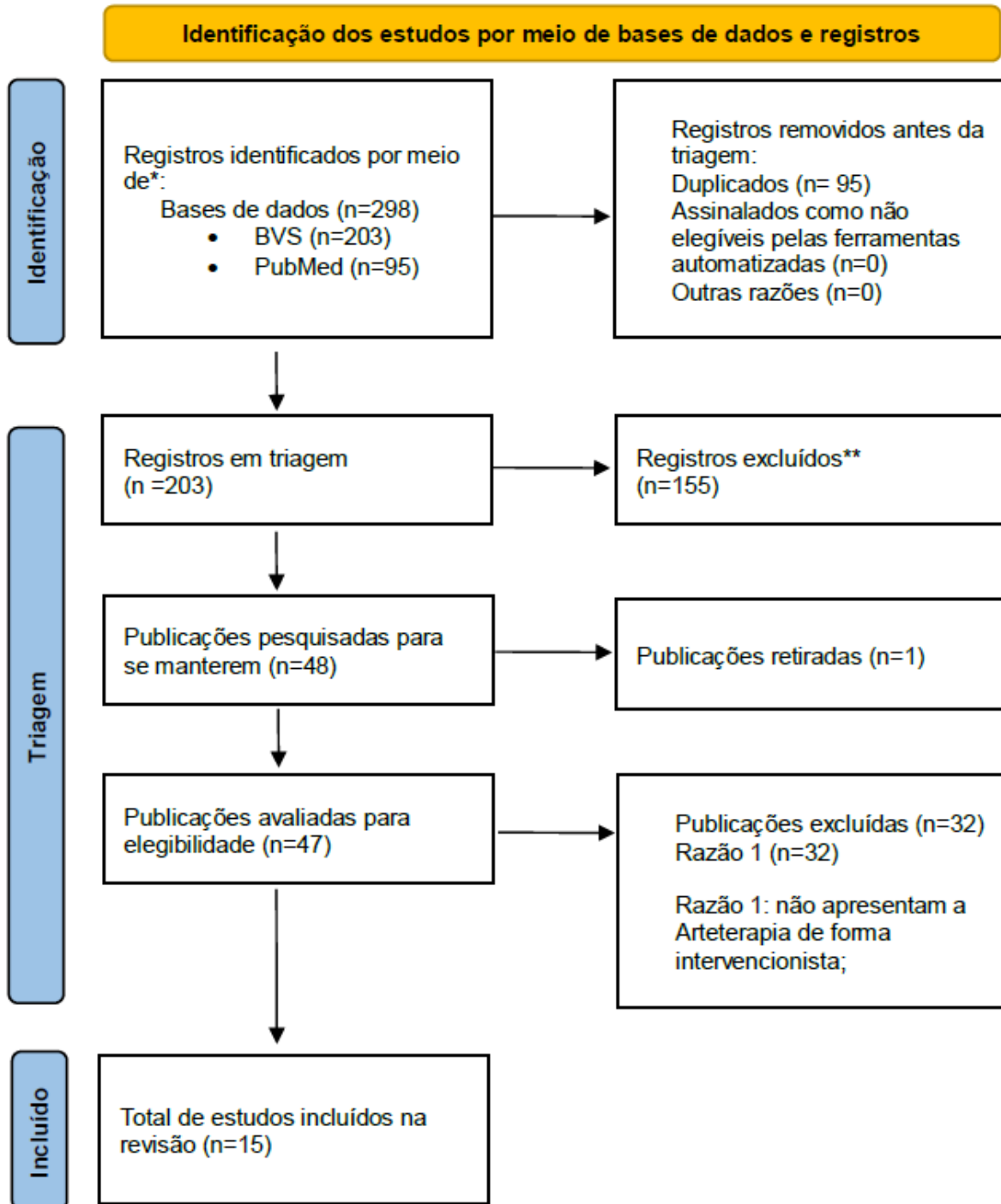
Para nortear a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais são as evidências científicas acerca do uso das atividades de arte em terapia aplicadas ao público infantil em diferentes contextos? Os descritores ou palavras-chave, de acordo com a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), designados para responder tal questão, foram os seguintes: Art Therapy// Art psychotherapy// Creative Art Therapy// Expressive Art Therapy// Therapeutic art// Art-therapeutic// Child// Pediatrics// Arteterapia// Terapia pela arte// PsicoArteterapia// Arteterapia criativa // Arteterapia expressiva e Criança. A busca foi realizada no mês de junho de 2023, por meio dos cruzamentos dos descritores anteriormente citados, utilizando os operadores Booleanos “AND” e “OR”.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra e disponíveis nas bases de dados eleitas para a pesquisa; estarem associados à temática e responderem à questão norteadora; e que tivessem sido publicados entre os anos 2013 a maio de 2023, nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol. Os critérios de exclusão foram: pesquisas do tipo monografias; estudos de caso, reflexões teóricas, resumos, dissertações, teses, livros, artigos de revisão da literatura e literatura cinzenta. Também foram eliminados os trabalhos em que houve a inclusão de outros grupos etários e com múltiplas intervenções de adesão, que não podem ser examinados isoladamente; artigos repetidos em mais de uma base indexadora foram computados uma única vez.

Para otimizar a seleção dos artigos de acordo com os critérios de elegibilidade, foi utilizada a plataforma Rayyan, uma ferramenta de arquivamento, de organização e de seleção de artigos. A partir da busca realizada, foram encontrados 298 artigos estudos e consideradas quinze referências para a revisão. Para ilustrar melhor a

construção da amostragem final, esquematizou-se um fluxograma, da Figura 1, sobre o processo da coleta de dados da presente revisão.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos adaptado do PRISMA. Brasília, DF, Brasil, 2023.



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Seguindo as etapas definidas, a análise completa foi realizada a partir de uma leitura crítica e detalhada do artigo completo, a fim de extrair dele os resultados e recomendações mais relevantes associadas à

aplicabilidade e resultados da Arteterapia com crianças. A fim de validar os objetivos propostos, a análise e a síntese dos dados foram construídas de maneira descritiva.

Quadro 1: Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados após avaliação inicial. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2023. (n=10)

Avaliação	PUBMED	SCIELO	BVS	CUIDEN	APA	Total
Produção encontrada	11	2	30	3	16	62
Não é artigo de pesquisa	0	0	1	0	0	1
Artigo de Revisão	1	1	2	2	0	6
Artigos que não respondem à questão norteadora ou não contempla o uso da Arteterapia em vítimas de violência como tema principal	8	1	12	1	0	21
Não estão disponíveis eletronicamente	0	0	5	0	16	21
Artigos repetidos	2	0	0	0	0	2
Produção encontrada	0	0	10	0	0	10

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Os artigos encontrados na pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão foram divididos de acordo com as bases de dados, conforme Quadro 1.

RESULTADOS

Dos 298 artigos encontrados, foram selecionados quinze após critérios de inclusão e de exclusão. No Quadro 2, a seguir, são apresentados, em ordem decrescente, os artigos selecionados para este estudo. Foi organizado contendo: numeração (A1-A15), título, autores, ano de publicação, periódico, objetivo principal e tipo de pesquisa dos textos avaliados nesta revisão.

Quadro 2: Artigos selecionados para compor o estudo, apresentados em ordem decrescente. Brasília, DF, 2023

Nº	Título/Autor/Ano/ Revista	Objetivo	Tipo de Pesquisa
A1	Creating a difference - a role for the arts in address sing child wellbeing in conflict-affected areas. M. Buser, Brännlund, E., Holt, N. J., Leeson, L., & Mytton, J (2023) <i>Arts & health</i>	Proporcionar, às crianças que vivem em áreas de conflito, oportunidades de expressão e de melhoria do bem-estar por meio das artes	Estudo intervencionista, com medidas qualitativas, envolvendo observações e entrevista semiestruturada
A2	Interactive media-based dance and art therapies as interventions for treating posttraumatic symptoms among school children with abduction experience. Ezeh, N. E., Iyendo, T. O., Ugwu, A. C., Agujiobi- Odoh, N., Okwuowulu, C., Ugwu, J. I., & Gever, V. C. (2023) <i>Journal of pediatric nursing</i>	Comparar a eficácia da dançaterapia e das arteterapias por meio de mídia interativa na redução dos sintomas de transtorno de estresse pós- traumático entre crianças em idade escolar	Ensaio Controlado Randomizado com o uso de um projeto quase experimental
A3	The effects of the activity of making jewelry from beads on the anxiety levels of children with cancer: a randomized controlled study. Günay, U., Sarman, A., Salman, U., & Yilmaz, A. S. (2022) <i>Journal of Pediatric Hematology/ Oncology Nursing</i>	Examinar os efeitos da confecção de bijuterias com miçangas sobre níveis de estado e traço de ansiedade de crianças com câncer	Estudo randomizado controlado
A4	Quality of life outcomes with creative arts therapy in children with cancer. Raybin, J. L.; Zhou, W.; Pan, Z.; Jankowski, C. (2022) <i>Journal of pediatric hematology/oncology nursing</i>	Avaliar a relação de qualidade de vida e das Arteterapias criativas em crianças em seu primeiro ano de tratamento de câncer	Desenho prospectivo de medidas repetidas
A5	A Musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. Franco, J. H. M.; Evangelista, C. B.; Rodrigues, M. S. D.; Cruz, R. A. O.; Franco, I. S. M. F.; Freire, M. L. (2021) Escola Anna Nery	Analisar as percepções de crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos sobre a Musicoterapia	Estudo de campo com abordagem qualitativa
A6	A randomized controlled trial of 25 sessions comparing music therapy and music listening for children with autism spectrum disorder. Rabeyron, T.; Robledo Del Canto, J. P.; Carasco, E.; Bisson, V.; Bodeau, N.; Vrait, F. X.; Berna, F.; Bonnot, O. (2020) <i>Psychiatry research</i>	Examinar se a Musicoterapia é mais eficaz para crianças com TEA do que simplesmente ouvir música.	Estudo experimental randomizado controlado
A7	An investigation of the effectiveness of arts therapies interventions on measures of quality of life and wellbeing: a pilot randomized controlled study in primary schools. Moula, Z.; Powell, J.; Karkou, V. (2020) <i>Frontiers in psychology</i>	Investigar a eficácia das intervenções de Arteterapias em uma série de medidas de resultados relatados por crianças e por professores, sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, bem-estar e funcionamento da vida, dificuldades emocionais e	Projeto piloto randomizado controlado

		comportamentais, bem como a duração do sono	
A8	Creative arts in psychotherapy for traumatized children in South Africa: an evaluation study. Westrhenen, N.; Fritz, E.; Vermeer, A.; Boelen, P.; Kleber, R. (2019) <i>PloS one</i>	Avaliar a possível influência de um programa de artes criativas em psicoterapia de grupo para crianças traumatizadas	Estudo multicêntrico não randomizado controlado
A9	Effectiveness of group art therapy on quality of life in pediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. Abdulah, D. M.; Abdulla, B. M. O. (2018) <i>Complementary therapies in medicine</i>	Avaliar o efeito do grupo de Arteterapia na qualidade de vida relacionada à saúde com crianças em tratamento contra o câncer	Estudo experimental randomizado controlado
A10	Effects of art intervention program for siblings of children with cancer: a pilot study. Jo, M. J.; Hong, S.; Park, H. R. (2018) <i>Association of Pediatric Oncology Nurses</i>	Avaliar os efeitos de um programa de intervenção artística na autoestima, ansiedade, depressão e comportamento problemático de irmãos de crianças com câncer	Estudo quase experimental
A11	The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. Altay, N.; Kilicarslan-Toruner, E.; Sari, Ç. (2017) <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i>	Verificar o efeito da contação de histórias, utilizando a técnica combinada de desenho e escrita, sobre os níveis de ansiedade de crianças em tratamento oncológico em um hospital	Estudo quase experimental
A12	A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. Dionigi A.; Gremigni P. (2017) <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Testar se uma intervenção combinada de Arteterapia e visitas de palhaços poderia aumentar a eficácia da medicação oral na redução da ansiedade	Um estudo observacional, que envolveu a alocação de diferentes intervenções em dois grupos e a medição de sua ansiedade em dois momentos
A13	Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. Sposito, A. M.; de Montigny, F.; Sparapani, V. C.; Lima, R. A.; Silva-Rodrigues, F. M.; Pfeifer, L. I.; Nascimento, L. C. (2016) <i>Nursing & health sciences</i>	Apresentar a experiência do uso de fantoches de dedo como recurso auxiliar no estabelecimento da comunicação com crianças com câncer hospitalizadas	Estudo exploratório com análise qualitativa dos dados
A14	Expressive arts therapy with hospitalized children: a pilot study of co-creating healing sock creatures©. Siegel, J.; Iida, H.; Rachlin, K.; Yount, G. (2016) <i>Journal of pediatric nursing</i>	Avaliar a viabilidade do uso das Arteterapias expressivas nas mudanças no humor das crianças	Projeto piloto randomizado controlado

A15	Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. Woolford, J.; Patterson, T.; Macleod, E.; Hobbs, L.; Hayne, H. (2015) <i>Clinical child psychology and psychiatry</i>	Estabelecer se o desenho facilita os relatos verbais das crianças sobre seu problema apresentado durante as avaliações de saúde mental	Estudo experimental comparativo entre grupo de crianças que desenhavam e contavam sobre seu problema e outro, daquelas que somente verbalizavam
------------	---	--	---

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Esta revisão buscou estudos entre maio de 2023 a 2013, e obteve dois artigos nos anos de 2023, 2022, 2020, 2018, 2017 e 2016, um em 2021, 2019 e 2015. Os artigos foram realizados por diferentes autores e quanto aos periódicos, dois foram publicados na *Journal of pediatric nursing*, dois na *Journal of pediatric hematology/oncology nursing*, e os demais cada um em uma, demonstrando ser um assunto pesquisado e discutido em diferentes grupos mundiais.

Em relação aos objetivos dos trabalhos, alguns estudos avaliaram a eficácia da utilização da arte em terapia (A5, A6, A7, A8, A10) ou o impacto positivo dessas atividades sobre sintomas de ansiedade (A3, A10, A11, A12), na qualidade de vida ou no bem-estar das crianças (A1, A4, A9), na expressão ou na comunicação delas (A1, A13, A15), sobre os sintomas de humor (A10, A14) ou do trauma em si (A2).

No Quadro 3, a seguir, foram expostos o país de origem, o local em que foi desenvolvida a pesquisa, o público-alvo, o contexto e a estratégia utilizada dos artigos selecionados neste estudo.

Quadro 3: Síntese dos artigos selecionados para a revisão, conforme país, local, público-alvo, contexto e estratégia utilizada. Brasília, DF, Brasil, 2023

Nº	País	Local	Público-alvo	Contexto	Categoria terapêutica e estratégias utilizadas
A1	Índia	Escola do Vale da Caxemira	30 alunos com 12 a 15 anos	Crianças que vivem em área de conflito – evento traumático	Terapias combinadas de Arteterapia: pintura, escrita, escultura, marionetes, movimento e música
A2	Nigéria	3 escolas diferentes	470 crianças em idade escolar com 10 a 18 anos	Crianças com experiência de sequestro - evento traumático	Terapias combinadas de Arteterapia e Dançaterapia por meio de mídia interativa
A3	Turquia	Clínica de hematologia e oncologia pediátrica de um hospital terciário do Leste	62 crianças com 7 a 18 anos	Crianças em tratamento contra o câncer	Confecção de bijuterias com miçangas
A4	Estados Unidos	Centro de câncer pediátrico no Oeste	98 crianças com 3 a 17 anos	Crianças em tratamento do câncer com quimioterapia	Terapias combinadas de dança/movimento, brincadeiras, música, desenhos, pinturas, trabalho com argila
A5	Brasil	Pediatria de um hospital localizado no município de João Pessoa/PB	7 crianças e adolescentes com 8 a 19 anos	Crianças e adolescentes hospitalizados com câncer em cuidados paliativos	Musicoterapia
A6	França	Creches com tratamentos psicoterapêuticos	37 crianças com 4 a 7 anos	Criança com transtorno do espectro autista (TEA)	Comparação da Musicoterapia com o ouvir música
A7	Inglaterra	4 Escolas do noroeste	62 crianças com 7 a 10 anos	Crianças no ambiente escolar com dificuldades emocionais e comportamentais leves	Terapias combinadas de Musicoterapia, Arteterapia, dançaterapia e dramaterapia
A8	África do Sul	4 filiais de uma clínica de abuso infantil	125 crianças com 7 a 13 anos	Crianças que passaram por um ou vários eventos traumáticos ou abuso entre 3 meses e 12 meses atrás	Artespicerapia
A9	Iraque	Hospital Pediátrico Heevi	60 crianças com 7 a 13 anos	Crianças diagnosticadas com câncer e receberam quimioterapia	Terapias combinadas de pintura e artesanato
A10	Coreia do Sul	Hospital	17 crianças com 7 a 18 anos	Irmãos de crianças com câncer que estivessem em remissão completa	Terapias combinadas de artes
A11	Turquia	Ambulatório de hematologia-oncologia de um hospital universitário	30 crianças com 9 a 16 anos	Crianças com câncer que já haviam recebido 2 ou mais ciclos de quimioterapia	Terapias combinadas de contação de histórias, desenho e escrita
A12	Itália	Hospital público do Nordeste	78 crianças com 3 a 11 anos	Crianças submetidas a anestesia geral e cirurgia otorrinolaringológica ou dermatológica	Terapias combinadas de Arteterapia: e visitas de palhaço
A13	Brasil	Enfermaria de oncologia pediátrica de um hospital	10 crianças com 7 a 12 anos	Crianças hospitalizadas, em tratamento quimioterápico, com a duração mínima de tratamento quimioterápico de três meses	Fantoches de dedo

		universitário público			
A14	Estados Unidos	Unidades de terapia intensiva pediátrica e pediátrica	25 crianças com 3 a 7 crianças	Crianças hospitalizadas	Criação de criaturas de meia
A15	Nova Zelândia	4 clínicas de saúde mental infantil	33 crianças com 5 a 12 anos	Crianças que foram encaminhadas aos respectivos serviços para avaliação de saúde mental	Terapias combinadas de desenho e contação de história

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Os estudos ocorreram em diferentes países do mundo, a saber: Índia, Nigéria, Turquia (2), Estados Unidos (2), Brasil (2), França, Inglaterra, África do Sul, Iraque, Coreia do Sul, Itália e Nova Zelândia, conforme pode ser observado no Quadro 3.

O público-alvo, em sua maioria, constituiu-se de crianças com idade entre três e dezenove anos. No que se refere ao contexto, o mais prevalente são crianças com câncer em tratamento com quimioterápico, compondo seis estudos. Os demais se dividem em três em Transtorno do Estresse pós-traumático, e um com transtorno do espectro autista (TEA), em ambiente escolar, com irmão de crianças com câncer, em procedimento cirúrgico, em crianças com necessidade de avaliação de saúde mental e no contexto hospitalização.

Quanto às modalidades expressivas utilizadas, foram diversificadas, observou-se a maioria dos artigos trabalhou com modalidades integradas de arte em terapia (10) e apenas cinco trabalhos exploraram uma técnica específica. Entre as modalidades de arte em terapia foram utilizadas as Arteterapias criativas ou expressivas, que incluem a Arteterapia, a Musicoterapia, a Dançaterapia, Dramaterapia, a Musicoterapia, da mesma forma, a artepsicoterapia, a Palhaçoterapia, a contação de histórias, o uso do desenho, da pintura, de modelagem, da construção (bijuterias, personagens), da escrita criativa, da música, do artesanato e das brincadeiras lúdicas.

DISCUSSÃO

A partir da avaliação dos textos, os artigos selecionados foram elencados em quatro categorias temáticas principais: Categoria 1 – Arte em terapia aplicada a eventos traumáticos infantis (A1, A2 e A8); Categoria 2 – Arte em terapia com crianças ou familiares no tratamento do tratamento do câncer (A3, A4, A5, A9, A10, A11, A13); Categoria 3 - Arte em terapia aplicada a crianças com dificuldades emocionais, de comportamento e socialização (A6, A7, A15); Categoria 4 - Arte em terapia aplicada a crianças hospitalizadas sem câncer (A12 e A14).

CATEGORIA 1 – ARTE EM TERAPIA APLICADA A EVENTOS TRAUMÁTICOS INFANTIS

Ao final do projeto de A1, foi possível notar impactos claros e positivos nas áreas de expressão emocional, pertencimento e agência, além de colaborar com os sentimentos de liderança, de confiança, de esperança e com as expectativas futuras. A seguir, apresenta-se o Quadro 4, com as atividades realizadas, bem como seus objetivos e os discursos de participantes e equipe, para evidenciar o resultado do projeto.

Já A2 teve como objetivo comparar a eficácia da Dançaterapia e da Arteterapia na redução dos sintomas de TEPT entre crianças, em idade escolar, que sofreram sequestro. Projeto quase experimental, em que os participantes foram divididos em três grupos, a saber: grupos de controle, Dançaterapia e Arteterapia. As terapias de dança e de arte foram entregues por meio de mídia interativa, devido à pandemia de COVID-19. A intervenção, atividade proposta e objetivos foram sintetizados no Quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Síntese da intervenção, atividade proposta e objetivo. Brasília, DF, Brasil, 2023

Intervenção	Atividade	Objetivo
Arteterapia	Desenho de um esboço que melhor expresse os sentimentos	Auxiliar a controlar as emoções, melhorar a capacidade e propensão a resolução de problemas, reduzir o estresse e promover diversão.
Dançaterapia	Fase Introdução: exercícios respiratórios. Segunda fase: compartilhar as experiências com sequestro. Terceira fase: realizar qualquer passo de dança que capturasse os sentimentos individualmente. Última etapa: replicar passos de dança conforme orientação da terapeuta	Ajudar a se envolver em atividades lúdicas, desencadear o controle emocional, restabelecer sentimentos de esperança, estimular o relaxamento, aumentar a autoconsciência, aprender a checar o corpo.

Fonte: Dados extraídos do estudo de Ezeh et al. (2023-A2)

Os resultados mostraram uma queda significativa nos escores de TEPT dos participantes da Arteterapia e da Dançaterapia na avaliação pós-intervenção e acompanhamento após seis meses. As crianças do grupo controle não obtiveram queda significativas em seus sintomas. Concluiu-se que a Dançaterapia é mais eficaz do que a Arteterapia na redução dos sintomas de TEPT (EZEH et al., 2023).

O estudo A8 avaliou a viabilidade e o efeito de um programa de dez sessões de artes criativas em psicoterapia em grupo sobre sintomas de TEPT, problemas comportamentais e crescimento pós-traumático (PTG) em crianças que passaram por evento traumático. Foi comparado o tratamento recebendo artes criativas em psicoterapia e uma condição de controle com um programa de suporte

de baixo nível sem tratamento. Foi um estudo multicêntrico não randomizado controlado, com duas condições e incluiu três medições na linha de base e acompanhamento.

Diferentes atividades multimodais foram utilizadas, como se pode observar no Quadro 5 a seguir:

Quadro 5: Número da sessão, objetivo e atividade realizada, Brasília, DF, 2023

Sessão	Objetivo	Atividade
1 a 3	Estabelecer segurança	Fazer com que as crianças espelhassem a dança umas das outras para aumentar a conexão entre os membros do grupo, ler e discutir uma história infantil sobre “uma coisa terrível que aconteceu”.
4 a 6	Facilitar a expressão de emoções associadas à história do trauma e praticar a regulação emocional	Decorar máscaras para expressar e distinguir entre sentimentos internos e o que os outros veem de fora.
7 a 10	Fortalecer as habilidades de enfrentamento	Escrita e atividades sociodramáticas incorporando a jornada do herói e fazendo música juntos usando bateria e outros instrumentos musicais.

Fonte: Dados extraídos de WESTRHENEN et al (2019-A8)

Concluiu-se que as artes criativas no programa de psicoterapia (CAP) não diminuíram a experiência de sintomas de TEPT, problemas de comportamento e PTG com tanto sucesso. E alguns motivos para este resultado foram levantados, como: pode ser que as atividades terapêuticas no protocolo de tratamento não abordem todas essas medidas de resultado tão intencionalmente quanto pretendido ou talvez as atividades de artes criativas facilitadas por assistentes sociais treinados não sejam tão eficazes. Possivelmente, a falta de um componente de exposição direta ao trauma no tratamento também pode ter afetado os resultados. Além disso, nem todas essas intervenções têm-se mostrado eficazes em um cenário de pobreza, de dificuldades e de violência (Westrhenen et al., 2019).

Assim, nos estudos A1 e A2, as atividades de Arteterapia se mostraram positivas nas situações traumáticas e provocaram redução significativa nos sintomas de TEPT em especial, nas áreas de expressão e de controle emocional. Da mesma forma, no estímulo ao pertencimento, evocaram liderança, confiança, esperança e expectativas futuras (A1) e melhoraram a capacidade e propensão à resolução de problemas e promoveram diversão (A2).

Dessa forma, a Arteterapia pode ser proveitosa para abordar crianças que passaram por algum trauma e pode proporcionar um espaço seguro para curar e dar voz para serem ouvidas. Como complementa a pesquisa de Akthar e Lovell (2019), que explorou o uso da Arteterapia com crianças refugiadas, permitiu que essa terapia desse voz aos sentimentos das crianças, ajudou a reconstruir a confiança

delas, possibilitou que elas compartilhassem histórias e curassem dor da alma, bem como explorassem uma nova identidade do “eu”.

Já as artes criativas em psicoterapia aplicadas a crianças que vivenciaram situações traumáticas no estudo A8 não obtiveram sucesso na diminuição da experiência de sintomas de TEPT, problemas de comportamento e PTG o que tornou necessário corrigir as lacunas encontradas pelos autores, para que seja realizado um novo estudo.

CATEGORIA 2 – ARTE EM TERAPIA COM CRIANÇAS OU FAMILIARES NO TRATAMENTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER

Os resultados do A3 mostram que aqueles que receberam a intervenção obtiveram uma redução do nível de ansiedade, quando comparados ao grupo controle. Esse aspecto reforçou que essa atividade eficaz na redução de ansiedade, medida pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Günay et al., 2022).

Os resultados do estudo A4 mostraram que houve uma melhoria significativa da QV, assim como da postura, após intervenção de altas doses – que receberam várias intervenções - de CAT (Raybin et al., 2022).

O texto A5 traz o uso da Musicoterapia como benefício à criança e ao adolescente com câncer. Com essas intervenções percebeu-se que crianças e adolescentes expressaram sensações de prazer e de bem-estar, que antes eram de tristeza, medo e saudade devido ao rompimento do vínculo familiar durante o processo de hospitalização. Para a análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo e concluiu-se que a Musicoterapia pôde beneficiar a criança e ao adolescente com câncer, pois permitiu a expressão de sentimentos e possibilitou o resgate de lembranças e de esperança, além de ter promovido o alívio da dor. E ainda, a Musicoterapia contribui no processo paliativista, podendo conferir uma melhor QV às crianças e aos adolescentes com câncer (Franco et al., 2021).

Ao final do estudo A9, as crianças do grupo de intervenção apresentaram-se mais ativas, menos deprimidas e estressadas, assim como se percebeu uma melhoria da qualidade de vida em comparação com as crianças do grupo controle. A QV relacionada à saúde foi medida pelo KISDCREEN-10 Index, que foi preenchida pelos pais ao fim da intervenção (Abdulah; Abdulla, 2018).

Como resultado do estudo A11, obteve-se que os escores do Inventário de Ansiedade do Estado foram menores, indicando menor ansiedade após a intervenção. Concluiu-se que devem ser utilizadas

técnicas de desenho o mais precocemente possível na internação da criança, a fim de desvendar seus sentimentos em relação à hospitalização e à doença (Altay; Kilicarslan-Toruner; Sari, 2017).

O artigo A13 trouxe como resultado que o uso de fantoches facilitou a expressão de sentimentos das crianças e sua comunicação verbal; promoveu diversão e respeitou a autonomia das crianças. Os fantoches foram uma ferramenta útil para mostrar que as crianças não estavam prontas nem dispostas a discutir sua doença e suas demandas. Os resultados mostraram que, apesar da doença, o uso dos fantoches possibilitou que as crianças se vissem como eram antes da doença ou se retratassem com características saudáveis e diferentes do momento atual. Além de que, o uso dos fantoches estimulou respostas sinceras e aprofundas, o que permitiu aos profissionais de saúde acessarem pensamentos que a criança não se sentiria à vontade para expressar em outras situações (Sposito et al., 2016).

Os resultados de A10 indicaram que o programa de intervenção artística ajudou a melhorar a autoestima e ajudou a reduzir sintomas somáticos, agressividade, problemas de externalização e instabilidade emocional. Entre problemas de comportamento de irmãos de crianças com câncer, no entanto, ansiedade e depressão não mudaram após as intervenções artísticas. Concluiu-se que é necessário apoio emocional para irmãos de crianças com câncer (Jo; Hong; Park, 2018).

Dos sete trabalhos apresentados, seis enfocaram atividades de arte em terapia com crianças com câncer e apenas um com crianças familiares de outras com câncer (A10). Foram apresentadas várias modalidades de arte em terapia diversificadas com terapias combinadas (A4, A9, A10 e A11) ou únicas (A3, A5 e A13) e, em todos os estudos, essas atividades se mostraram favoráveis e benéficas nesse momento delicado de vida – crianças em tratamento de câncer.

Os resultados dos estudos mostraram que houve melhoria significativa da QV (A4, A5, A9) e da postura (A4) de crianças relacionadas com o câncer, facilitou a expressão de sentimentos (A5, A13), possibilitou o resgate de lembranças e esperança, promoveu o alívio da dor (A5), melhorou a autoestima (A10), promoveu diversão (A13) e a autonomia (A9, A13) e se sentiram mais à vontade durante o tratamento (A13). Também ajudou a reduzir a redução de ansiedade (A3, A11), a depressão e o estresse (A5) e os sintomas somáticos, a agressividade, os problemas de externalização e a instabilidade emocional (A10) de crianças.

Esses dados corroboram as pesquisas de Sayed (2023), que expõe que atividades de arte e terapia são um meio de expressão emocional para as crianças em tratamento do câncer, bem como auxiliam na indicação dos conflitos internos, facilitam o tratamento psicológico, têm um papel positivo e eficaz nas

condições patológicas, desenvolvem habilidades sociais e é eficaz para aliviar o estado psicológico delas.

CATEGORIA 3 - ARTE EM TERAPIA APLICADA A CRIANÇAS COM DIFICULDADES EMOCIONAIS, DE COMPORTAMENTO E DE SOCIALIZAÇÃO

O estudo A6 apontou que as pontuações do CGI diminuíram mais para os participantes na condição MT do que na condição ML. Essa melhoria clínica foi associada a uma melhora dos sintomas autistas nas subescalas ABC de letargia e estereotipia. Dessa forma, os autores sugerem que a Musicoterapia é mais eficiente do que ouvir música para crianças com TEA (Rabeyron et al., 2020).

Os resultados de A7 indicam que as intervenções tiveram um efeito clinicamente significativo no funcionamento da vida, na duração do sono, nas dificuldades emocionais e comportamentais. No entanto, as melhorias para qualidade de vida e bem-estar não foram significativas, mas, ainda assim, foram maiores naquelas envolvidas na intervenção do que nos grupos de controle (MOULA; POWELL; KARKOU, 2020).

Ao final do estudo A15, obteve-se que desenhar aumenta a quantidade de informação verbal que as crianças relatam sobre o problema apresentado e, quando elas desenhavam, os entrevistadores usaram respostas mínimas, para criar contextos de entrevista de apoio. Resultou-se que o desenho é um meio de facilitar os relatos verbais das crianças e útil tanto em ambientes clínicos quanto nos experimentais. Além disso, o desenho é um recurso econômico e prontamente disponível, e é considerado um meio familiar e agradável às crianças (Woolford et al., 2015).

Assim, terapias de arte aplicadas às crianças com problemas emocionais e de comportamento mostram-se positivas sobre os sintomas apresentados, como letargia e estereotipia (A6), sobre o funcionamento da vida, a duração do sono, dificuldades emocionais e comportamentais (A7) e um meio facilitador da expressão verbais das crianças (A15).

Oliveira (2023) complementa que os benefícios da terapia pela arte aplicada a crianças com TEA são de promoção da expressão e da comunicação de sentimentos, exploração da imaginação e da criatividade, além de diminuírem o estresse e a ansiedade, e contribuir para a concentração, atenção e memória, proporcionam interação do aluno autista com o ambiente terapêutico e seus elementos.

CATEGORIA 4 - ARTE EM TERAPIA APLICADA A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SEM CÂNCER

Os resultados do artigo A12 apresentam que as crianças do grupo de intervenção mostraram uma redução significativa nas pontuações da mYPAS na separação dos pais, em comparação com aquelas do grupo de controle. Além de a intervenção ser positiva como evidenciada pela escala, a maioria dos pais e enfermeiros avaliaram a intervenção como eficaz na redução de ansiedade das crianças (DIONIGI, GREMIGNI, 2017).

Ao fim de A14, concluiu-se que as criaturas criadas eram uma fonte de alívio do estresse e conforto para as crianças, além do que a equipe teve a impressão de que o controle da dor melhorou à medida que as criaturas feitas de meia ajudaram a exteriorizar e a espelhar a experiência da criança. Diante disso, esse recurso é uma intervenção positiva e eficaz não só no alívio imediato do estresse, mas também serve como símbolo de resiliência e de vontade de cura das crianças (Siegel et al., 2016).

A contribuição de atividades de arte e terapia foram benéficas em reduzir significativamente a ansiedade (A12) e no alívio do estresse, conforto e dor de crianças hospitalizadas (A14). Mitra, Mandal e Mondal (2022) complementam que as atividades criativas de arte podem ser benéficas para um indivíduo ou grupo em qualquer tipo de ambiente hospitalar e para uma variedade de condições de saúde física ou mental, independentemente de gênero, da idade, da etnia e dos diagnósticos. Essas atividades podem melhorar a QV de crianças hospitalizadas, bem como melhorar o humor e reduzir a dor e a ansiedade, quando oferecidas à beira do leito durante o tratamento hospitalar agudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa da literatura identificou quinze estudos acerca da aplicação de diferentes modalidades artísticas e lúdicas, em diferentes contextos: crianças que vivem em área de conflito; que vivenciaram experiência de sequestro; que estão hospitalizadas; que estão recebendo tratamento de câncer (quimioterapia ou cuidados paliativos); com Transtorno Espectro Autista com dificuldades emocionais e comportamentais leves; em pré-operatório; e até mesmo com irmãos de criança com câncer.

As modalidades de arte em terapia podem ser aplicadas em diferentes idades e contextos, e têm o potencial de facilitar a expressão de sentimentos e de emoções, melhoram o funcionamento da vida, a duração do sono e dificuldades de controle emocionais e comportamentais diversas. Da mesma forma, amenizam sintomas negativos, como níveis de ansiedade, depressão, estresse e dor; e ainda,

quando utilizadas em entrevistas, colaboram com o maior número de informações fornecidos pelas crianças.

As modalidades artísticas e lúdicas, em sua maioria, são de fácil aplicação e de baixo custo para serem utilizadas com crianças. Sendo assim, devem ser incorporadas nos cuidados em saúde mental para estimular a qualidade de vida e bem-estar geral.

REFERÊNCIAS

- Abdulah, D. M.; Abdulla, B. M. O. Effectiveness of group art therapy on quality of life in pediatric patients with cancer: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, [S. l.], v. 41, p. 180–185, 2018. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.09.020>>. Acessado em: Jun, 2023. (A9).
- Akthar, Z.; Lovell, A. Art therapy with refugee children: a qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences. *International Journal of Art Therapy*, [S. l.], v. 24, n. 3-Art TherapywithChildren,p.139148,2019.Availablefrom:<<https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1533571>>. Acessado em: Jul, 2023.
- Altay, N.; Kilicarslan-Toruner, E.; Sari, Ç. The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, [S. l.], v. 28, p. 1–6, 2017. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.02.007>>. Acessado em: Jun, 2023. (A11).
- ANJOS, A. G. et al. Musicoterapia como estratégia de intervenção psicológica com crianças: uma revisãoodaliteratura. *Rev. Interinst. Psicol.*, BeloHorizonte, MG,v.10, n.2, p.228238, dez. 2017. Disponível elem:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202017000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: Jun, 2023.
- Buser, M. et al. Creating a difference - a role for the arts in addressing child wellbeing in conflict-affectedareas. *Arts&health*,[S.l.],p.116,2023.Availablefrom:<https://doi.org/10.1080/17533015.2023.2168710>>. Acessado em: Jun, 2023. (A1).
- CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Revista Latino-americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 5, p. 864-872, 2010. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500005>>. Acessado em: Jun, 2023.
- Claudino, T. V.; Carvalho, G. S.; Sigaud, C. H. Percepções de crianças hospitalizadas acerca da contação de histórias. *Rev Soc Bras Enferm Ped.*, São Paulo, SP, v. 21, n. 1, p. 22-28, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.31508/1676-3793202100004>>. Acessado em: Jun, 2023.
- CORREIO, J. F. A. et al. Cuidado lúdico pela enfermagem em pediatria: conhecimento e dificuldades para sua utilização. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, [S. l.], v. 96, n. 39, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1429>>. Acessado em: Jun, 2023.
- CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Revista gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200001>>. Acessado em: Jun, 2023.
- Dionigi, A.; Gremigni, P. A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. *Journal of clinical nursing*, [S. l.], v. 26, n. 5-6, p. 632–640, 2017. Available from: <<https://doi.org/10.1111/jocn.13578>>. (A12).

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, MG, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/en_v18n1a01.pdf>. Acessado em: Jun, 2023.

Ezeh, N. E. et al. Interactive media-based dance and art therapies as interventions for treating posttraumatic symptoms among school children with abduction experience. *Journal of pediatric nursing*, [S. l.], v. 70, p. 34–39, 2023. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.01.007>>. Acessado em: Jun, 2023. (A2).

Franco, J. H. M. et al. A Musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 5, p. e20210012, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0012>>. Acessado em: Jun, 2023. (A5).

Günay, U. et al. The effects of the activity of making jewelry from beads on the anxiety levels of children with cancer: a randomised controlled study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. [S. l.], v.39, n.5, p.317325, 2022. Available from: <<https://doi.org/10.1177/27527530221068760>>. Acessado em: Jun, 2023. (A3).

Jo, M. J.; Hong, S.; Park, H. R. Effects of art intervention program for siblings of children with cancer: a pilot study. *Association of Pediatric Oncology Nurses*, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 178–187, 2018. Available from: <<https://doi.org/10.1177/1043454218762702>>. Acessado em: Jun, 2023. (A10).

MAIA, B. E. O. O uso da Arteterapia pelo enfermeiro em sua assistência para o manejo da dor em crianças hospitalizadas. *Studies in Health Sciences*, Curitiba, PR, v. 3, n. 2, p. 810–823, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.54022/shsv3n2-014>>. Acessado em: Jun, 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*, Florianópolis, SC, v.17, n.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acessado em: Jun, 2023.

MENEZES, M.; MORE, C. L. O. O.; CRUZ, R. O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, RS, v. 7, n. 2, p. 189-198, ago. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: Jun, 2023.

MITRA, A.; MANDAL, I.; MONDAL, L. Art therapy: a healing tool in health care. *Sustainable Entrepreneurship*, [S. l.], p. 53-58, 2022. Available from: <<https://doi.org/10.31674/book.2022se.008>>. Acessado em: Jul, 2023.

Moula, Z.; Powell, J.; Karkou, V. An investigation of the effectiveness of arts therapies interventions on measures of quality of life and wellbeing: a pilot randomized controlled study in primary schools. *Frontiers in psychology*, [S. l.], v.11, p.586134, 2020. Available from: <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586134>>. Acessado em: Jun, 2023. (A7).

NCPI - Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Estudo nº 1: O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem, 2014. Disponível em: <<http://www.ncpi.org.br>>. Acessado em: Jun, 2023.

OLIVEIRA, V. N. Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e arte: análise da Arteterapia no Sertão da Paraíba. *Revista Científica de Arteterapia Cores da Vida*, Goiânia, GO, v. 30, n. 2, p. 6-16, jul.-dez. 2023. Disponível em: <<https://www.abcaArteterapia.com/revista-cores-da-vida>>. Acessado em: Jul, 2023.

PHILIPPINI, A. *Linguagens, materiais expressivos em Arteterapia: uso, indicações e propriedades*. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2018.

Rabeyron, T. et al. A randomized controlled trial of 25 sessions comparing music therapy and music listening for children with autism spectrum disorder. *Psychiatry research*, [S. l.], v. 293, p. 113377, 2020. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113377>>. Acessado em: Jun, 2023. (A6).

Raybin, J. L. et al. Quality of life outcomes with creative arts therapy in children with cancer. *Journal of pediatric hematology/oncology nursing*, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 155–167, 2022. Available from: <<https://doi.org/10.1177/27527530211055988>>. Acessado em: Jun, 2023. (A4).

SAYED, N. S. A. The effect of Art therapy on the children of hospital 57357 to achieve technical and psychological support. *International Design Journal*, [S. l.], v. 13, n. 50, p. 295-306, jan.-fev. 2023. Available from: <<https://doi.org/10.21608/ijdj.2023.276210>>. Acessado em: Jun, 2023.

Siegel, J. et al. Expressive arts therapy with hospitalized children: a pilot study of co-creating healing sock creatures©. *Journal of pediatric nursing*, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 92–98, 2016. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.006>>. Acessado em: Jun, 2023. (A14).

Sposito, A. M. et al. Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. *Nursing & health sciences*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 30–37, 2016. Available from: <<https://doi.org/10.1111/nhs.12222>>. Acessado em: Jun, 2023. (A13).

VALLADARES, A. C. A.; CARVALHO, A. M. P. A Arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica: o desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, SP, v. 8, n. 1, p. 64-71, 2005a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000100009>>. Acessado em: Jun, 2023.

VALLADARES, A. C. A.; CARVALHO, A. M. P. Desenhos que contam histórias ... desvelando o autorretrato de crianças hospitalizadas em Arteterapia. *Rev. Científica Arteterapia Cores da Vida*. Goiânia,GO,v.1,n.1,p.30-45,jul.-dez.2005b.Disponívelem:<<https://www.abcaArteterapia.com/revista-cores-da-vida>>. Acessado em: Jun, 2023.

VALLADARES, A. C. A.; SILVA, M. T. A Arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Rev. Gaúcha Enferm.* (online), Porto Alegre, RS, v. 32, n. 3, p. 443–450, 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/19252>>. Acessado em: Jun, 2023.

VALLADARES-TORRES, A. C. A. V. *Arteterapia na saúde: da dor à criatividade*. Curitiba, PR: CRV, 2021. 166p. Vol.1. Doi: 10.24824/978655868763.4. Acessado em: Jun, 2023.

Vital, T. S. et al. Relações entre Arteterapia em crianças hospitalizadas com câncer. *Diálogos Interdisciplinares*, [S.l.],v.9,n.4,p.7583,2020.Disponívelem:<<file:///C:/Users/User%20Lenovo/Downloads/938-Texto%20do%20artigo-3105-1-10-20200602.pdf>>. Acessado em: Jul, 2023.

Westrhenen, N. et al. Creative arts in psychotherapy for traumatized children in South Africa: an evaluation study. *PloSone*, [S.l.], v.14, n.2, p.e0210857, 2019. Available from: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210857>>. Acessado em: Jun, 2023. (A8).

Woolford, J. et al. Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. *Clinical child psychology and psychiatry*, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 68–83, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.1177/1359104513496261>>. Acessado em: Jun, 2023. (A15).

Capítulo 8



10.37423/231008332

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E MULTIDISCIPLINAR NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO PARÁPAZ MULHER

Laura Alcina Baia de Oliveira

Universidade da Amazônia (UNAMA)

Sara Elizabeth Melo Tabaranã

Universidade da Amazônia (UNAMA)



Resumo: Este presente trabalho trata sobre A Contribuição do Serviço Social na Equipe Interdisciplinar e Multidisciplinar no Enfrentamento a Violência Doméstica e Familiar no Parápaz Mulher Belém. Diante disso, o objetivo é a compreensão acerca da temática abordada, partindo de uma pesquisa qualitativa através de estudos bibliográficos, para o embasamento como resposta para a questão problema. Sob essa ótica, abordar esse assunto é importante para compreender a discussão sobre gênero interligada a interseccionalidade, assim como a relevância do assunto para o Assistente Social e a sociedade, e o papel fundamental de instituições como o Parápaz. A violência doméstica e familiar é produto de uma construção histórica que busca naturalizar o fenômeno, sendo de suma importância a educação como forma de prevenção, juntamente com os métodos punitivos da Lei Maria da Penha. Concernente a isso, o Serviço Social intervém no contexto de vulnerabilidade das mulheres em situação de violência, com a perspectiva de totalidade a partir da teoria social crítica que embasa a prática profissional e torna fundamental a presença do Assistente Social junto a outros técnicos da equipe interdisciplinar e multidisciplinar em serviços integrados, como no Parápaz Mulher Belém.

Palavras-chave: Violência doméstica e familiar; Equipe interdisciplinar e multidisciplinar, Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Cavalléro e Alves (2012, p. 3-4) a Lei Maria da Penha (LMP), tem um caráter inovador ao suscitar que anterior a esse momento, as penas aplicadas aos agressores de violência doméstica e familiar eram brandas e consideradas como “crime de menor potencial ofensivo”. Com a criação da LMP, o conceito de violência contra a mulher foi reconhecido enquanto violação de direitos humanos, e caracterizado enquanto todo o ato de ferir, bem como o ato de omissão, quando se tem a opção de evitar tal acontecimento e nada é feito para defender a integridade da pessoa, baseado no gênero feminino. Na ocasião, o seu art. 7º delimita em cinco tipos as formas de violências (física, sexual, patrimonial, psicológica, moral) para facilitar a sua prevenção e punição, e por sua vez, essas violações podem ocorrer no campo familiar, na convivência doméstica, em qualquer forma de relação afetiva presente ou passada independente da orientação sexual ou morar no mesmo local, e, sobretudo, se residir no mesmo ambiente que a mulher independente de deter vínculo familiar ou afetivo e tiver agredido a mesma nesse período.

O Serviço Social por ser uma profissão que trabalha ativamente com as expressões da questão social, também está presente na intervenção da violência doméstica e familiar, embora ‘recentemente’.

Em decorrência disso, em relação aos trabalhos realizados anteriormente a respeito desse assunto relevante para o Serviço Social em sua atuação investigativa baseada no Código de Ética e o método histórico dialético interpretado por Iamamoto (2018), por conta do projeto de sociedade patriarcal misógino de violência estrutural que por sua vez, sustenta a necessidade de diálogo contínuo com a população acerca do conceito de gênero analisado por Azeredo (2017) em “Dez anos de Lei Maria da Penha: A importância da perspectiva de gênero no enfrentamento da violência”, assim como buscar romper modelos nocivos de masculinidades, a fim de superar estes entraves para a concretização da luta coletiva pelo fim da violência contra a mulher, o presente trabalho busca compreender de maneira crítica **Qual A Contribuição do Serviço Social na Equipe Interdisciplinar e Multidisciplinar no Enfrentamento a Violência Doméstica e Familiar no ParáPaz Mulher Belém?**

Este tema se torna interessante pesquisar de modo geral, para constatar a importância do Serviço Social na equipe interdisciplinar e multidisciplinar do ParáPaz Mulher Belém no enfrentamento da violência doméstica e familiar. Em virtude disso, a violência contra a mulher sempre foi um incômodo na formação acadêmica das discentes e que se tornaram fortalecidas nas questões pessoais pelo interesse em estudar acerca desse assunto, além da vivência no estágio I e II no PARÁPAZ Integrado

(PPI) que a partir do conhecimento sobre o funcionamento da instituição que apresenta uma equipe auxiliadora na resolução das demandas após o acolhimento das usuárias, fomentando assim a nossa questão problema.

Esse estudo foi feito através de artigos científicos, podcasts, entrevistas e entre outras formas de pesquisas para um apanhado geral de informações procedendo uma análise e explicação reflexiva do material para alcançar o problema em questão e, em seguida, realizar a sistematização das conclusões obtidas para possibilitar responder a questão problema e de certa forma auxiliar na compreensão do profissional investigativo do Serviço Social em sua atuação cotidiana de modo a facilitar a elaboração de diálogo e disseminação de informações acerca do assunto com a população, bem como prevê o Código de Ética Profissional, pois ao se tratar de uma das expressões da questão social próprias da investigação do Serviço Social pode abranger reflexões pertinentes.

Esse trabalho será dividido em duas sessões, sendo que na 1ª sessão será descrito sobre a definição de violência; violência contra a mulher; porque essa violência ocorre; como se sucedeu o surgimento da Lei Maria da Penha (LMP); sistema de poder e capitalismo; racismo e misoginia racial; ciclo da violência e o perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência. Na 2ª sessão será abordada a inserção das DEAM'S e dos serviços integrados em Belém do Pará e a contribuição do Serviço Social na equipe interdisciplinar e multidisciplinar no PPM.

Para a aproximação com o objeto em estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa, pois irá partir-se de levantamentos em pesquisas bibliográficas que são proporcionadoras de informações e auxiliam na fixação sobre o assunto a ser investigado para aprofundar sobre o tema sem intenção de aplicar um produto na realidade; estratégica, pois busca avançar em relação a pesquisas anteriores oferecendo uma base teórica para possíveis soluções futuras, de acordo com o professor André Fontenelle (2018); método dedutivo ainda segundo Fontenelle (2018), pois irá abordar de modo geral sobre a violência doméstica e sua historicidade até alcançar a particularidade na questão problema; caráter exploratório, por pesquisar o assunto com enfoque no fenômeno em questão e assim proporcionar uma nova visão do problema, segundo Gil (Gil, Antônio Carlos, 1946, p. 42); reflexivo de conteúdo bibliográfico em análise pois conforme Gil, a revisão de literatura vai além de artigos científicos nas pesquisas realizadas, com finalidade de possibilitar uma discussão teórico-científica acerca da temática.

2.SESSÃO I – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO VIOLÊNCIA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Violência, para a Organização Mundial de Saúde, caracteriza-se pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação do ser. (ROSILÉIA et. al., 2010 apud KRUG et al., 2002).

A Violência Doméstica contra a mulher pode ser caracterizada em qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, moral ou patrimonial da vítima que possui necessariamente um vínculo com o agressor – parental (consanguíneo ou em grau afetivo), relacionamento amoroso, ex-parceiro(a), ou conviver na mesma residência -. (CARTILHA DA MULHER – MEDIDAS PROTETIVAS, 2020; PLANALTO, 2006; PLANALTO, 2020).

A violência de gênero provém da discriminação de uma suposta superioridade que o agressor acredita ter em relação à vítima, e na maior parte, ocorre por conta da dominação social masculina à custa da subalternização de mulheres e seres femininos. (CARTILHA DE PROTEÇÃO À MULHER: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR, 2020, p. 26).

Simone de Beauvoir (1949, p. 11), em “o segundo sexo” declara “ninguém nasce mulher, torna-se mulher” para explicar que as condições biológicas ou psicológicas não definem o papel da mulher na sociedade, mas sim o conjunto de socializações elaboradas para a mesma ao longo de sua existência e que qualificam a formação do ser feminino de acordo com os interesses masculinos. Nesse sentido, é demonstrado que o “ser mulher” é construído historicamente, conforme as construções sociais que submetem à mulher ao sexo masculino, sendo, portanto, tratada como segundo sexo. (BEAUVOIR, 1949 apud AZEREDO, 2017; FELDEN; COELHO, 2018, p. 469).

Este conceito adentra na Lei Maria da Penha de Nº 11.340 de agosto de 2006 que se originou da luta de movimentos feministas dos anos 80 pela vida das mulheres e a reparação simbólica pela ativista de mesmo nome – que foi vítima de tentativa de feminicídio pelo até então marido - e trouxe o conceito de violência de gênero que permite tratar sobre a Violência Doméstica e Familiar de forma inovadora, enquanto uma questão de historicidade e sociabilidade originária da criação diferenciada entre meninos e meninas, caracterizando uma lei que não é de caráter exclusivamente punitivo, sendo também educacional. (PLANALTO, 2006; AZEREDO, 2017; PROGRAMA DO PORCHAT, 2018).

Assim, a referida lei prevê em seu Capítulo II, Art. 7º que a violência doméstica é configurada em cinco formas: violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. A violência física se caracteriza por qualquer atitude que prejudique a integridade ou saúde corporal da mulher, como por exemplo: Socos, espancamento, estrangulamento, empurrões, queimaduras, feminicídio; Violência Psicológica se caracteriza por qualquer atitude que cause danos emocionais à mulher, como por exemplo: Ameaças, constrangimento, perseguição, manipulação, isolamento e chantagem; Violência Moral é definida por qualquer atitude que cause injúria (Ofender a dignidade de alguém, mas não publicamente), calúnia (Acusar alguma pessoa de um crime de maneira pública) e difamação (Acusar a dignidade de alguém de maneira pública) à mulher, como por exemplo: Xingamentos e fazer falsas acusações; Violência Sexual trata-se de qualquer atitude que obrigue a mulher a participar ou presenciar de atos libidinosos, à gravidez, aborto, ao matrimônio, a praticar relações sem o uso de contraceptivos, entre outras formas de anulação de seus direitos reprodutivos e sexuais; Violência Patrimonial trata-se de qualquer atitude que retenha, subtraia ou destrua os bens da mulher. (PLANALTO, 2006; INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2009).

Ao tipificar a Violência Doméstica e Familiar contra a mulher em cinco tipos, a LMP cria mecanismos de coibir e prevenir o ato, e altera o Código Penal a partir de suas providências específicas na sua execução, tais como a medida protetiva – ato de afastar o agressor da ofendida – e a obrigação de o autor da agressão participar de centro de educação e de reabilitação e ter acompanhamento psicossocial, em sua alteração sobre o art. 22 de acordo com a decisão do juiz. (CARTILHA DA MULHER – MEDIDAS PROTETIVAS, 2020; PLANALTO, 2006; PLANALTO, 2020).

Essa perspectiva foi incorporada para garantir os esforços de lutas feministas previstos em convenções internacionais, em especial a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher, baseada no compromisso da Constituição de 88 do art. 226, inciso 8 que comanda a criação de mecanismos para reprimir a violência em relações familiares. (AZEREDO, 2017, p. 502).

Azeredo (2017, p. 506-507) aponta o amplo conceito de comunidade familiar da LMP, em decorrência de as pessoas poderem ter ou não um vínculo familiar, pois abrange qualquer relação íntima de afeto, podendo ter convivido com o agressor ou ser independente de coabitação, esses vínculos recaem também sobre as mulheres agressoras.

[...] a lei abrange maridos, namorados, ex-namorados, ex-maridos, irmãos, pais, tios, avós, sobrinhos, cunhados, enteados, padrastos, dentre outros. O conceito abrange uma variedade de laços de pertencimento no âmbito doméstico. (SIMIOMI; CRUZ, 2011 apud AZEREDO, 2017, p. 506).

É importante salientar que a pouca discussão sobre perspectiva de gênero pode dificultar a interpretação acerca da Lei e a sua aplicação, e conseqüentemente causar o cerceamento de direitos em vez de garanti-los. (AZEREDO, 2017, p. 494).

Segundo Lisboa (2014, p. 38):

É importante lembrar que as relações de gênero fazem parte do cotidiano de todas as pessoas, acontecem em todas as instâncias e em todos os níveis sociais. Por esse motivo, essa abordagem deve estar integrada a uma análise global da sociedade e ser pensada em termos dinâmicos, pois repousa em antagonismos e contradições.

Relacionando com Lisboa (2014, p.38), a Fundação Demócrito Rocha (2021) aponta a importância da educação desde a tenra idade, as escolas devem ser ambientes propícios para o estabelecimento de diálogos saudáveis com crianças e adolescente para se debater sobre a sexualidade dos jovens, e proteger sua integridade corporal, em busca de prevenir formas de violência contra si, e também evitar as reproduções da mesma com ações contra os outros, com meios que conduzam suas mentes contra todas as formas de violações de gênero.

É importante salientar, ainda de acordo com a Fundação Demócrito Rocha (2021), a inerência do trabalho contínuo com meninos, rapazes e homens, aonde se faz necessário refletir com os mesmos outras formas de masculinidades baseadas na equidade de gênero, e o estímulo do desenvolvimento de empatia, o contato com o campo artístico e sensível de modo que trabalhem seus sentimentos sem precisar lidar com as frustrações cotidianas exercendo a raiva e agressividade, e, sobretudo, treinamentos para que não apenas deixem de praticar ações violentas ou deter pensamentos machistas, mas que saibam se posicionar contra as violências de gênero de forma ativa, como conversar e reprimir ações de colegas em grupos de WhatsApp contra a divulgação de fotos íntimas de garotas, forma de violência que envolvem esse público, mediante denúncia em casos necessários, com vista ao exercício do respeito à dignidade sexual das mulheres.

Ainda sobre a importância da educação como forma de prevenção, de acordo com a palestra do Projeto Entre Elas de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” composta pela equipe técnica Mislene Lima (psicóloga da Defensoria Pública), Rosana Lemos Faraon (Gerente do Reincidência Zero) e Larissa Beltrão Rosas (técnica da Defensoria Pública), toda a forma de educação é importante no combate à violência de gênero, e os agentes fundamentais na construção do gênero

são a família, escola, instituições religiosas, meios de comunicação, e por isso, é inerente estabelecer aproximação sobre esses meios sociais através do diálogo, capacitação, debates nesses ambientes como multiplicadores de informações. É preciso entender esse machismo enquanto ainda não são agressores, para que não se desenvolvam dessa forma enquanto seres sociais. Ao longo da infância as crianças reproduzem esses papéis socialmente impostos (proibições de demonstração de carinho e incentivo à raiva), o que os faz ter medo de se expressar de modo saudável quando adultos e se transformarem em homens agressivos (Informação verbal).¹.

Diante disso, ainda na palestra, foi apresentado o centro Educativo Eles Por Elas, onde se realiza o programa Reincidência Zero, onde se trabalha com homens autores de violência que não possuem a autoconsciência enquanto autores de ideias e atitudes machistas, com a perspectiva de se trabalhar masculinidades que não sejam prejudiciais, abarcando estratégias como o compartilhamento de tarefas domésticas e compartilhamento do papel parental. O grupo de reflexão com os homens do programa “Reincidência Zero” já foi realizado também em interiores do Pará como Marabá, Parauapebas e que usa essa metodologia para que alcancem bons resultados ao longo desses 10 anos de aplicação. “Nenhum homem nasce agressor, ele se torna” (sic) para fazer menção de que o agressor não tem isso em genética, mas à medida que vive e cresce em sociedade, na criação familiar, o contato com a mídia, ele se torna assim. (Informação verbal).².

Durante esses 10 anos ao trabalhar com homens autores de violência doméstica e familiar, é debatido que esse se torna um processo duradouro, por conta de ser imprescindível remontar que historicamente todos detêm ideias e atitudes machistas, e a forma que o homem deve agir está ditada meios de comunicação como filmes, na criação familiar com os responsáveis ocasionando autoestima frágil expressa quando adultos com o medo de sair traído, deixado ou perder o controle sobre a mulher em relações afetivas. Então, é preciso fazer a desconstrução por meio do diálogo para que compreendam a responsabilidade que possuem sobre as ações que praticaram. É identificado que os homens choram no momento de identificação sobre si e expressão de seus sentimentos, e quando não existe essa possibilidade, demonstram suas frustrações de outra forma com a violência que ocorre se não houver essa reflexão. Essa atividade coletiva articula com homens que não se percebem enquanto equivocados, com a reflexão sobre a sua própria vida e o modo que, por exemplo, observaram seu pai maltratar sua mãe, e percebem como adquiriram e reproduziram esse comportamento e com a violência em seus relacionamentos. (Informação verbal).³.

Enfim, foram apresentados dados sobre a aplicação desse programa, que demonstram que a reincidência de homens que praticaram agressões após a realização da educação social, diálogo e reflexão é pequena, pois, ao ser trabalhar com em torno de 11 homens, apenas 2 voltaram a exercer violência. (Informação verbal).⁴.

É possível afirmar como a educação se faz inerente para se alcançar a prevenção e combate à violência, de modo que o enfoque no combate não seja restringido ao caráter punitivo. Ações de disseminação de conhecimento e prática de reflexões sobre a LMP, a historicidade que naturalizou a violência, devem ser transformadas em práticas comuns em escolas, meios sociais como familiares e instituições, religiosas centros universitários, campos de trabalho, ambientes públicos, e, nessa perspectiva, a violência estrutural pode deixar de ser naturalizada, incentivada e aceita socialmente, e novas masculinidades pautadas em comportamentos justos entre os gêneros podem ser construídos e postos em prática. (Informação verbal).⁵.

2.2 HISTORICIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR - SISTEMA DE PODER E CAPITALISMO

Pereira (2021, p. 5-6) explica que anterior ao século XX e XXI, a dominação masculina era vista como um fato universal que não poderia ser evitado, e isso sustentou a naturalização da violência contra os seres femininos. Após esse período, os estudos em História, Ciências Sociais e Antropologia revelaram que a submissão das mulheres era uma concepção construída historicamente, não um fato, e, assim, poderia ser igualmente extinta por esse processo histórico.

Gerda Lerner (2019) é mencionada por Pereira (2021, p. 5) sobre as 'raízes' das discriminações estarem pautadas no fato de que a história foi contada apenas do ponto de vista masculino da humanidade, e por conta disso, "as mulheres foram completamente destituídas de sua história, de suas narrativas e de sua própria humanidade".

Por conseguinte, o patriarcado é o sistema social derivado do modelo econômico capitalista na qual os homens ocupam espaços de poderes em esferas políticas, sociais e familiares e permite que exerçam poder sobre os seres femininos. (PEREIRA, 2021, p. 5).

As opressões contra a mulher moldadas ao longo dos séculos reduzem as mulheres a adornos, objetos sexuais ou pessoas que se realizam somente no ambiente doméstico. Essas ações praticadas pelos homens advêm de um consenso sobre a estrutura estar relacionada ao controle reprodutivo, devido à sobrevivência de um grupo social depender desse aspecto. (PEREIRA, 2021, p. 5-12).

Consequentemente, a capacidade de gerar filhos foi utilizada para o fortalecimento da apropriação real e simbólica sobre os corpos femininos, o que Lévi-Strauss identifica como “reificação”, a desumanização de mulheres, “que passam a ser vista mais como coisas que seres humanos” e seus filhos servem de mão de obra para a manutenção do sistema capitalista. Não obstante, a partir do momento em que uma mulher está grávida, a preocupação com o sexo biológico da criança passa a moldar o imaginário de identidade desse ser, as criações dicotômicas por sua vez, reforçam a delicadeza feminina e agressividade masculina. (PEREIRA, 2021, p. 5-6).

Silvia (2008, p. 270) menciona Marx (1984, p. 187) em sua definição sobre as desigualdades sociais serem fundamentadas pelas condições em que se estabelece o capitalismo, com a apropriação privada da produção social (riqueza socialmente produzida pelas classes proletárias) sob o poder da classe dominante, essa lógica fomenta a existência de diferentes formas de violência, aspectos relacionados às expressões da questão social, “intrínseca à natureza da propriedade privada”.

Ambos os sexos são pressionados a exercerem o que se é esperado das “caixinhas de gênero” e devem seguir valores e práticas referentes às mesmas, sendo exemplificadas em brincadeiras para meninas que envolvem domesticidade e fragilidade, e para os meninos, os esportes e aventura desde a tenra idade. (FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA – FDR, 2021, p. 22-23; MENDES, 2014, apud AZEREDO, 2017, p. 4).

Atualmente, esses padrões são promovidos de modo inconsciente e culturalmente na maior parte dos casos, e também são exercidos através das graves violências como o estupro corretivo de comportamento, agressão física e a imposição sobre os sentimentos como a frase “homem não chora” na criação de meninos e meninas, o que impacta negativamente no desenvolvimento individual desses seres e proporciona a socialização de futuros adultos insensíveis e coniventes com a violência. (FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA – FDR, 2021, p. 22- 23).

A violência doméstica e familiar está correlacionada a esses processos históricos com papéis designados às mulheres e aos homens com estereótipos que fortalecem a ocorrência e aceitabilidade desse fenômeno, e penaliza todo o círculo familiar envolvido no contexto das múltiplas violências praticadas contra as mulheres. (PEREIRA, 2021, p. 8).

Azeredo (2017, p. 496) vai ao encontro desse argumento:

É fundamental compreender que a sociedade impõe papéis assimétricos para homens e mulheres. As mulheres são consideradas objeto de posse, sendo controladas pelos homens. Qualquer transgressão da mulher ao seu papel social, o homem acredita que pode violentá-la.

Segundo Bordieu (1989, p. 10), as ideologias servem aos interesses particulares de uma determinada classe (a dominante) e são produtos apropriados de forma coletiva, e tendem a se apresentar como interesses universais. Dessa forma, a cultura é utilizada como legitimação da classe dominante, distinguindo-os das outras classes, por meio do estabelecimento das relações de hierarquia e levando à falsa consciência, ou seja, a desmobilização das classes dominadas.

A cultura dominante, nesse sentido, dissemina a função de divisão social de por meio da comunicação com a cultura, a mesma que une e separa e legitima as posições de hierarquias sociais, definindo a distância de todas as culturas em relação à cultura dominante. (BORDIEU, 1989, p. 11).

A violência é executada em decorrência do desequilíbrio de personalidade interligada ao intenso desejo de poder histórica e socialmente construído que gera a agressividade. (CARTILHA DE PROTEÇÃO À MULHER: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR, 2020, p. 40).

Dessa forma, Pereira (2021, p. 7), reitera que a própria Lei Maria da Penha, pontua no item 16, que “as desigualdades de gênero entre homens e mulheres advêm de uma construção sociocultural”.

Assim como Azeredo (2017, p. 498) considera que por conta de as desvantagens percebidas em torno dos gêneros serem emolduradas historicamente, as desigualdades têm razão social e não natural. Nesse sentido, “as desigualdades vivenciadas pelas mulheres são os frutos das vantagens dadas aos homens”. (AZEREDO, 2017, p. 499).

Santos e Moreira (2019) mencionam Garcia (2011) a percepção sobre a lógica desse sistema político que exercia controle sobre famílias, relações sexuais e diversas esferas da vida social e em estudos teóricos dos movimentos feministas que se organizaram historicamente em um cenário de reivindicações e conquistas.

Essa luta é definida como a tomada de consciência das mulheres enquanto parte da coletividade humana que sofre todas as formas de opressão, exploração e dominação as quais foram submetidas ao longo do tempo, e logo, a busca pela liberdade é um princípio inerente para a realização desse fim, sendo esse movimento definido em três fases chamadas de “ondas” articulando filosofia, política e o movimento social. (GARCIA, 2011, p. 13; FRANCHINI; 2017 apud SANTOS; MOREIRA, 2019).

Assim, a primeira onda foi no século XIX, após a Revolução Industrial e a consolidação do capitalismo, com o questionamento sobre o ideal sistêmico do lucro a qualquer custo, a imposição do papel submisso sobre as mulheres, a luta por direitos operários, participação política com o direito ao voto, e a abolição da escravatura para a libertação dos corpos de mulheres negras, que diferente das

mulheres brancas, ainda eram literalmente consideradas propriedade institucional e jurídica, portanto trazendo a pauta da interseccionalidade desde esse primeiro momento. (FRANCHINI, 2017; SANTOS; MOREIRA, 2019).

Também, a segunda onda em meados do século XX iniciada nos anos 50 e se estendeu aos anos 90, e teve movimentos mais expressivos nas décadas de 60 e 70, com a teoria sobre as origens da condição de exploração do ser feminino, a busca por direitos reprodutivos e discussões sobre a sexualidade, trazendo conquistas nas relações de trabalho, política e economia no Ocidente. (FRANCHINI, 2017; SILVA, 2010 apud SANTOS; MOREIRA, 2019).

Por conseguinte, a terceira onda dá continuidade a essas discussões na sociedade ocidental dos anos 90, evita a generalização do conceito sobre a mulher, e busca compreender várias identidades, abrangendo os estudos para o campo das relações de gênero. (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 649 apud SANTOS, MOREIRA, 2019).

No Brasil, a construção histórica e cultural foi estabelecida seguindo esses princípios do patriarcado e o modelo familiar colonial regido pelo homem com a subordinação e punição da mulher e o incentivo social de posse do homem sobre esses corpos, e durante muito tempo crimes de homens contra suas parceiras eram tratados como passionais e justificados pela defesa da honra, pois nessa lógica o homem detinha a imagem de provedor da família. (BRASIL apud SANTOS; MOREIRA, p. 395).

Durante o período colonial, o Brasil servia aos interesses de Portugal enquanto economia dependente que visava o mercado externo, fortalecimento de patrimonialismo e a máxima do sistema patriarcal. (SANTOS; MOREIRA, 2019, p. 394).

Nesse aspecto, a mulher branca era destinada aos cuidados com a família e a casa, sendo obrigatória a companhia de um homem para sair de casa, e o casamento era a única carreira possível, a elas era exigida castidade, sutileza, e submissão à moral masculina. Não tinham direito a participar da política, economia, ou acesso à educação formal, que era destinada somente aos homens. Elas sofriam com a infidelidade de seus maridos, que na maior parte mantinham relacionamentos com mulheres escravizadas negras e indígenas. (SAFFIOTI, 1976 apud SANTOS; MOREIRA, 2019, p. 394; BASEGGIO; SILVA, 2015, p. 20).

Em contrapartida, apesar da grande resistência, as mulheres indígenas foram reduzidas a objetos sexuais ao serem submetidas à escravização para criação da miscigenação do povo brasileiro com o estabelecimento dos colonizadores e a formação do governo português em território brasileiro com o

relacionamento entre essas duas etnias, utilizadas como geradoras de filhos fora do casamento dos senhores de engenho. (BASEGGIO; SILVA, 2015, p. 19-21-22).

Conseqüentemente, com a exploração da África e o tráfico de pessoas escravizadas, a mulher negra foi utilizada como mão de obra, eram elas que criavam e alimentavam os filhos do sistema colonial, viviam nas casas-grandes como ama de leite, cuidadora da casa, e eram submetidas a violências sexuais por parte dos senhores e seus descendentes, ao serem consideradas uma raça inferior e passível de ser explorada. Mesmo ao conseguirem sua liberdade após anos de escravização, tinham dificuldades sem ter para onde ir, e na maior parte, se tornavam prostitutas para evitar fome e a miséria. (BASEGGIO; SILVA, 2015, p. 20-22).

Enquanto as primeiras formas de reivindicações do feminismo e a luta pelos direitos da mulher se estabeleciam na Europa e Estados Unidos após a Revolução Industrial no século XIX, as mulheres brasileiras ainda viviam sob a rígida imposição de seus papéis sociais, excluídas da educação, o que fomentou suas primeiras lutas para aprender a ler e escrever (SANTOS; MOREIRA, 2019, p. 294).

Santos e Moreira (2019, p. 394) mencionam Duarte (2003, p. 153), sobre as primeiras mulheres que tiveram acesso à educação diferenciada abrirem escolas, publicarem livros e enfrentarem o preconceito da época referente, a saber, ler e escrever.

Moreira e Santos (2019, p. 395) mencionam Pinto (2010) e explicam que na década de 30 o feminismo perdeu força na Europa, assim como no Brasil, e as pautas foram retomadas na década de 60. Nesse período, Europa e Estados Unidos estavam em um contexto de movimentos libertários, enquanto o Brasil enfrentava a repressão do golpe militar com a ditadura, ocasionando lutas feministas diferentes do mundo.

Em seguida, com o crescimento dos movimentos feministas no país durante os anos 80 e estudos realizados em relação à violência contra a mulher em diversos campos como o social, psicológico e do direito possibilitaram a criação das delegacias das mulheres enquanto principal fonte de enfrentamento a este fenômeno, sendo a primeira em 1985, em São Paulo. Ainda assim, não trazia respostas eficazes para as formas de violência e não as prevenia, pois, os investimentos nacionais eram escassos e as práticas governamentais na atuação sobre esse assunto eram fragmentadas. (SANTOS; 2010, SANTOS; IZUMINO, 2005 apud SANTOS; MOREIRA, 2019, p. 395-396).

Destarte a esse momento, a Constituição Federal de 1988 trouxe importantes avanços para as mulheres com a ampliação de seus direitos servindo de base para leis, tais como o art. 5º, que

estabelece sujeitos iguais perante a lei, com garantia de acesso à liberdade, igualdade, propriedade, segurança. (RODRIGUES; CORTÊS, 2006 apud SANTOS; MOREIRA, 2019, p. 396).

Ademais, a criação da Lei Maria da Penha 11.340/2006, foi implementada como forma de absorção das demandas feministas de forma ampliada através da pressão sobre a indiferença do Estado em relação às violências, e trouxe para o âmbito público problemas sociais que eram tratados de forma trivial, internos e restritos às relações dentro do lar. (SANTOS, 2010, p. 155).

Santos e Moreira (2019, p. 393) mencionam Saffioti (1976) ao explicar que embora a primazia masculina pertença ao passado, as desigualdades persistentes da atualidade são heranças desse modelo, e apesar de o homem não deter explicitamente poder sobre a vida da mulher e sua família como na Roma Antiga, é perceptível a tentativa de dominação sobre as suas parceiras, que pode levar ao extremo dessa violência, o feminicídio.

2.3 RACISMO E MISOGNIA RACIAL

O ideal de senso comum sobre a fragilidade, delicadeza e domesticidade feminina é atribuído somente às mulheres brancas, enquanto esses traços são negados às mulheres negras, às quais são exigidas agirem feito “guerreiras”, pois carregam as profundas raízes do racismo. (PEREIRA, 2021, p. 10).

O racismo é o sistema complementar do patriarcado e originário do sistema capitalista, como uma das várias formas de opressão existentes desse modelo, ele é estrutural e historicamente construído, com a discriminação sistemática por conta da cor, etnia e raça a qual o indivíduo pertence. Além disso, promove práticas de discriminação consciente e inconsciente na sociedade por conta da herança colonial escravista que pautou a formação da economia do país, essa desigualdade racial e de gênero é pilar estrutural da violência no Brasil. (FDR, 2021, p. 39).

Davis (2016, p. 17-18) é mencionada por Pereira (2021, p. 10) por explicitar a ideologia crescente no século XIX que pautava a mulher branca como mãe protetora e amável com seu marido, enquanto as mulheres negras eram desprovidas de humanidade, e poderiam sofrer todas as formas de repressão e violência, ao serem reduzidas à condição de fêmeas.

Outro exemplo desse aspecto estrutural, segundo Pereira (2021) e o Instituto da Mulher Negra (2014) é o de Sojourner Truth (Peregrina da Verdade), que nasceu escravizada em Nova Iorque, e anos após ser liberta, proferiu um discurso na *Women's Rights Convention*, em 1851, após os homens declararem que as mulheres não deveriam ter os mesmos direitos que eles, pois eram frágeis e não suportavam pular uma poça sem a ajuda masculina:

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (Instituto da Mulher Negra – Geledés, 2014).

A cor da pele é utilizada como instrumento para submeter, desumanizar e manter o controle e poder sobre as mulheres negras, sendo citado o racismo institucional enquanto realidade cotidiana vivenciada por elas ao serem invisibilizadas no acesso a políticas públicas de saúde, educação, terra, trabalho, em decorrência da herança histórica do racismo institucionalizado advindo do capitalismo industrial que baseou a construção da sociedade e da economia no Brasil com a escravização das pessoas negras desde o período colonial. (CARTILHA DE PROTEÇÃO À MULHER: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR, 2020, P. 56).

Ao se discutir a questão étnico-racial ligada ao estudo de gênero, elas ocupam as piores posições de desigualdade, o que permite apreender que são os ‘alvos preferenciais’ da violência doméstica e do Estado, pois ocupam as maiores taxas de assassinatos, denúncias de violências domésticas, casos de estupro e assédios em locais públicos. (CARTILHA DE PROTEÇÃO À MULHER: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR, 2020, P. 56).

Franchini (2019) aponta que “apesar de todas as diferenças entre todas as mulheres do mundo, ainda há algo que nos une a todas, indiscriminadamente: a opressão com base no sexo.”.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2021, p. 38) “quando se trata da análise da violência letal como um fenômeno social, o perfil das vítimas também é um dos primeiros indicadores a ser considerado”.

(...) referentes ao crime de lesão corporal seguida de morte. Em 2019, as vítimas negras representavam 68% do total, enquanto aquelas identificadas como brancas, significavam 31%. No ano seguinte, aumentou a diferença entre os dois grupos, passando para 75,3% de pessoas negras vítimas contra 24,7% de pessoas brancas. (Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2021, p. 39).

Em sequência, a misoginia racial é classificada como a união do racismo ao patriarcado que se complementam na reprodução de práticas discriminatórias contra as mulheres com base em sua cor, em função da combinação das condições de gênero e raça. (FDR, 2021, p. 41).

A violência gênero-racial tolera e incentiva a subjugação de mulheres negras que sofrem violências intensas pelo fenômeno inegável da misoginia racial presente na sociedade brasileira, e para tanto, esse fenômeno deve ser considerado como prioridade na realização de políticas públicas de prevenção e enfrentamento. (FDR, 2021, p. 41).

Bem com expõe Lisboa (2014) e FDR (2021), ao pensar em intervenções sociais, como a elaboração de políticas públicas de prevenção e proteção aos seres femininos, é necessário considerar a prioridade sobre o público que historicamente sofre agressão nas formas mais intensificadas desde a fundamentação do modelo capitalista até os tempos atuais, e pensar formas concretizadas de direitos que abranjam as particularidades das demandas apresentadas.

Lisboa (2014, p. 38) menciona Femenías (2007), sobre a importância de serem relacionadas às questões raciais, étnicas, sociais junto à categoria de gênero como aspecto inerente na defesa dos direitos humanos, a partir da perspectiva interseccional que considera as raízes indígenas, negras e portuguesas do Brasil, com base na consideração da realidade específica do país.

Pensar as questões raciais, sociais e étnicas, juntamente com as categorias de classe e de gênero, tornou-se um eixo fundamental para as defensoras do feminismo latino-americano, como Maria Luiza Femenías (2007), que sugere uma releitura (uma tradução) das teorias eurocêntricas, “ressignificando-as” para as nossas questões específicas. A realidade do nosso país é “singular”, fundada em três raízes populacionais: a autóctone indígena, a europeia branca e a negra. Essa situação peculiar demanda “trazer a tona a nossa história de deslocamentos, reacomodações, resistências, identidades mestiças” (FEMENÍAS, 2007, p. 16), requer uma política de identidade, uma abertura para a diversidade étnica e cultural; intersecção entre as categorias gênero, classe, raça/etnia. Desse modo, sugere-se que a formação profissional das/dos Assistentes Sociais possa incluir a apropriação de uma metodologia que articule a dimensão teórica e a interventiva.

Assim, a mulher negra é a maior vítima dessas agressões e por conta do racismo estrutural e da misoginia que recai sobre sua existência pela herança colonial do país, e, em concordância, as políticas públicas de proteção e prevenção devem priorizar esses seres sociais mais vulneráveis em decorrência da herança patriarcal colonial, que apesar de oprimir todas as pessoas femininas com base no gênero, como propõe Franchini (2019), ocorre a seleção de mulheres com base em sua cor, cultura e etnia

para serem as maiores vítimas da violência de estado, principalmente no contexto ultraconservador atual.

2.4 CICLO DA VIOLÊNCIA

Silva (2017) menciona Bárbara (2005) acerca das fases do ciclo da violência, que segue uma dinâmica composta de três fases: a de tensão, explosão, e a lua de mel.

A primeira fase (tensão) decorre de frustrações do parceiro com o cotidiano, de forma que ele transfere a responsabilidade de não saber lidar com seus sentimentos acerca dos fatos para a parceira, “começa praticar a violência psicológica através de insultos, humilhações, intimidações, crises de ciúmes, destruição de objetos, gerando conflitos” e a mulher busca justificar essas ações pensando que fez algo errado e merece isso. (IMP, 2018 apud SILVA et al, 2019).

A segunda fase (explosão) é quando o agressor perde o controle e passa a exercer a violência física para demonstrar seu poder na relação, que vai se intensificando ao longo do tempo. Após essas ações, parte para a atitude de culpar a mulher por seu comportamento violento. “A mulher com baixa autoestima mantém uma relação de submissão a fim de manter seu modelo ideal de família. [...] vive um conflito de significações pois o homem [...] idealizado passa a exercer um perfil de agressor.” (BÁRBARA, 2005 apud SILVA, 2017; NÓBREGA; JÚNIOR; NASCIMENTO; MIRANDA, 2019 apud SILVA et. al, 2019)

A terceira fase, lua de mel, se desdobra no arrependimento, de forma que o agressor manipula seu comportamento com base em manter boa reputação, e age para ser visto com imagem positiva diante da parceira e da sociedade, com comportamentos amorosos e de cavalheirismo, convence de que irá se controlar e não irá mais repetir essas ações. (BÁRBARA, 2005 apud SILVA, 2017; SILVA et al, 2019).

A naturalização da violência contra a mulher é evidente, e seus desdobramentos históricos fundamentam essa continuidade em diversos campos, e especial, nas relações afetivas heteronormativas, indo ao encontro com o discurso de Correa (2020):

Sempre tem alguém que pergunta por que ela não sai desse relacionamento? Em vez de perguntar por que ele a agride? A sociedade tende a colocar o centro de gravidade dos maus-tratos na vítima, procurando as razões pelas quais ele merece ou se deixa ser maltratado, e justifica o agressor dizendo que está doente ou é alcoólatra.

2.5 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Em 2014, de acordo com a Central de Atendimento à Mulher (Disque 180) foram realizados 52.957 denúncias de violência contra a mulher em que 51,68% corresponderam à violência física; 31,81% de violência psicológica; 9,68% de violência moral; 1,94% de violência patrimonial e 2,86% de violência sexual. (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2014).

Em 2015, ainda com dados da Central de Atendimento à Mulher (Disque 180), teve 76.651 denúncias (BRASIL, 2016). E em 2016, de acordo com o Painel de Violência contra Mulheres do Senado Federal, no Brasil, foram registrados 224.946 boletins de ocorrência. (SENADO FEDERAL, 2016).

As diversas perspectivas teóricas consideram que as causas da violência contra a mulher, nas relações com seu parceiro, são multidimensionais, por conta do: individual - transtornos de personalidade, problemas psicológicos -, familiar - problemas de comunicação, relações familiares conflituosas e disfuncionais, ausência de apoio familiar - e social - sociedade machista, tolerância do uso da violência -. (FERNANDEZ-MONTALVO e ECHEBURÚA, 2008; MURPHY; TAFT; ECKHARDT, 2007; HUANG; ZHANG; CAO, 2007; ZHAO et al., 2008; GRACIA e HERRERO, 2007). De acordo com Rovinski (2004) é importante salientar as características de impulsividade do agressor, o álcool e a violência têm fatores preditivos comuns, como por exemplo, uma personalidade impulsiva.

Em estudo feito por Acosta, Gomes e Barlem (2013) foram analisadas 902 ocorrências e notaram a predominância de mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade e residentes em bairros periféricos.

A violência física esteve presente em mais da metade dos casos. Houve, também, violência sexual, preponderantemente, o estupro por desconhecidos e parceiros íntimos (...) a reincidência de ocorrências policiais pela mesma vítima foi destacada.

Conjuntamente com estes dados, Acosta et al. (2013), Griebler e Borges (2013), em uma delegacia no interior do Rio Grande do Sul observaram o uso de substância psicoativas por parte do agressor.

A violência doméstica e familiar provoca várias consequências graves as vítimas, como hematomas, fraturas, transtornos de ansiedade e depressão, insônia, baixa autoestima, falta de libido, suicídio, homicídio e mortalidade materna. Segundo Vatnar e Bjorkly (2008) essa violência não afeta apenas a vítima, mas sim, todos aqueles que estão em torno dela, por exemplo, a exposição dos filhos também é um fator perigoso para a perpetuação de repetição dessa violência.

Em uma pesquisa feita em 2014 por Zart e Scortegagna (2015) em uma Casa de Apoio, 52,11% das vítimas tinham entre 26 a 35 anos. Labronici et al. (2010), Acosta et al. (2013) e Griebler e Borges (2013) entendem que o maior índice é das mulheres jovens, pelo fato da “idade biologicamente reprodutiva, de vida sexual ativa, em um período considerado propício a separações e divórcios, pode tornar as mulheres mais vulneráveis à violência”.

Ainda sobre essa pesquisa é apresentado uma baixa escolaridade com 74,64% que cursaram o ensino fundamental incompleto e completo.

Este dado corrobora estudos que alertam que a carência de um nível educacional gera falta de informações e de formação suficiente para que as mulheres possam lidar com situações adversas. O baixo nível de instrução faz com que os recursos utilizados pelas vítimas sejam precários em termos de autodefesa, inclusive em qualidade de vida. Representa, igualmente, uma importante restrição ao mercado de trabalho mais valorizado, em atividades melhores remuneradas, fomenta a dependência financeira e emocional do companheiro (agressor), o que dificulta a quebra do ciclo de maus-tratos. É importante lembrar que a violência doméstica atinge, também, as classes mais instruídas, porém nessas circunstâncias a subnotificação dos casos é mais proeminente. (LABRONICI et al., 2010; ACOSTA et al., 2013).

Através desse alto índice de baixa escolaridade é perceptível a falta de políticas educacionais brasileiras.

Esses fatores educacionais e socioeconômicos são fatores de risco à violência intrafamiliar, aumentam o estresse, e diminuem a autoestima das mulheres. Indo um pouco mais além, pode-se supor que assim como em outros países (GRACIA e HERRERO, 2007) o Brasil ainda precisa avançar muito para ultrapassar concepções de uma sociedade machista, e de tolerância aos maus-tratos.

Prevaleceu a violência psicológica com 80,28% e em seguida violência física com 64,78%. A violência psicológica por muitas vezes não é considerada agressão, pois ocorrem de forma silenciosa e indireta, por meio de humilhações, ameaças, chantagens e críticas. O agressor foi o companheiro ou ex-companheiro em 95,77% dos casos - o que torna mais difícil a denúncia e o rompimento do ciclo de violência, por conta do vínculo afetivo -, sendo o uso de álcool e outras drogas presente em 63,38% dos agressores. De acordo com Rovinski (2004) “o uso de álcool ou outras drogas tem a função de desinibir a conduta dos agressores e servem de fonte para culpabilizar seus comportamentos”.

No Estado do Pará, no período de 2008 a 2015 foi feita outra pesquisa através do Banco de Dados do Sistema Integrado de Segurança Pública SISP/WEB por Bitar, Lima e Farias (2021) em que das 31.793 denúncias de vítimas de violência doméstica e familiar na Região 7 (Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara) registraram 43,4% do total de denúncias. Em 2018, em Belém foram 14 mil

relatos de agressões contra o gênero feminino, um acréscimo de 14% em relação ao ano de 2017 (SÓTER; MAIA, 2019).

A região 7, de maior prevalência de violência doméstica nos anos de 2008 a 2015 no Pará “é composta de municípios situados geograficamente próximos a capital, que cresceram de forma desordenada, com muitas áreas pobres, precárias em termos de saneamento básico, urbanização e desigualdades sociais”. (VILARINS, 2019).

Nessas localidades, a ausência de segurança pública impede que os demais órgãos públicos exerçam seus trabalhos, como as instituições de apoio a mulher vítima de violência doméstica e até mesmo Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais poderiam intervir a favor do controle dessa violência (AUGUSTO et al., 2015).

Os resultados da pesquisa de Bitar, Lima e Farias (2021) se assemelham com a pesquisa feita por Zart e Scortegagna (2015).

As mulheres jovens (entre 18 e 34 anos) são as que mais sofrem violência doméstica atingindo um percentual de 61,65%; Das 31.793 mulheres que fizeram denuncia de violência doméstica no Pará apenas 54,8% obteve-se o registro de escolaridade, com 25% dessas mulheres com ensino fundamental incompleto, seguido de 11 % de mulheres com ensino médio completo; e 2% de mulheres com nível superior completo. (BITAR; LIMA; FARIAS, 2021).

Tal situação é discutida por Vale et al., (2013):

(...) quanto menor o suporte social e financeiro, maior o risco de violência. Mulheres com menor escolaridade geralmente estão em condições de pobreza, o que favorece a exclusão social e baixa autoestima, reduzindo as perspectivas de que possam exercer atividades bem remuneradas no mercado de trabalho.

Em relação de raça/etnia dessas mulheres vítimas paraenses, 75,5% se autodeclararam negras, seguida das mulheres brancas com 22,4%.

O Brasil registrou, nos dez primeiros meses de 2015, 63.090 denúncias de violência contra a mulher, o que corresponde a um relato a cada 7 minutos no País. Entre estes registros, quase metade (31.432 ou 49,82%) corresponde a denúncias de violência física e 58,55% foram relatos de violência contra mulheres negras (BRASIL, 2015).

De acordo com o Mapa da Violência de 2015, o número de mortes violentas de mulheres negras aumentou em 54% em dez anos. No mesmo período, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas diminuiu 9,8%. (WAISELFISZ, 2015).

O preconceito e a discriminação são evidenciados nos dados socioeconômicos que indicam que as mulheres, principalmente as negras, são discriminadas no mercado de trabalho, quando não conseguem empregos ou ocupam cargos secundários, mesmo quando qualificadas e instruídas, ou ainda quando recebem salários inferiores quando ocupam os mesmos cargos que os homens e mulheres brancas (CACCIAMALI; HIRATA, 2005).

A violência doméstica e familiar é uma questão social e de saúde pública. Por tanto:

(...) torna-se essencial que se discuta a violência contra as mulheres não apenas numa perspectiva de gênero, mas também de raça, ou seja, buscar a interseccionalidade nessa discussão, compreendendo que a discriminação de gênero se intensifica na vida das mulheres negras, por isso, o poder público deve promover políticas de enfrentamento as desigualdades sociais ocasionadas pela questão de gênero e do racismo, infelizmente ainda presente na sociedade (CEPAL, 2018).

Em 2015, o Atlas da Violência Contra a Mulher:

(...) registrou 4.621 casos de mulheres assassinadas, o maior número em dez anos, em média foram 13 vítimas por dia no Brasil. Os estados com as maiores taxas de feminicídio no mesmo ano foram: Roraima com 10,6%, quase duas vezes superior à média nacional de 4,7%, Rio Grande do Norte com 8,3%, Acre com 8,3% e o Ceará com 8,1%; e os estados com menores taxas de feminicídio foram: São Paulo com 2,2%, Distrito Federal com 2,9%, Santa Catarina com 3,1% e o Piauí com 3,2%. Entre as vítimas 66% eram negras (CERQUEIRA et al., 2019).

Das formas de violência coletadas, segundo pesquisa do Data Senado, a mais frequente é a violência física, relatada por 62% das vítimas, o que faz com que muitas vezes seja esse tipo de dano o foco das campanhas (BRASIL, 2013).

As demais formas de violência esbarram em percepções baseadas no senso comum que as tratam como de “menor importância”, sendo muitas vezes remetidas a outras esferas de resolução que não o Poder Judiciário, como os atendimentos psicossociais (SOUZA, 2016).

3. SESSÃO II – DADOS E ANÁLISES

3.1 INSERÇÃO DAS DEAM'S E DOS SERVIÇOS INTEGRADOS EM BELÉM DO PARÁ

A primeira Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher do estado do Pará surgiu em 1986 para o enfrentamento da situação de violência doméstica e familiar. Nos períodos posteriores à sua criação, a DEAM passou por dificuldades com a falta de equipamentos e a necessidade de capacitação dos funcionários. (CAVALLÉRO; ALVES, 2012, p. 4).

Até 2012, a equipe da delegacia era composta por poucos profissionais e não havia a presença de psicólogas, nesse cenário, eram realizadas triagens das mulheres em órgãos como a Defensoria

Pública, e foi percebido o despreparo de agentes policiais sobre as demandas apresentadas, assim como a identificação de práticas de conciliação entre o agressor e a vítima, falta de articulação com outros órgãos, o que demonstrou a necessidade de mudanças para a efetivação de seu papel enquanto política pública. (CAVALLÉRO; ALVES, 2012, p. 4-5).

Cavalléro e Alves (2012) reconhecem que ao chegar na delegacia, a mulher não procura apenas denunciar o ocorrido, mas sobretudo ser ouvida por um profissional que se importe com a possível situação a ser tratada.

Silva (2017, p. 3), demonstra que a violência contra a mulher em Belém não é diferente da realidade dos dados nacionais, e que devem ser levadas em considerações as particularidades regionais. Menciona Silva e Miranda (2011) sobre o Estado do Pará em seus 144 municípios só possuir 10 Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher, o que dificulta ações de prevenção e combate a esse fenômeno, e sugere a criação de políticas públicas com vista de garantir o direito das mulheres.

Silva (2017, p. 5) considera que as DEAMs são mecanismos importantes do Estado ao se tratar de combate à violência, por serem o contato inicial com as mulheres que buscam solução para sua demanda.

Silva (2017, p. 8-9) explicita que ações da DEAM de educação e sensibilização da comunidade bem como propõe a LMP em seu capítulo I com as “medidas integradas de prevenção” são inerentes no processo de desconstrução da naturalidade com a qual a violência é tratada em sociedade e demais instituições, que devem ser promovidas relações entre os gêneros com equidade de forma continuada, devido à complexidade do fenômeno e a necessidade do seu enfrentamento. Para isso, é sugerido que as ações educativas não sejam realizadas somente em momentos específicos, e deve ser composta por equipe de profissionais da educação como pedagogos e sociólogos para discutir o tema em comunidade, e dessa forma a DEAM estará cumprindo a LMP.

Silva (2017, p. 8), define que em 2013 a DEAM foi incorporada ao PPM (antigo PROPAZ-Mulher) na busca pela integração de ações profissionais entre esses órgãos, o que facilitou o diálogo e mediação com as demais redes de atendimento no Estado.

Acerca do surgimento dos integrados, Souza et. al. (2018, p. 135) destacam que para a efetivação da LMP, a atuação de Varas de Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher necessita de outros serviços para o acesso das mulheres sobre os seus direitos, sendo os Centros de Referência

uma das principais políticas de prevenção e assistência, sendo equipamentos voltados para a prevenção e enfrentamento à violência do gênero feminino:

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em situação de violência são equipamentos da política pública especial de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, vinculam-se administrativamente ao órgão gestor das políticas para as mulheres do município onde estão localizados, que tem como finalidade, encaminhar para atendimento e/ou atender a mulher em situação de violência e fornecer subsídios técnicos e estatísticos sobre a questão da violência contra a mulher para gestores das políticas públicas básicas e especiais, bem como para profissionais, representantes de organizações e comunidade em geral. (SPM, 2006b, p. 28 apud SOUZA et. al. 2018, p. 135).

O primeiro centro de referência brasileiro foi construído em São Paulo com a Casa Eliane Grammont em 1990, tendo o seu número elevado de 36 em 2003, para 213 em 2011, com a criação da Política para as Mulheres, ainda assim, demonstrou insuficiência em questão de quantidade ao ser considerada a essencialidade da rede de apoio e a grandeza territorial do país. Tão logo, é possível apreender a relevância dos Centros de Referência como mecanismos de apoio à mulher, e quando for o caso, seus filhos, para que não sofram descaso institucional. (SOUZA et. al. 2018, p. 135).

Em relação ao Estado do Pará, uma das primeiras experiências citadas de centro especializado de atendimento à mulher com base na LMP, foi o Centro “Maria do Pará” que detinha como missão o atendimento humanizado interligado a outros serviços da rede de proteção, e atendia demandas espontâneas ou encaminhadas de órgãos como a “DEAM, Promotoria, Defensoria, Coordenadoria e Central 180 do governo federal” composta por com uma equipe multiprofissional de assistentes sociais, pedagogia, psicólogas, enfermaria, massoterapeuta, socióloga e terapeuta ocupacional, sendo o atendimento individual ou grupal para o estabelecimento de reflexão. (PINHEIRO, 2017 apud SOUZA et. al. 2018, p. 135).

Concernente ao diferencial da instituição estava a assistência jurídica, de saúde social corporal, sobretudo o atendimento para crianças filhos das mulheres em situação de violência. Esse centro foi executado em 11 municípios com base nas maiores incidências de violação de direitos das mulheres, sendo esses: Ananindeua, Belterra, Abaetetuba, Breves, Jacundá, Xinguara, Santarém, Itaituba, Parauapebas, Tucuruí. Contudo, receberam críticas quanto ao funcionamento dos serviços funcionarem em locais distantes, o que levou à queda de demandas. (SOUZA; 2009; PINHEIRO, 2017 apud SOUZA et. al. 2018, p. 136).

Ademais, o Pará Paz (antigo Pro Paz) surgiu em 2004, a fim de promover e fomentar políticas públicas voltadas para a infância, adolescência e juventude, com a garantia dos direitos, a prevenção e combate à violência, e em 2013, se tornou política de Estado, e com isso, sua gestão passou a ser formada por membros de Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, até que em 2015 se tornou uma Fundação administrativa de caráter estadual. (Souza et. al, 2018, p. 130).

Em consonância com o exposto, a Fundação Pará Paz integrado (PPI) foi um dos 13 (treze) segmentos de projetos organizado para realizar serviços diversos no mesmo espaço físico. (Souza et.al, 2018, p. 130).

Bem como, o Pará Paz Mulher – PPM (Antigo Pro Paz Mulher) inaugurado em 2014 é parte integrante do prédio de três andares PPI interligado à DEAM, com o objetivo de promover serviços, projetos, ações da polícia, atendimento psicossocial, perícia, proteção qualificada para elaborar serviços especializados de atendimento humanizado às mulheres em situação de vulnerabilidade causada pela violência doméstica e familiar, a fim de promover sua cidadania e evitar sua revitimização de modo a articular políticas públicas que contribuem para a prevenção, redução e solução de conflitos sociais através do atendimento ao público-alvo da Lei Maria da Penha. (CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D – FUNDAÇÃO PARÁPAZ; PARÁ PAZ, 2017; SOUZA et. al, 2018, p. 130).

Diante disso, é identificada a inerência de um serviço integrado de atendimento às usuárias das políticas de assistência social e possíveis vítimas de violência, sendo amparadas pela Lei Maria da Penha, pois com a educação social contínua da população e de agressores baseada na perspectiva de gênero que a Lei fomenta, é possível realizar contribuição quanto à prevenção de violência, a garantia de direitos e o combate a essa expressão da questão social analisada por Iamamoto (2018) como fruto de desigualdades inerentes do sistema capitalista ao qual o assistente social é desafiado em sua atuação profissional, que é acirrada no contexto de pandemia de COVID-19 com as contrarreformas do estado neoliberal que visa a ausência da intervenção social do estado, e conseqüentemente desvalida as demandas essenciais da população e afeta inevitavelmente os sujeitos sociais vítimas de violência doméstica colocados à margem do exercício político sustentando a despolitização dos sujeitos e incentivando pensamento “ultraindividualista” de problemas coletivos. (CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D – FUNDAÇÃO PARÁPAZ; PARÁ PAZ, 2017; IAMAMOTO, 2018; VALLE; LEITE, 2018).

Por conseguinte, Souza et. al. (2018, p. 137) salienta que o PPM atende mulheres nas cidades de Belém, Ananindeua, Paragominas, Breves, Benevides, Icoaraci e outros municípios da região metropolitana. É destacada a falta de estrutura que precisam ser levadas em consideração ao se tratar da região paraense, como as dificuldades de transportes para ter acesso aos locais, caracterizando um desafio para a expansão dos serviços nos interiores, e atualmente, o atendimento chega ao interior do estado por seis núcleos distribuídos em:

(Núcleo de Altamira), Guajarina (Núcleo de Paragominas), do Lago de Tucuruí (Núcleo de Tucuruí), Baixo Amazonas (Núcleo de Santarém), Bragantina (Núcleo de Bragança) e Marajó (Núcleo de Breves), além de contar com o suporte nas unidades da DEAM. (p. 137).

Em suma, a referida instituição trabalha com as políticas como a Lei Maria da Penha, Lei Joana Maranhão, Lei Carolina Dieckmann, Lei da violência psicológica, entre outras que buscam preservar a dignidade da mulher com a redução de danos físicos e psíquicos estabelecendo uma relação de confiança com as usuárias de forma a evitar novas formas de vitimização e promover sua cidadania. (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

É importante reiterar a pertinência de entidades como o PPM com base em Souza et. al. (2018, p. 130) a partir da LMP:

A Lei Maria da Penha afirma que a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências, a criação de serviços como os centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar (art.35, I) [...] De acordo com a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (SPM, 2006b, p. 15):

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico, social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que proporcione o atendimento e o acolhimento necessários à superação da situação de violência ocorrida, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate da sua cidadania.

Souza et. al (2018, p, 139) elucidam que em 2014, quando a nova sede da DEAM foi vinculada ao PPM com vista a articular programas sociais, as ações realizadas eram de atendimento policial, perícia criminal pelo Centro de Perícias Científicas “Renato Chaves”, atendimento psicossocial, sala de atendimento da Defensoria Pública e sala de audiências.

Em síntese, atualmente no PPM o atendimento é composto por assistentes sociais, psicólogas, pedagogas, médicas peritas, enfermeiras, que visam acolher, fortalecer, trabalhar com a mulher de forma que a faça se sentir segura ao considerar os fatores sociais que a envolve, com uma visão humanizada aliada ao fazer profissional de escuta qualificada, realizando o então denominado atendimento biopsicossocial, pois são aliadas as ciências sociais com os estudos biológicos na busca pelo bem estar da mulher e a garantia de direitos. (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

O PPM possui uma infraestrutura distribuída em salas de espera, brinquedoteca, auditório, e, além do atendimento realizado pelo assistente social, oferta serviços prestados pela psicologia, que realiza os acompanhamentos, agenda de retorno, emissão de laudos, terapia de grupo. Também é ofertado o atendimento de perícia médica com enfermagem, para fins de exames corporais e sexológicos forense. (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

Ademais, são realizadas orientações jurídicas, prestadas através do Núcleo de Prevenção e Enfrentamento à Violência de Gênero (NUGEN), órgão referente à Defensoria Pública do Estado do Pará. O Pará Paz Mulher e o Ministério Público trabalham a educação jurídica, juntos orientam, acompanham e monitoram os processos peticionados. (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

E, por fim, existe a polícia militar ligada ao sistema de Patrulha Maria da Penha para a manutenção da segurança de mulheres que possuem a medida protetiva (afastamento do agressor da ofendida, familiares, testemunhas, locais de convivência). (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA DO NUGEN – LOCKDOWN, 2021; CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

Em relação à Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM), esta unidade ligada ao PPM é referente à segurança pública e funciona 24h para a emissão de boletins de ocorrência policial, requisição de perícia, investigação dos fatos, encaminhamentos de mulheres abrigo, e também sobre os processos de justiça. (PARÁ PAZ, 2017; CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D).

É inerente destacar a atuação interdisciplinar e multidisciplinar no PPM/DEAM, e no ensejo, Souza et. al (2018, p. 141-142) demonstram que:

Outro aspecto importante a ser mencionado se refere ao fato de que, em Belém, foram notificados 8866 casos de violência, entre os anos de 2014 a 2016, segundo informações do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVS) do município, sendo que em 86,9% dos casos a vítima era do sexo feminino e cerca da metade (51,6%) atingiu mulheres adultas (18 anos ou mais). Da violência contra mulheres adultas, o Pro Paz Mulher notificou 81,2% dos casos. Esse perfil demonstra a importância desse serviço para dimensionar a magnitude da violência na região, bem como para dar subsídios para elaboração de políticas públicas de enfrentamento da violência, em especial da violência contra a mulher. Além disso, é válido considerar que, no que tange às diretrizes das portarias do Ministério da Saúde sobre a notificação dos casos, o Pro Paz Mulher vem respondendo às exigências adequadamente, visto que em Belém, atualmente, é o serviço que mais realiza a notificação de violência.

Segundo Veloso, Magalhães, Cabral (2006) e Souza et. al. (2014) apud Souza et. al (2018), a notificação de violência é um mecanismo importante que possibilita elaborar o acompanhamento dos casos de violência enquanto estratégia de proteção às pessoas em vulnerabilidade, pois auxilia a dimensionar os investimentos necessários em núcleos de vigilância e assistência. Contudo, se faz necessária a intervenção interdisciplinar com parcerias institucionais e movimentos feministas no diálogo sobre a elaboração e execução de políticas, pois a democratização da gestão e o monitoramento da política aplicada com transparência contribuem para a concretização de cidadania da mulher. (p. 141-143).

Souza et. al. (2018, p. 143), destacam que:

É também fundamental que esses serviços tenham um olhar para as dimensões de raça, classe, etnia, regionalidade, além de outros marcadores, para compreender as violências sofridas pelas mulheres na região e diversificar as estratégias de enfrentamento [...].

Souza et. al. (2018, p. 132) reforçam a LMP em seu art. 8º sobre a relevância de órgãos de atendimento de políticas como a segurança pública, assistência social, saúde, segurança, educação, trabalho e educação tenham seus profissionais devidamente capacitados para que as raízes culturais e estruturais não perpassem nesses espaços:

[...] ressalta o respeito nos meios de comunicação social evitando a imagem de papéis estereotipados e da incitação à violência; [...] em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher [...] o destaque, para currículos escolares de todos os níveis de ensino [...] de conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero, raça ou etnia e ao problema da violência doméstica contra a mulher.

3.2 SERVIÇO SOCIAL E A INTERDISCIPLINARIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE NO PPM

O Serviço Social advém das relações sociais e de poder, oriundas de um sistema capitalista, em que a profissão era baseada no status quo e conseqüentemente, à Igreja Católica. A intervenção era de

maneira corretiva, com uma perspectiva de assistencialismo e favorecimento do capital, se distanciando do entendimento das expressões da questão social (SILVA, CAVEIÃO, 2014).

De acordo com Czapski (2012), é só a partir do Movimento de Reconceituação, na década de 60 que o Serviço Social se aproxima de uma prática profissional holística, visando “as demandas reais vividas na sociedade brasileira e suscitada pela sociedade organizada e a classe trabalhadora”, introduzindo a partir daí o entendimento das expressões da questão social. Essa nova prática profissional fortalece as relações com a classe trabalhadora e vulnerável, com o “firmamento de um posicionamento ético e a construção de um projeto político na categoria do Serviço Social.”.

Essa questão social apresentada se configura como “as contradições do sistema capitalista”, segundo Iamamoto e Carvalho (2014, p. 83 a 84).

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Nesse contexto de luta à questão social surge um conjunto de ‘expressões das desigualdades’ de uma sociedade capitalista, como a violência, a vulnerabilidade e a pobreza que por si só são demandas multifacetada e com suas próprias particularidades:

Particularizando a questão social para os casos de violência de gênero em relação à mulher, pode-se perceber que esteve sempre presente. No campo de trabalho as condições impostas às operárias eram (e ainda o são) piores que aos seus pares do sexo masculino. Situação que acabou por criar ambientes de revolta, marcados historicamente. (GUERREIRO, SOBRINHO, RODRIGUES, OLIVEIRA, 2020).

A partir do movimento feminista no Brasil, também na década de 60, foi possível discutir, debater e reivindicar essa temática em diversos setores da realidade social. Esse movimento visava o enfrentamento das desigualdades, principalmente as desigualdades trabalhistas e reprodutivas vividas por mulheres, debate esse em plena ascensão do golpe militar, fazendo-se uma importante discussão nas pautas reivindicativas da época. (SARTI, 2004, p. 37).

A violência contra as mulheres faz-se de uma violência histórica, em que apresenta uma incidência alarmante e permanência nos dias atuais, de acordo com Minayo e Souza (1999, p.11), citando Chesnais e Burke, a violência:

(...) nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem ser por ela desconstruídos e superados.

A partir de uma discussão na esfera pública acerca dessa violência contra as mulheres, principalmente em espaços domésticos, nas relações familiares e afetivas, que essa problemática deixa de ser individualizada e passa a ser uma problemática coletiva tornando-se reconhecida em suas consequências e denunciada pelos movimentos feministas, acionando esforços e obrigando o governo a adotar políticas e ações práticas de combate às desigualdades entre os gêneros e à violação dos direitos das mulheres, como a criação de: Casas-Abrigo, Delegacias Especializadas (DEAM'S), Juizados e Núcleos Especializados no âmbito da justiça, os Centros de Referências de Atendimento à Mulher, criação de programas especiais nos serviços de saúde, um conjunto de legislações e políticas de combate, prevenção e enfrentamento à violência, entre outros. (SILVA, TAVARES, 2017).

É importante destacar, segundo Scott (1989) que:

(...) a violência nas relações de gênero, de classe e raça/etnia, consideradas como relações estruturais e estruturantes que naturalizam sistemas hierárquicos de poder, produzem e reproduzem desigualdades, e consequentemente, violências.

De acordo com Pavez e Oliveira (2002, p. 88):

Trabalhar com vítimas de violência está se constituindo uma nova demanda ou, pelo menos, uma nova forma de olhar, ler e intervir nestas situações, a partir da própria violência, por dentro dela mesma, procurando entender tanto o impacto das determinações sociais, como o sofrimento moral e psíquico que os familiares das vítimas apresentam e desenvolvem, contornados por essa complexidade.

Porém, mesmo a violência estando inclusa nas expressões da questão social, objeto de intervenção do Serviço Social, há ainda uma dificuldade do Assistente Social em intervir perante essa problemática, pois:

As relações de gênero e étnico/raciais desafiam as/os assistentes sociais a formular um conjunto de reflexões e proposições para sua intervenção, sobretudo, nas insistentes retomadas de requisições voluntaristas, tecnicistas e disciplinadoras no interior das políticas sociais, em especial, nas demandas relacionadas ao trabalho com famílias e mulheres. (SILVA, TAVARES, 2017)

Silva (2008, p. 269) explica a importância da análise holística da violência na perspectiva de totalidade para a contribuição do Serviço Social, sem deixar de lado as particularidades que a envolvem:

(...) a violência como categoria de análise exige um procedimento metodológico comprometido com a perspectiva da totalidade – [...] longe de qualquer tentativa de fragmentar ou de generalizar mecanicamente a explicação da violência nas suas heterogêneas formas de objetivação, é preciso partir das demandas imediatas impostas à profissão e descortinar suas conexões universais reais que jamais se realizam como atos unicamente isolados [...] e as particularidades da violência como complexo social e suas inúmeras mediações reconstruídas com o auxílio da razão, sejam explicadas para além das manifestações imediatamente constatadas pelos assistentes sociais em seu trabalho.

O Serviço Social no contexto da violência de gênero, segundo Lisboa (2014, p. 39):

(...) o Serviço Social tem muito a contribuir com o conhecimento voltado para a elaboração, gestão e operacionalização das políticas públicas, com compromisso de promover a equidade de gênero. O cotidiano de intervenção profissional nos possibilita conhecer a realidade multifacetada das mulheres em seus diferentes contextos, principalmente as que se encontram em situação de violência, e ter acesso a dados que poderão contribuir para a construção do aporte teórico da área, o qual, por sua vez, pode subsidiar as políticas públicas com perspectiva de gênero.

É preciso mencionar a interpretação de Iamamoto (2018) sobre a teoria social crítica de Marx que guia a atuação do assistente social, de modo que o Serviço Social teve seu primeiro contato com esse conhecimento nas décadas de 1960- 1970, no Movimento de Reconceituação na América Latina, que buscou romper com as práticas profissionais conservadoras, e em seu segundo momento, em 1964-1985, a profissão reconheceu “A reprodução das relações sociais na sociedade capitalista é apreendida como reprodução desta sociedade, em seu movimento e em suas contradições: de um modo de vida que envolve o cotidiano da vida social” (IAMAMOTO, in: IAMAMOTO e CARVALHO, 1982 mencionada por IAMAMOTO, 2018, p. 212-217).

Segundo Iamamoto (2018), Marx era um autor clássico que abordava uma construção teórico-metodológica comprometida com a emancipação humana, que por sua vez é construída historicamente, e para tanto, ele elabora a teoria social histórico-crítica ou “teoria social crítica” (IAMAMOTO, 2018 mencionando MARCUSE, 1976).

Nesse sentido, a obra de Marx busca explicitar a histórica ‘individualidade social’, e o seu ponto de partida adquirir esse conhecimento é a sociedade mercantil e suas tensões internas para guiar a sua superação, e nesse sentido, sua teoria é denominada de “prático-crítica”, pois irá incorporar a importância da prática reflexiva revolucionária para o entendimento da realidade. (IAMAMOTO, 2018 mencionando MARX, 1997b, p. 118).

Marx analisa as desigualdades próprias do capital como relação social, revelando suas contradições da realidade, e para compreender suas ideias, é preciso manter inseparável “a relação da teoria e os processos históricos reais com o protagonismo dos produtores diretos”. (IAMAMOTO, 2018, p. 206 mencionando MARX e ENGELS, 1975, p. 9).

Marx guiou pensamentos iluministas que impulsionaram a sua teoria para “usar o conhecimento humano para a emancipação humana e o enriquecimento da vida”, pois junto aos socialistas, ele traz a dimensão da classe com sua análise sobre a realidade, - a existência da classe burguesa, acumuladora de riquezas produzidas e a proletária/trabalhadora – produtora de riquezas socialmente produzidas com a venda de sua força de trabalho –, nesse aspecto ele reconhece e aponta as tendências de desenvolvimento do capitalismo, e explica a apropriação privada de condições, frutos e do trabalho que historicamente estruturam as relações sociais. (IAMAMOTO, 2018 p. 206 mencionando Marx, 1980b).

Portanto, “a obra de Marx não é um Evangelho que ofereça verdades [...] acabadas [...] mas um manancial inesgotável de sugestões para continuar trabalhando com a inteligência, para continuar investigando e lutando pela verdade” (LUXEMBURGO, 1960, p. 393 mencionada por IAMAMOTO, 2018 p. 206-207).

Em relação às expressões da “questão social”, fator inerente à relação da sociedade de classes e seus antagonismos, envolve lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente e historicamente produzidas (pobreza, fome, desemprego, violência) e sua origem se encontra:

No caráter coletivo da produção da apropriação privada no trabalho, de seus frutos e das condições necessárias à sua realização. É, portanto, indissociável da emergência do trabalhador livre, que depende da venda de sua força de trabalho para a satisfação de suas necessidades vitais. Trabalho e acumulação são duas dimensões do mesmo processo, fruto do trabalho pago e não pago da mesma população trabalhadora, como já alertou Marx (1985b) mencionado por IAMAMOTO (2018, p. 209).

Destarte, lamamoto (2018, p. 210) ao interpretar a teoria social crítica de Marx, afirma que a “questão social” compõe diversas desigualdades caracterizadas por “disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais”. É necessário salientar que a desigualdade está pautada em uma dimensão estrutural e, portanto, enraizada socialmente nesse contexto de apropriação privada da riqueza produzida pela classe trabalhadora, e nessa perspectiva, “a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta [...] pela

cidadania. (IANNI, 1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, políticos e sociais e aos direitos humanos.” (IANNI, 1992 mencionada por IAMAMOTO, 2018, p. 210).

No caso da atuação do assistente social na interdisciplinaridade, essa forma de trabalho com a articulação recíproca entre as diferentes disciplinas e diferentes profissionais está calcada no Código de Ética Profissional em seu artigo 10, deveres do assistente social, na alínea “d” como parte do Serviço Social: “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”;

No mesmo artigo, em sua alínea “e” está “respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões”, e na alínea “f”: “ao realizar crítica pública ao colega e outros/as profissionais, fazê-lo sempre de maneira objetiva, construtiva e comprovável, assumindo sua inteira responsabilidade.” Portanto, o assistente social deve estar capacitado a desempenhar essa estratégia diante em um ambiente de trabalho.

A interdisciplinaridade se dispõe enquanto elemento fundamental na atuação do assistente social, pois segundo Cavalcante et. al (2011, p. 5):

Na atualidade a interdisciplinaridade se apresenta como uma questão central do trabalho profissional do assistente social, tendo em vista que a questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre aqueles que detêm os meios de produção e aqueles que vivem do trabalho assalariado, ou seja, numa relação de projetos distintos para a condução das políticas econômicas e sociais, frente ao Estado Neoliberal.

De acordo com Nogueira (1997, p. 43) apud Ely (2003), a interdisciplinaridade no trabalho é considerada uma ação interventiva que busca trabalhar problemas da prática cotidiana, e para isso, é necessária a existência de uma equipe de trabalho com profissionais de qualificações diversas, que interajam de forma a reconhecer e respeitar suas diferentes atribuições a partir de sua cooperação dos diferentes conhecimentos com uso do diálogo nas ações pautadas em um objetivo em comum.

Para compreender o caráter interdisciplinar no ambiente de trabalho, primeiramente é necessária a composição de uma equipe de profissionais distintos que articulem as suas diferentes atribuições trazidas em uma relação de cooperação. Para isso, suas ações devem ser pautadas no diálogo e compartilhamento de conhecimentos em torno de um objetivo em comum. (NOGUEIRA; 1997 apud ELY; 2003) (obra da noqueira mencionado/a pela Ely).

Segundo Ely (2003, p. 114) mencionando Vasconcelos (1997), a interdisciplinaridade diz respeito às “relações profissionais e de poder [...] as estratégias de ação são comuns e estabelece-se uma troca recíproca de conhecimento entre as diferentes disciplinas”.

É importante lembrar que a prática do trabalho interdisciplinar não é simplória ou facilmente realizável, pois envolve a necessidade de quebra de paradigmas historicamente construídos para que os profissionais estabeleçam uma relação interpessoal de respeito e reciprocidade que garanta essa prática. Pois, segundo Ely (2003, p. 114), “é preciso haver respeito à autonomia e à criatividade inerentes a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas desse processo.”.

Para concretizar essa ação pautada no diálogo e articulação entre diferentes trabalhadores, no entanto, é preciso pontuar a importância do relacionamento interpessoal, bem como aponta Chiavenato (2010) mencionado por Fonseca et. al (2016, p. 5-6),

O relacionamento interpessoal [...] representa o comportamento humano que gera o trabalho em equipe, confiança e participação das pessoas. As pessoas não atuam isoladamente, mas por meio de interações com outras pessoas para poderem alcançar seus objetivos. (CHIAVENATO, 2010, p. 115 apud FONSECA et. al (2016, p. 5-6).

Segundo Fonseca et. al (2016, p. 10), é possível apreender sobre as pessoas que ao interagirem umas com as outras através do diálogo, desenvolvem a ampliação do seu processo de ‘transformação’ quando adquirem uma nova cultura com a linguagem do outro, e isso possibilita a integração do ser social. Além disso, a comunicação é tida como fundamental por auxiliar na expressão de sentimentos e resolução de conflitos.

Ainda sobre a interdisciplinaridade, para Etges (1993 apud JANTSCH; BIANCHETTI, 1995, p. 14) apud Ely (2003, p. 114) a interdisciplinaridade: “[...] é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão de seus limites, mas, acima de tudo, o princípio da diversidade e da criatividade.”.

E para tanto, Ely (2003 p. 155) menciona Vasconcelos (1997, p. 141) explicando que para que esta interação se concretize com sucesso, a primeira condição é a “socialização de conhecimentos específicos de cada área envolvida, para promover [...] uma recombinação de elementos internos” e dessa forma, facilitar o estabelecimento de comunicação entre os mesmos.

Em contrapartida, Ely (2003, p. 114) menciona Vasconcelos (1997) acerca de a multidisciplinaridade ser quando “o trabalho acontece de forma isolada, geralmente com troca e cooperação mínima entre as disciplinas”.

Logo, Cavalcante et. al (2011, p. 5) sintetizam que na multidisciplinaridade, cada profissional contribui com seu conhecimento e técnica de forma individual ao estabelecer pouca cooperação na busca por respostas profissionais:

Por isso, quando o profissional trabalha numa perspectiva Multidisciplinaridade [...] seu objeto de estudo torna-se fragmentado e não ocorre uma integração entre as várias disciplinas (psicologia, direito, pedagogia, etc), uma vez que os profissionais centralizam seus conhecimentos específicos no estudo de determinado assunto, podendo, no máximo, resultar em certa organicidade de apresentação dos resultados ou de suas contribuições.

Cavalcante et. al (2011, p. 5) ressaltam que os estudos interdisciplinares são distintos dos multidisciplinares, pois o segundo trata de “análises especializadas e fragmentadas, com visões marcadas pela lógica racional e instrumental, apenas buscando uma superposição de conhecimentos, na maioria das vezes, com síntese totalizadora e unitária dos fenômenos sociais.”

Cavalcante et. al (2011, p. 4-5), afirmam que a interdisciplinaridade, significa buscar se aproximar mais adequadamente da realidade, que por sua vez, possui característica complexa e necessita de uma análise histórica e contextualizada de acordo com a realidade histórica e social para a intervenção “[...] capaz de oportunizar a inter-relação ou troca entre os profissionais, que possa trazer respostas para decifrar a ‘questão social’”. Por isso, é interessante para a atuação do assistente social trabalhar essa prática ao buscar respostas para possíveis demandas estando aliado a outros trabalhadores e seus saberes.

Cavalcante et. al (2011, p. 5) reconhecem a diferença entre a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade para o campo das ciências sociais a fim de solucionar dúvidas acerca do assunto:

Na área de ciências humanas pode haver uma confusão entre os conceitos de Multi e interdisciplinaridade, [...] No Serviço Social a multidisciplinaridade, geralmente, é muito vivenciada, devido à demanda das Instituições por esta modalidade de atendimento [...] não podemos negar que ela representa um passo em relação ao trabalho interdisciplinar, mas nunca na direção de uma alternativa capaz de oportunizar a inter-relação ou troca entre os profissionais, que possa trazer respostas para decifrar a ‘questão social’ a partir de uma ‘consciência humanitária’, que se funde na integração entre a vida, a conduta e o conhecimento neste campo do trabalho.

Logo, é fundamental apontar a atuação do Serviço Social na equipe interdisciplinar e multidisciplinar na fundação de serviço público estadual PPM, que atua como porta de entrada para as usuárias enquanto acolhimento institucional, escuta profissional para identificação em relação à violência sofrida e digitação de relatos, elaboração de orientação social a partir da escuta, execução de encaminhamentos pertinentes em meio às demandas apontadas e fortalecimento da usuária a partir da perspectiva do atendimento humanizado e há a articulação recíproca e contínua de diferentes

conhecimentos entre essas disciplinas. (CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D – FUNDAÇÃO PARÁPAZ; PARÁ PAZ, 2017; ASSISTENTE SOCIAL ORG, 2020.).

De acordo com Pereira (2002), “O modelo biopsicossocial (Engel, 1977, 1980) é por natureza um modelo sistêmico, contextualista que exige uma avaliação multidimensional do indivíduo a vários níveis.” e, portanto, esse é o modelo do PPM, que compõe uma equipe de profissionais das ciências sociais e biológicas (assistentes sociais, psicólogas, pedagogas, médicas peritas, enfermeiras) que articulam as demandas recebidas em uma ação conjunta, recíproca, com compartilhamento de opiniões e análise da realidade apresentada dentro de seu contexto.

Por exemplo, a atuação do Assistente Social coincide com o atendimento da Psicóloga, que considera o relato digitado pelo Serviço Social no atendimento à usuária para promover o fortalecimento, e também, este relato abrange a atuação da área de perícia, que irão compreender o contexto da situação e fazer os exames apropriados para o auxílio na investigação, o administrativo, por sua vez, recolhe as fichas de acolhimento⁶ preenchidas em atendimento pelas estagiárias em conjunto com a assistente social supervisora para fazer a estatística de violência, conforme prevê a Lei Maria da Penha em seu Artº. 38 do Título VII acerca da inclusão desses dados nas bases dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança, “a fim de subsidiar o sistema nacional de informações relativas às mulheres”, e, portanto todas essas profissionais do atendimento ao público se articulam com seus conhecimentos conjuntamente no PPM. Além disso, no prédio integrado há serviços como a defensoria pública, o juizado, o cartório, que atuam conforme a Lei Maria da Penha, e recentemente foi instalada uma sala do Serviço Social para a continuação de orientações sociais em caso de identificação dessa necessidade pela profissional em relação às usuárias. (CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D – FUNDAÇÃO PARÁPAZ; PLANALTO, 2006; PARÁ PAZ, 2017.).

Ademais, se torna um trabalho multidisciplinar, pois o prédio compõe um sistema integrado de atendimentos onde o PPM é a porta de entrada de acolhimento da usuária e o relato digitado pelos profissionais do Serviço Social é encaminhado em cópia para a área de delegacia especializada que atua conforme a LMP, e se mantém mais adiante na estrutura do prédio, funciona 24h por dia para a elaboração de boletins de ocorrência das usuárias, e apesar disso, a assistente social e supervisora de campo busca constantemente articular demandas para além da cooperação mínima com a delegacia, busca agir entre as disciplinas a partir de sugestões e orientações com a delegada para realizar uma rede intersetorial de acompanhamento de demandas, ou seja, uma rede de articulação de diferentes conhecimentos ao qual a profissional do Serviço Social busca no momento de atendimento a

elaboração de possíveis resoluções de demandas no diálogo com os diferentes conhecimentos da delegacia e seu próprio modo de trabalho. (CARTILHA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, S.D – FUNDAÇÃO PARÁPAZ; SALGADO, 2015; PARÁ PAZ, 2017; ASSISTENTE SOCIAL ORG, 2020).

É importante ressaltar as dificuldades vivenciadas pelo Assistente Social no PPM, que de acordo com reflexões realizadas no diário de campo da prática do assistente social relacionadas ao encaminhamento para redes socioassistenciais⁷ foi notado e anotado algumas dificuldades de encaminhamentos para essas redes no contexto de pandemia da COVID-19 por conta da ida dos técnicos em forma de escala para os atendimentos. Outro desafio era ouvir as relatoras com o uso da máscara e com o distanciamento social, além da fragilização em que elas chegavam à Fundação, fazendo com que a voz ficasse mais estremeçada.

Muitos encaminhamentos para determinados órgãos se tornaram mais difíceis, por conta do horário de funcionamento e redução de carga horária de trabalho dos profissionais devido ao decreto governamental do Estado do Pará de Nº 609 de 16 de março de 2020 para medidas de enfrentamento ao surto e pandemia de COVID-19 no Estado do Pará, entre essas, restrições de eventos e a dispensa de servidores para realizarem atividades em Home Office (LEGISWEB, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, o objetivo do trabalho era compreender as determinantes sociais, através de fichas de acolhimento de vítimas de doméstica e familiar, através de uma pesquisa documental. Porém, a pesquisa foi negada e os dados que foram fornecidos pela DEAM (prédio integrado ao PPM) não respondiam à questão problema, então foi preciso mudar a temática e a metodologia para uma revisão bibliográfica baseada em estudos já realizados. A partir dessa nova abordagem e método, foi possível responder a questão problema apresentada.

É inegável a ocorrência da violência estrutural contra a mulher ser de caráter historicamente construído, reiterando as relações de superioridade do homem perante a mulher, fazendo com que a violência doméstica e familiar se torne algo banal e rotineiro, bem como aponta Pereira (2021) e Silva (2017), e portanto, passível de ser rompido à medida que formas de educação e mudanças nos aspectos culturais podem alterar o modelo vigente e romper com a estrutura proposta pelas classes dominantes, além de ações de prevenção, assistência e políticas de garantia de direitos da mulher. Pereira (2021, p. 11) reitera que a ideia de gênero não guarda relação com o estímulo de práticas

sexuais precoces, pedofilia, ou destruição da família, como tenta disseminar o governo ultraconservador atual, mas trata de um ramo consolidado de estudo para as ciências sociais relevante também para a sociedade, que pode vir a romper com o machismo estrutural na mesma medida que foi moldada assim, e também com os ideais irrealistas, que remontam tempos onde não havia qualquer forma de estudo sobre o assunto.

Portanto, bem como propõe Azeredo (2017) a discussão sobre o gênero deve ser abordada desde a tenra idade tanto em ambientes educacionais para que a sociedade em geral, e também nos meios profissionais, de modo que estejam sensibilizados sobre como é fundamental não se isentar da responsabilidade de agir diante da violência, para que as mulheres não mais sejam vistas como posses que podem ser agredidas com a mínima “quebra” de padrão da sociedade atual, e os cidadãos não mais se conformem diante de tais atos, e os trabalhadores de proteção a mulher estejam capacitados a concretizar os direitos dessas pessoas sem exercer novas vitimizações. Também, deve ser trabalhada e reforçada na mesma intensidade e quantidade a discussão sobre o racismo estrutural, a misoginia racial, para que as discussões não percam a importância de sempre abordar a interseccionalidade da raça, classe e etnia estudada por Pereira (2021), pois separar essas pautas fundamentais pode fortalecer a manutenção do sistema vigente, visto que aborda-las de forma conjunta fomenta uma compreensão ampliada sobre a totalidade, de como o sistema se sustenta a partir de variadas formas de desigualdade social que envolvem todos os seres femininos e por isso devem ser de igual interesse para as lutas coletivas da sociedade e dos profissionais que garantem direitos humanos como os do Serviço Social, entre outros.

Souza et. al. (2018, p. 132-133) reconhecem os desafios de se trabalhar a prevenção da violência contra a mulher perante o governo atual, ao citarem o Programa “Gênero e Diversidade na Escola” da Secretaria de Política para as Mulheres, um esforço com vista a formação do corpo docente de rede educacional pública na temática de gênero e feminismo, e, todavia, o Conselho Nacional de Educação retirou recentemente gênero e orientação sexual em diversos pontos da Base Nacional Comum Curricular (BCC), sendo nítido o crescimento de posturas conservadoras com a diminuição de debate sobre a desigualdade de gênero em escolas com propostas de proibição e punição para educadores que decidiram abordar essas temáticas.

Ademais, faz-se necessária a desconstrução dessa masculinidade vigente com todas as faixas etárias com a socialização de conhecimentos sobre a violência doméstica e familiar e seus aspectos, de modo a trabalhar a educação de gênero em escolas, universidades, variados ambientes de trabalho, internos

e externos, e através dos meios de comunicação, que historicamente foram utilizados para contribuir nessa lógica do estabelecimento de diversas violências culturais, também podem ser utilizados como fonte de rico conhecimento no combate e prevenção à essa realidade. (FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA, 2021, p. 27).

Lima; Faraon; Rosas (2021) sustentam em seus dados bem sucedidos sobre a educação social com homens autores de agressão com índices de reincidências mínimos, que é de suma importância a apresentação, divulgação, e discussão acerca da construção do gênero e suas expressões, de novas masculinidades saudáveis que abranjam o compartilhamento de tarefas domésticas e permitam a sensibilidade, a criatividade e o lado artístico do homem assim como a mulher, as conquistas históricas femininas e a importância da LMP, os estudos sobre o ciclo da violência e a participação da população junto aos profissionais no combate ao fenômeno da violência contra os seres femininos.

Ademais, se faz pertinente realizar essa socialização acerca do exposto entre os infantes, jovens, adultos e idosos sobre a importância do estudo sobre gênero, raça, etnia e classe, e a essencialidade da LMP deve ser ponderada e articulada, a partir da construção de mais políticas públicas de educação, prevenção e punição, que priorizem os setores mais fragilizados da população ao considerar a discussão de interseccionalidade.

Outro ponto interessante a ser mencionado, é a ação de estratégias educativas e culturais, que disseminem valores de justiça entre os gêneros, respeito à diversidade de raça/etnia, e no que se refere à violência doméstica e familiar, a prevenção deve ser pautada na mudança de concepções machistas, com destaque ao combate da cultura do silêncio diante das violações de direitos contra as mulheres no campo doméstico e sua normalização diante da sociedade. (SOUZA et. al., 2018, p.132).

É importante sintetizar, que essa socialização das crianças e jovens depende também da atuação de seus núcleos familiares, que precisam incentivar o compartilhamento de tarefas domésticas, pensar formas de abordar a autonomia e capacidade de tomar decisões desligadas do padrão hegemônico com a construção de masculinidades que promovam a equidade de gênero, e a expressão dos seus sentimentos, especialmente aos meninos, que são reprimidos, sendo esta última categoria de ensino uma forte base para a formação de um adulto violento que exprime emoções de forma descontrolada e agressiva, especialmente com as companheiras. (FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA, 2021, p. 28-29).

Em acordo com as afirmações acima, a atuação do Assistente Social se faz fundamental no combate a esse fenômeno social, pois de acordo com o Código de Ética Profissional nos princípios fundamentais, é um atuante que deve presar pelo reconhecimento da autonomia dos seres humanos, a qualidade

dos serviços prestados, o rompimento de todas as formas de preconceitos e violações de direitos, defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, em sua essência, o assistente social detém a característica investigativa sobre a realidade numa perspectiva de totalidade da realidade para além do que se apresenta à sua frente em demandas específicas, conforme Iamamoto (2018) e CFESS (1993) e luta pela classe trabalhadora em função de se reconhecer parte da mesma pelo rompimento de todas as formas de exploração e violação de direitos humanos que o sistema capitalista impõe.

Com isso, Souza et.al (2018) indicam que é possível notar o caráter imprescindível de fundações com segmentos do PPI, tal como o PPM, que além de atuar de forma conjunta na proteção à mulher em situação de violência com a dinâmica diferenciada de interações recíprocas entre os diferentes profissionais para além da multidisciplinaridade de cooperação mínima com vista a exercer a interdisciplinaridade na ação contínua de diálogo e debate coletivo sobre as demandas apresentadas e a articulação com outras redes de serviços para aprimorar o atendimento às mulheres, em especial a equipe biopsicossocial do PPM que alia conhecimentos das ciências biológicas aos sociais na busca por interagir com a DEAM para além da entrega de documentos, possui também dados vitais que podem ser utilizados como informação para a sociedade ter noção de que a violência doméstica e familiar não é uma realidade distante e não deve ser tratada como fato natural, sendo uma ferramenta fomentadora de construção de políticas públicas que implementem ações com base em públicos sociais mais suscetíveis a essas formas de violações de direitos até que enfim o Projeto Ético-Político do Serviço Social assim seja concretizado e todas as mulheres independente de classe, raça ou etnia tenha em suas diversas particularidades respeitadas e abrangidas em sociedade.

5.REFERÊNCIAS

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Balanço do Ligue 180. Uma década de conquistas. Brasília, DF, 2015.

_____. Senado Federal. Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. 73 p. Data Senado, Secretaria de Transparência. Brasília, 2013.

AATUAÇÃO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO. NUGEN. Disponível em: < <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:6aa871fb-eedf-4b38-b69c-4530def8a77f#pageNum=1> Acesso em 02 de setembro de 2021.

A violência contra mulher: Um olhar histórico sobre o tema. Âmbito Jurídico. Revista 200, 2020. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-violencia-contra-mulherum-olhar-historico-sobre-o-tema/>> Acesso em 01 de setembro de 2021.

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. A. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-53, 2013.

ASSISTENTE SOCIAL ORG. Serviço Social e equipe interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. AssistenteSocialOrg. 13jan.2020. Disponível em: <<https://assistentesocial.org/servicosocialeequipe-interdisciplinar-multidisciplinar-e-transdisciplinar/>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

AUGUSTO, A. O.; LIMA, V. L. A.; SENA, L. X.; SILVA, A. F.; GOMES, V. R.; SANTOS, A. C. B. Mapeamento dos casos de violência contra a mulher na Região Metropolitana de Belém narrados pela mídia impressa do Estado do Pará. Revista Paraense de Medicina, v. 29, p. 22-32, 2015.

AZEREDO, C. M. D. O. Dez anos de Lei Maria da Penha: A importância da perspectiva de gênero no enfrentamento da violência. Revista Jurídica, Curitiba, vol. 01, n°. 46, pp. 494-514, 2017. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RevJuridicaUNICURITIBA_n.46.22.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2021.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Sociedade e Estado, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BARROS, Betina Warmling. Sete perguntas que ajudam a entender as mortes violentas intencionais no Brasil. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/2-sete-perguntas-que-ajudam-a-entender-as-mortes-violentas-intencionais-no-brasil.pdf>> 01 de novembro de 2021.

BASEGGIO, J.K.; SILVA da, L. F. M. AS CONDIÇÕES FEMININAS NO BRASIL COLONIAL. Revista Maiêutica, Indaial, v.3, n.1, p.1930, 2015. Disponível em: (<https://189016006142.asselvi.edu.br/index.php/HID_EaD/article/view/1379/528) Acesso em: 25 out. 2021.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: a experiência vivida, volume 2. – 3. Ed. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BITAR, Maria Amélia Fadul; LIMA, Vera Lúcia de Azevedo; FARIAS Gesiany Miranda. Retrato da violência doméstica contra as mulheres do estado do Pará. Rev. bras. segur. Pública. São Paulo v. 15, n. 1, 174-191 fev/mar 2021.

Bordieu, Pierre. A dominação masculina. 2ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. Tradução de Maria Helena Kühner.

BRASIL. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal; Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016.

BRITO, Sávio Breno Pires; BRAGA, Isaque Oliveira; CUNHA, Carolina Coelho; PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Pandemia da COVID- 19: o maior desafio do século XXI. Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Paulo Afonso, BA, Brasil, 2020. Disponível em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf>. Acesso em 13 de maio de 2021.

CACCIAMALI, M. C.; HIRATA, G. I. A Influência da Raça e do Gênero nas Oportunidades de Obtenção de Renda – Uma Análise da Discriminação em Mercados de Trabalho Distintos: Bahia e São Paulo. Estudos Econômicos, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 767-795, 2005.

CARTILHA AGOSTO LILÁS – Mês de conscientização pelo fim da violência contra a mulher. SECRETARIA MUNICIPAL DAMULHERSEMMU. Disponível em:<<https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:df1099b7-b053-4bb5-9627-44790debbad9>> Acesso em 02 de setembro de 2021.

CARTILHA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA – FUNDAÇÃO PARÁPAZ. Disponível em:<<https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:c03c975d-77b8-4620-92a3-57b830868a4d#pageNum=1>>. Acesso em: 28 de abril de 2021.

Cartilha de Proteção à Mulher: ações para o enfrentamento à violência doméstica e familiar. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. Belém – PA, 2020. Disponível em:<<https://alepa.pa.gov.br/downloads/cartilha-mulher-2.pdf>> Acesso em 12 de agosto de 2021.

CAVALCANTE, A. S. et al. Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia. In: ANAIS DO I CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 2., 2011, Brasília. Anais [...]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011. Disponível em:<<https://www.ipea.gov.br/code2011/cha-mada2011/pdf/area2/area2-artigo30.pdf>>. Acesso em: 1 de abril de 2021.

CAVALLÉRO, M. R. S.; ALVES, M. L. M. Análise dos dados de violência contra mulher na DEAM em Belém do Pará no período de 2009 a agosto de 2012. In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 2012. Disponível em:<<http://www.ufpb.br/evento/index.php/17redor/17redor/paper/view/156/71>>. Acesso em: 05 de outubro de 2021.

CEPAL. Mulheres afrodescendentes na América Latina e no Caribe: Dívidas de igualdade. (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe). Nações Unidas, 2018.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S.; LIMA, R. S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; ALVES, P. P.; MARQUES, D.; REIS, M.; CYPRIANO, O.; SOBRAL, I.; PACHECO, D.; LINS, G.; ARMSTRONG, K. C. Atlas da Violência 2019. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

CFESS - Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. 62 p. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2021.

Construção dos Modelos de Masculinidade: Infância, corpo e escola. Fundação Demócrito Rocha. Curso: O papel do homem no enfrentamento à violência contra a mulher. Disponível em: https://cursos.fdr.org.br/pluginfile.php/1251708/mod_resource/content/2/F2-Papel-do-Homem-compactado.pdf Acesso em: 11 de outubro de 2021.

CZAPSKI, A. R. S. O Assistente Social no atendimento à violência doméstica contra a mulher. Revistas Travessias, Paraná, v. 06, nº 01, p. 313-328. 2012.

DA SILVA, L. C. M. Violência Contra a Mulher e Educação: desafios e perspectivas da DEAM/Belém, Pará, Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1495290975_ARQUIVO_VIOLENCIACONTRAAMULHEREEDUCAO.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

Decreto Nº 609 DE 16/03/2020. LegisWeb, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391233> Acesso em: 30 de novembro de 2021.

EJEF EAD 4. Vídeo 1 Filosofia Sociologia da Lei 11 340 de 2006 Dra Daniela. Youtube. Disponível em: <<https://youtu.be/gfUAZCG94il>>.

ELY, F. R. Serviço Social e interdisciplinaridade. Revista Katálysis. Florianópolis - SC. v. 6, n. 1, 113-117, 5 págs. jan/dez. 2003. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2926189>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FELDEN, P.; COELHO, P. V. N. A SUPERAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SUBJUGAÇÃO DAS MULHERES E SEU SIGNIFICADO PARA A HISTÓRIA HUMANA. Sapere aude – Belo Horizonte, v. 9 – n. 18, p. 468-477, jul./Dez. 2018 –ISSN: 2177-6342.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J.; ECHEBURÚA, E. Transtornos de personalidade y psicopatía em hombres condenados por violencia grave contra la pareja. Psicothema, v. 20, n. 2, p. 193-198, 2008.

FONSECA et. al. Relacionamento interpessoal & trabalho em equipe: impactos num ambiente organizacional. In: XII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO & III INOVARSE – Responsabilidade Social Aplicada. ISSN 19849354, 2016. Disponível em <https://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_215.pdf>

FRANCHINI, B. S. O que são as ondas do feminismo? in: Revista QG Feminista. 2017.

FUNDAÇÃO PARÁPAZ. Os dados são alarmantes e nossa equipe trabalha diariamente para reduzir os danos físicos e psíquicos causados às vítimas. Belém, 21 de maio de 2021. Instagram: @fparapaz. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CPI5tIcN2Kx/?utm_medium=copy_link>. Acesso em 27 de maio de 2021.

Gil, Antônio Carlos, 1946 Como elaborar projetos de pesquisa 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

GRACIA, E.; HERRERO, J. Perceived neighborhood social disorder and attitudes toward reporting domestic violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 22, n. 6, p. 737-752, 2007.

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha. *Psico*, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 215-225, 2013.

GUERREIRO, E. P.A; SOBRINHO, R. R.; RODRIGUES, T. C.; OLIVEIRA, T. V. S. O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER. *Social Meeting Scientific Journal*, São Paulo, Brasil, v. I, n. 1, ano 1 junho de 2020.

HUANG, G.; ZHANG, Y.; CAO, Y. Life events, social support and attitude to domestic violence of perpetrators. *Chinese Mental Health Journal*, v. 21, n. 12, p. 845-848, 2007.

IAMAMOTO, M. V. Marxismo e Serviço Social: uma aproximação. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.18, n.2, P204226, ago./dez.2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18603/9729>>. Acesso em: 9 abr. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma introdução históricometodológica*. 41° Ed. São Paulo: Cortez: 2014.

IAMAMOTO; M.V. Marxismo e Serviço Social: uma aproximação. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.18, n.2, p204-226, ago. a dez./2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18603>>. Acesso em: 05 out. 2021. 18:48 min.

Instituto da Mulher Negra. E não sou uma mulher? – Sojourner Truth. Portal Geledés, 2014. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>>. Acesso em 3 de novembro de 2021.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) - Atlas da Violência 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: 02 abr. 2021.

LABRONICI, L. M. et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Revista Escola de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 126-133, 2010.

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Planalto, 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm> Acesso em 30 de novembro de 2021.

LEITÃO, Christiane; ANDRADE, Raquel. Violência Contra Mulher e Relações de Poder: relações dependentes e possessões. Fundação Demócrito Rocha. Curso: O papel do homem no enfrentamento à violência contra mulher. Disponível em: <https://cursos.fdr.org.br/pluginfile.php/1259233/mod_resource/content/3/F3-Papel-do-Homem.pdf> Acesso em: 11 de outubro de 2021.

LIMA, Mislene; FARAON, Rosana Lemos; ROSAS, Larissa Beltrão. Palestra “Treinamento de voluntários e equipe técnica”. Projeto “Entre Elas”. Transmissão pelo Zoom. Belém-PA: [s.l.], 2021.

LISBOA, Teresa Kleba. VIOLÊNCIA DE GÊNERO, POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 33-56, jan./jun. 2014.

LISBOA, Teresa Kleba. Violência de gênero, políticas públicas para o seu enfrentamento e o papel do serviço social. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 3356, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/6543>> Acesso em 10 de out. 2021.

MARIA DAPENHA CONTASUA HISTÓRIA DE VIDA E RELEMBRA AGRESSÕES – Programa do Porchat – 2018. 7:48 min – Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=KZXsPc-iSJM>>. Acesso em: 03 de abr. de 2021.

MARIA DA PENHA FALA DA LUTA PELA DEFESA DAS MULHERES – Programa do Porchat – 2018. 5:01 min – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TgV6dfzQa_4>. Acesso em 03 de abril de 2021.

METODOLOGIA CIENTÍFICA DO SEU TCC - EM 5 PASSOS SIMPLES – André Fontenelle – 2018. 26:36m – Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fVmmPZsmtbE>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciências e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 07-23, 1999.

MOREIRA, Danilo José Silva; OLIVEIRA, Vinicius Faustino Lima de; GONÇALVES, Willian Guilherme Lobato. A Importância do Isolamento Social no Contexto da Pandemia de Covid-19 | Ligas. Sanar Medicina, 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/a-importancia-do-isolamento-social-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19>>. Acesso em: 16 maio 2021.

MURPHY, C.; TAFT, C.; ECKHARDT, C. Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. Journal of Counseling Psychology. v. 54, n. 2, p. 189 - 200, 2007.

OLIVEIRA, A. C. M. de. O crime nosso de cada dia. Folha de S. Paulo, 22/01/2002, A-3;

OLIVEIRA, Laura Alcina Baia de. Diário de campo do estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social: Estágio no Pará Paz Mulher Belém - DEAM. Belém-Pa: [s.l.], 2021.

TABARANÃ, Sara Elizabeth Melo. Diário de campo do estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social: Estágio no Pará Paz Mulher Belém - DEAM. Belém-Pa: [s.l.], 2021.

PAIVA, Leila; SOUZA, Lélia Rejane Paiva de. Violência de Gênero e Modelos de Masculinidade. Fundação Demócrito Rocha. Curso: O papel do homem no enfrentamento à violência contra mulher. Disponível em: https://cursos.fdr.org.br/pluginfile.php/1235012/mod_resource/content/1/F1-Papel-do-Homem-compactado.pdf Acesso em 11 de outubro de 2021.

PARÁPAZ. MULHER – O projeto. Pará Paz Org. 2017. Disponível em: <<http://parapaz.pa.gov.br/pt-br/content/mulher-o-projeto>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

PAVEZ, G. A; OLIVEIRA, I. I. M. C. Vidas nuas, mortes banais: nova pauta de trabalho para os assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano XXIII, nº 70, p. 80-91. 2002;

PEREIRA, M. G. A. Perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: modelo interdependente. 2002. 9 págs. Revista Psicologia: Teoria, Investigação e Prática [Artigo] 183-191.

2002.Disponível em:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9350/1/perspectiva_bio psicossocial%5b1%5d.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PLANALTOLEINº11.340DE7DEAGOSTODE2006ALTERADA.Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13984.htm#view>. Acesso em: 02 de abril de 2021.

PLANALTOLEINº11.340DE7DEAGOSTODE2006.2006.Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 02 de abril de 2021.

RedeSocioassistencial. Cidade de São Paulo: Assistência e Desenvolvimento Social,2021.Disponível em:<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/rede_socioassistencial/index.php?p=3200> Acesso em 30 de novembro de 2021.

ROSA, Rosiléia et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v.14, n.32, p.8190, Mar.2010.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 de abril de 2021.

ROVINSKI, S. L. R. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Lumen, 2004.

SALGADO; F. F. O trabalho interdisciplinar na assistência social: análise da experiência em um CRAS de Niterói – Seminário Nacional de Serviço Social Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis SC.8págs.2729out.2015.Disponível em:<https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_037.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SANTOS, Alyne Aparecida Oliveira dos; MOREIRA, Margareth Campos. Feminicídio: uma análise sobre a construção das masculinidades e a violência contra a mulher. CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v.1, n.2, p.389409, ago./dez.2019ISSN26749483.Disponível em:https://seer.cesjf.br/index.php/caderno_psicologia/article/view/2500 Acesso em: 10 de setembro de 2021.

SANTOS, Cecília MacDowell . Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: Absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. Revista Crítica de Ciências Sociais [Online] 89 | 2010, 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/3759> Acesso em 21 de agosto de 2021.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n.2, p. 35-50, 2004.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica (1989). Tradução DABAT, C. R; AVILA, M. B. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Balanço do Lige 180 – 2014.

ServiçosEspecializadosdeAtendimentoàMulher.SenadoFederal.Disponível em:<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/acoescontraviolencia/servicosespecializadosdeatendimentoamulher#:~:text=Segundo%20a%20Lei%20n%C2%BA%2011.340,psicossocial%2C%20jur%C3%ADdica%20e%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 09 de abril de 2021.

SILVA, Ana Fernanda Carnellosso et al. Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 9, n. 3, pág. e35932363, 2020.DOI:10.33448/rsdv9i3.2363.Disponível em:<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2363>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

SILVA, Arleide Aparecida. *O ciclo vicioso da violência doméstica contra a mulher: um inferno particular*. Jus.com.br, 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/57288/ociclo-vicioso-da-violencia-domestica-contra-a-mulher-um-inferno-particular>. Acesso em 2 de setembro de 2021.

SILVA, Ermildes Lima da; TAVARES, Márcia Santana. *DESFAZENDO NÓS: PARA ENTENDER A ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SALVADOR/BA*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

SILVA, Jéssica Alline de Melo e; CAVEIÃO, Cristiano. *MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES PRONTO ATENDIMENTO*. Universidade Federal Rural de Pernambuco. 18º Redor, Recife – PE, 2014.

SILVA, José Fernando Siqueira da. *Violência e Serviço Social: notas críticas*. Rev. Katál. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 265-273 jul./dez. 2008.

SILVA, José Fernando Siqueira da. *Violência e Serviço Social: notas críticas*. Rev. Katál. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 265-273 jul./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/rk/a/PPCnXsKcBgJwXDxdWZKcCKB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 3 de setembro de 2021.

SILVA, L. C. M. *Violência Contra a Mulher e Educação: desafios e perspectivas da DEAM/Belém, Pará, Brasil*. In: 13º Mundos de Mulheres & 11º Fazendo Gênero. Anais... Florianópolis, Santa Catarina, UFSC, 2017.

SÓTER, G.; MAIA, C. *Pará registra aumento de 20% nos casos de feminicídio e mais de 19 mil ocorrências de agressão contra a mulher*. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2019/03/08/para-registra-aumento-de-20-nos-casos-de-feminicidio-e-mais-de-19-mil-ocorrencias-de-agressao-contra-a-mulher.ghtml>. Acesso em: 04 de setembro de 2021.

SOUZA, L. T. de. *Da expectativa à realidade: a aplicação de sanções na Lei Maria da Penha*. 416 p. Tese de Doutorado em Direito, Justiça e Cidadania- Universidade de Coimbra-Portugal, 2016.

SOUZA, L. T. S.; VELOSO, M. M. X. PINHEIRO, I. *OS CENTROS REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DO PRO PAZ MULHER*. Revista de Estudos Empíricos em Direito, v. 5, n. 2, p. 128-145, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/MileneVeloSO/publication/330354168_OS_CENTROS_REFERENCIA_DE_ATENDIMENTO_A_MULHER_EM_SITUACAO_DE_VIOLENCIA_E_A_EXPERIENCIA_DO_PRO_PAZ_MULHER/links/5c3b9267299bf12be3c52769/OSCENTROSREFERENCIADEATENDIMENTOAMULHEREMSITUACAODEVIOLENCIAEAEXPERIENCIADOPROPAZMULHER.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

Tipos de Violência. Instituto Maria da Penha (IMP). 2009. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acesso em 13 de maio de 2021.

VALE, S. L. L.; MEDEIROS, C. M. R.; CAVALCANTI, C. O.; JUNQUEIRA, C. C. S.; SOUZA, L. C. *Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene, v. 14, p. 683, 2013.

VALLE, K. F.; LEITE, J. L. *Contrarreforma do Estado e gerencialismo: novo fetiche, velha proposta*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, 21 págs. n. 131, p. 109-129, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n131/0101-6628-sssoc-131-0109.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

VATNAR, S. K. B.; BJORKLY, S. An interactional perspective of intimate partner violence: an in-depth semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of Family Violence*, v. 23, n. 4, p. 265-279, 2008.

VILARINS, T. Pesquisa revela que quase a metade da população não tem acesso à água potável na Grande Belém. 2019. Disponível em: <https://www.oliberal.com/pesquisarevelaquequaseametadedapopula%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3otemacesso%C3%A1guapot%C3%A1velnagrandebel%C3%A9m-1.124802>. Acesso em: 04 de setembro de 2021.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A PANDEMIA | PODCAST ENTREMENTES – Drauzio Varella – 2020. 37:23 min Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZVjAbxjAVow&t=2013s>. Acesso em: 03 de abril de 2021.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília-DF, 2015. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 04 de outubro de 2021.

ZART, L. ; SCORTEGAGNA, S. A. Perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. *PERSPECTIVA*, Erechim. v. 39, n.148, p. 85-93, dezembro/2015

ZHAO, X. et al. Logistic regression analysis of the psychosociology of physical domestic violence on male perpetrators. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, v. 16, n. 2, p. 210-212, 2008.

NOTAS

¹ Fala da psicóloga da Defensoria Publica Mislene Lima, da Gerente do Reincidência Zero Rosana Lemos Faraon e da técnica da Defensoria Pública Larissa Beltrão Rosas na palestra de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” do projeto “Entre Elas” em 05 de novembro de 2021, às 10h com transmissão simultânea via Zoom.

² Fala da técnica da Defensoria Pública Larissa Beltrão Rosas na palestra de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” do projeto “Entre Elas” em 05 de novembro de 2021, às 10h com transmissão simultânea via Zoom.

³ Fala da técnica da Defensoria Pública Larissa Beltrão Rosas na palestra de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” do projeto “Entre Elas” em 05 de novembro de 2021, às 10h com transmissão simultânea via Zoom.

⁴ Fala da técnica da Defensoria Pública Larissa Beltrão Rosas na palestra de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” do projeto “Entre Elas” em 05 de novembro de 2021, às 10h com transmissão simultânea via Zoom.

⁵ Fala da psicóloga da Defensoria Publica Mislene Lima, da Gerente do Reincidência Zero Rosana Lemos Faraon e da técnica da Defensoria Pública Larissa Beltrão Rosas na palestra de título “Treinamento de voluntários e equipe técnica” do projeto “Entre Elas” em 05 de novembro de 2021, às 10h com transmissão simultânea via Zoom.

⁶Ficha de acolhimento: Instrumental utilizado pelos Assistentes Sociais servidores da Fundação Parápaaz.

⁷ Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios que compõem o SUAS.

Capítulo 9



10.37423/231008335

O PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FORMAS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA COM PACIENTES ADMITIDOS NO SETOR

Damaris da Silva de Mendonça Zanetti

Centro Universitário Uningá

Gabriela Zumerli Petri

Centro Universitário Uningá

Giovanna Martinatti

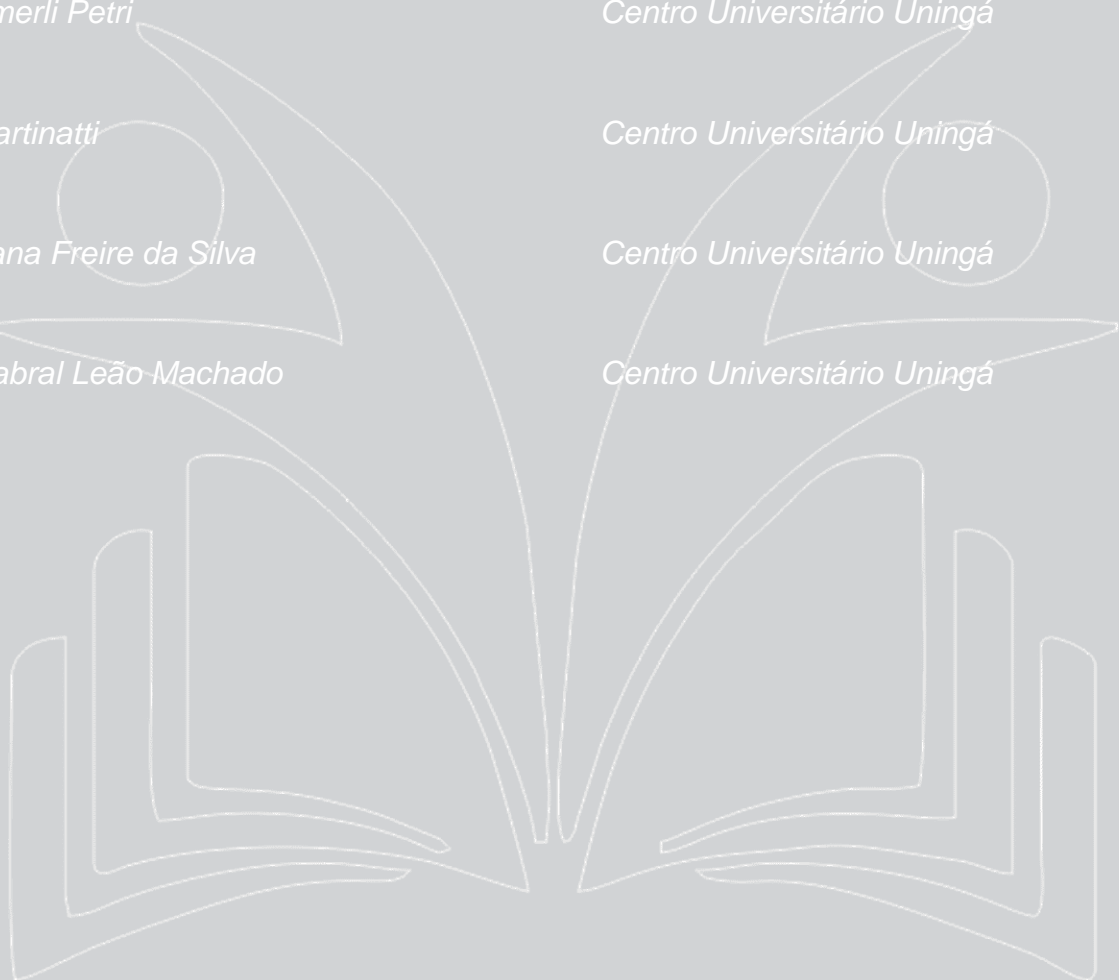
Centro Universitário Uningá

Thielly Santana Freire da Silva

Centro Universitário Uningá

Francielle Cabral Leão Machado

Centro Universitário Uningá



Resumo: Neste trabalho buscamos esclarecer as possibilidades de intervenção do psicólogo hospitalar junto aos pacientes internados que apresentam dificuldades de comunicação verbal em razão da necessidade do uso de traqueostomia em Unidade de Terapia Intensiva, famosa UTI. De antemão, podemos expor que essa situação figurou entre as dez principais causas de estresse relatadas pelos pacientes nesse ambiente, afetando não somente o paciente e os seus familiares, mas a equipe médica também, a qual entende a comunicação como um instrumento fundamental para humanizar o cuidado. Dessa maneira, realizamos revisões bibliográficas sobre a comunicação alternativa na UTI, destacando sua importância fundamental para contornar os desafios inerentes à comunicação oral tradicional e aumentar a humanização e as possibilidades de intervenção psicológica. A partir desse estudo, podemos destacar a necessidade de singularizar o indivíduo, bem como compreendê-lo em sua totalidade visando além da sua doença ao beneficiar o paciente com técnicas diferenciadas que respeitam as limitações do quadro clínico, como: comunicação alternativa, tecnologia assistiva e pranchas de comunicação. Concluímos que uma melhor comunicação aumenta a humanização do atendimento, isto é, a boa comunicação com o paciente desempenha um papel vital no campo da psicologia hospitalar, pois pode promover uma melhor recuperação ao reduzir o sofrimento emocional e melhorar a qualidade geral do atendimento médico. Ela, a comunicação, é parte essencial do cuidado holístico e centrado no paciente, que visa não apenas tratar a doença, mas também atender às necessidades psicológicas e emocionais dos pacientes.

Palavras-chave: Comunicação. Humanização. Instrumentos alternativos. Psicólogo, UTI.

INTRODUÇÃO

No cenário desafiador das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a comunicação oral convencional enfrenta obstáculos significativos devido às intervenções médicas invasivas, como a intubação, a sedação profunda e a traqueostomia. Diante desse contexto, a adoção da comunicação alternativa emerge como uma necessidade vital para permitir que os pacientes expressem suas necessidades e se engajem nas decisões que permeiam seu cuidado clínico.

Este trabalho de revisão bibliográfica, portanto, propõe-se a explorar, a analisar e a evidenciar a centralidade da comunicação alternativa na UTI, ressaltando a sua importância fundamental para contornar os desafios inerentes à comunicação oral tradicional. Abordaremos a influência de intervenções médicas, como a intubação, a ventilação mecânica e a sedação, que, frequentemente, limitam a capacidade de fala e de resposta consciente dos pacientes. Além disso, discutiremos a relevância intrínseca da comunicação alternativa, não somente como ferramenta adaptativa para o tratamento personalizado e para a compreensão dos sintomas, mas juntamente como um meio crucial de proporcionar suporte emocional aos pacientes em momentos críticos.

Examinaremos a diversidade de métodos empregados para a comunicação alternativa, desde o uso de quadros de símbolos, gestos e escrita, até o emprego de tecnologias assistidas e de comunicação ocular, enfatizando a natureza personalizada dessas abordagens, permitindo que cada paciente se expresse de maneira única e significativa.

A partir dessa análise, sustentaremos a tese central desse estudo: a comunicação alternativa, no contexto da comunicação em saúde, ao ampliar a interação e o engajamento ativo dos pacientes em sua própria jornada de cuidado, não somente humaniza o ambiente hospitalar, mas também demonstra um impacto positivo substancial na qualidade do tratamento, na redução da ansiedade dos pacientes, na adesão efetiva ao protocolo terapêutico e no alívio do estresse experimentado pelos familiares.

Em última análise, este estudo pretende ressaltar como a comunicação alternativa, ao promover a expressão e a participação ativa dos pacientes em situações críticas, revela-se como instrumento essencial para humanizar o atendimento hospitalar, promovendo uma recuperação mais eficaz e proporcionando um cuidado mais empático (OLIVEIRA et al., 2013).

O propósito deste estudo analisará a literatura nacional acerca do envolvimento do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) com pacientes que possuem limitações na comunicação verbal,

com o intuito de identificar e de apresentar as abordagens técnicas e estratégias utilizadas por esses profissionais nesse contexto.

O estudo se dará a partir de pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa e caráter exploratório, em outras palavras, a investigação se concentrou na subjetividade do tema descrita nos artigos e nos livros estudados.

Selecionamos em torno de 10 artigos teóricos e de pesquisa de campo indexados na base de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library On Line*) e em sites de revistas, publicados no período de 2020 a 2023. A seleção dos artigos se deu mediante a aplicação de palavras-chave como "psicólogo", "UTI", "atuação do psicólogo na UTI", "psicólogo e família na UTI", "comunicação alternativa" e "terapia intensiva". Os critérios de busca foram direcionados de acordo com os objetivos do estudo, que abordam a importância da comunicação na terapia intensiva, o acolhimento psicológico, a interação entre profissionais e familiares para promover uma abordagem mais saudável diante da doença.

A INCAPACIDADE DE FALAR

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conhecida como Ala de Cuidados Intensivos (ACI), é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes em estado grave, os quais requerem cuidados especializados e o uso de tecnologias avançadas. Seu principal propósito é restabelecer o funcionamento de sistemas orgânicos gravemente comprometidos, até que a condição subjacente à internação seja tratada ou que os parâmetros fisiológicos alcancem níveis considerados aceitáveis (PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2014).

Nesse ambiente, os pacientes enfrentam diversos desconfortos decorrentes de procedimentos como a inserção de cateteres e de tubos, a presença de iluminação artificial, alarmes sonoros e ruídos. Além disso, muitos deles experimentam sensações de sede e fome e precisam permanecer em repouso prolongado (PARK; PIRES NETO; NASSAR JUNIOR, 2014). A interrupção das atividades sociais, o distanciamento de entes queridos e a incerteza relacionada aos procedimentos médicos podem resultar em uma gama de reações emocionais, que variam de tristeza e choro, até medo, desorientação, euforia e apatia (VIGUERAS, 2014).

A capacidade de lidar com o estresse desse ambiente pode ter um impacto significativo no bem-estar emocional dos indivíduos (RIBEIRO; LEAL, 2010). A UTI recebe pacientes após cirurgias ou em decorrência de doenças graves, porém com possibilidade de recuperação (PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2014). A evolução clínica desses pacientes pode variar, alguns apresentando uma

recuperação rápida, outros enfrentando uma progressão gradual até o óbito e outra parte passando por um período prolongado de internação.

As intervenções médicas para tratar os problemas orgânicos frequentemente introduzem novos desafios temporários, como a limitação da comunicação oral (BARROS; PORTAS; QUEIJA, 2009). Isso ocorre especialmente em casos de lesões neurológicas, traumatismos cranioencefálicos, tumores cerebrais e insuficiência respiratória, que podem demandar a utilização de tubos orotraqueais ou traqueostomias para auxiliar na respiração (MARTINHO; RODRIGUES, 2016).

Inúmeros estudos destacam que pacientes que não podem se comunicar verbalmente sentem frustração devido a essa limitação, especialmente quando dependem de suporte ventilatório (COOK; MEADE; PERRY, 2001) (SOUZA, 2009).

Esse problema é particularmente relevante quando os pacientes estão plenamente conscientes (BITENCOURT et al., 2007). Nesse contexto, dispositivos auxiliares de comunicação desempenham um papel crucial ao possibilitar a expressão dos pacientes (SOUZA, 2009). Uma pesquisa conduzida por Dias, Resende e Diniz (2015) envolvendo 60 pacientes internados em UTIs identificou a incapacidade de falar como uma das principais fontes de desconforto e de estresse. Essa situação figurou entre as dez principais causas de estresse relatadas pelos pacientes nesse ambiente, juntamente com outros aspectos, como: dor, incapacidade de desempenhar papéis familiares, aborrecimento, dificuldades para dormir, preocupações financeiras, falta de controle sobre a situação, impossibilidade de comunicação, comentários externos, medo de infecções e restrição no contato com familiares e amigos.

Uma investigação mais recente feita por Martinho e Rodrigues (2016), realizada em Portugal, em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), examinou a percepção de 31 pacientes recém-extubados sobre suas experiências comunicativas durante o período em que estiveram intubados. A maioria dos participantes considerou a experiência de estar intubado como "muito difícil" ou "extremamente difícil", especialmente quando precisavam expressar suas necessidades físicas e emocionais, seus pensamentos e se comunicar com a equipe médica.

Considerando que a comunicação é um elemento essencial na experiência humana, suas limitações afetam a capacidade do paciente de expressar dificuldades, necessidades e de manter sua autonomia durante a internação (GUSMÃO, 2012). Na UTI, os profissionais que cuidam de pacientes com limitações na comunicação verbal enfrentam desafios adicionais, pois a ausência da fala introduz

novas complexidades no processo de cuidado (INABA; SILVA; TELLES, 2005). A incapacidade de se comunicar afeta não somente o paciente e seus familiares, mas também a equipe médica, que reconhece a comunicação como um instrumento fundamental para humanizar o tratamento (OLIVEIRA et al., 2013). No contexto desafiador da UTI, o papel do psicólogo é de extrema importância, embora seja relativamente recente. A prática da psicologia hospitalar busca desenvolver técnicas de intervenção adequadas para ambientes hospitalares e pacientes em condições especiais (CAIUBY; ANDREOLLI, 2005) (CAIUBY, 2013) (TOREZAN et al., 2013).

O psicólogo atua como intermediário entre o paciente, a família e a equipe médica, auxiliando na comunicação e promovendo a humanização, o que contribui para o bem-estar emocional dos pacientes hospitalizados (GUSMÃO, 2012). Todavia, quando se trata de pacientes críticos com limitações na comunicação verbal, o psicólogo deve adotar uma abordagem mais flexível, porque a comunicação restrita à fala e à escuta pode não ser suficiente (FILGUEIRAS et al., 2010).

Há, no entanto, uma lacuna na literatura em relação aos estudos que abordam as intervenções específicas do psicólogo em UTIs com pacientes que enfrentam limitações na comunicação verbal. Refletir sobre as práticas profissionais nesse contexto se torna crucial para a melhoria do atendimento. Dessa forma, a observação atenta, o cuidado e a escuta sensível têm o potencial de resgatar a humanidade perdida durante o período de hospitalização (FITCH, 2006).

O PSICÓLOGO HOSPITALAR: ATUAÇÃO NA UTI

A psicologia hospitalar é considerada uma nova especialidade da psicologia e, com isso, vem crescendo significativamente, entretanto

é possível verificar que os primeiros estudos em Psicologia Hospitalar surgiram apenas em 1987 com o trabalho de Romano, que em sua tese de doutorado buscou identificar as características dos profissionais que atuavam em diversas instituições hospitalares (SILVA; ANDREOLI, 2005 apud VIEIRA & WAISCHUNNG, 2018).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a atuação do psicólogo no hospital geral ocorreu após o término da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando foi identificada a necessidade da assistência psicológica para os militares, que apresentavam uma série de reações psíquicas no período de hospitalização, como distúrbios do senso percepção, alterações no humor e agitação psicomotora. Na década de 1970, ocorreu uma série de questionamentos relacionados à atuação do psicólogo nos projetos que incluíam promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças. O ano de 1978 marcou o surgimento da área denominada de Psicologia da Saúde.

De acordo com Freitas et al (2016), a psicologia hospitalar tem a finalidade de minimizar o sofrimento do paciente e dos familiares advindo da hospitalização, por conseguinte, o psicólogo busca oferecer suporte psicológico a pessoa hospitalizada, proporcionando um melhor estado psíquico, tanto para o paciente e a família, quanto para a equipe médica.

A Psicologia Hospitalar tem uma função mais focada nos âmbitos secundários e terciários de atenção à saúde, podendo desenvolver atividades como: atendimento psicoterapêutico; terapia em grupo; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria/ interconsultoria e acompanhamentos em Unidades de Terapia Intensiva UTI (CASTRO; BORNOHOLDT, 2004 apud GOMES & SILVA, 2017).

Ao adentrarmos no papel do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva é importante ressaltar o histórico do surgimento desse setor para compreendermos o seu funcionamento e sua finalidade. As UTIs surgiram a partir da evolução das “Salas de Recuperação Pós-anestésica”, na década de 1920, para pacientes submetidos a Neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins, assim foi criada a 1ª UTI, em 1926, em Boston, pelo Dr. Walter Dandy. Os primeiros pacientes acolhidos nas primeiras UTIs eram os que tivessem sido submetidos a grandes cirurgias, sendo somente a partir de 1950/1960 que começaram a acolher nesses centros, pacientes clínicos com quadros de infarto ou outras doenças graves.

Quando olhamos a história da criação das Unidades de Terapia Intensiva, podemos ver uma grande evolução dessas a partir de 1980, visto que médicos passaram a se especializar em medicina intensivista, assim, houve melhoras na qualidade desse setor, exigidos pela maior vigilância, pela segurança e pelos protocolos a serem seguidos. No Brasil, a 1ª UTI foi implantada na década de 1970 no Hospital Sírio Libanês em São Paulo.

Dessa forma, o surgimento da prática da internação dos pacientes no suporte avançado marcou um dos maiores progressos obtidos pelos hospitais, uma vez que, ao pensarmos que antes dela, o cuidado do doente era realizado na enfermaria, o que trazia risco a evolução dos pacientes. Logo, a psicologia tem ganhado espaço nas equipes multidisciplinares que realizam o plano terapêutico do paciente e com isso, podemos entender o psiquismo desse paciente e em como ele é afetado por este ambiente.

O internamento no setor de UTI com Suporte Avançado em alguns casos pode levar o paciente a ficar um longo período em tal local, dessa forma, ao analisarmos o ambiente físico podemos perceber alguns estressores tanto para o paciente, quanto para a família, os quais, dividimos em 2 grupos

utilizando como base Braga e Atadema (2020), sendo eles: Estressores Intrínsecos e Estressores Ambientais.

Os Estressores Intrínsecos correspondem à privação de sono, à solidão, à ansiedade e o medo. Esse tipo de estressor mexe com a parte psicológica do paciente. Na maioria das vezes, pensando na sociedade atual, o paciente antes de ser internado, apresenta problemas psicológicos como ansiedade, depressão ou síndrome do pânico, e, ao se deparar na UTI, no internamento esses podem ser expandidos e intensificados pelos estressores internos.

Os Estressores Ambientais referem-se ao ambiente estranho, ao barulho e aos alarmes de aparelhos, também pessoas desconhecidas e aflição familiar. Quando se pensa nesse tipo de estressor podemos imaginar um ambiente gélido e solitário de um leito hospitalar, fatores esses que podem colaborar para o aparecimento de outros problemas psíquicos. Desse modo, faz-se extremamente importante o papel do psicólogo para a minimização de tais problemas, ao dar acolhimento e realizar um acompanhamento.

A atuação do psicólogo com paciente internado na UTI tem como principal objetivo identificar características de funcionamento psíquico normal ou patológico nas condições de uma patologia e quais as intervenções pertinentes a qualquer uma destas condições. A condição crítica do paciente exige que o psicólogo leve em consideração os aspectos clínicos de cada caso de forma bastante criteriosa, pois só assim será possível separar quadros psíquicos de quadro orgânicos e definir condutas. Para atuar é necessário conhecer bem os fundamentos da psicologia do desenvolvimento, do processo psíquico envolvido no adoecer, da psicopatologia, do processo de morte e das intervenções (BATISTA, 2016, n. p.).

O psicólogo hospitalar pode ajudar tanto a família, quanto a equipe diante das dificuldades no processo de reabilitação ou na iminência da perda, pois o adoecer provoca, na maioria das vezes, diversas alterações psicológicas e o psicólogo, em um ambiente hospitalar, deve escutar e observar todos os aspectos ligados ao adoecer, respeitando os temores, as crenças e as fragilidades do paciente, de sua família e até mesmo da equipe (MOREIRA et al., 2012).

Dessa maneira, principalmente na UTI, em que a iminência da morte está sempre presente, as interferências emocionais da hospitalização no paciente e seus familiares se tornam ainda maiores, podendo configurar um luto antecipatório (SANTOS et al., 2011).

É possível, portanto, compreender que a psicologia intensiva como Gusmão (2012) apud Gomes & Silva (2017) asseguram, surgiu devido à importância de haver o atendimento psicológico em pacientes internados no setor da UTI, local em que os psicólogos devem acompanhar estes pacientes e familiares

durante todo o período de internação e por certo tempo depois, para que possa auxiliar esses a compreender e a aceitar as diversas situações que podem resultar da doença a qual o indivíduo e família estão enfrentando. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde, principalmente aos psicólogos, estarem munidos de subsídios e de recursos teóricos para efetuar um atendimento com qualidade para que este sofrimento seja diminuído.

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA

A comunicação ocorre por meio das trocas de informações entre os sujeitos no seu cotidiano, ocorrendo a construção de interações e laços sociais, fazendo parte do desenvolvimento e do crescimento. Segundo Sousa e Siqueira (2017) a importância da comunicação vai muito além do senso comum, tendo impacto a qualquer contexto de saúde, principalmente na saúde mental. Uma pessoa em estado de doença, vulnerável é alvo de atenção e de cuidados, a comunicação pode ser considerada uma ação terapêutica, podendo criar um contexto favorável ou desfavorável mediante as relações construídas no ambiente hospitalar.

Os autores enfatizam que, além de ser importante para o paciente, é importante para os profissionais, facilitando o acesso sobre o seu estado de saúde, histórico, necessidades. Diante disso, o profissional tem que se adequar a diversos meios de comunicação, habilidades e recursos.

Os profissionais têm a obrigação de conhecer diferentes modalidades de comunicação, têm códigos de ética e deontológicos, como o sigilo, a confidencialidade da informação, a necessidade de privacidade etc (SOUSA; SIQUEIRA, 2017, p.1).

No processo de hospitalização, conforme explica Pelosi e Nascimento (2018), é direito fundamental do paciente poder se comunicar com os profissionais, fazer parte das decisões em relação à sua saúde e tratamento, expressar suas opiniões, gerando bem-estar e confiança ao paciente. Por outro lado, essa troca de informações pode ser algo angustiante para os pacientes com dificuldades ou incapazes de usarem a fala. As dificuldades comunicativas ocorrem principalmente em Unidades de Terapias intensivas (UTI) devido a lesões de traumatismo cranioencefálico, doenças degenerativas, traumas em estruturas da fala, intubação, traqueostomia, entre outros, faz com que o paciente tente se comunicar com alguns movimentos, sinais, mas nem sempre sendo suficiente e fazendo com que se frustre (PELOSI; NASCIMENTO, 2018).

Em decorrência disso, é utilizada a Comunicação Alternativa, sendo uma das áreas da Tecnologia Assistiva, destinada à ampliação das habilidades de comunicação e de escrita.

Conforme o Comitê de Ajudas Técnicas (2009), a Tecnologia Assistiva (TA)

É uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (CORDE, 2009 p. 9).

A Comunicação Alternativa é o meio que ocorre recepção, interpretação e emissão das informações, facilitando que os paciente pertencente de deficiência ou dificuldade da fala ou da escrita se comuniquem, contendo diversos recursos e estratégias conforme a necessidade exigida do paciente, com finalidade de garantir confiança e segurança entre o paciente, os familiares e os profissionais (ALBRECHT; MARTINI 2022).

Para introdução desse recurso é preciso que o profissional avalie o estado de saúde do paciente, suas limitações, aspectos cognitivos e sensoriais, mas também seus aspectos socioculturais, para que diante das diversas técnicas, saber qual utilizar que supra as necessidades (PELOSI; NUNES, 2018).

Segundo a Terapeuta Ocupacional Miryam Pelosi (2018), a comunicação pode ser feita via cartões, símbolos, pranchas, comunicadores, tecnologia, conforme a disponibilização do hospital e domínio dos profissionais, porém, é preciso fazer com que o recurso esteja de acordo com as mudanças do paciente e adaptada para sua utilização além do hospital.

Há a prancha de comunicação que é um instrumento adaptativo desenvolvido para auxiliar pacientes que enfrentam dificuldades na comunicação devido a condições médicas complexas, como intubação, ventilação mecânica ou sedação. Ela desempenha um papel fundamental como uma forma de comunicação alternativa, permitindo que pacientes impossibilitados de falar possam se expressar através de símbolos, de palavras ou de letras. Isso é especialmente valioso em situações em que a comunicação verbal é limitada ou impossível. De acordo com Dias et al. (2020), essa prancha capacita os pacientes a expressarem suas necessidades imediatas, descreverem desconfortos ou sintomas e possibilita a interação emocional ao compartilhar sentimentos e preocupações.

A utilização da prancha de comunicação pode ser realizada de diversas maneiras, mas especialmente para facilitar a interação entre pacientes em unidades de terapia intensiva (UTIs) e profissionais de saúde, permitindo a expressão de necessidades, emoções e preocupações. Segundo Dias et al. (2020), a prancha pode ser adaptada de acordo com as habilidades do paciente, variando desde a simples seleção de letras para soletrar palavras até a utilização de símbolos ou ícones representativos para categorizar as mensagens. A abordagem exata depende da condição do paciente e das orientações

dos profissionais de saúde. Além disso, a prancha pode ser uma ferramenta eficaz para permitir que pacientes em UTIs comuniquem com seus familiares, conforme destacado por Sousa et al. (2017). Isso promove um senso de conexão e apoio emocional durante momentos de adversidade.

Os trabalhos com a prancha de comunicação iniciam-se com uma avaliação cuidadosa das necessidades e das capacidades individuais do paciente, visando determinar a abordagem mais adequada para a comunicação eficaz. De acordo com Silva et al. (2019), essa avaliação envolve considerar a condição clínica do paciente, suas habilidades motoras e cognitivas, bem como as preferências comunicativas. A partir dessa avaliação, a prancha é selecionada ou adaptada para atender às características específicas do paciente, permitindo que ele se comunique de forma mais precisa e significativa. Esse processo também requer a colaboração entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, garantindo uma abordagem centrada no paciente e uma implementação bem-sucedida da prancha de comunicação.

Após a avaliação inicial, inicia-se a etapa de orientação e treinamento, tanto para o paciente, quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Conforme mencionado por Dias et al. (2020), os profissionais de saúde desempenham um papel crucial ao apresentar a prancha ao paciente, explicar como ela funciona e auxiliar na prática inicial. Eles podem fornecer instruções sobre como apontar para as letras, símbolos ou ícones na prancha para formar palavras ou expressar necessidades. Esse treinamento visa capacitar o paciente a utilizar a prancha de maneira independente, promovendo uma comunicação autônoma e efetiva.

Além disso, a prancha de comunicação também pode ser incorporada à rotina de cuidados da UTI de maneira contínua. É essencial que os profissionais de saúde estejam cientes da presença e da importância da prancha no processo de comunicação do paciente. Conforme observado por Sousa et al. (2017), a prancha deve estar acessível e visível para facilitar seu uso sempre que o paciente desejar se comunicar. Essa integração eficaz requer uma abordagem colaborativa entre a equipe médica, de enfermagem e de terapia, garantindo que a prancha seja utilizada de maneira consistente e eficaz durante a assistência ao paciente na UTI.

Existem diferentes modelos de pranchas para realizar a comunicação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), Silva et al. (2019) discutem que esses modelos podem variar desde pranchas mais simples, feitas de papel, papelão e plástico, contendo letras ou palavras para soletração, até pranchas mais elaboradas com símbolos ou ícones representativos de diferentes necessidades e emoções.

Também existem pranchas de comunicação eletrônica que podem incluir dispositivos como tablets ou computadores, equipados com software especializado que permite aos pacientes selecionar símbolos, letras ou palavras para formar mensagens. Ainda, de acordo com Silva et al. (2019), as pranchas de comunicação eletrônica podem ser especialmente úteis para pacientes com habilidades motoras mais preservadas, permitindo-lhes utilizar telas sensíveis ao toque para realizar seleções. Ademais, Sousa et al. (2017) ressaltam que esses dispositivos podem ser personalizados de acordo com as preferências e necessidades do paciente, incluindo a escolha de símbolos ou imagens que sejam mais relevantes para sua comunicação.

A utilização das pranchas de comunicação eletrônica também envolve uma fase de treinamento, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Conforme mencionado por Dias et al. (2020), os pacientes podem ser orientados sobre como navegar pelo software, formar palavras, selecionar imagens ou símbolos.

A escolha do modelo adequado depende da condição do paciente e de suas habilidades comunicativas. De acordo com Sousa et al. (2017), pacientes com habilidades motoras limitadas podem se beneficiar de pranchas mais simples, onde apontar para letras ou palavras ajuda a formar mensagens. Por outro lado, pacientes com habilidades motoras mais preservadas podem utilizar pranchas com símbolos que representam diferentes ações ou necessidades, como comer, beber ou dor.

Além disso, alguns pacientes podem se beneficiar de pranchas mais avançadas que incluem sistemas de símbolos elaborados. Dias et al. (2020) ressaltam que essas pranchas podem ser customizadas de acordo com as preferências do paciente, incluindo símbolos específicos para suas atividades diárias, emoções ou desejos. Essa abordagem individualizada visa melhorar a precisão e a eficácia da comunicação.

Pacientes com comprometimento motor ou cognitivo também podem se beneficiar do uso das pranchas de comunicação, como afirmado por Sousa et al. (2017). Isso inclui indivíduos que não conseguem se expressar verbalmente devido a problemas de coordenação motora ou fraqueza muscular. Além disso, pacientes com distúrbios neurológicos, como acidente vascular cerebral ou lesão cerebral traumática, podem utilizar as pranchas como uma alternativa eficaz para a comunicação.

Além disso, a prancha deve ser organizada de maneira lógica e intuitiva, facilitando a localização e seleção dos símbolos. Dias et al. (2020) sugerem agrupar os símbolos por categorias, como necessidades básicas, emoções ou atividades, para simplificar o processo de comunicação.

A orientação e o treinamento são passos essenciais na utilização da prancha. Conforme mencionado por Silva et al. (2019), os profissionais de saúde podem explicar ao paciente como utilizar a prancha para formar mensagens, seja apontando para símbolos ou soletrando palavras. Esse treinamento deve ser contínuo e sempre adaptado às necessidades do paciente, garantindo sua compreensão e autonomia na utilização da prancha.

TECNOLOGIA ASSISTIVA (TA)

Tecnologia Assistiva (TA) são recursos interdisciplinares, metodologias, estratégias e práticas destinada a pessoas portadoras de alguma deficiência ou limitações cognitivas, sensoriais ou motoras. A expressão utilizada é para identificar os diversos recursos que proporcionam ampliar habilidades funcionais e promover a inclusão social (SANTANA; PEIXOTO; FEITOSA, 2019).

Para a utilização, é necessário avaliar qual dificuldade o indivíduo apresenta, para sugerir o dispositivo adequado, avaliando os fatores psicossociais, ambientais e particularidades do próprio dispositivo (SANTANA; PEIXOTO; FEITOSA, 2019).

Os conceitos da Tecnologia Assistiva variam entre baixa tecnologia e alta tecnologia. Na alta tecnologia, são computadores, existe uma maior sofisticação, sendo produzidos por profissionais. A baixa tecnologia, são de menor custo, podendo ser usados materiais artesanais (DELIBERATO; OLIVEIRA, 2013).

Diante o progresso da tecnologia, o acesso a softwares e outros aplicativos de comunicação, como tablets ofereceram diversos benefícios para comunicação, sendo de fácil acesso, podendo ser utilizado em diversos locais e contextos. Permitindo a comunicação por certa distância, podendo ser personalizado conforme a necessidade qual sujeito apresenta, como uso de símbolos, saída de voz, dinâmicas. Sendo adaptável o modo de uso, como desbloqueio automático, caneta específica, suporte, para que o indivíduo tenha mais facilidade no uso (PETRONI; BOUERI; LOURENÇO, 2018).

CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo de revisão bibliográfica compreendemos que a comunicação alternativa não se faz apenas para o tratamento personalizado, mas também para fornecer apoio emocional durante momentos críticos, humanizando o ambiente hospitalar e melhorando a qualidade do tratamento.

Ressaltamos a necessidade de intervenções específicas como comunicação alternativa, Tecnologia Assistiva e prancha de comunicação do psicólogo em UTIs para que haja uma melhora da interação e engajamento dos pacientes, enfatizando o papel dos psicólogos na promoção da comunicação e do apoio emocional, na busca de focos motivacionais nesse ambiente desafiador utilizando instrumentos passíveis de auxílio neste momento delicado ao paciente, a fim de amenizar seu sofrimento e poder garantir um atendimento humanizado que engaje toda a equipe de saúde e não apenas o psicólogo para que este paciente possa ter suas necessidades físicas e psicológicas atendidas de forma a entendê-lo da melhor maneira possível.

Além disso, a comunicação alternativa com o pacientes necessitadas pode estreitar os laços com os familiares no período de visita, o que contribui com o aumento do suporte social ao paciente, uma vez que, são os representantes do vínculo com a vida fora do hospital e fonte de acolhimento para o paciente enfrentar o sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, Ana Rosa Massolin; MARTINI, Julia Fernanda. COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA COMO RECURSO MEDIADOR EM HOSPITAIS COM PACIENTES INCAPACITADOS DE USAR A FALA. Uninter, 2022. Disponível em: repositorio.uninter.com. Acesso em: 11 jul. 2023.
- BARROS, A. P. B.; PORTAS, J. G.; QUEIJA, D. S. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, 38 (3), 2009, p. 202- 207, julho / agosto /setembro.
- BATISTA, M. Atuação do psicólogo na uti – psicológico x emocional – pacientes e familiares. 2016. Disponível em: <<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/atuacao-do-psicologo-na-uti-psicologico-x-emocional-pacientes-e-familiares/>>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.
- BITENCOURT, A. G. V. et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2007, 19 (1), jan–mar.
- BRAGA, J.A.L.; ATADEMA, F.O. Distúrbios psíquicos iniciados na unidade de terapia intensiva. 2020. Pubsáude, 3, a022. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau3.a022>
- BRASILEIRO, A. M. M. Manual de produção de textos acadêmicos e científicos. 2013. São Paulo: Atlas. 47 páginas.
- CAIUBY, A.V.S.; ANDREOLI, P. B. A. Intervenções psicológicas em situações de crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Casos, RBTI, 17, n.1, 2005, p.63-67.
- CAIUBY, A. V. S. Intervenções psicológicas em situação de crise. 2013. In Andreolli, P. B. A., Caiuby, A. V. S. & Lacerda, S. S. Psicologia hospitalar: Manuais de especialização. Cap. 6, Barueri, SP: Manole.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília , v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149893200400030007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- COOK, D. J., MEADE, M. O. & PERRY, A. G. Qualitative Studies on the Patient’s Experience of Weaning From Mechanical Ventilation. 2001, p. 469-473. Recuperado em 22 de nov. 2016. Disponível em: <[http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)50005-6/fulltext](http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)50005-6/fulltext)>. Acesso em: 21 out. 2023.
- DIAS, D.; FONSECA, L.; SOUSA, M. C.; SILVA, C. L. O papel da prancha de comunicação na terapia intensiva: revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referência, 2020, 5(14).
- DIAS, D. S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. C. L. M. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 27 (1), 2015, p. 18-25.
- DELIBERATO, Débora; OLIVEIRA, José Luiz Vieira De. Recursos de Tecnologia Assistiva: Descrição das funcionalidades de alta tecnologia entre os sistemas operacionais de dispositivos móveis na educação especial. Congresso brasileiro multidisciplinar de educação brasileira, 2013
- FITCH, M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. (2006). In Pimenta, C. A. M., Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. M. Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia. Cap. 5. Barueri, SP: Manole.

FREITAS, A. P. B.; et al. A atuação do psicólogo hospitalar frente à fatores estressantes vivenciados na UTI. 2016. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_uti_semana_academica.pdf>. Acesso em: 21 de dez. de 2022.

FREITAS, K. S.; MUSSI, F. C.; MENEZES, I. G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 704-711, Dec. 2012. Available from . access on 15 Oct 2022. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400009>

GUSMÃO, L. M. Psicologia Intensiva: nova especialidade. 2012. Recuperado em 03 de out. 2016. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2012/05/08/psicologia-intensiva-novaespecialidade/>>. Acesso em: 20 set. 2023.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP, 2005, 39 (4):423-9.

MARTINHO, C. I. F.; RODRIGUES, I. T. R. M. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 28 (2), 2016, p. 132-140.

MOREIRA, E. K. C. B., MARTINS, T. M., & CASTRO, M. M. Representação Social da Psicologia Hospitalar para Familiares de Pacientes Hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista SBPH, 15(1), 2012, p.134-167. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. de 2022.

OLIVEIRA, N. E. S.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; LUCHESE, R.; ALVARENGA, G. C.; BRASIL, V. V. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. 2013. Rev. Eletr. Enf. [internet], abr/jun.15(2):334-43. Recuperado em 24 de nov. 2016: Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a04.pdf>> Acesso em: 20 set. 2023.

PARK, M.; PIRES-NETO, R. C.; NASSAR JUNIOR, A. P. Despertar, exercitar, sentar-se, deambular e extubar: uma mudança nos paradigmas para pacientes mecanicamente ventilados. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2014, 26 (3), p. 203-204.

PELOSI, M. B.; NASCIMENTO, J. S. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 26(1), 2018, p. 53-61.

PEREIRA, H. & FELICIANO, R. M. H. A Importância da psicologia intensivista no contexto hospitalar. 2012. Dissertação Mestrado em Terapia Intensiva, Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Brasília, DF.

PETRONI, N. N.; BOUERI, I. Z.; LOURENÇO, G. F. Introdução ao uso do Tablet para Comunicação Alternativa por uma Jovem com Paralisia Cerebral. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.24, n.3, p.327-342, Jul.-Set., 2018 327.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In Baptista, M. N. & Dias, R. R. Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos. 2014, p. 139-152. 2ª ed. [Reimp], RJ: Guanabara Koogan.

RIBEIRO, I.D.F.; LEAL, F.S. (2010). A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In: FILGUEIRAS, M.S.T.; RODRIGUES, F.D.; BENFICA, T.M.S. (Org.). (2010). *Psicologia Hospitalar e da Saúde: consolidando práticas e saberes na residência*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.

SANTANA, M. DA C. C. P. DE, PEIXOTO, F. V. V., & FEITOSA, A. L. F. TECNOLOGIA ASSISTIVA NUM ESTÁGIO SUPERVISIONADO: VIVÊNCIA HOSPITALAR. *Gep News*, 4(4), 2019, p. 18–24. Recuperado de <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/9366>.

SANTOS, S. N., SANTOS, L. S. R. L., ROSSI, A. S. U., LÉLIS, J. A., & VASCONCELOS, S. C.. Intervenção Psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Revista SBPH*, 14(2), 2011, p. 50-66. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15160858201100020005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2022.

SILVA, W. P.; GOMES, I. C. O. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: <<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/176/111/>> Acesso em: 21 de jul de 2020.

SILVA, L. C., FONSECA, M. C., MENDES, D. P., & SOUSA, M. C. (2019). O papel da prancha de comunicação na terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1392-1400.

SOUSA, J. B. DE; SIQUEIRA, J. M. REDES SOCIAIS: TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA A INCLUSÃO E A CIDADANIA. *Periferia*, 9(1), 2017, p.112-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/periferia.2017.28996>>. Acesso em: 22 set. 2023.

SOUZA, V. L. V. A comunicação alternativa no contexto hospitalar: relato de experiência. In Deliberato, D.; Gonçalves, M. J. & Macedo, E. C. *Comunicação alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa*. São Paulo: Memnon. Edições Científicas. 2009, Cap. 36.

SOUZA, M. C.; SILVA, L. C.; OLIVEIRA, A. P.; PEREIRA, A. G.; NOGUEIRA, L. A. Comunicação entre familiares e pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2017, 11(11), p. 4606-4615.

TOREZAN, Z. F.; CALHEIROS, T. C.; MANDELLI, J. P. & STUMPF, V. M. A Graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital? *Psicologia: ciência e profissão*, 33(1), 2013, p. 132-145.

VIEIRA, L.N.L. A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuaao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar>> Acesso em: 20 de jul. de 2022.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008>. Acesso em: 21 de jul de 2022.

VIGUERAS, E. *Psicologia da saúde*. São Paulo: Pearson Education do Brasil. 2014, p. 8-27.

Capítulo 10



10.37423/231008336

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CAPACITAÇÃO PARA LEIGOS EM ASSOCIAÇÃO ESPORTIVA

Iara Alves Coelho Sganzella

Faculdade de Medicina de Marília

Ieda Francischetti

Faculdade de Medicina de Marília



Resumo: Introdução: Suporte Básico de Vida (SBV) é um curso da *American Heart Association* (AHA) que atua no ensino da ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Desde 2010, as Diretrizes da AHA recomendam programas de ensino da RCP e do uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) em locais públicos com alta probabilidade de Parada Cardiorrespiratória (PCR) presenciada. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do treinamento em atendimento de PCR com realização de RCP de boa qualidade e utilização de DEA corretamente para leigos que trabalham em instituição esportiva. **Método:** Participaram 20 funcionários da instituição, não profissionais da saúde, submetidos a treinamento em RCP e uso do DEA. Utilizou-se metodologia ativa de ensino, e estratégia teórico-prática. O treinamento durou 8 horas e ofereceu atividade prática com simuladores e DEAs. Sua eficácia foi avaliada com pré e pós- teste além de avaliação prática baseados nas diretrizes da AHA. **Resultados:** Houve melhora do desempenho, com aumento na média de acertos de 44% (média 6,7+/-1,8) no teste pré- treinamento para 62% (média 9,3+/-2,7) no pós-treinamento. Também apresentou efeito positivo sobre o desempenho nas manobras de RCP e uso do DEA, com média de acerto superior a 80%. **Conclusão:** Houve aumento do aprendizado após curso teórico-prático, com contribuição para o aprendizado sobre RCP.

Palavras-chave: Parada Cardíaca, Ressuscitação Cardiopulmonar, Educação em Saúde, Cardioversão Elétrica, Capacitação em Serviço.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a causa mais comum de morte nos Estados Unidos e na maioria das outras nações ocidentais (1). Segundo dados da OMS, foram 17,7 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares em 2015, e mais da metade ocorreu subitamente. Nos EUA, estima-se por volta de 250 mil mortes anuais por ataques cardíacos fora dos hospitais. No Brasil, as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por, aproximadamente, 100 mil mortes anuais, correspondendo a cerca de 80% de todas as mortes súbitas cardíacas extra-hospitalares (2,3).

Suporte Básico de Vida (SBV) é um curso criado pela *American Heart Association* (AHA) que atua na capacitação para o atendimento de vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) no ambiente extra-hospitalar. A morbimortalidade das vítimas de parada cardíaca súbita está diretamente relacionada à habilidade dos socorristas em realizar as manobras adequadas para a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (4).

Desde 2010, as Diretrizes da AHA recomendam estabelecer programas de ensino da RCP e do uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) em locais públicos com alta probabilidade de PCR presenciada. A implantação de um programa de acesso público ao DEA associado a treinamento adequado à PCR, permite uma maior sobrevivência ao evento (1, 5). Observa-se que programas de acesso público ao DEA por indivíduos leigos têm revelado taxas de sobrevivência que chegam até 85% para vítimas de colapso súbito e que foram atendidas imediatamente por espectadores leigos, realizando RCP e desfibrilação no intervalo de tempo de aproximadamente 3 a 5 minutos (6). Após um treinamento mínimo, qualquer pessoa leiga pode usar um desfibrilador com efeitos de salvamento (1).

No Brasil, o congresso nacional formulou o Projeto de Lei nº4.050/04 que obriga equipar com desfibriladores cardíacos os locais e veículos com grande circulação de pessoas (7), já sendo lei em alguns estados e municípios (8, 9). Assim, muitos estabelecimentos esportivos adquiriram o DEA para se adequarem à legislação. Pergunta-se: funcionários leigos de instituição esportiva, treinados por curso teórico-prático, estarão aptos a realizar esse atendimento? Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da capacitação em atendimento à PCR, no ensino de leigos para a realização de uma RCP de boa qualidade e utilização correta do DEA, conforme determinado pela AHA.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO

Trata-se de um estudo longitudinal, quase experimental, comparativo do tipo antes- depois, com abordagem quantitativa de tratamento e análise de dados, aplicado a voluntários de uma instituição social-esportiva da cidade de Marília-SP. Os critérios de inclusão foram: ser funcionário da instituição em questão e aceitar participar do estudo após assinar o TCLE. Foi excluído da pesquisa aquele voluntário que não realizou as três avaliações, não compareceu a todas as atividades previstas ou se recusou a participar do estudo ou abandonou a atividade a qualquer momento.

A amostra foi selecionada por intencionalidade, a partir do quadro de funcionários do estabelecimento. Participaram do estudo 20 colaboradores de instituição esportiva, não profissionais da saúde, que passaram por treinamento em RCP e uso do DEA, sendo avaliada a eficácia desse treinamento com pré e pós-teste, além de avaliação prática baseados nas diretrizes da AHA.

DINÂMICA DO ESTUDO

Os voluntários que compuseram a amostra participaram de curso teórico-prático sobre RCP e uso do DEA, na modalidade presencial e utilizando metodologia ativa de ensino, que ocorreu no seu local de trabalho. Os participantes foram separados em dois grupos de 10 pessoas, para melhor aproveitamento do conteúdo ministrado em dois períodos. As atividades foram realizadas em um único dia, numa carga horária total de 240 minutos por período. Durante as atividades, os participantes tiveram acesso a simuladores, manequins e DEAs. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com 15 questões de múltipla escolha, relacionadas ao escopo do SBV. Em um primeiro momento, os participantes responderam ao questionário (pré-teste). Em seguida, receberam treinamento teórico-prático composto de fundamentos teóricos do SBV, cadeia de sobrevivência, execução correta da RCP com ênfase nas compressões torácicas e utilização do DEA, em concordância com as novas diretrizes de 2017 da AHA (10), sendo ministrado por três enfermeiras residentes em Urgência e Emergência da Residência Multidisciplinar de Instituição de Ensino Superior. Após o treinamento, realizaram avaliação prática, e em seguida, foram reavaliados com o mesmo questionário (pós-teste).

O material utilizado foi o simulador *Resusci Anne Simulator™*, fabricado pela Laerdal Medical (Noruega), o desfibrilador de treinamento *Heartstart AED Trainer 2* fabricado pela *Philip* (EUA) e um

manequim alternativo para treinamento, confeccionado a partir da reutilização de garrafas PET, desenvolvido pelo médico cardiologista Agnaldo Pispico, da Sociedade de Cardiologia de São Paulo (SOCESP) (11).

O estudo foi descrito e medidas para a proteção da privacidade foram explicitadas aos participantes. Cada integrante do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de participar do mesmo. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior (parecer nº 2.529.830 e CAAE nº 67345017.1.0000.5413).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas estão descritas pela média, mediana, desvio-padrão (DP), valor mínimo e valor máximo. As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%). Para analisar as diferenças na distribuição de proporção entre as categorias de resposta das variáveis qualitativas foi utilizado o teste do Qui-quadrado. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para analisar o efeito do treinamento entre os momentos pré e pós foi considerado o somatório de acertos e o percentual de acertos das quinze questões temáticas que embasam o treinamento proposto. Para comparar a média entre os momentos pré e pós-treinamento foi realizado o teste t student para amostras pareadas. Para analisar o efeito do treinamento sobre o percentual de acertos considerando o treinamento prévio de RCP ou DEA foi realizada uma ANOVA mista de medidas repetidas seguida do teste Post-Hoc de Bonferroni. Os dados quantitativos foram representados pelo gráfico de erro pela média e intervalo de confiança de 95% (CI95%). Para todas as análises foi utilizado o software SPSS versão 19.0 for *windows*, sendo adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra apresentou idade entre 20 a 57 anos com média de 39 ± 10 . Quanto as características sócio demográficas, descritas na tabela 1, apenas a variável sexo apresentou diferença significativa na distribuição de proporção, com maior proporção de homens. Na tabela 2 estão descritas as características relacionadas a experiência anterior com treinamento de RCP e DEA. Não foi observada na amostra diferenças significativas na distribuição de proporção entre aqueles que realizaram e os que não realizaram treinamento prévio, tanto de RCP, quanto de DEA. Embora não tenha apresentado diferença significativa, a maior parte da amostra (55%) já havia realizado previamente treinamento de RCP, diferente do treinamento com DEA, onde a maior parte (65%) nunca havia realizado treinamento.

Tabela 1 - Distribuição de frequência relativa (%) das variáveis qualitativas da amostra

		%	<i>p</i> -valor
Sexo	Feminino	20,0	0,007*
	Masculino	80,0	
Escolaridade	Ensino Básico Incompleto	30,0	0,951
	Ensino Básico Completo	35,0	
	Ensino Superior Completo	35,0	
Religião	Católico	55,0	0,086
	Evangélico	30,0	
	Sem religião	15,0	
Etnia	Branco	45,0	0,655
	Afrodescendente	55,0	
Estado civil	Casado/união estável	60,0	0,371
	Solteiro/Divorciado	40,0	
Renda familiar	Até R\$2000	45,0	0,655
	>R\$2000	55,0	

* $p \leq 0,05$ diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado.

Tabela 2 - Distribuição de frequência relativa (%) das variáveis qualitativas da amostra

		%	<i>p</i> -valor
Treinamento anterior RCP	Sim	55,0	0,655
	Não	45,0	
Há quanto tempo RCP	<1 anos	10,0	0,112
	1 a 4 anos	15,0	
	> 4 anos	30,0	
	Não fez	45,0	
Treinamento anterior DEA	Sim	35,0	0,180
	Não	65,0	
Há quanto tempo DEA	1 a 4 anos	15,0	0,011*
	> 4 anos	20,0	
	Não fez	65,0	

* $p \leq 0,05$ diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado.

Na tabela 3 está representado o somatório de acertos e percentual de acertos do questionário temática entre os momentos pré e pós-treinamento. Foi observado um aumento significativo na média de 2,6 acertos o que representa 17,7%. Na figura 1 foi analisado o possível efeito da experiência prévia com treinamento de RCP ou DEA. Foi verificado que, independente da experiência prévia do treinamento, o efeito da intervenção foi significativo e semelhante nos grupos com e sem experiência. Embora não tenha sido observada interação significativa em relação a experiência prévia com RCP e o efeito do treinamento realizado, o grupo com experiência prévia com RCP apresentou um aumento de 24,3% no percentual de acertos e o grupo sem experiência prévia um aumento de apenas 10%. Em relação aos grupos com e sem experiência prévia com DEA, ambos apresentaram aumentos semelhantes no percentual de acertos.

Tabela 3 - Comparação da média e desvio-padrão (DP) do total de acertos e percentual (%) total de acertos do questionário dos momentos pré e pós-intervenção

Questionário	Momento Treinamento (intervenção)				p-valor
	Pré		Pós		
	Média	DP	Média	DP	
Total de Acertos	6,7	1,8	9,3	2,7	0,0001*
% Total de Acertos	44,3	11,7	62,0	18,0	0,0001*

*p≤0,05 diferença significativa entre os momentos pré e pós-intervenção pelo Teste t Student para amostras pareadas.

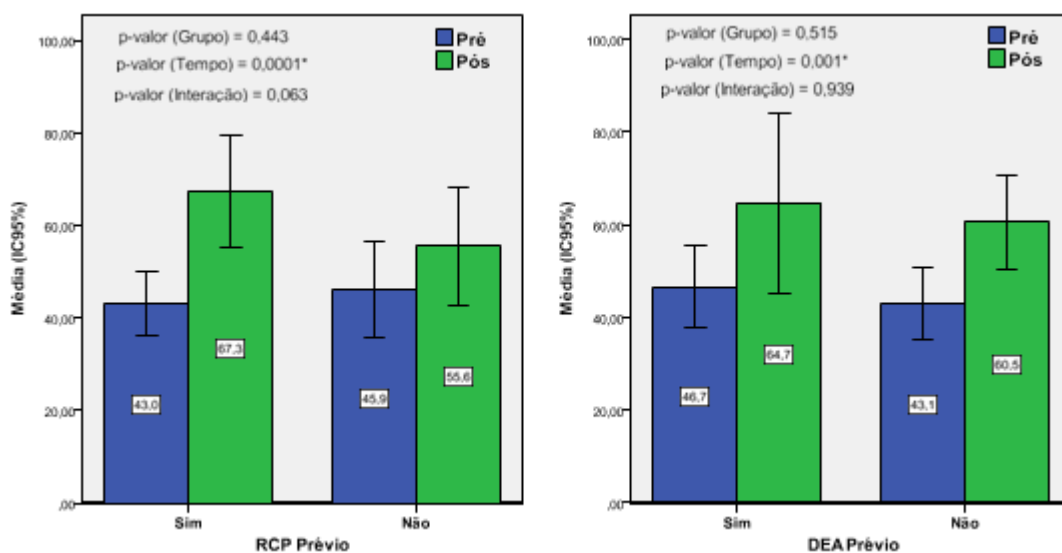


Figura1: Comparação da média e intervalo de confiança de 95% (IC95%) do percentual de acertos do questionário temática entre os momentos pré e pós-treinamento para os grupos com (sim) e sem (não) experiência prévia com treinamento com RCP ou DEA. *p-valor ≤0,05 diferença significativa entre os momentos pré e pós-treinamento independente do grupo.

DISCUSSÃO

Neste estudo pudemos avaliar a eficácia do treinamento de pessoas leigas frente a uma situação de morte súbita. Pudemos demonstrar que pessoas leigas bem treinadas em atendimento de PCR são capazes de realizar uma RCP de boa qualidade e utilizar um DEA corretamente.

As doenças cardiovasculares são a causa mais comum de morte na maioria das nações ocidentais (1). A mortalidade e morbidade das vítimas de parada cardíaca súbita está diretamente relacionada à habilidade dos socorristas em usar corretamente seu conhecimento e capacidade de realizar as manobras adequadas para a RCP (4). Se essas medidas forem realizadas na sequência correta e de forma eficaz, o prognóstico do paciente e a taxa de sobrevivência serão favorecidos (12, 13).

Na nossa pesquisa, os participantes foram treinados apenas com as compressões torácicas, seguindo as orientações da AHA de 2017 (10). Alguns estudos mostraram que, os espectadores não realizam RCP em quase metade das paradas cardíacas testemunhadas e que instruções sobre a compressão torácica e a ventilação boca-a-boca dada pelos atendentes ao telefone poderiam exigir 2,4 minutos, retardando o início das compressões torácicas, já que os elementos iniciais críticos são compressões torácicas e a desfibrilação precoce (14, 15).

Ensaio experimental mostrou que a compressão torácica por si só estava associada a taxas de sobrevivência semelhantes às aquelas com compressão torácica e ventilação boca-a-boca (15). Sendo assim, Alfred Hallstrom e colaboradores realizaram, em Seattle, EUA, estudo randomizado para comparar a RCP por compressão torácica isolada com RCP por compressão torácica mais ventilação boca-a-boca. Neste estudo concluíram que o desfecho após a RCP com compressão torácica por si só é semelhante àquele após a compressão torácica com ventilação boca-a-boca, e a compressão torácica isolada pode ser a abordagem preferida para espectadores inexperientes em RCP (14).

Programas de acesso público ao DEA por indivíduos leigos em locais de grande movimentação de pessoas têm revelado taxas de sobrevivência que chegam até 85% para aquelas vítimas que tiveram colapso súbito, que apresentaram FV e foram atendidas imediatamente por espectadores leigos que realizaram RCP e desfibrilação no intervalo de tempo de aproximadamente 3 a 5 minutos (6).

O SBV tem o objetivo de treinar estudantes, professores, comissários de bordo, motoristas de transporte público e leigos que frequentem lugares de maior risco de eventos para rapidamente abordar os sistemas cardíaco e circulatório, as vias aéreas e o sistema respiratório da vítima (4). Há 8 anos, as diretrizes da AHA recomendam estabelecer programas de ensino do uso do DEA em locais públicos onde exista a probabilidade relativamente alta de PCR presenciada, como instituições esportivas, aeroportos, shoppings, etc (1, 16, 5).

Existem provas claras e evidentes de uma maior sobrevivência à PCR quando a pessoa presente no local realiza a RCP e rapidamente usa um DEA. Assim, o acesso imediato a um desfibrilador é fundamental

no sistema de atendimento. A implantação de um programa de acesso público a desfibrilador, com colocação de DEAs em locais acessíveis, treinamento adequado dos socorristas e fácil acesso ao serviço médico de emergência, permite um melhor atendimento às vítimas de PCR e, conseqüentemente, uma maior sobrevivência ao evento (5).

Nossos resultados mostram que há uma maior porcentagem de acertos entre as pessoas que tiveram treino prévio em RCP quando comparadas àquelas que passaram pelo primeiro contato apenas neste estudo. A presença de vários participantes com treinamento prévio em RCP/DEA se deve ao fato de que, para a aquisição do DEA, a empresa fornecedora do produto ministra capacitação para uso do produto, mas não há informações sobre a intenção pedagógica desse treinamento, sendo compreendido pelos participantes apenas como instrução técnica para acionamento do DEA. Entretanto, sabe-se que a abordagem somente teórica não é capaz de produzir RCP de boa qualidade (1).

Na literatura, a aprendizagem em adultos obedece ao conceito de Andragogia e Aprendizagem Significativa, no qual os aprendizes trazem consigo elevada carga de aprendizagem previamente construída, reforçando os resultados encontrados (17). Além disso, a necessidade das sucessivas aproximações para a construção da aprendizagem por meio do conceito da espiral do conhecimento e a apreensão das habilidades por meio do exercício da prática (o aprender-fazendo), auxiliam na construção do conhecimento (17, 18).

Todavia, existem evidências de que a retenção dos conhecimentos sobre SBV e as habilidades para a sua aplicação declinam rapidamente após a formação inicial (19). Vários autores têm estudado esse tema, porém não existe um consenso na literatura quanto ao intervalo de tempo ideal entre os treinamentos, variando de acordo com as características dos instrutores, dos participantes e suas proporções, qualidade do treinamento teórico-prático e o resultado da avaliação ao final do curso (20). As habilidades básicas, como pedir ajuda e compressão torácica, decaem de três a seis meses após a capacitação. Contudo, estes dados se baseiam em estudos conflitantes com relação à duração e formato do curso, características dos instrutores, participantes e frequência de envolvimento dos participantes em situações reais de RCP (19, 20). Na literatura, há estudos que, para leigos, o intervalo de treinamento em RCP e DEA não deveria ser superior a sete meses, e outros que observaram uma retenção satisfatória do conhecimento em RCP e DEA, mesmo após 17 meses do treinamento inicial (21, 22).

Sendo assim, deve-se considerar que as sucessivas aproximações com a temática, podem favorecer a retenção do aprendizado das manobras de SBV, uma vez que o conhecimento tende a se deteriorar com o tempo (23). Em razão disso, faz-se necessária a ponderação para que o tema seja apresentado mais frequentemente à população, viabilizando novas possibilidades de (re)treinamento.

A importância da frequência de treinamento é consenso. A realização de treinamentos curtos e frequentes é recomendada, já que, quanto maior a exposição ao conteúdo, maior é a retenção e segurança na aplicação das manobras de RCP (24). Embora o aprendizado teórico alcance níveis satisfatórios ao final do curso ou do treinamento, a retenção do aprendizado ao longo do tempo após a intervenção educativa mostra-se preocupante em relação às habilidades de desempenho do SBV. Em geral, a retenção do aprendizado em adultos, após o treinamento em manobras de reanimação, varia de 50 a 60% (25), reforçando a necessidade de programas de (re)treinamento periódicos a população em geral.

LIMITAÇÕES

Devido à metodologia ativa de ensino utilizada, optou-se por trabalhar em pequenos grupos, resultando no estudo de uma pequena população amostral. Devido a isso, observamos que o tamanho da amostra influenciou nos resultados. Acreditamos que um novo estudo com uma amostra maior, além de uma avaliação prática em dois momentos (antes e depois do treinamento), possibilitaria uma melhor análise de resultados.

CONCLUSÃO

Dentre os resultados encontrados na avaliação da aprendizagem, na diferença entre as notas de pré e pós-teste e nos bons resultados da avaliação prática, notou-se o aumento do aprendizado após curso teórico-prático, confirmando, assim, a plausibilidade da hipótese nesta pesquisa, verificando-se que houve contribuição para o aprendizado sobre RCP e uso do DEA. A realização do curso em local de alto fluxo e onde o exercício físico é praticado em alta escala, portanto um local de risco para PCR, pode ter aumentado o interesse dos participantes, potencializando a aprendizagem significativa.

Além disso, investir na educação em RCP, é uma maneira de minimizar os gastos na saúde pública, já que, com o atendimento imediato, lesões graves e os tratamentos de alto custo poderão ser evitados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos diretores do Yara Clube de Marília pelo apoio à realização deste projeto e a todos os funcionários que participaram direta ou indiretamente dele e a CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, código de financiamento 001.

VINCULAÇÃO ACADÊMICA

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Iara Alves Coelho Sganzella pela Faculdade de Medicina de Marília.

REFERÊNCIAS

1. Miotto HC, Camargos FRS, Ribeiro CV, Goulart EMA, Moreira MCV. Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar utilizando treinamento teórico versus treinamento teórico- prático. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3):328-31.
2. Organização Mundial de Saúde. Doenças cardiovasculares [Internet]. Brasília (DF): Organização Mundial de Saúde; 2017. [citado 6 ago 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doenc-do-cardiovasculares&Itemid=839
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado 4 mar 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
4. Sardo PMG, Dal Sasso GTM. Aprendizagem baseada em problemas em ressuscitação cardiopulmonar: suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):784-92.
5. Guimarães HP, Lane JC, Flato UAP, Timerman A, Lopes RD. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7(3):177-87.
6. Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, Lage SG, Schmidt A, Bernoche CSM, Canesin MF, Mancuso FJN, Favarato MH. I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):105-13.
7. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 4.050, de 15 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade de equipar com desfibriladores cardíacos os locais e veículos que especifica [Internet]. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2004. [citado 18 fev 2017]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BDCA93F5D924FC209FBBB74661113CF4.node2?codteor=300193&filename=Avulso+-+PL+4050/2004
8. São Paulo (Estado). Lei nº 12.736, de 15 de outubro de 2007. Dispõe sobre a manutenção de desfibrilador nos locais que especifica, e dá outras providências correlatas. *Diário Oficial do Estado, São Paulo (SP)*; 16 out 2007. Seção 1:3
9. São Paulo (Município) Decreto nº 49.277, de 4 de março de 2008. Regulamenta a Lei nº 13.945, de 7 de janeiro de 2005, alterada pela Lei nº 14.621, de 11 de dezembro de 2007, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de aparelho desfibrilador externo automático nos locais que designa; revoga o Decreto nº 46.914, de 17 de janeiro de 1996. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo (SP)*; 5 mar 2008. Seção 1:1
10. American Heart Association, American Stroke Association. Destaques das atualizações específicas das diretrizes de 2017 da American Heart Association para Suporte Básico de Vida em pediatria e para adultos e qualidade da ressuscitação cardiopulmonar. Dallas, Texas: American Heart Association; 2017.
11. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Projeto social: treinamento em massa [Internet]. São Paulo (SP): Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo; c2015 [citado 8 mar 2017]. Disponível em: <http://www.socesp2015.com.br/treinamentoemmassa/>

12. Berdowski J, Beekhuis F, Zwinderman AH, Tijssen JG, Koster RW. Importance of the first link: description and recognition of an out-of-hospital cardiac arrest in an emergency call. *Circulation*. 2009;119(15):2096-102.
13. Lafetá AFM, Paula BP, Lima CA, Leite LES, Paiva PA, Leão HM, Barbosa HA, Figueiredo ML, Diamantino NAM, Ruas EFG. Suporte Avançado de Vida na parada cardiorrespiratória: aspectos teóricos e assistenciais. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2015;13(1):653-63.
14. Hallstrom A, Cobb L, Johnson E, Copass M. Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *N Engl J Med*. 2000;342(21):1546-53.
15. Berg RA, Kern KB, Hilwig RW, Ewy GA. Assisted ventilation during 'bystander' CPR in a swine acute myocardial infarction model does not improve outcome. *Circulation*. 1997;96(12):4364-71.
16. Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public use of automated external defibrillators. *N Engl J Med*. 2002;347(16):1242-7.
17. Freitas MAO, KowalOlm IC, Batista SHSS. Aprendizagem significativa e andragogia na formação continuada de profissionais de saúde. *Aprendiz Significativa Rev*. 2016;6(2):1- 20.
18. Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organ Sci*. 1994;5(1):14-37.
19. Bhanji F, Mancini ME, Sinz E, Rodgers DL, McNeil MA, Hoadley TA, et al. Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S920-33.
20. Soar J, Monsieurs KG, Ballance JH, Barelli A, Biarent D, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*. 2010;81(10):1434-44.
21. Woollard M, Whitfield R, Newcombe RG, Colquhoun M, Vetter N, Chamberlain D. Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. *Resuscitation*. 2006;71(2):237-47.
22. Riegel B, Nafziger SD, McBurnie MA, Powell J, Ledingham R, Sehra R, et al. How well are cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator skills retained over time? Results from the Public Access Defibrillation (PAD) Trial. *Acad Emerg Med*. 2006;13(3):254-63.
23. Tobase L, Peres HHC, Tomazini EAS, Teodoro SV, Ramos MB, Polastri TF. Basic life support: evaluation of learning using simulation and immediate feedback devices. *Rev Latinoam Enferm*. 2017;25:e2942.
24. de Ruijter PA, Biersteker HA, Biert J, van Goor H, Tan EC. Retention of first aid and basic life support skills in undergraduate medical students. *Med Educ Online*. 2014;19:24841.
25. Einspruch EL, Lynch B, Aufderheide TP, Nichol G, Becker L. Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30-min video self-training: A controlled randomized study. *Resuscitation*. 2007;74(3):476-86.

Capítulo 11



10.37423/231008347

IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DE ORIGEM MUSCULAR EM MULHERES DE 20-40 ANOS

Daniele Sousa de Oliveira

*Centro Universitário Maurício de Nassau São
Luis*



Resumo: Introdução: A disfunção temporomandibular é uma desordem que afeta a articulação temporomandibular, os músculos mastigatórios e estruturas adjacentes, essa disfunção está presente em grande parte da população, principalmente no sexo feminino. Ela pode ser do tipo articular e muscular, sendo a muscular a mais presente, seu principal sintoma é a dor, e sua etiologia é multifatorial o que demanda a necessidade de tratamento por uma equipe multidisciplinar onde o fisioterapeuta está inserido. **Objetivo:** relatar a importância da fisioterapia no tratamento da disfunção temporomandibular de origem muscular em mulheres adultas. **Metodologia:** Este estudo refere-se a uma revisão de literatura não sistemática, realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual da saúde (BVS e MEDLINE), Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Public Medline (PUBMED), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022 nos idiomas português e inglês, como critério de não inclusão textos não disponíveis na íntegra e artigos incompletos, como critério de exclusão, artigos que não tinham relevância para o tema abordado. **Conclusão:** O fisioterapeuta exerce um papel de grande importância na equipe multidisciplinar de manejo da disfunção temporomandibular e as técnicas utilizadas pela fisioterapia se mostram eficazes, reduzindo a sintomatologia e melhorando a função desde os primeiros atendimentos.

Palavras-Chaves: Articulação Temporomandibular; Disfunção Temporomandibular Muscular; Fisioterapia; Mulheres 20-40 anos.

1 INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular é considerada uma das articulações mais complexas do corpo humano, é do tipo sinovial e a única móvel do crânio. Bem como também se mostra uma das articulações mais solicitadas do corpo, realizando em torno de 1500 a 2000 movimentos ao dia durante funções básicas como comer, falar e bocejar (RANGEL; GAMA, 2013; BATISTA et al., 2022).

Quando há desordens nessa articulação, ocorre as chamadas Disfunções Temporomandibulares (DTM's). A DTM compreende em um conjunto de problemas clínicos que afetam a ATM, os músculos da mastigação e estruturas adjacentes (VASCONCELOS et al., 2019; BATISTA et al., 2022).

Essa disfunção afeta grande parte da população, com predomínio em indivíduos adultos na faixa etária entre 20 e 40 anos, sendo as mulheres as mais acometidas devido aos fatores hormonais e emocionais presentes (JESUS et al., 2018; VASCONCELOS et al., 2019; BATISTA et al., 2022). Dentre seus principais sinais e sintomas estão as dores na face e nos músculos da mastigação, sensibilidade a palpação, limitações na articulação, ruídos articulares, dores de cabeça e outros (CARVALHO; CARVALHO, 2020).

Ela pode ser dividida em DTM de origem articular, onde seus sinais e sintomas estão diretamente relacionados a própria ATM e a DTM de origem muscular, onde seus sinais e sintomas estão relacionados com os músculos mastigatórios, sendo a DTM muscular mais frequente. A principal queixa da DTM muscular é a dor e/ou sensibilidade muscular mastigatória que pode levar a fadiga (JESUS et al., 2018; DEL PRATO, 2019; PIRES, 2021; SATLER et al., 2021).

A sua etiologia é multifatorial, não sendo possível reconhecer um único fator etiológico desencadeante, entre eles os principais e mais presentes são a hiperatividade, desarmonias oclusais, mudanças internas e externas na estrutura da ATM, hábitos parafuncionais, alterações posturais, psicossociais e de comportamento ou uma associação destas (SERAFIM, 2017; NISZEZAK et al., 2019; CARVALHO; CARVALHO, 2020).

A DTM é vista como um problema de saúde pública, com incidência crescente e afeta diretamente a qualidade de vida da população, em especial as mulheres adultas, em decorrência da severidade de seus sinais e sintomas, principalmente em relação a dor, impactando nas atividades, especialmente quando se torna crônica. O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, onde a fisioterapia apesar de ser pouco solicitada, possui uma grande relevância e pode contribuir de forma direta no tratamento (JESUS et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018). Diante deste contexto, sabendo da complexidade dessa patologia e buscando contribuir com a literatura a respeito da atuação da

fisioterapia na DTM, este estudo tem o objetivo de relatar sobre a importância do tratamento fisioterapêutico na disfunção temporomandibular de origem muscular em mulheres de 20 a 40 anos.

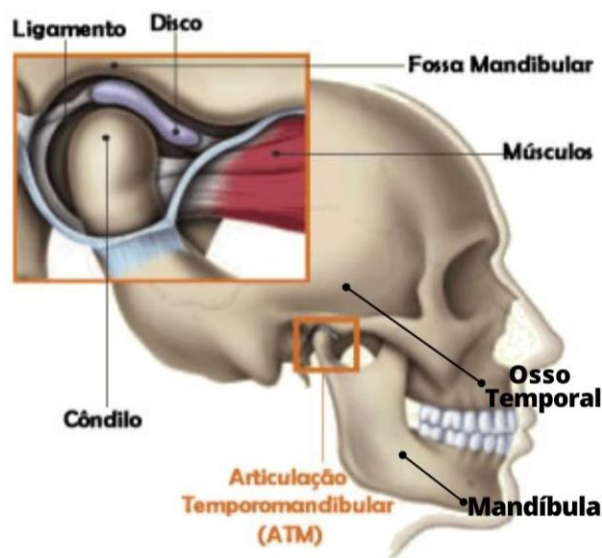
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

A Articulação Temporomandibular (ATM) faz parte do sistema estomatognático. É a única articulação móvel do crânio, considerada uma articulação complexa em decorrência de seus movimentos. Além de ser também uma das mais utilizadas do corpo humano, por cerca de 1500 a 2000 vezes por dia durante os movimentos de mastigar, falar, bocejar e deglutir (KYARA; MEJIA, 2012; ALDA et al., 2012; RANGEL; GAMA, 2013; JESUS et al., 2018; RICHENE; CORDEIRO, 2019).

A ATM é uma articulação dupla e do tipo sinovial, que tem a capacidade de se movimentar de forma simultânea e bilateralmente. Composta pela mandíbula, um osso da face (sua parte móvel) que possui uma superfície côncava, e a fossa mandibular de um osso do crânio, o temporal (sua parte fixa) (KIARA MEJIA, 2012; VASCONCELOS et al., 2019).

Figura 1: Anatomia da Articulação Temporomandibular.



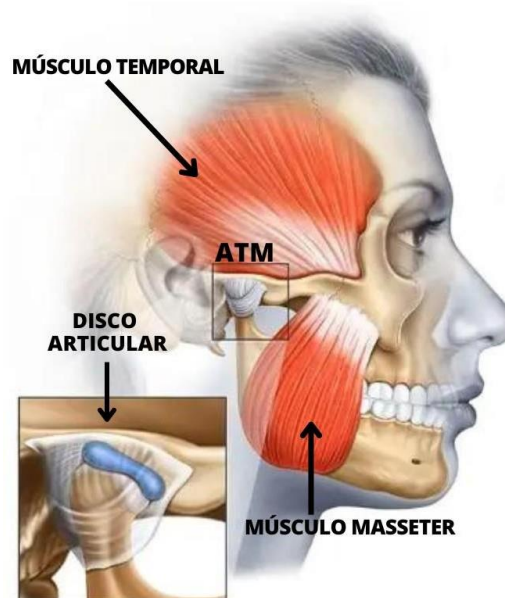
Fonte: <http://www.clinicaluisioeuzebio.com.br/pagina/29/atm.html>.

Imagem adaptada pela autora (2022)

Ambos são separados por um disco articular bicôncavo, fibrocartilagenoso e avascular que amortece, regula os movimentos e estabiliza os côndilos na cavidade. Os ligamentos são os colaterais, capsular, esfenomandibular e estilomandibular.

Possui também uma capsula articular, eminência articular e membrana sinovial. Seus músculos são divididos em elevadores da mandíbula, atuando no fechamento da boca (Temporal, masseter, pterigoideo medial) e depressor da mandíbula que atua no movimento de abertura da boca (Pterigoideo lateral) (KYARA; MEJIA, 2012; RANGEL; GAMA, 2013; CARVALHO; CARVALHO, 2020; AMORAS et al., 2021).

Figura 2: Articulação Temporomandibular



Fonte: <https://www.drguilhermelima.com.br/disfuncao-de-atm-e-dor-orofacial/>.

Imagem adaptada pela autora (2022).

Os movimentos da ATM ocorrem como resultado da ação da sua musculatura, que deve funcionar em perfeita sincronia em ambos os lados da face. São eles a elevação, depressão, protrusão, retrusão e desvios laterais, a rotação, ocorre durante a abertura parcial da boca e a translação que ocorre durante o restante deste movimento (ALDA et al., 2012; BEZERRA; MEJIA, 2012; RICHENE; CORDEIRO, 2019; CARVALHO; CARVALHO, 2020).

2.2 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

A disfunção temporomandibular (DTM), é umas das principais causas de dor orofacial crônicas ou recorrentes (JESUS et al., 2018; VASCONCELOS et al., 2019; CARVALHO; CARVALHO, 2020).

Ela pode ser classificada em DTM de origem muscular, que é a disfunção mais frequente e está diretamente relacionada com a musculatura mastigatória, geralmente por mialgias locais, mioespasmos que provocam contrações contínuas na musculatura, as contraturas miofibróticas que geram resistência no alongamento passivo, miosite uma inflamação do tecido da musculatura e a neoplasia, já a articular está relacionada com a própria ATM por possíveis alterações no disco, deslocamentos e inflamações, pode também ser mista onde há fusão de ambos os tipos (JESUS et al., 2018; DEL PRATO, 2019; CARVALHO; CARVALHO, 2020; PIRES, 2021).

2.2.1 ETIOLOGIA

A DTM tem sua etiologia multifatorial, podendo ocorrer por fatores traumáticos de forma direta ou indireta, por hiperatividade dos músculos da mastigação, desarmonias oclusais como próteses mal adaptadas e cáries além de hábitos como o de ranger os dentes (BEZERRA; MEJIA, 2012; SERAFIM, 2017; VASCONCELOS et al., 2019). Também são considerados como fatores etiológicos os hábitos parafuncionais que sobrecarregam a musculatura mastigatória, como morder objetos, roer as unhas, o constante consumo de alimentos duros e mastigar chicletes (ALDA et al., 2012; PIRES, 2021), posturas inadequadas e viciosas, o “brincar com a mandíbula” e fatores psicológicos como estresse, ansiedade e tensão emocional (BEZERRA; MEJIA, 2012; SERAFIM, 2017; VASCONCELOS et al., 2019).

2.2.2 SINTOMATOLOGIA

A DTM pode apresentar sintomas graves e a de origem muscular é a causa mais comum de cefaleias. A mialgia é o tipo mais frequente de DTM muscular, caracterizada por dores profundas, que variam em períodos de acentuação ou de remissão, porém em algumas pessoas ela tende a ser persistente, levando a fadiga e limitando a abertura da boca (CARVALHO; CARVALHO, 2020; PIRES, 2021; OLIVEIRA, 2022).

Outros sintomas clínicos que podem estar presentes são dores na região cervical, crepitações na articulação, diminuição do limiar de abertura da boca, oclusão incorreta, distúrbios auditivos e vertigem (SERAFIM, 2017; JESUS et al., 2018; VASCONCELOS et al., 2019).

2.2.3 EPIDEMIOLOGIA E A PREVALÊNCIA DO SEXO FEMININO NOS CASOS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Cerca de 40 a 75% da população apresenta pelo menos um sinal da disfunção e 33% manifeste algum sintoma de DTM (DEL PRATO, 2019), no entanto apenas uma pequena porcentagem de pacientes

busca pelo tratamento adequado (ALDA et al., 2012; SERAFIM, 2017). Pode-se esperar que essa porcentagem de pacientes acometidos aumente consideravelmente nos próximos anos (NISZEZAK et al., 2019).

A DTM pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas costuma ser mais frequente em indivíduos adultos com idade entre 20 e 40 anos, sendo o número de casos de acometimento predominantemente maior nas mulheres. Estima-se que até os 40 anos, o principal tipo de DTM no sexo feminino é a DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, é comum que a causa seja de origem articular (SERAFIM, 2017; CARVALHO; CARVALHO, 2020).

Em 2019, Del Prato et al. afirmou que há um predomínio feminino sobre o masculino em pacientes afetados pela DTM. Mulheres tem cinco vezes mais chances de sofrer dessa patologia do que os homens (COSTA et al., 2021; BATISTA et al., 2022), em decorrência da frouxidão ligamentar, das oscilações hormonais que aumentam o limiar de dor devido as grandes concentrações de estrogênio e a maior predisposição ao estresse (SERAFIM, 2017; DEL PRATO, 2019; CARVALHO; CARVALHO, 2020).

2.2.4 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

Por ser uma patologia com etiologia multifatorial, a DTM necessita de uma avaliação e tratamento de forma multidisciplinar, onde se inclui o fisioterapeuta, odontólogos, fonoaudiólogo, psicólogo e médicos em geral (SERAFIM, 2017; COSTA et al., 2021).

O fisioterapeuta deve avaliar o paciente como um todo, pois uma correta avaliação é de extrema importância para que se possa fazer o levantamento de todas os possíveis sinais e sintomas de cada paciente e com ela determinar a causa da disfunção e assim elaborar um plano efetivo de tratamento (SERAFIM, 2017; DE ARAÚJO CRUZ et al., 2020). Essa avaliação consiste na anamnese, exame físico, análise da oclusão e se necessários exames complementares, como o raio-X panorâmico ou tomografia da ATM (DEL PRATO, 2019; COSTA et al., 2021).

Inicialmente é realizada a anamnese com utilização de questionários, onde o paciente deve fornecer informação detalhada sobre os sintomas (SERAFIM, 2017; BEZERRA; MEJIA, 2012). Uma das classificações diagnósticas disponíveis na literatura mais aceita na avaliação dessa disfunção é o questionário RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*) (DEL PRATO, 2019).

O exame físico é realizado com o paciente em repouso, com palpação cuidadosa e de forma simultânea em ambos os lados da face para buscar a origem da dor, avaliar a função muscular e os movimentos

da mandíbula, para analisar se há desvios e graus de mobilidade articular da ATM, análise da oclusão, ausculta bilateral para avaliar a presença ou não de crepitações ou estalidos durante os movimentos mandibulares (KYARA; MEJIA, 2012; DE ARAÚJO CRUZ et al., 2020; BEZERRA; MEJIA, 2012).

3 OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

- Relatar a importância do tratamento fisioterapêutico na disfunção temporomandibular de origem muscular em mulheres de 20 a 40 anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência da disfunção temporomandibular no sexo feminino.
- Justificar a importância do Fisioterapeuta na equipe multidisciplinar no tratamento da disfunção temporomandibular.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo refere-se a uma revisão de literatura não sistemática, com o intuito de fornecer uma visão mais abrangente do tema. Para execução do trabalho, foram coletadas informações literárias, através de uma pesquisa realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual da saúde (BVS e MEDLINE), Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public Medline (PUBMED) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

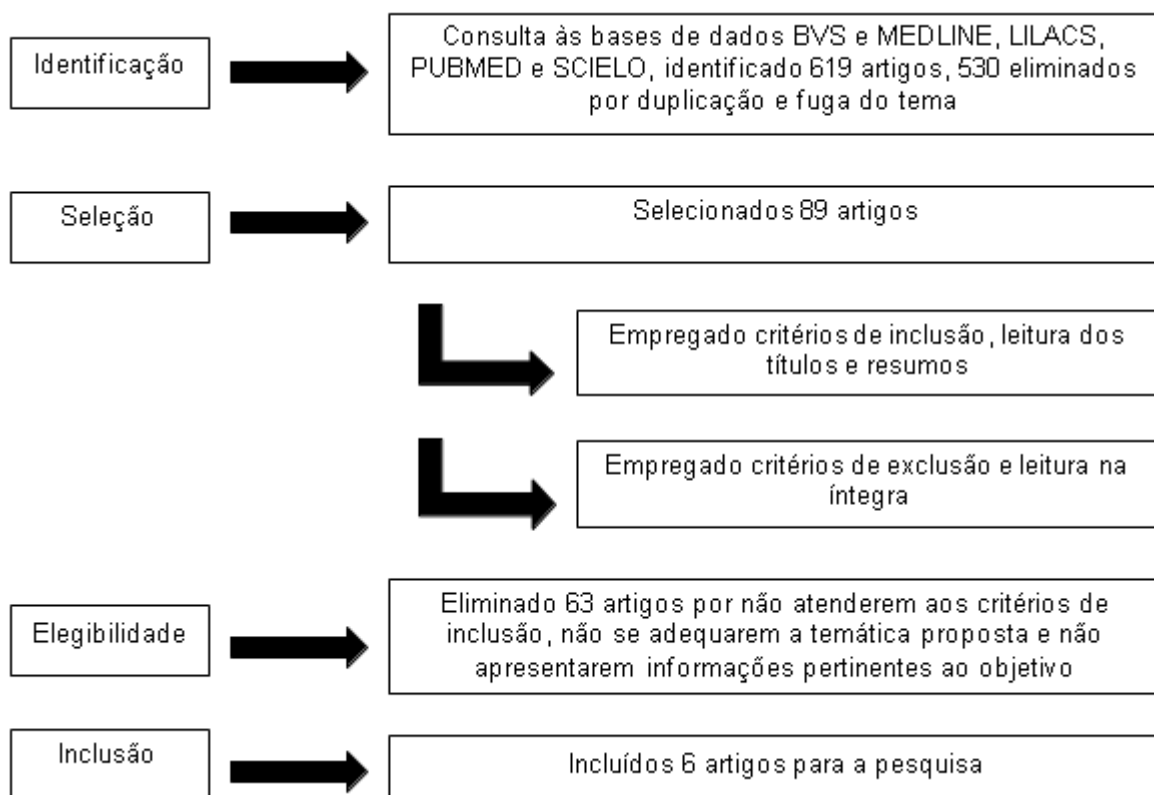
Para a busca utilizou-se como critério de inclusão artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022 nos idiomas português e inglês que abordassem sobre a fisioterapia no tratamento da disfunção temporomandibular, como critério de exclusão textos não disponíveis na íntegra, artigos incompletos e com baixo nível de informação, como critério de não inclusão, artigos que não tinham relevância para o tema abordado neste estudo.

Os descritores utilizados para a busca do tema proposto em português foram “Articulação Temporomandibular”, “Disfunção Temporomandibular Muscular”, “Fisioterapia”, “Mulheres 20-40 anos” e em inglês “Temporomandibular joint”, “Temporomandibular Muscle Dysfunction”, “Physiotherapy” and “Women 20-40 years old”.

No segundo momento, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos de forma a identificar aqueles que realmente poderiam integrar este estudo, e excluir os que não se demonstravam tão relevantes para o propósito deste estudo. Os elementos foram tabulados e organizados em forma de tabela e fluxograma para melhor visualização e compreensão.

A primeira etapa desta pesquisa, referente a busca por artigos que abordassem a questão norteadora deste estudo, utilizando os descritores elencados, resultou num apanhado de 619 artigos, dos quais 530 foram eliminados por duplicação e fuga do tema proposto, restando 89 artigos; na segunda etapa, a qual consistiu na leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 63 artigos foram eliminados por não atenderem os critérios necessários, não se adequarem a temática proposta e não apresentarem informações pertinente ao objetivo, restando o total de 26 artigos elencados para prosseguir para próxima etapa; na terceira e última etapa, a amostra de artigos para leitura e análise integral e minuciosa do conteúdo totalizou em 6 artigos após filtros aplicados, conforme fluxograma que segue abaixo:

Figura 3: Fluxograma do resultado de buscas, seleção e inclusão dos artigos utilizados no estudo.



Fonte: AUTORES (2022).

Os dados foram organizados a partir do periódico, quantidade de artigos, critérios de inclusão e exclusão, proporcionando melhor compreensão do processo de identificação, seleção e artigos incluídos na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 – Distribuição e descrição dos artigos utilizados quanto aos autores/ano, título, objetivo, metodologia e resultados.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
Batista <i>et al.</i> , 2022	Eficácia do tratamento fisioterapêutico em mulheres com disfunções temporomandibulares: uma revisão integrativa da literatura	Verificar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em mulheres com DTM no alívio da dor orofacial e melhora da função mandibular.	Revisão Integrativa da Literatura (2016-2020)	O uso dos recursos e técnicas fisioterapêuticas apresentados no estudo mostraram eficácia no tratamento em mulheres com DTM, proporcionando principalmente a diminuição da dor e melhorando a função muscular e consequentemente a qualidade de vida dessas pacientes.
Costa <i>et al.</i> , 2021	Perfil de um serviço de dor orofacial e disfunção temporomandibular de uma Universidade Pública Brasileira	Apresentar o perfil de atendimento dos pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial em um serviço público do curso de odontologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.	Estudo quantitativo	Os tratamentos com a terapia manual, placa oclusal e a acupuntura se mostraram efetivos no tratamento da DTM. Mostrando a importância da associação de outros profissionais no manejo da DTM. As mulheres foram as mais afetadas em relação ao sexo masculino, principalmente pela DTM de origem muscular.
Niszezka <i>et al.</i> , 2019	Abordagem fisioterapêutica no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial da UFSC: um relato de experiência	Descrever as atividades fisioterapêuticas desenvolvidas no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial do curso de Odontologia da UFSC no período de março a julho de 2018.	Relato de experiência	O tratamento deve envolver uma equipe multidisciplinar, e através do tratamento fisioterapêutico realizado neste estudo foi possível evidenciar a melhora em relação à amplitude de movimento, do quadro de dor, além da recuperação da função e fortalecimento do sistema musculoesquelético.

Richen e; Cordeiro, 2019	Atuação fisioterapêutica nas disfunções da articulação temporomandibular	Aprimorar o conhecimento acerca da fisioterapia, demonstrando sua relevância na prevenção e tratamento de DTM.	Revisão Bibliográfica (2000-2018)	Em seu estudo os autores enfatizam que a fisioterapia é parte integral na abordagem multidisciplinar no correto tratamento das DTM's, o fisioterapeuta deve atuar desde a avaliação, planejamento até a execução do tratamento. Através das suas técnicas e recursos a fisioterapia proporciona alívio na sintomatologia e reestabelece a função normal da articulação.
--------------------------	--	--	-----------------------------------	---

Autor/Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
Vasconcelos <i>et al.</i> , 2019	Fisioterapia na disfunção temporomandibular	Avaliar os resultados do tratamento fisioterapêutico em pacientes com disfunção temporomandibular através de prontuários de pacientes na Clínica escola do Centro Universitário Christus.	Pesquisa retrospectiva e documental com abordagem quantitativa	Após análise dos prontuários, observou-se que nessa pesquisa a prevalência da DTM foi maior no sexo feminino, e ao final do tratamento houve melhora gradativa e significativa dos pacientes, e reforçou sobre a importância do paciente com DTM ser avaliado por uma equipe multidisciplinar.
Rangel; Gama, 2013	Abordagem fisioterapêutica nas disfunções temporomandibulares: relato de caso	Analisar a eficácia do tratamento fisioterapêutico através da cinesioterapia no controle dos sinais e sintomas da disfunção temporomandibular de uma paciente do sexo feminino na clínica de fisioterapia da Faculdade de Pindamonhangaba.	Relato de caso	A fisioterapia utiliza técnicas conservadoras e reversíveis. As técnicas fisioterapêuticas utilizadas foram eficientes na redução de sinais e sintomas da DTM e contribuiu para a recuperação do sistema estomatognático da paciente, sendo assim o tratamento fisioterapêutico se mostrou eficaz.

Fonte: AUTORES (2022).

Diante dos resultados obtidos do quadro 1, é possível afirmar que a fisioterapia possui relevância no tratamento da disfunção temporomandibular. Assim sendo, os autores citados entram em consenso sobre a importância e efetividade do tratamento fisioterapêutico, sobretudo quando há existência de dor, restrições dos movimentos mandibulares e ou outros sintomas que afetam a qualidade de vida do indivíduo, ou que interfira em suas atividades da vida diária (RANGEL; GAMA, 2013).

Grande parte da população é afetada pelos sinais e sintomas da DTM, o que gera um impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos, nota-se nos artigos do quadro 1 que o número de casos da disfunção temporomandibular entre as mulheres é predominantemente maior que nos homens, com prevalência na faixa etária de 20 a 40 anos, o que confirma o perfil populacional da literatura em geral (COSTA et al., 2021; BATISTA et al., 2022).

Vasconcelos et al. (2019), apresentou em seus resultados sobre a prevalência de casos de DTM no gênero feminino, em uma proporção de cinco mulheres para um homem (5:1), devido principalmente segundo os autores, as mudanças e oscilações hormonais, ciclo menstrual, gravidez e a menopausa que aumentam o limiar de sensibilidade a dor da mulher, outro fator importante é o estresse exacerbado que se mostra muito presente no dia-a-dia das mulheres.

Do mesmo modo, Costa et al. (2021), observou através da análise dos prontuários no seu estudo que as mulheres são mais afetadas que os homens e com mais frequência pela DTM de origem muscular, uma vez que as alterações hormonais presentes no sexo feminino tendem a causar frequentemente tensão na musculatura.

Há uma concordância entre os autores que para o correto tratamento da disfunção temporomandibular, faz-se necessário o estabelecimento de um diagnóstico preciso, fundamentado na história clínica do paciente que deve ser realizado de forma multidisciplinar devido sua etiologia multifatorial, deixando de lado o individualismo profissional existente (VASCONCELOS et al., 2019). Uma vez que o tratamento em conjunto se mostra mais eficaz, principalmente se houver presença de fatores psicológicos envolvidos na sua etiologia, prezando sempre em iniciar da forma mais conservadora possível (COSTA et al., 2021).

Vasconcelos et al. (2019), ressalta sobre a importância e o papel que o fisioterapeuta exerce na equipe multidisciplinar de tratamento da disfunção, pois a fisioterapia é considerada uma intervenção simples, não invasiva ou minimamente invasiva, mas de grande valor, que tem como principais objetivos o alívio da dor, recuperar a função e evitar a necessidade da realização de procedimentos mais invasivos como o desgaste dental e as cirurgias.

A fisioterapia promove a melhora dos sintomas clínicos, atua estimulando a propriocepção, melhora a elasticidade de fibras musculares que possam estar aderidas e auxilia na produção de líquido sinovial na ATM (GOMES et al., 2012).

Além de ser eficaz na redução da dor muscular, reestabelecer a amplitude de movimento, minimizar a inflamação, fortalecer a musculatura e promover melhora na funcionalidade (NISZEZAK et al., 2019).

Utilizando principalmente, em um consenso dos autores selecionados, técnicas e recursos como a terapia manual, liberação miofascial, cinesioterapia, eletroterapia, crioterapia, termoterapia, reeducação postural, orientações de autocuidado domiciliar ao paciente e técnicas minimamente invasivas como o dry needling e a acupuntura (RANGEL; GAMA, 2013; COSTA et al., 2021). A utilização dessas técnicas costuma variar de acordo com a sintomatologia presente e de forma individualizada para cada paciente (VASCONCELOS et al., 2019).

O tratamento fisioterapêutico com a terapia manual além de influenciar na redução da dor em decorrência do relaxamento muscular, também reduz a hiperatividade da musculatura orofacial, aumentando a mobilidade e restabelecendo a função muscular normal. E a liberação de pontos gatilho através de compressão local e a termoterapia, ambas são intervenções que auxiliam no aporte sanguíneo e na oxigenação local, aumentando assim a circulação e ajudando no relaxamento desses músculos (ROSSI et al., 2014; OLIVO et al., 2015).

Sob o mesmo ponto de vista Costa et al. (2021), apontam sobre a eficácia da terapia manual associada a outros recursos no tratamento da DTM. Visto que em seu estudo a utilização das técnicas de terapia manual juntamente com acupuntura, termoterapia, educação postural e orientações mostraram efetividade no tratamento das mulheres com DTM muscular, trazendo alívio da dor e melhora da funcionalidade.

De acordo com Richene e Cordeiro (2019), a aplicação de agulhas de acupuntura também pode trazer benefícios para o manuseio da DTM, que tem como finalidade o controle da dor, principalmente quando de origem muscular.

Tratamentos da DTM utilizando exercícios realizados de forma isométrica nos músculos da face também aumentam o fluxo sanguíneo, além de gerar consciência corporal do paciente em relação a sua musculatura. O uso do TENS, controla a dor crônica e relaxa a musculatura mastigatória (GROSSMANN et al., 2012; FERREIRA; MACEDO; SOUSA, 2016).

No estudo realizado por Rangel e Gama (2013), os autores observaram que após 10 sessões, utilizando cinesioterapia através de exercícios livres, crioterapia, técnicas de terapia manuais, manobras de relaxamento, liberação miofascial e reeducação postural a voluntária obteve melhoras em seu quadro álgico, principalmente na cefaleia que era sua principal queixa e na tensão muscular, melhorando

assim a QV da paciente, o que mostra que mesmo em um curto prazo de tempo o tratamento fisioterapêutico utilizado se mostrou realmente eficaz.

Rangel e Gama (2013) e Niszezak et al. (2019), destacam sobre a importância do início precoce do tratamento fisioterapêutico nos casos de DTM, pois geralmente a dor aguda sem intervenções adequadas acaba se tornando em crônica, o que dificulta o tratamento, gera sofrimento e interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

Nesse sentido Vasconcelos et al. (2019), acresce que essa cronicidade ocorre também devido à falta de fisioterapeutas que se dediquem ao estudo e atuem na área em questão, além da escassez de informação de forma clara, para o público em geral a respeito da disfunção, o que gera a demora do paciente em procurar o tratamento adequado.

Logo, a fisioterapia se mostra importante para o sucesso do tratamento de pacientes com DTM e o profissional fisioterapeuta parte essencial da equipe multidisciplinar atuante nas intervenções dessas disfunções (RICHENE; CORDEIRO, 2019).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se afirmar que a fisioterapia é importante no tratamento de mulheres adultas com disfunção temporomandibular de origem muscular. Além disso, o presente estudo mostrou a prevalência do sexo feminino no número de casos de DTM e que devido a sua causa multifatorial essa disfunção demanda que seu tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar na qual o fisioterapeuta tem um papel de grande importância, pois através de suas técnicas reduz a sintomatologia e melhora a função de forma conservadora desde os primeiros atendimentos.

REFERÊNCIA

- ALDA, J.B. et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular (DTM), atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Ingá. *Uningá Journal*, v. 31, n. 1, 2012.
- AMORAS, R.M. et al. Efeitos de um protocolo fisioterapêutico para tratamento de paciente com disfunção temporomandibular: um relato de caso. *Revista Inova Saúde*, v. 11, n. 2, p. 189-199, 2021.
- BATISTA, R.R. et al. Eficácia do tratamento fisioterapêutico em mulheres com disfunções temporomandibulares: uma revisão integrativa da literatura. *Fisioterapia Brasil*, v. 23, n. 1, p. 173-187, 2022.
- BEZERRA, A. P. S.; MEJIA, D. P. M. Atuação do fisioterapeuta no tratamento das desordens temporomandibulares. Goiânia: Pós-graduação em Fisioterapia em Reabilitação na Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual– Faculdade Ávila, 2012.
- CARVALHO, D.S.; CARVALHO, Y.M.B. Correlação entre postura corporal e disfunção temporomandibular: revisão de literatura. Tese de Doutorado. 2020.
- COSTA, K.B. et al. Perfil de um serviço de dor orofacial e disfunção temporomandibular de uma Universidade Pública Brasileira. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 1107-1119, 2021.
- DE ARAÚJO CRUZ, J.H. et al. Disfunção temporomandibular: revisão sistematizada. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 9, n. 6, p. 570-575, 2020.
- DEL PRATO, C.A. Disfunção Temporomandibular: Uma breve revisão. Trabalho de conclusão de curso. Santa Catarina. 2019.
- FERREIRA, C. R. M.; MACEDO, J. C. L.; SOUSA, R. C. Abordagem fisioterapêutica no tratamento da disfunção temporomandibular. *Revista Inspirar Movimento & Saúde* v. 8, n. 2, p. 18, 2016.
- GOMES, N. C. et al. Efeitos da estimulação elétrica de alta voltagem catódica sobre a dor em mulheres com DTM. *Rev Bras Fisioter.* 16(1), 10-5. 2012.
- GROSSMANN E. et al. O uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea na disfunção temporomandibular. *Rev Dor.* 2012; 13(3): 271-6.
- JESUS, D. O. et al. EFICÁCIA DAS TÉCNICAS E RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Ciência e Saúde On-line*, v. 3, n. 3, 2018.
- KYARA, Y.; MEJIA, D. Recursos terapêuticos manuais na disfunção temporomandibular (Monografia) Faculdade Ávila, 2012.
- NISZEZAK, C. M. et al. Abordagem fisioterapêutica no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial da UFSC: um relato de experiência. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, v. 16, n. 32, p. 116-124, 2019.
- OLIVEIRA, A. Agulhamento seco e massagem facial no tratamento da disfunção temporomandibular: relato de caso clínico. 2022.

OLIVO, S. A. et al. Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Physical Therapy Association*, v. 96, n. 1, aug, 2015.

PARENTE, I. A.; DE QUEIROZ CERDEIRO, D. Disfunção temporomandibular: a avaliação fisioterapêutica em discentes de uma instituição de ensino superior do município de Sobral-Ceará. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 12, n. 2, 2013.

PIRES, N. M. S. Modalidades terapêuticas para dtm muscular: uma revisão de escopo. 2021.

RANGEL, L. B.; GAMA, S. Aparecida Monteiro. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções temporomandibulares: relato de caso. 2013.

RODRIGUES, I. R. A. et al. Avaliação dos diferentes protocolos de tratamento da Disfunção Temporomandibular miogênica: Revisão de Literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v. 28, n. 2, p. 39-47, 2018.

ROSSI, S. S. et al. Temporomandibular Disorders: Evaluation and Management. *Medical Clinics of North America*, v. 98, p. 1353-1384, nov, 2014.

RICHE, R. V.; CORDEIRO, R. S. Atuação fisioterapêutica nas disfunções da articulação temporomandibular. *Journal of Specialist*, v. 1, n. 3, 2019.

SATLER, R. et al. DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: REVISÃO DE LITERATURA. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, n. 6, 2021.

SERAFIM, S. J. F.; SÃO JOSÉ, DO RIO PRETO. ALTERNATIVAS DE TRATAMENTOS NAS DTMs. Monografia. 2017.

SILVEIRA, V. S. Uso da placa miorrelaxante e da fisioterapia caseira no controle dos sintomas da disfunção temporomandibular: resultados preliminares. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas. 2019.

VASCONCELOS, R. S. N. et al. Fisioterapia na disfunção temporomandibular. 2019.

Capítulo 12



10.37423/231008354

INFLUÊNCIA DO PROCESSAMENTO FONOLÓGICO NA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Fernando Tabosa Flores

Universidade CEUMA

Monique Kelly Duarte Lopes Barros

Universidade CEUMA

Rafaela Hanna Pereira Ramada

Universidade CEUMA



Resumo: Introdução: O processamento fonológico é responsável por atuar no uso da informação fonológica através da aquisição da linguagem oral e escrita, favorecendo o desenvolvimento infantil através das habilidades de consciência fonológica, memória fonológica de curto prazo e nomeação automática rápida. **Objetivo:** Verificar a influência do processamento fonológico na aquisição da linguagem escrita durante o desenvolvimento infantil.

Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática, a qual a pergunta norteadora foi “Quais os fatores que influenciam no processamento fonológico e aquisição da linguagem escrita?”. O período de realização do estudo foi de dezembro de 2022 à março de 2023. Utilizou-se o PRISMA, e a partir deste realizou-se levantamento dos artigos em Bases de dados, selecionando-os pela leitura do título e resumo e, em seguida, a seleção completa dos artigos no formato eletrônico do documento. **Resultados:** Foram obtidos 10 artigos, os quais responderam à questão norteadora e se encaixavam nos critérios de inclusão. Observou-se que 80% dos artigos afirmaram que o processamento fonológico é considerado componente preditor do sucesso de aquisição da leitura e escrita e aprendizagem. E 100% relataram que a consciência fonológica possui maior significância entre as outras habilidades. **Conclusão:** Os fatores que influenciam no processamento fonológico e na aquisição da linguagem escrita são as habilidades iniciais de decodificação, compreensão, interpretação e funções executivas.

Palavras-chave: Fonética; Desenvolvimento da linguagem; Desenvolvimento infantil.

INTRODUÇÃO

A leitura e a escrita são processos complexos que necessitam de fatores linguístico-cognitivos como, processar, reter, resgatar, decodificar, compreender e interpretar informação para que o seu desenvolvimento seja efetivo. O desenvolvimento da linguagem escrita é influenciado, pela capacidade de processar uma língua de forma automática, por meio de informações sonoras que chamamos de “processamento fonológico”⁽¹⁾. Nesse sentido, o processamento fonológico é o responsável por atuar no uso da informação fonológica através do processamento da linguagem oral e escrita favorecendo a eficácia da aprendizagem de ambas ⁽²⁾.

Ferreiro e Teberosky⁽³⁾, conceitualizam que o processo de aquisição da linguagem escrita acontece da interação do sujeito com o objeto de conhecimento. Acreditam que toda criança possui um desenvolvimento cognitivo e hipóteses concretas antes de iniciar a vida escolar, conforme o sistema de escrita alfabética, pela relação entre os grafemas e as unidades de segunda articulação da linguagem, os fonemas.

Sabe-se que a fala é entendida como substância primária e preferencial para o processo de desenvolvimento de uma língua ou da construção do sistema gramatical, que se denomina de forma rápida e espontânea durante a infância ⁽⁴⁾. Nesse contexto, durante o desenvolvimento infantil é fundamental, investigar como a criança se apropria da cultura e desenvolve as funções linguístico-cognitivas, que emergem ao longo dessa fase, como a atenção, memória, decodificação, reconhecimento automático de palavras escritas e domínio da linguagem através da fonologia ⁽⁵⁾.

O processamento fonológico, enquanto habilidade cognitiva é responsável por processar a informação baseada na estrutura da linguagem oral, e pode ser compreendido de forma integrada e fundamental aos anos iniciais e futuros da alfabetização, para consolidar base da aquisição da leitura e da escrita ⁽⁶⁾.

Todavia, pode ser dividida em três habilidades, consciência fonológica, memória fonológica de curto prazo e nomeação automática rápida. Estas habilidades são associadas ao sucesso da aquisição da linguagem escrita pela capacidade de análise da estrutura sonora da fala, retenção, acesso rápido de informações e representações fonológicas da língua ⁽⁷⁾.

Segundo Santos⁽⁸⁾, a consciência fonológica é uma habilidade metalinguística que segmenta as palavras (sílabas) e os sons da fala (fonemas), através da manipulação cognitiva que proporciona a aprendizagem da leitura e escrita. Contudo, a consciência fonológica ocorre de forma gradativa, já que

para cada criança existe um determinado tempo de maturação e desenvolvimento dos processos cognitivos e de aprendizagem.

A Nomeação Automatizada Rápida é a habilidade de evocar estímulos de forma rápida e precisa, é responsável por nomear o mais rápido possível os estímulos familiares apresentados visualmente, sejam eles, cores, objetos, números, letras, sílabas etc. Por meio desta habilidade, avaliamos a velocidade do acesso lexical, demonstrando a capacidade e o tempo que a criança usa para olhar os estímulos visuais, acessar o significado na memória de longo prazo e reconhecer⁽⁹⁾.

A memória de curto prazo fonológica está relacionada com a capacidade de ouvir diversos sons ou estímulos e de conseguir reproduzir o que se foi dito. Esta possui relação com a aquisição e a compreensão da linguagem dando suporte à formação fonológica de novas palavras. O aprendizado dessas habilidades no contexto brasileiro é relevante para aprofundar a compreensão da comunicação durante o desenvolvimento infantil⁽¹⁰⁾.

Desta forma, caso o aluno apresente alguma dificuldade de aprendizagem ou mau desempenho escolar, deve-se verificar fatores neurobiológicos ou alterações cognitivas, uma vez que ambos são processos que ocorrem através da integração de funções do sistema nervoso, garantindo melhor adaptação do indivíduo ao meio ⁽¹¹⁾.

O processamento fonológico pode ser visto como um componente que favorece a aquisição da leitura e escrita, pois ele possui habilidades que irão proporcionar a aprendizagem de uma determinada língua. Logo, a criança será capaz de aprender a ler e escrever através de um sistema alfabético de ensino ⁽¹²⁾.

Durante o processo de ensino e aprendizagem é essencial que haja uma aquisição de conhecimentos, habilidades, valores, ensino ou experiência. Contudo, no período de alfabetização esse processo precisa ser gradativo adequando-se a cada estágio do desenvolvimento da criança, por meio dos aspectos, motor, cognitivo e afetivo, facilitando o aprendizado integral do aluno ⁽¹³⁾.

Portanto, no contexto escolar se faz importante o conhecimento dessa temática para que se possa permitir o surgimento de uma visão precoce acerca das questões de dificuldades e transtornos de aprendizagem, bem como reduzir os índices de reprovação e evasão escolar, possibilitando o sucesso ininterrupto do indivíduo no sistema educacional de ensino.

Desta forma objetivou-se verificar a influência do processamento fonológico na aquisição da linguagem escrita durante o desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática da literatura. A escolha dessa proposta ocorreu em busca de uma revisão sistemática a fim de sintetizar dados de conhecimento levando aos diversos tipos de revisões e permitir a inclusão de resultados provenientes de metodologias diversas. A pergunta norteadora foi: Quais os fatores que influenciam no processamento fonológico e aquisição da linguagem escrita?

A pesquisa foi desenvolvida em bases eletrônicas de dados, como Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, entre os anos de 2018 à 2023. Para a realização das buscas, utilizou-se a ferramenta combinações de Descritores em Ciências de Saúde (DeCS), sendo eles: fonética, desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento infantil.

A amostra foi composta por resultados das buscas de publicações de revisão sistemática e integrativa da literatura, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações e pesquisa primária que colaboraram para o alcance dos objetivos propostos. O período estimado para a completa realização do estudo abrangeu os meses de dezembro de 2022 a março de 2023.

Diante disto, foi realizada a leitura do título e resumo e, em seguida, a seleção completa dos artigos no formato eletrônico do documento. Optou-se por artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis nas bases de dados de forma integral e gratuita, escritos em idioma português-BR, nos quais os estudos estão relacionados à influência do processamento fonológico na aquisição da linguagem escrita durante o desenvolvimento infantil.

Foram excluídos estudos anteriores ao ano de 2018, artigos repetidos entre as bases de dados, em outros idiomas, artigos sem resumo, sem referências e incompletos. Foram avaliados os estudos incluídos na revisão integrativa.

Contudo, utilizou-se a revisão dessas diretrizes, renomeada como PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises), que foi atualizada para atender a vários avanços conceituais e práticos na ciência das revisões sistemáticas, sendo assim, foram selecionados apenas artigos que contribuíram com o conjunto mínimo de itens baseados em evidências⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Foram encontrados 150 artigos no total, sendo 5 na Medline, 10 na Lilacs, e 135 no Google Acadêmico. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 6 foram excluídos por apresentar duplicidade nas bases de dados e 128 artigos por não atenderem aos critérios e objetivos da pesquisa (Figura 1).

Assim, 17 estudos foram incluídos por se mostrarem relevantes para leitura na íntegra com o objetivo de garantir maior grau de confiabilidade e validação dos estudos selecionados a serem analisados nesta revisão. Por outro lado, após ser realizada a leitura na íntegra dos 17 estudos, foram identificados 7 artigos, que não respondiam ao objetivo desta pesquisa. Após todas as etapas, a amostra final foi constituída por 10 artigos, os quais responderam à questão norteadora e se encaixavam nos critérios de inclusão desta revisão (Figura 1).

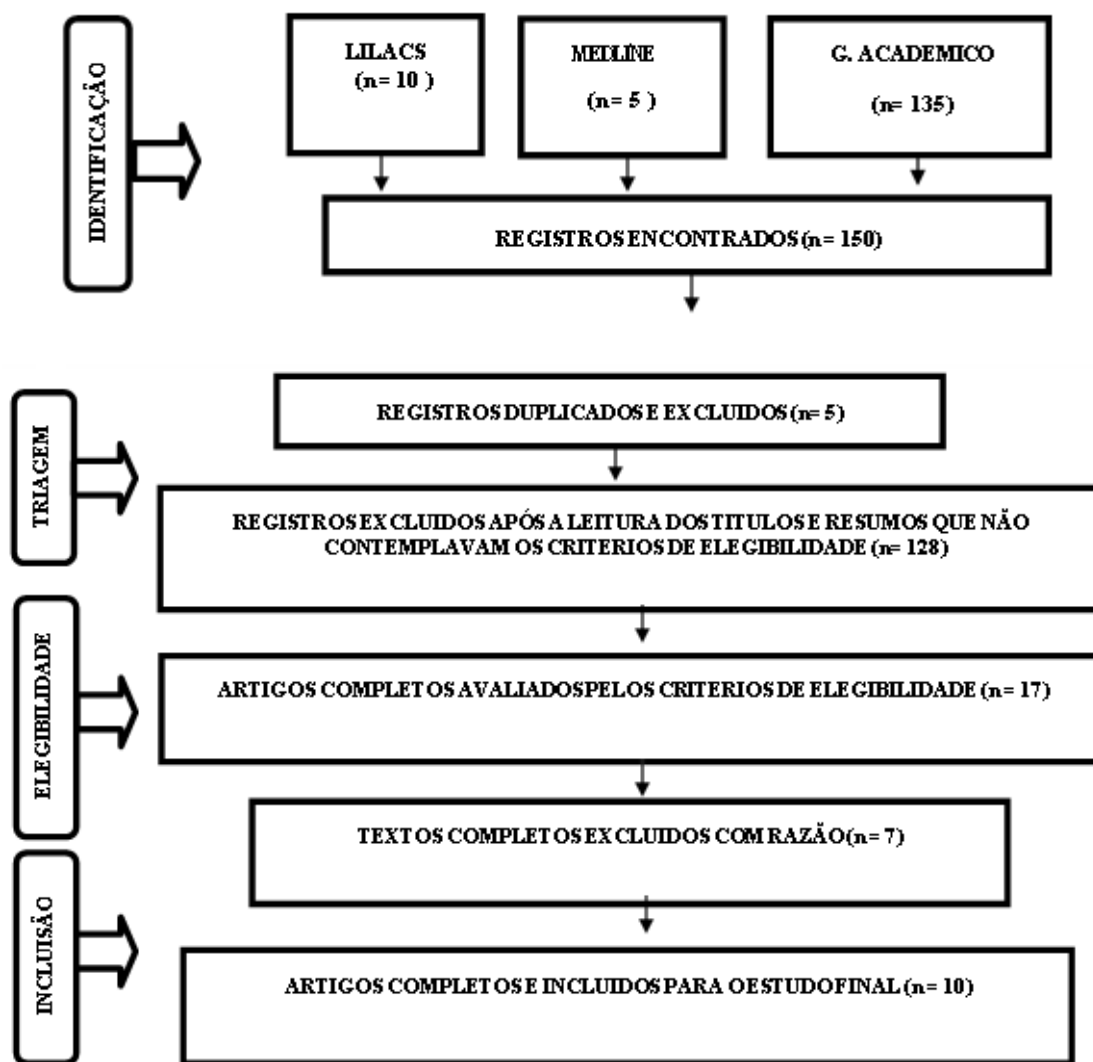


Figura 1-Fluxograma do processo de busca e análise dos artigos para revisões sistemáticas e meta-análises, segundo as orientações do PRISMA

Observou-se que 80% dos artigos afirmaram que o processamento fonológico é considerado como componente preditor do sucesso de aquisição da leitura e escrita e aprendizagem de ambas conforme fatores linguístico-cognitivos, que são: decodificar, compreender, interpretar e funções executivas, sendo estes essenciais para o desenvolvimento da linguagem.

Todavia, 100% dos resultados relataram que a consciência fonológica possui maior significância entre as outras habilidades que compõem esse processo, 50% consideraram que a habilidade de nomeação automática rápida permite o acesso rápido às informações, sendo aspecto importante para a fluência e leitura, através de fatores cognitivos. Além disto, 30% justificaram que durante o desenvolvimento infantil, há um aumento da memória de curto prazo fonológica, pois nesse período do desenvolvimento e maturação desta, ocorrem de acordo com a idade cronológica e o nível de escolaridade.

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos artigos pontuaram que para um bom processamento fonológico é necessário decodificar, compreender, interpretar e ter funções executivas. Segundo Arêase Williams⁽¹⁵⁾, a decodificação é um fator cognitivo fundamental no processo de aprendizagem inicial da linguagem escrita, podendo ser definida como competência principal da aprendizagem da leitura e aspectos que compõem esse processo.

Contudo, a decodificação é de extrema importância no processo de aprender a ler, pois ela permite que as crianças leiam de forma independente palavras conhecidas ou desconhecidas, até mesmo pseudopalavras ⁽¹⁵⁾. Sendo assim, está consiste na base para o desenvolvimento da habilidade específica fundamental de leitura das crianças, considerada anteriormente como o foco do processo de alfabetização, ou seja, a capacidade de reconhecer palavras ⁽¹⁶⁾.

Segundo a literatura, compreender o processo linguístico fonológico de uma linguagem é adquirir informações que proporcionam a eficácia da leitura. Esse processo é fruto de uma atividade cognitiva complexa, constituída por um quebra-cabeça de competências linguísticas, como a habilidade de corresponder grafema ao fonema e a de raciocinar conscientemente sobre os aspectos sintáticos da linguagem, exercendo controle intencional sobre a aplicação de regras gramaticais ⁽¹⁷⁾.

Assim, fatores como eficiência na decodificação, domínio do vocabulário, capacidade de fazer inferências, bem como a memória operacional, conduzem o leitor ao sentido da mensagem escrita. Dessa forma, apesar de o reconhecimento de palavras e as habilidades de compreensão estarem

relacionados, eles são sustentados por habilidades distintas, o que demandaria também suportes pedagógicos diferentes ⁽¹⁸⁾.

De acordo com Ferreira ⁽¹⁹⁾, as funções executivas além de importantes para o desenvolvimento psicomotor, são habilidades cognitivas que controlam ações, pensamentos, planejamento, raciocínio flexível, atenção concentrada, inibição comportamental e emoções. São divididas entre quentes e frias, sendo as quentes ligadas ao córtex pré-frontal orbito frontal e envolvem a regulação de comportamentos sociais, com a capacidade de regular as emoções; e as frias estão relacionadas ao córtex pré-frontal dorsolateral e são mais voltadas para as habilidades cognitivas.

No presente estudo observou-se que a consciência fonológica é primordial para o desenvolvimento do processamento fonológico. A partir dos achados encontrados, conclui-se que, a consciência fonológica ocorre paralelamente ao desenvolvimento do letramento, porém inicialmente elas não têm um grau de dependência elevado. Na medida em que a alfabetização vai se aprimorando a consciência fonológica também se lapida e caminham juntas auxiliando a criança no aperfeiçoamento de suas funções cognitivas, refletindo-se assim em todo o processo de construção do aprendizado ⁽²⁰⁾.

Bispo e Frias ^(21,22) conceitualizam que a consciência fonológica pode ser definida como uma habilidade de manipular a estrutura sonora das palavras desde a substituição de um determinado som até a segmentação deste em unidades menores, pois quando as crianças tomam consciência dos segmentos sonoros das palavras, desenvolvem essa habilidade.

Verificou-se que existe uma relação entre nomeação automática rápida e fluência da leitura porque a Nomeação Automática Rápida tem ligação principalmente nas áreas de decodificação, fluência e compreensão. Mesmo com a divergência de idéias quanto ao principal impacto da Nomeação Automática Rápida, é possível compreender que ela é fundamental para o desenvolvimento fonológico e que os estudos feitos sobre ela, contribuíram para ajudar no desenvolvimento de crianças e adultos, que sofrem com dificuldades e distúrbios ligados à leitura e escrita ^(23, 24).

O uso da habilidade de escrever exige da criança uma memória operacional ativada, pois somente dessa forma ela buscará as letras, os sons e os fonemas que aprendeu, sendo estes necessários para a formação correta das diversas palavras do vasto campo lexical. Conforme a estimulação da nomeação automática rápida como uma das medidas de pré e pós-intervenção, obtém-se uma melhora na velocidade de acesso ao léxico e na fluência de leitura ⁽²⁵⁾.

O ato de ler, escrever, falar e ouvir são capacidades linguísticas que necessitam ser, desenvolvidas além do cotidiano familiar, de modo que as crianças possam construir e reconstruir seus pensamentos, utilizando-se de práticas e metodologias diversas e construtivas para que promovam este desenvolvimento. Adquirir a linguagem ainda é uma tarefa difícil, sendo necessários estudos mais abrangentes, tanto de caracterização das habilidades do circuito fonológico, como de avaliação de estratégias de reabilitação dos déficits de memória apresentados por crianças com alterações específicas de linguagem ^(26, 27,28).

Os artigos da presente revisão apontaram que as habilidades do processamento fonológico precisam ser estimuladas ainda na infância, pois a aquisição da linguagem talvez seja o marco desenvolvimental que mais receba atenção na vida desta, tanto por parte da família como dos pesquisadores das ciências da comunicação humana. Nela está impressa a habilidade de manipular e discriminar os sinais de fala, bem como de adquirir os padrões sonoros da linguagem para que seja construído um sistema de linguagem semelhante ao adulto na sua constituição e uso ^(29, 30, 31).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os fatores que influenciam no processamento fonológico e na aquisição da linguagem escrita são as habilidades iniciais de decodificação, compreensão, interpretação e funções executivas.

Para isto, se faz necessário a aquisição de conhecimentos, habilidades, valores, ensino ou experiência que devem ser favorecidas pelo meio em que vivem, implicando em um processo que gradativo adequando-se a cada estágio do desenvolvimento da criança, utilizando os aspectos motores, cognitivo e afetivo.

REFERÊNCIAS

1. Jesus, LCD, Alves, LM, Martins-Reis, VDO. Quais fatores cognitivos e linguísticos influenciam o processamento fonológico em adolescentes?.CoDAS. 2021; 34 (1): 1-11.
2. Campos HDOV. Habilidades auditivas, processamento fonológico, inteligência e suas relações com a leitura de escolares [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
3. Ferreiro E, Teberosky A, Lichtenstein, DM. Psicogênese da língua escrita. 1º ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
4. Pachalski L, Miranda, ARM. Conhecimento fonológico na aquisição da escrita: um estudo sobre os erros (orto)gráficos em textos de crianças do Ciclo de Alfabetização. ReVEL. 2019; 17 (33): 137-160.
- 5.Pessoa, AGN, Valiengo, A, De Lima, Aparecida, E. Práticas de linguagem escrita em turmas da educação infantil: em foco, a livre expressão infantil. Linha Mestra. 2022; 16 (46): 434-444.
6. Silva C. Desempenho em processamento fonológico de escolares na alfabetização. Conjecturas. 2021; 22 (1): 50-69.
7. Faiad LNV, Crenitte, PAP. Desenvolvimento do processamento fonológico em crianças inseridas no ensino bilíngue [Dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2021.
8. Santos, MTM dos, Navas, ALGP. Transtornos de linguagem escrita: teoria e prática. 1º ed. São Paulo: Manole; 2016.
9. Varizo, S, Correa, J, Mousinho, R, Navas, AL. A contribuição da nomeação automatizada rápida para a velocidade e compreensão de leitura textual em crianças brasileiras do ensino fundamental. Audiology-Communication Research. 2022;27 (22): 1-8.
10. Verreschi MQ, Cáceres-Assenço AM, Krebs VLJ, Carvalho WB de, Befi-Lopes DM. Pré-escolares nascidos prematuros apresentam desempenho adequado em vocabulário expressivo e memória de curto prazo verbal?.CoDAS. 2020; 32 (2): 1-7.
11. Schoenel ASP, Escarce AG, Araújo LL, Lemos SMA. Influência do processamento fonológico no mau desempenho escolar: revisão sistemática de literatura. CoDAS. 2020; 32 (5): 1-11.
12. Correa, J, de Paula, FV, Spinillo, AG. Contribuição do Processamento Morfológico para a Velocidade de Leitura ao Final do Ciclo de Alfabetização. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2021; 21(4): 1625-1644.
13. Goulart, CMA. Alfabetização em perspectiva discursiva. A realidade discursiva da sala de aula como eixo do processo de ensino-aprendizagem da escrita. Revista Brasileira de Alfabetização. 2019; 1(9): 60-78
- 14.Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. EpidemiolServ Saúde. Brasília. 2015; 24(2)
15. Arêas, TP, Williams, EMO. Atuação fonoaudiológica no dpac e a correlação com a dificuldade de decodificação auditiva. Revista Interface-Integrando Fonoaudiologia e Odontologia.2021; 2(1): 2-17.

16. Brito, MSLD. A decodificação e a compreensão leitora dos anos iniciais do ensino Fundamental: Uma Pesquisa correlacional e colaborativa [Dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2021.
17. Suehiro, ACB. (2008). Processos fonológicos e perceptuais e aprendizagem da leitura e escrita: instrumentos de avaliação [Tese]. São Paulo: Universidade São Francisco; 2008.
18. Cunha, VLO, Silva, CD, Capellini, AS. Correlação entre habilidades básicas de leitura e compreensão de leitura. Estudos de Psicologia. 2012, 29(1), 799-807.
19. Ferreira, GN. (2022). Educação das funções executivas: revisão narrativa sobre os meios de aprimorar as funções executivas de alunos em ambiente escolar através de programas de intervenção. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2022.
20. Santamaria, VL, Leitão, PB, Assencio-Ferreira, VJ. A consciência fonológica no processo de alfabetização. Revista Cefac. 2004; 6(3): 237-41.
21. Bispo, LS. A importância da estimulação da consciência fonológica no processo de alfabetização e letramento de estudantes com Síndrome de Down. Redenção: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB); 2021.
22. Frias, RJ. O desenvolvimento das competências de leitura e escrita no ensino pré-escolar: o contributo da consciência fonológica [Dissertação]. Coimbra: Instituto Politecnico de Coimbra; 2014.
23. Borges, TR, da Silva, JGVC, Barbosa, JA, Silva, JDFF, Cheffer, RG, Barbosa, SB. A nomeação automática rápida e sua relação com a aquisição da leitura e da escrita. Amazônica. 2019; 23(2): 543-553.
24. Santos, BD, Capellini, SA. Programa de remediação com a nomeação rápida e leitura para escolares com dislexia: elaboração e significância clínica. Cudas. 2020; 32(1):
25. Balardin, JB. A memória de trabalho fonológica e o processamento da linguagem na infância. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
26. Oliveira, CDsSD, de Sousa damasceno, AC, Coutinho, RN. A aquisição da linguagem na educação infantil na perspectiva do letramento. Race-revista de administração do Cesmac. 2019; 3(1): 55-68.
27. Zorzi, J. Programas para o desenvolvimento de habilidades cognitivas e linguísticas envolvidas na alfabetização e no aprendizado da ortografia: propostas metodológicas. Revista Psicopedagogia. 2018; 35(108): 340-347.
28. Melo, KRA, Brito, AE. Práticas de leitura e escrita na educação infantil: o texto como unidade de sentido. Leitura: Teoria e Prática. 2018; 36(74): 31-45.
29. Leite, RDCD, Brito, LRMD, Martins-Reis, VDO, Pinheiro, ÂMV. Consciência fonológica e fatores associados em crianças no início da alfabetização. Revista psicopedagogia. 2018; 35(108): 306-317.
30. Linard, AM., Silva, LDGS, Gonçalves, FV, Batista, EC. (2018). A estimulação da fala no desenvolvimento das competências cognitivas e comunicativas da criança. Revista Mundi Sociais e Humanidades. 2018; 36(1): 17-36.

31. Pascon, C. Avaliação e adequação de um livro de estimulação da linguagem escrita [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.

Capítulo 13



10.37423/231108394

POLITICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO HIV/AIDS NO BRASIL: CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Lígia Lopes Ribeiro

*EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS
HOSPITALARES - EBSEPH*

Paula Taciana Soares da Rocha

*EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS
HOSPITALARES - EBSEPH*

Elizabeth da Silva Dantas de Jesus

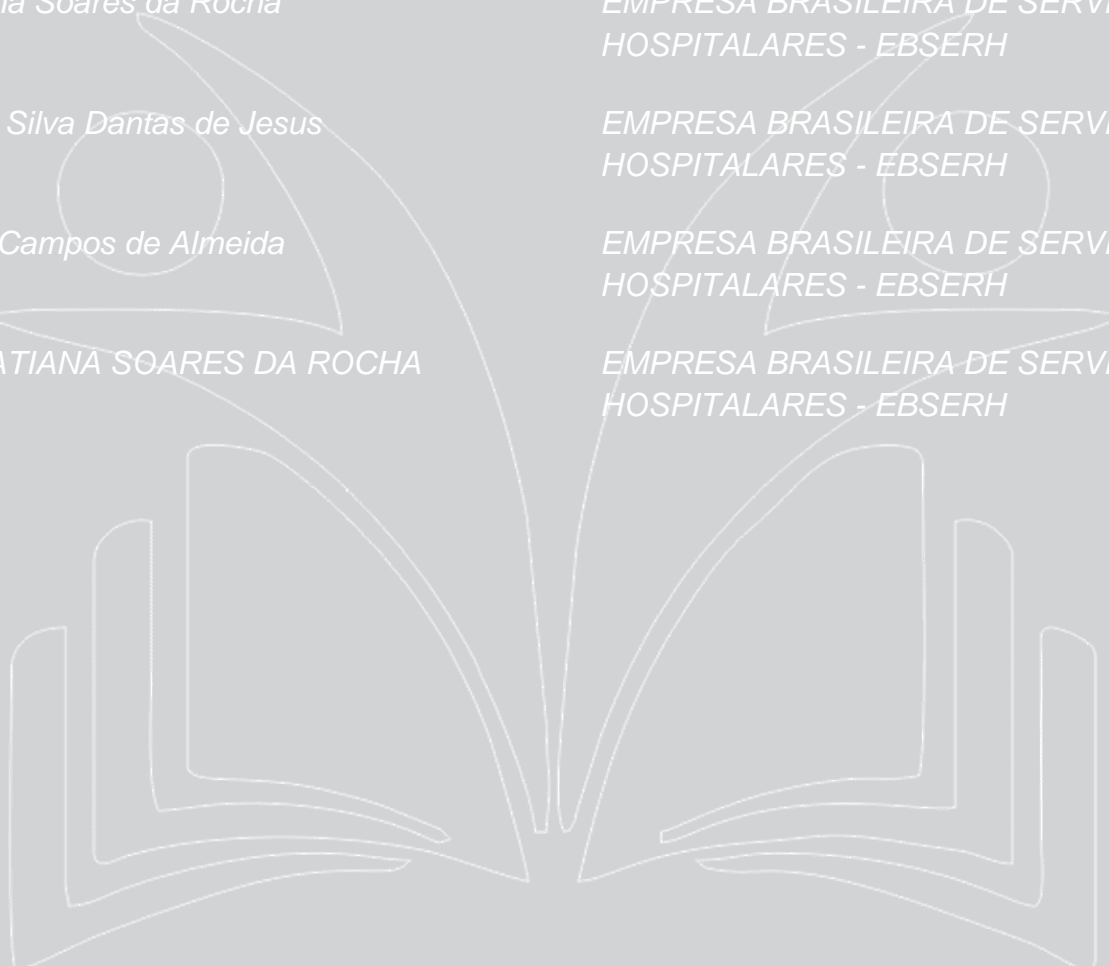
*EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS
HOSPITALARES - EBSEPH*

Ana Raquel Campos de Almeida

*EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS
HOSPITALARES - EBSEPH*

AURORA TATIANA SOARES DA ROCHA

*EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS
HOSPITALARES - EBSEPH*



1. INTRODUÇÃO

A aids é sem dúvidas uma das maiores doenças emergenciais em saúde pública dos últimos tempos. É impossível negar que a ela deva estar no topo das prioridades sanitárias e das políticas públicas em saúde. Esta grande pandemia e ainda descontrolada afeta não somente o sistema imunológico do homem, mas grande parte de seu cotidiano, uma vez que afeta sua estabilidade emocional, sua autoimagem perante si e perante a comunidade, sua condição de cidadão, já que, ainda hoje, com quase 40 anos de seu descobrimento da aids, a exclusão social e o preconceito estão fortemente presentes e mascarados na sociedade (FILHO e LIBÂNIO, 2013).

O vírus do HIV atinge as células do sistema imunológico humano, ele é um retrovírus classificado na subfamília dos Lentiviridae e sua sigla vem das iniciais da língua inglesa Human Immunodeficiency Virus. Seu material hereditário é o RNA tendo como uma de suas principais características a enzima transcriptase reversa. Esta enzima tem uma grande especialidade na qual consegue produzir moléculas de DNA a partir do RNA, que então produz uma nova molécula de DNA que penetrará na célula, introduzir-se-a no cromossomo e então se recombinará com o DNA celular do hospedeiro, realizando novas moléculas de RNA que fará a replicação viral exata. (BRASIL, 2013b). Devido a esta grande complexidade, estudiosos e pesquisadores ainda não conseguiram descobrir uma cura definitiva para a aids, fato que contribuiu para que esta doença torna-se uma pandemia e um grave problema de saúde pública mundial (VILLARINHO et. al, 2013).

No Brasil o primeiro caso de HIV/AIDS ocorreu no estado de São Paulo por volta de 1980, mas só foi reconhecido como tal no ano de 1982 (GRECO, 2016). E desde a primeira notificação do vírus HIV no Brasil em 1982, o cenário das características epidemiológicas do vírus se modificou constantemente, principalmente no que diz respeito ao conhecimento mais aprofundado sobre o vírus, sua transmissibilidade e perfil de risco (WALTER, 2019).

Este vírus vitimou muitas famílias nos últimos tempos, principalmente pelo fato de muitas pessoas soropositivas buscarem tardiamente ajuda assistencial por desconhecerem sua condição sorológica. A ampliação do acesso a meios de diagnóstico precoce do vírus HIV é ainda é um grande desafio enfrentado pela saúde pública apesar de já ser presente nas políticas de saúde brasileira para enfrentamento à epidemia aids no país. (BRASIL, 2017a).

Diante desta realidade, este estudo trás uma reflexão sobre os Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTA) para a melhoria da promoção em saúde no que tange ao diagnóstico, acompanhamento, tratamento e medidas preventivas em relação a AIDS, pois, este serviço trás consigo uma ampla gama de atividades essenciais que visam à ampliação do acesso a exames para detecção precoce do vírus HIV (além de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis), acompanhamento e tratamento das patologias, é um serviço capacitado e especializado para atendimento a demanda espontânea que desejam e necessitam deste tipo de atendimento, tem uma assistência

diferencial, com um acolhimento ativo e atendimento mais humanizado, realiza atenção individual e coletiva com o intuito de romper cadeia de transmissão viral do HIV, além de colaborar para o contínuo processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da gestão pública, subsidiando informações que possam auxiliar na tomada de decisão e na melhoria efetiva da qualidade de vida dos cidadãos (WALTER, 2019).

2. A CONTEXTUALIZAÇÃO DA AIDS E A EVOLUÇÃO DO ACESSO PREVENTIVO

A pandemia do HIV/Aids atualmente é uma realidade inegável. Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, da implantação de terapias retrovirais eficientes e das implantações de políticas públicas de prevenção, ainda hoje muitas pessoas se infectam, adoecem e até morrem devido a complicações causadas pela doença. A aids é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ele infecta principalmente as células linfócitos T CD4+ causando um grande déficit no sistema imunológico humano e é transmitido a qualquer tempo via sanguínea, sexual e/ou vertical. (BRASIL, 2013).

Foi no início dos anos 80 que a população mundial escutou pela primeira vez a denominação aids, também conhecida como SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). No entanto, naquela época, não se poderia imaginar a expansão tamanha que se daria esta nova doença, pois se acreditava pertencer exclusivamente a determinado grupo da classe social: os homossexuais. Com o passar dos tempos, através de estudos, constatou-se que era o comportamento das pessoas em geral que se configurava no aumento da transmissão do vírus, porém, ainda assim, o número de infectados se expandiu tanto, que a Aids tornou-se uma pandemia e, hoje caracteriza-se como uma das principais doenças emergenciais em saúde pública (VILLARINHO et. al, 2013).

Com o intuito de controlar a epidemia e interromper a cadeia de transmissão do vírus HIV, foi que surgiu a necessidade de implantação de novas políticas públicas de saúde e implementação de serviços de saúde capacitados para o enfrentamento da aids. O estado de São Paulo em 1983 foi o primeiro na iniciativa de criação de um programa de combate a aids no Brasil e com o aumento da epidemia outros estados também construíram seus programas de saúde (WALTER, 2019).

Em 1985, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 236 aprova as diretrizes para o programa de combate a Aids e atribui a coordenação do mesmo à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Posteriormente, no ano de concretização da Constituição Federal vigente, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, surgiram os primeiros Centros de Orientações e Apoio Sorológicos (COAS), primeiramente no estado do Rio Grande do Sul (RS) seguido do estado de São Paulo (SP). O COAS surgiu com o objetivo de desviar a demanda por testes sorológicos nos hemocentros, como também de capacitar os profissionais de saúde, realizar exames sorológicos gratuitos, confidenciais e anônimos, além de

prestarem apoio psicológico aos já soropositivos, atuarem na prevenção da discriminação e exclusão social dos usuários que buscavam a realização do teste e atuarem no aconselhamento e educação para usuários sob o risco de contrair HIV (WALTER, 2019).

O COAS firmou – se inicialmente como uma assistência primária alternativa aos usuários do SUS, na qual oferecia gratuitamente a sorologia para o teste de HIV de forma confidencial, sigilosa e anônima. Contudo devido ao aumento indiscriminado da epidemia e do preconceito em relação aos doentes de aids foi que em 1997 o COAS embasado no amadurecendo seus objetivos passou a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para que se pudesse expressar de forma mais clara a finalidade deste serviço. Também embasou esta mudança o surgimento de novos acontecimentos como o surgimento de novas drogas antirretrovirais, a possibilidade de prevenção da transmissão vertical do vírus, o aumento da morbidade de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a descentralização da política pública de saúde. A partir desta época a realização do diagnóstico precoce do HIV passou a ser prioridade ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

Ainda nos anos 90, estudos demonstravam a eficácia do tratamento profilático na prevenção da transmissão vertical, fato que fez o MS estabelecer a profilaxia em gestantes a partir da 14ª semana de gestação identificadas com algum risco para a aids. Esta norma vigorou até 1997 na qual foi alterada para oferecer sorologia para o HIV a todas as gestantes. (BRASIL, 2008).

Com o passar dos tempos e as mudanças significativas no perfil de usuários soropositivos para HIV, houve a necessidade de universalizar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção, fato este que alterou novamente as diretrizes nacionais fazendo com que o MS tivesse o desafio de oferecer sorologia a toda população brasileira. Neste cenário, segundo Brasil 2008 pg. 23 “o papel dos CTA passou a incorporar duas novas dimensões: subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV e garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis.”

Para Cárdenas (2014) ainda que se faz necessário aprimorar as ações dos CTA para garantir o acesso prioritário das populações mais vulneráveis e com maior prevalência do HIV. O baixo grau de compatibilidade entre a clientela mais atendida e o perfil epidemiológico da população local pode ser reflexo da inexistência de práticas adequadas de acolhimento e atendimento de populações mais vulneráveis nos serviços ou ainda das características das populações, que por causa dos processos de estigma e exclusão, tendem a não procurar serviços de saúde de forma preventiva. Para Brasil (2011) o estigma preconceituoso que se criou devida a forma de visibilidade que se deu a doença, e a exclusão social pode ser justificada pela falta de informação adequada.

Desta forma a realização de um efetivo acolhimento baseado nas políticas de saúde incluídas poderia reduzir a ignorância em relação à doença por reduzir significativamente a distância entre o usuário e o serviço de saúde.

Também para o combate à epidemia da aids no território brasileiro, surgiu a Portaria Ministerial nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002, a qual regula o incentivo financeiro para as ações de intervenção no combate ao vírus HIV. Segundo a referida portaria isto se fez necessário devido à complexidade das ações a ser constantemente desenvolvidas e ofertadas à população com vistas a promoção da saúde, prevenção do acometimento da doença, da recuperação e tratamento da saúde aos portadores do vírus HIV e do desenvolvimento da instituição de saúde nas três esferas de governo, a fim de certificar a qualidade contínua da assistência prestada.

Nesses anos de epidemia fica evidenciado que os desafios hoje enfrentados quando a necessidade urgente de redução da infecção e promoção da saúde dos já infectados, é obter um maior planejamento e organização quanto as questões políticas-administrativas-institucionais, articulação inter-setorial e inter-profissional, como também maior envolvimento da sociedade civil como um todo. Fatos estes que buscam ser resolvidos com a implantação de novos serviços de CTA segundo a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2017b). Em um estudo encomendado pelo Programa Nacional de DST e Aids (SVS/ Ministério da Saúde) descrito em Brasil (2008), aponta que a incidência de casos de aids nos municípios com serviços de CTA implantados é 1,4 vezes maiores do que naqueles que não dispõem deste centro de atendimento, demonstrando o quanto uma oferta especializada de serviço pode melhorar a oportunidade do acolhimento, uma vez que também amplia o acesso a população.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conhecimentos técnicos necessários para intervir no processo saúde-doença vão muito além daqueles que se limita a atuar no físico dos indivíduos. Mudanças desejadas e necessárias em relação ao perfil de morbimortalidade do HIV/Aids necessitam de organização social das coletividades, incluindo procedimentos relativos à educação em saúde e a comunicação, pois estes procedimentos abrangem não só o conhecimento, habilidades e comportamentos, como também atitudes, isto é, mudança de estilo de vida que resulte em maior qualidade da mesma.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | Dez. 2019 HIV/Aids | 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b.

CÁRDENAS Claudia Mercedes Mora. FIOCRUZ, TESE “Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids” Rio de Janeiro, abril de 2014.



FILHO Marcos Mesquita, LIBÂNIO Benedita Martins. AIDS e as atividades de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) segundo seus usuários. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.3, Set.,2013,eISSN19816278.Disponível em:<<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/579>>. Acesso em 28 de maio 2019.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1553-1564, Maio 2016 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de março de 2019.

MELO Walter. Ações itinerantes do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em ambiente universitário. Pesqui. prá. psicossociais vol.14 no.1 São João del-Rei jan./mar. 2019, versão On-line ISSN 1809-8908. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1801>. Acesso em 28 de maio 2019.

SOARES, Rui; ARMINDO, Rui Duarte; ROCHA, Graça. A imunodeficiência e o sistema imunitário: O comportamento em portadores de HIV. Arq Med, Porto, v. 28, n. 4, p. 113-121, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 de fevereiro 2019.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com doença. Rev. bras. enferm., Brasília, v.66, n.2, p.271-277, Apr. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 março de 2019.

 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME VI