

# DAS VULNERABILIDADES À PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANA ALAYDE WERBA SALDANHA  
JOSEVÂNIA DA SILVA  
REGINA LIGIA WANDERLEI DE AZEVEDO  
OTÁVIO SOARES DE PINHO NETO  
(Org.)



## Universidade Estadual da Paraíba

Prof<sup>a</sup>. Célia Regina Diniz | *Reitora*

Prof<sup>a</sup>. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



### Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa (UEPB) | *Diretor*

#### Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

José Tavares de Sousa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)

#### Conselho Científico

Afrânio Silva Jardim (UERJ)

Anne Augusta Alencar Leite (UFPB)

Carlos Henrique Salvino Gadêlha Meneses (UEPB)

Carlos Wagner Dias Ferreira (UFRN)

Celso Fernandes Campilongo (USP/ PUC-SP)

Diego Duquelsky (UBA)

Dimitre Braga Soares de Carvalho (UFRN)

Eduardo Ramalho Rabenhorst (UFPB)

Germano Ramalho (UEPB)

Glauber Salomão Leite (UEPB)

Gonçalo Nicolau Cerqueira Sopas de Mello Bandeira (IPCA/PT)

Gustavo Barbosa Mesquita Batista (UFPB)

Jonas Eduardo Gonzalez Lemos (IFRN)

Jorge Eduardo Douglas Price (UNCOMAHUE/ARG)

Flávio Romero Guimarães (UEPB)

Juliana Magalhães Neuwander (UFRJ)

Maria Creusa de Araújo Borges (UFPB)

Pierre Souto Maior Coutinho Amorim (ASCES)

Raffaele de Giorgi (UNISALENTO/IT)

Rodrigo Costa Ferreira (UEPB)

Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de Alencar (UFAL)

Vincenzo Carbone (UNINT/IT)

Vincenzo Milittello (UNIPA/IT)



**Editora indexada no SciELO desde 2012**



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

**Editora filiada a ABEU**

#### **EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500

Fone/Fax: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: [eduepb@uepb.edu.br](mailto:eduepb@uepb.edu.br)

ANA ALAYDE WERBA SALDANHA  
JOSEVÂNIA DA SILVA  
REGINA LIGIA WANDERLEI DE AZEVEDO  
OTÁVIO SOARES DE PINHO NETO  
(Organizadores)

# DAS VULNERABILIDADES À PROMOÇÃO DA SAÚDE



Campina Grande-PB | 2022



**Editora da Universidade Estadual da Paraíba**

Cidoval Morais de Sousa | *Diretor*

**Expediente EDUEPB**

Erick Ferreira Cabral | *Design Gráfico e Editoração*

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes | *Design Gráfico e Editoração*

Leonardo Ramos Araujo | *Design Gráfico e Editoração*

Elizete Amaral de Medeiros | *Revisão Linguística*

Antonio de Brito Freire | *Revisão Linguística*

Danielle Correia Gomes | *Divulgação*

Gilberto S. Gomes | *Divulgação*

Efigênio Moura | *Comunicação*

Walter Vasconcelos | *Assessoria Técnica*

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

V993 Das vulnerabilidades à promoção da saúde [recurso eletrônico]  
/ organizadores, Ana Alayde Werba Saldanha. –  
Campina Grande : EDUEPB, 2022.  
488 p. : il. ; 21 x 29,7 cm ; 7,4 MB.

ISBN: 978-85-7879-79116 (E-book)

1. Saúde e educação. 2. SUS 3. Políticas públicas. 4.  
Saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 331.252

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Mirelle de Almeida Silva – CRB-15/483

Copyright © **EDUEPB**

*A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.*

---

## CONSULTORES AD HOC

### **ANA CRISTINA SERAFIM**

Doutorado em Psicologia Social (UFPB)

### **DÁRIO HENRIQUE TEÓFILO SCHEZZI**

Doutorado em Psicologia (USP-RP)

### **DEGMAR FRANCISCO DOS ANJOS**

Doutorado em Psicologia Social (UFPB)

### **EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JUNIOR**

Mestrado em Psicologia da Saúde (UEPB)

### **EMILY SOUSA GAIÃO E ALBUQUERQUE**

Doutora em Psicologia Cognitiva (UFPE)

### **ISABEL CRISTINA VASCONCELOS DE OLIVEIRA**

Doutorado em Psicologia Social (UFPB)

### **JACQUELINE MATIAS DOS SANTOS**

Doutorado em Psicologia Social (UFPB)

### **KARLA CAROLINA SILVEIRA RIBEIRO.**

Doutorado em Psicologia Social (UFPB)

### **MARCELO MELLO SOARES**

Doutorado em Cirurgia Translacional (USP)

### **RAFAELA SCHIAVO**

Pós-Doc em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (UNESP)

### **SUY-MEY CARVALHO DE MENDONÇA GONÇALVES**

Doutorado em Psicologia (UNB)

---

---

# SUMÁRIO

PREFÁCIO, 11

**01. A VIOLÊNCIA DE GÊNERO ASSOCIADA À VULNERABILIDADE À AIDS, 15**

Ana Alayde Werba Saldanha  
Josevânia da Silva  
Regina Ligia Wanderley Azevedo  
Otavio Soares de Pinho Neto

**02. DESAFIOS PARA A SAÚDE MENTAL NO SUS: DO ESTIGMA AO ACESSO, 33**

Genário Alves Barbosa  
Adriana Gaião Barbosa  
Ana Alayde Werba Saldanha

**03. “ONDE FICA A PORTA DE ENTRADA?” ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS EM CIDADES RURAIS SEGUNDO O NÍVEL DE COMPLEXIDADE, 47**

Ana Alayde Werba Saldanha  
Eunice Aristides de Araújo

**04. PELAS RUAS QUE ANDEI: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E PERCEBIDAS NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS, 59**

Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa

**05. VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE MULHERES LÉSBICAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 83**

Michael Augusto Souza de Lima  
Clóvis Pereira da Costa Júnior  
Juliana Rodrigues de Albuquerque  
Isabelle Tavares Amorim

**06. SOFRIMENTO PSÍQUICO MASCULINO EM CONTEXTO RURAL: OS SENTIDOS DAS VULNERABILIDADES E CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DA SAÚDE, 98**

Edilane Nunes Régis Bezerra

---

**07. OS ENLACES ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A CULTURA DA PAZ NO ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO, 116**

Luciano Aparecido Pereira Junior

Regina Célia de Souza Beretta

**08. DOENÇAS DOS NERVOS COMO EXPRESSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PESSOAS IDOSAS EM CONTEXTOS RURAIS, 131**

Josevânia da Silva

Josinaldo Furtado de Souza

Débora Priscila Ferreira da Silva Gomes

**09. O DESVELAR DO CORPO NA VELHICE, 147**

Kíssila Santos de Farias

Maria do Carmo Eulálio

**10. E POR FALAR EM SAÚDE MENTAL DE HOMENS IDOSOS GAYS: UMA ANÁLISE DA (IN)VISIBILIDADE NA PSICOGERONTOLOGIA, 164**

José Victor de Oliveira Santos

Ludgleydson Fernandes de Araújo

**11. PROMOTHING WELL-BEING IN LATER LIFE THROUGH PROJECTS OF SOCIAL SUPPORT IN THE UNITED KINGDOM , 178**

Bruno Medeiros

Juliet Foster

**12. REPRODUÇÃO SOCIAL E VULNERABILIDADES DE MULHERES IDOSAS CUIDADORAS/CUIDADAS, 195**

Dóris Firmino Rabelo

**13. O ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO DO COVID-19: A NECESSIDADE DE MAIS DIÁLOGO, MAIS DOAÇÃO E MENOS DILEMAS, 213**

Gabriel Medeiros Andrade

Priscila Queiroz Alves de Sousa

Ellen Clara Germano Bispo

Nívea Vilar Cardoso

Ana Janaina Jeanine Martisn de Lemos Jordão

- 
- 14. PRÉ-NATAL MASCULINO: O PROTAGONISMO DO HOMEM NA SAÚDE E NA REPRODUÇÃO, 227**  
Flávio Lúcio Almeida Lima  
Ana Alayde Werba Saldanha
- 15. A LINHA TÊNUE ENTRE O OBJETO JURÍDICO E O SUJEITO MATERNO: O (NÃO) LUGAR DA MATERNIDADE NO CÁRCERE, 245**  
Maria Renata Florêncio de Azevedo  
Regina Ligia Wanderley de Azevedo
- 16. ENTRE MICROCEFALIA E MACRO MATERNIDADE: ENFRENTAMENTO E EXPECTATIVA DE MÃES, 262**  
Pollyana Ludmilla Batista Pimentel  
Francisca Marina de Souza Freire Furtado  
Josevânia da Silva
- 17. EXPERIÊNCIA E RS: UM ESTUDO SOBRE A MATERNIDADE NO CONTEXTO DA SCVZ, 280**  
Sibelle Maria Martins de Barros  
Glória Tamires de Sousa Maciel  
Renata Lira dos Santos Aléssio  
Maria de Fátima de Souza Santos
- 18. VULNERABILIDADES ASSOCIADAS AO ABORTO PROVOCADO NO BRASIL E NO URUGUAI, 296**  
Iria Raquel Borges Wiese
- 19. DOÊNCAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS: APONTAMENTOS PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, 311**  
Otávio Soares Pinho Neto  
Adir Fátima da Rosa Andrade  
Cledy Eliana dos Santos  
Nilzimar Ferreira da Silva
- 20. A COMPLEXIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR E O USO DE ESCALAS PARA ORIENTAR AÇÕES ASSISTENCIAIS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS, 323**  
Maristela Vargas Losekann  
Cledy Eliana dos Santos  
Daniel Klug



---

**21. TELETRIAGEM DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS RENAIAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - PB, 336**

Lorena Lauana Cirilo Silva

Lucas Costa Macedo

João Marçal Medeiros de Sousa

Cristianne da Silva Alexandre

Pablo Rodrigues Costa Alves

**22. PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO AO HIV: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, 352**

Amanda Trajano Batista

Celestino Galvão

Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos

**23. ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO USO DE INIBIDORES DE LACTAÇÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE HIV POSITIVO, 367**

Gláucia Guerra Benute

Rosa Maria de S. A. Ruocco

Rossana Pulcineli Vieira Francisco

**24. PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DA VIDA FUTURA EM JOVENS QUE VIVEM COM HIV, 381**

Vinicius Contin Carabolante

Manoel Antônio dos Santos

Lícia Barcelos Souza

**25. A TRANSMISSÃO DOLOSA DO HIV-AIDS NO CONTEXTO DO DIREITO PENAL: DO OBJETO JURÍDICO ÀS SUBJETIVIDADES, 399**

Michelle Saldanha de Lucena

Ana Carolina Cananéa Medeiros de Lucena

**26. AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO, 413**

Juliana Gomes Nattrodt Barros

Renata Karine Pedrosa Ferreira

Cristianne da Silva Alexandre

Pablo Rodrigues Costa Alves.

---

**27. IMPORTÂNCIA DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, 428**

Heloisa Helena Pinho Veloso

José Manuel Peixoto Caldas

Isla Camilla Carvalho Laureano

**28. EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES E OS DESAFIOS NA HUMANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM ODONTOPEDIATRIA, 446**

Luiza Loredanna Moraes Stedile

Carmen Lúcia Cardoso

Lícia Barcelos de Souza

**29. FORMAÇÃO DECOLONIAL EM ODONTOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERAÇÃO DE VULNERABILIDADES DA SAÚDE INDÍGENA, 459**

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro

Regina Célia de Souza Bereta

Wilson Mestriner Junior

**SOBRE OS AUTORES, 471**

# PREFÁCIO

## PREFÁCIO

José Manuel Peixoto Caldas

*Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)*



**A** Condição Humana e a Vulnerabilidade, o sofrimento, assim como a luta contra todas as condições adversas causadoras de dor e sofrimento fazem parte da condição humana. Estar vivo é estar em perigo, é estar suscetível a sofrer danos, é estar vulnerável. As ameaças mais essenciais à condição humana, como a fome, a doença, a dor, a exploração, o assassinato e a tortura são universais. Ao longo dos tempos tem o Homem tentado dominar as suas vulnerabilidades maiores, como a fome, o frio e a doença e é esse o principal objetivo da organização social. As estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas para combater a vulnerabilidade e a exploração. Nas sociedades desenvolvidas, onde a fome, a habitação e a exposição ao frio são questões resolvidas, para o povo a vulnerabilidade social mais importante é a saúde. Mas, o controlo de vulnerabilidade básicas gera inevitavelmente outras.

Historicamente, não era papel do estado cuidar do bem estar da população. Esta estava entregue a si própria e o estado cuidava do território e da guerra. Depois da segunda guerra mundial quase todos os estados ocidentais apostaram na proteção dos direitos individuais, criando Estados Providência, garantindo emprego ou rendimento mínimo para todos e reconhecendo o direito à saúde como um direito fundamental, o que implica, independentemente do sistema político concreto, o acesso de todos a um pacote básico de cuidados. As vulnerabilidades mais essenciais e universais, são a base dos direitos humanos e civis, consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, datada de 10 de Dezembro de 1948. O Artigo 25º consagra o direito à saúde e à assistência médica. No Brasil a Constituição Federal de 1988 definiu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atingir esse objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição. O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 220 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde

É sabido que individualmente a situação económica e a posição social de uma pessoa na comunidade determinam o seu estado de saúde e as suas modalidades de recurso e de acesso aos cuidados de saúde. No Brasil,

uma percentagem significativa da sua população é pobre ( o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH relativo ao Brasil é de 84º entre 189 países, tendo perdido 5 posições no ranking desde 2017 e segundo o FMI a pesar de o Brasil pertencer aos BRICS, este continua sendo considerado um país emergente com uma economia em desenvolvimento) daí a existência de uma importante assimetria na distribuição de riqueza; ao mesmo tempo, os níveis de literacia são muito baixos. Apesar das garantias constitucionais de equidade na saúde, há manifestas assimetrias no acesso aos cuidados de saúde e aos bens que promovem a saúde, como a educação e o rendimento. Assim sendo fácil se toma perceber que a educação e o combate à pobreza devem ser a prioridade de ação política de forma a assegurar níveis de saúde compatíveis e possibilidade de afirmação autónoma das pessoas.

Num país imensamente rico, mas simultaneamente pobre, mesmo com recursos limitados, as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundadas na equidade e na responsabilidade social e não apenas no princípio da eficiência económica. Só assim garantiremos acesso equitativo e afetação dos recursos disponíveis em função das necessidades de saúde. O panorama brasileiro é verdadeiramente desolador. Foi prolongada a esperança de vida, mas a qualidade de vida mantém-se muito aquém do desejável.

Se é verdade que a Constituição Federativa Brasileira garante o direito à proteção da saúde, também é verdade que, a pobreza, a posição social na comunidade e a cultura de cada um são determinantes do seu estado de saúde e das suas modalidades de recurso e de acesso aos cuidados de saúde. A promoção e educação para a saúde, ao permitir às pessoas uma escolha informada e a aceitação de responsabilidade pela própria saúde, é o instrumento primordial para diminuir a diferença em termos de assistência médica que separa os ricos dos pobres. A promoção para a saúde é tão importante quanto a justa distribuição de recursos escassos nos cuidados de saúde e quanto a redução do risco de prejuízo de indivíduos mais vulneráveis. É fundamental a discussão e definição dos critérios a utilizar na locação de recursos, de forma a garantir a igualdade na saúde e na supressão do sofrimento e também de forma a impedir a discriminação no acesso aos cuidados de saúde das populações mais vulneráveis.

Este livro é um excelente fotograma das situações de vulnerabilidade e de como a promoção em saúde pode ser a resposta para o empoderamento da cidadania e literacia em saúde.

**José Manuel Peixoto Caldas**

*Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Portugal.*



## A VIOLÊNCIA DE GÊNERO ASSOCIADA À VULNERABILIDADE À AIDS

Ana Alayde Werba Saldanha

Josevânia da Silva

Regina Ligia Wanderley Azevedo

Otávio Soares de Pinho Neto





A manutenção e reprodução das crenças sociais em relação ao discurso cultural dominante no que se refere às relações de gênero produzem narrativas morais, religiosas e científicas que legitima – geralmente naturalizando – esta situação, através do controle das subjetividades, estabelecendo formas de dependência mais invisíveis, porém não menos eficazes. A fragilidade imposta pela violência subjetiva é um fator de vulnerabilidade que antecede outros tipos de violências, a exemplo da física, sexual e psicológico, podendo estabelecer uma relação entre violência nas relações afetivas e a vulnerabilidade à Aids. Entre as causas desta associação, poderia estar a impossibilidade de negociação no uso de preservativos e na naturalização das diferenças de comportamento de gênero.

A violência contra a mulher é um agravo de elevada prevalência e um importante problema de saúde pública, sendo definida na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1995), como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. Sendo assim, a violência é um tema multifacetado, abordado por diferentes orientações teóricas e se impõe como um fenômeno que apresenta uma dinâmica complexa, inclusive quando se atenta para o nível simbólico envolvido e suas consequências psicossociais. No caso da vulnerabilidade ao HIV/Aids, percebe-se uma trajetória de vida marcada por tipos e graus diferentes de violência, os quais impactam diretamente na prevenção e na capacidade de a pessoa enfrentar e superar as adversidades advindas da infecção ao HIV/Aids (SALDANHA, 2003).

A resposta brasileira à Aids é uma resposta integrada, que busca harmonizar aspectos da promoção da saúde, prevenção e assistência para o combate à epidemia, tendo os direitos humanos como pilar. O atual quadro da epidemia do HIV/Aids indica que as pessoas mais expostas à infecção são aquelas que sofrem com as consequências da pobreza, reforçando a associação da doença com a exclusão social, e/ou as pertencem a grupos minoritários, destacando as mulheres (BRASIL, 2015). Esse perfil se dá também em relação a outras formas de opressão social, que colocam as pessoas em situações de vulnerabilidade, destacando aquelas associadas às questões de gênero, de orientação sexual, de raça/etnia. Estes aspectos

trazem em seu escopo diferentes tipos e graus de violência vividos pelas pessoas, em seus cotidianos (SILVA; SILVA, 2011).

Os estudos nacionais sobre violência contra mulheres e meninas mostram altos índices de prevalência na América Latina e Caribe, sendo registradas todas as formas de violência, incluída a sexual. Segundo a OPAS/OMS, 1 a cada 4 mulheres sofreu alguma experiência de violência pelo parceiro nesta região. Entretanto, na maioria dos países pesquisados na região, ainda, as intersecções entre violência e infecção pelo HIV são fracas ou inexistentes, pois se desconhecem dados e iniciativas governamentais que vincule ambas pandemias, para maior integração da dimensão de gênero nos programas de HIV e vice-versa. Enquanto a violência prevaleça, as mulheres ficarão duas vezes mais vulneráveis a esta pandemia. Além disso, as mulheres que vivem com HIV - em contextos de discriminação de Gênero - são duplamente vitimadas, estigmatizadas, estão em maior risco de sofrer violência obstétrica, abandono e pobreza (UNAIDS, 2016).

A ocorrência de violência sexual e/ou doméstica por parceiros íntimos entre mulheres é fato relevante e se destaca como importante componente da feminização da epidemia de HIV/AIDS (SALDANHA, 2003; ALBUQUERQUE; ATANAZIO, 2011). Determinados tipos de agressões como o estupro, as relações sexuais cedidas ou impostas, esta última muito presente nas relações maritais, podem estar presentes em um contexto de conjugalidade, geralmente de forma repetitiva e, com o passar do tempo, se agravando em grau e intensidade, acarretando medo permanente, traumas físicos e psicológicos.

A existência de uma oscilação na relação entre os casais, havendo períodos de alternância entre momentos de agressão e de paz, caracteriza o ciclo da violência, compostos por fases: na primeira, há a construção da tensão no relacionamento, podendo acontecer eventos menores, como agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças e destruição de objetos. Já na segunda fase, ocorre a explosão da violência, permeada pelo descontrole, com agressões agudas e ataques graves e há transformação do amor em uma relação de disputa permeada por atos de coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas. E a terceira fase se configura como a lua-de-mel, circunstância em que o agressor se arrepende da violência cometida, demonstra remorso, medo do rompimento e da perda da companheira (SILVA; SILVA, 2011; SOARES, 2005). No entanto, conforme apontam estes autores, a posição de agressor não é ocupada apenas por homens; as mulheres, em menor proporção, também assumem em alguns momentos o papel de agressora, visto que as

interações entre os casais são complexas. Ainda que haja uma relação de dominação, ela não é absoluta, existem violências recíprocas entre alguns parceiros.

Não obstante, para as mulheres, a presença de uma subjetividade organizada no sentimental, fruto de uma construção sócio-histórica dos papéis de gênero, implica um escasso nível de individualidade, uma ordem de prioridade sentimental e ideias de postergação mais do que de êxito pessoal as leva a naturalizar este estado de coisas, levando a limitações importantes para a criação de estratégias que revertam sua condição. Essa situação dá espaço a instituição de relações de poder que geralmente desfavorecem as mulheres (SALDANHA, 2003).

Este poder, segundo Saldanha (2003), não se apoia exclusivamente na força, mas sim em elementos de legitimação e naturalização, produzidos através de representações, crenças e discursos, que se transformam em normas que são vividas no cotidiano fazendo com que a violência não seja vivida como tal. Ela pode revestir-se de sentimentos, afetos, ternura, amor, ou seja, as formas de violência podem ser sutis, consentidas e aceitas pelas mulheres como algo que está na natureza das coisas e que se exerce, principalmente pela via dos sentimentos, se fazendo presente inclusive em mulheres com independência econômica. Objetivamente, a dificuldade de perceber e qualificar a relação que mantêm com seus parceiros como violenta, a ausência de identificação da situação que vivenciam como agressão, a naturalização de algumas condutas ou comportamentos na relação íntima, conseqüentemente, favorece a inércia de algumas mulheres no enfrentamento da violência, tornando-as, além de tudo, vulneráveis à Aids.

Observa-se, portanto, que além dos aspectos mais apontados na literatura, situados em contextos sociais menos favorecidos, a vulnerabilidade gerada pela violência revela também aspectos psíquicos, principalmente quando atentamos para o nível simbólico. A violência simbólica está calcada na elaboração de crenças e no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se enxergar e a avaliar o mundo que o rodeia de acordo com critérios e padrões definidos por alguém. Trata-se da construção de crenças sociais (BAR-TAL, 2000) que fazem parte do discurso dominante. Segundo Bourdieu e Passeron (1975, p. 78) “[...] todo poder de violência simbólica, isto é, todo poder que chega a impor significações e a impô-las como legítimas, dissimulando as relações de força que estão na base de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica, a essas relações de força”. Acrescido a isso, verifica-se que, conforme Marin (1999, p. 77), o

fenômeno da violência não está explícito e sim recalcado, ou seja, “a palavra recalcada está intimamente vinculada à violência e à dor. Não se fala o que dói e a violência silencia”.

A compreensão e o aprofundamento dos aspectos psicológicos, sociais e culturais relacionados à violência possibilitam, em primeiro lugar, dar voz ao sofrimento vivenciado por essas pessoas ao longo de suas vidas e, em segundo, apontar que a implementação de ações voltadas para o enfrentamento das marcas da violência exige um suporte psicossocial que tenha compromisso político com o referencial os direitos humanos, principalmente para as pessoas que tiveram como resultante a infecção pelo HIV/Aids. Para tanto, será feito uso do quadro teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (AYRES, 1993; AYRES et al., 2012) e do Modelo de Crenças Compartilhadas (Bar-Tal, 2000).

## MODELO DE CRENÇAS SOCIETAIS

Tendo como aporte os estudos acerca da formação das normas sociais de Sherif (1936), da dinâmica dos grupos de Lewin (1951), do comportamento do grupo de Asch (1952), do contexto social dos estereótipos de Tajfel (1981) e da definição dos estereótipos consensuais de Gardner (1993), conforme citados por Bar-Tal (2000) traz o conceito de crenças compartilhadas como um dos elementos básicos para a expressão da identidade social comum, onde compartilhar as crenças com os membros do grupo pelo engajamento em uma atividade cognitiva racional, permitiria validar as informações sobre a realidade. A identidade social compartilhada poderia levar a um processo de *despersonalização* onde os membros do grupo transformam suas crenças para que sejam guiadas por um protótipo intragrupo e não por suas experiências biográficas distintas. Por outro lado, quando houver divergência no grupo sobre as crenças que são, supostamente, consensuais, surge *a incerteza subjetiva*. Nesta situação, os membros do grupo exercem influência social e, através da negociação e persuasão, tentam estabelecer um consenso.

Crenças societais, que são o foco deste estudo, são definidas como crenças duradouras compartilhadas por membros de uma sociedade, cujos conteúdos são percebidos por seus membros como caracterizando e influenciando o funcionamento da sociedade. Nesse sentido, convém observar que não necessariamente todas as crenças da sociedade contribuem para o sentido de identidade social, mas apenas aquelas crenças dominantes que constituem o *ethos* da sociedade. Estas crenças derivam

do conhecimento societal acumulado pelos membros da sociedade, duram um longo tempo e fazem parte do repertório individual e público, constituindo-se como os pilares da sociedade e permitem a sua continuidade. No entanto, não são imutáveis, podem mudar como parte de um processo sócio-histórico contínuo, dependendo da mudança na realidade percebida pelos membros de uma sociedade. Enquanto os membros da sociedade consideram as crenças societais significantes, relevantes e identitárias, elas continuam a funcionar e existir. Mas se as crenças deixam de cumprir sua função, quando se tornam irrelevantes para a nova realidade, elas, então, perdem seu status e caem no esquecimento. Em outros casos, o conteúdo das crenças societais pode ser modificado e adaptado a uma nova percepção da realidade. O que diferencia crenças societais de outros tipos de crenças é o alcance de seus conteúdos, características específicas e funções. Crenças de grupo definem, unicamente e formalmente, a “coletividade” de um determinado grupo, exclusivamente o caracterizam, e são especialmente aplicáveis para analisar as organizações e grupos voluntários (BAR-TAL, 1990). Em contraste, os conteúdos das crenças societais são de alcance amplo e inclusivo. Muitos países, como o Brasil, são multissociais, visto incluírem diferentes sociedades que florescem com base nos fundamentos ideológicos, convicções, etnia, religião, afiliação nacional, raça ou residência regional. Os limites da sociedade são determinados pela autoidentificação de seus membros. O importante a ser observado é o fato de que cada sociedade desenvolve seu sistema próprio de crenças societais, constituindo o tecido que dá a essência da sociedade e fornece a base para a ação societal. São um dos elementos fundamentais que transformam um agregado de indivíduos em uma sociedade em funcionamento.

Quaisquer análises das crenças societais devem referir aos seus conteúdos. Esses conteúdos podem abranger vários temas, experiências, memórias, expectativas, justificativas ou preocupações. Podem incluir produtos como mitos, memória coletiva, símbolos, ideologias, autoimagens, imagens de outras sociedades, metas, valores ou aspirações societais. Elas podem ser extraídas de um passado remoto para fornecer uma base comum e histórica da sociedade ou podem derivar do presente e referir às preocupações e características correntes da sociedade, ou ainda, consistir em metas ou visões futuras. Desta forma, as crenças societais podem ser de natureza descritiva ou prescritiva. As crenças descritivas referem às experiências passadas e aos temas e preocupações presentes, enquanto as prescritivas referem aos valores, normas ou metas futuras, a condição desejada pela sociedade em si, estando baseadas em crenças descritivas,

visto que as metas, valores ou aspirações são derivados das condições ou experiências passadas e no presente.

Assume-se assim, que as sociedades tendem a formar e manter aquelas crenças sociais que são funcionais para enfrentar a realidade percebida por seus membros. Essa hipótese indica que as crenças sociais ajudam os membros da sociedade a adaptar à realidade percebida. Neste sentido, a presente concepção foca em quatro funções principais: epistêmica, identidade social, preservação e orientação para a ação. No nível mais básico, as crenças sociais cumprem a função epistêmica elementar de fornecer conhecimentos sobre a sociedade.

O conhecimento verte luz sobre uma matriz de experiências, conceitos, características ou imagens que caracterizam a sociedade. As crenças sociais cumprem a função epistêmica por fornecer significados, coerência e conhecimento organizado sobre a sociedade. Elas fornecem explicações, justificativas, interpretações, avaliações, raciocínios, razões e expectativas sobre temas que são relevantes para a vida em sociedade. Elas constroem uma *realidade racional* que permite aos indivíduos compreenderem a sociedade da qual são membros. Especialmente importante, é o seu papel como um prisma para a compreensão das questões vividas, permitindo o entendimento dos membros da sociedade acerca de seu mundo. Elas influenciam que tipo de informação chama atenção, como a nova informação é interpretada e como são feitas inferências quando a informação está faltando, fornecem coerência e organizando muitas experiências dos membros da sociedade.

Como já observado, algumas crenças sociais realizam a função exclusiva de contribuir na formação, manutenção e reforço da identidade social, um requerimento essencial na formação de uma sociedade ou grupo. É consenso na Psicologia Social que a formação da identidade social é baseada em um processo de auto categorização em que os indivíduos se agrupam cognitivamente com os iguais, em contraste com algumas outras classes de coletivos. nesta base, a uniformidade e a coordenação do comportamento do grupo emergem. No entanto, Bar-Tal (2000) e Turner (1991; 1999) ressaltam que, embora a auto categorização seja para a autodefinição como um membro da sociedade, é somente a fase inicial. Deve ser seguido pela aceitação de crenças adicionais que fornecem sentido para a identidade social, necessitando de um sistema elaborado de crenças que justifique e explique sua pertença, descreva suas características e preocupações como membro da sociedade e explique o sentido de sua identidade social. A contribuição das crenças sociais para a formação e manutenção

da identidade social é alcançada não somente através dos conteúdos das crenças que caracterizam a sociedade, mas também através da certeza de que são compartilhadas, proporcionando uma sensação de comunalidade, podendo ser traduzida por uma sensação de pertença e coesão.

Outra função importante das crenças societais é motivar e guiar a ação societal. Smelser (1962) reconheceu que *“em todo o comportamento coletivo existe um tipo de crenças que prepara os participantes para agir”* (p. 79), e as crenças *“criam uma cultura comum no qual a liderança, mobilização e ação combinada pode ter lugar”* (p. 82). Similarmente, Cancian (1975), ao discutir crenças compartilhadas, propôs que elas *“afetam comportamentos por especificar quais as ações farão com que os outros validem uma identidade particular. Portanto, crenças que são percebidas como compartilhadas por grupos são relacionadas com a ação, enquanto crenças pessoais de um indivíduo não podem ser”* (p.135). As crenças societais fornecem muitas das razões para o comportamento pessoal. Essas razões racionalizam, justificam e instruem a direção e tipos de ações que as sociedades tomam.

Em suma, a certeza de compartilhar crenças em um grupo é um mecanismo social importante, com cruciais implicações sociais e psicológicas, influenciando membros do grupo, indivíduos e o grupo em si em relação às crenças dos membros do grupo e as atitudes em relação as suas crenças compartilhadas, bem como seus comportamentos e funcionamento do grupo. Essa influência varia em função de uma série de variáveis relacionadas à natureza de suas crenças compartilhadas, características dos membros do grupo que compartilham as crenças, característica do grupo e a natureza do contexto do grupo. Esses resultados apontam o poder de compartilhar crenças em cada grupo, grande ou pequeno.

A mudança das crenças societais depende de vários fatores sociais internos – entre eles, a disponibilidade de informação livre, a extensão e o tipo de pressão para o conformismo e a disponibilidade dos canais de comunicação entre os membros da sociedade. A livre circulação de informação na sociedade, baixa pressão ao conformismo e a disponibilidade de vários canais de comunicação na sociedade, facilitam a mudança das crenças societais. Vários exemplos sugerem que crenças societais são representações dinâmicas compartilhadas que refletem as condições políticas, econômicas e culturais da sociedade. Quando as condições mudam, mudam também as crenças societais. Mas, ao mesmo tempo, deve ser lembrado que as crenças societais são responsáveis, em certa medida, para as condições políticas econômicas e culturais prevalentes na sociedade. Membros da



sociedade que mantém uma particular crença societal, veem seu mundo de modo particular e agem para manter a condição que preservar a sua visão de mundo. Assim, crenças societais e condições sociais são entrelaçadas. Uma mudança nas condições sociais leva a mudança nas crenças societais, e a mudança nas crenças societais, leva a mudança nas condições sociais.

## **MODELO DAS VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS**

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior susceptibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (AYRES; CALAZANS; SALLETI FILHO; FRANÇA JR, 2006). Desta forma, parte-se do pressuposto de que doenças não existem separadamente das práticas que as conceituam, as representam e respondem a elas para preveni-las ou tratá-las (PAIVA; ZUCCHI, 2012). Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (AYRES, 1997).

No quadro da vulnerabilidade e direitos humanos, como ressaltado por Ayres, Paiva e França Jr. (2012), o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem ser, então, remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. Conforme estes autores afirmam, esta posição é compatível com os conceitos de participação e controle social, uma vez que dependem da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidos como cidadãos plenas, como sujeito de direitos. Na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas (políticas, serviços e ações de saúde) de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas. Neste sentido, melhor do que abordar os traços gerais da desigualdade será compreender a concretude das relações (de gênero, raciais, de classe, de geração, dentre outras) no cotidiano e de que forma estão sendo abordadas pelas instituições competentes.



Considerando estes pressupostos, Ayres, Paiva e França Jr. (2012), para a identificação e superação da vulnerabilidade inicia-se por considerar o plano individual. A dimensão individual da vulnerabilidade tem como pressuposto o indivíduo como ser em relação, desta forma, a forma de uma pessoa experimentar um processo de adoecimento ou se proteger dele envolve aspectos que vão desde sua constituição física até o seu modo próprio de gerir o cotidiano. No entanto, sem menosprezar a importância dos aspectos puramente biológicos, privilegia-se apreender a dimensão psicossocial expressa no grau e qualidade de informação que dispõe, nos modos como a elabora e no poder que tem para incorporá-la às suas práticas cotidianas, ou seja, as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar essas práticas. Assim, cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais.

Observa-se, desde já, que a análise dos aspectos individuais já reclama outras avaliações que não podem ser respondidas exclusivamente nessa dimensão. O acesso à informação e os significados que esta adquire frente aos valores e experiências das pessoas e as possibilidades de praticar, remetem as relações sociais em que se inserem. A dimensão social da vulnerabilidade foca esses aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais. Nessa dimensão, há vários aspectos a se considerar, tais como as relações econômicas, de gênero, raciais, geracionais, crenças religiosas e a religiosidade, exclusão, etc.

Em seguida, são as questões que a dimensão programática da vulnerabilidade procura responder. É preciso saber como as políticas e instituições atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos. Nesse sentido, Gruskin e Tarantola (2012), ressaltam quatro componentes de análise: (a) disponibilidade dos serviços; (b) a acessibilidade dos serviços; (c) a qualidade dos serviços; (d) a aceitabilidade dos serviços.

O foco na intersubjetividade e nas interações na vida cotidiana estimula conversas nos espaços de cuidado e prevenção, assim como um planejamento de ações técnicas de âmbito mais estrutural e cultural que consideram essa inseparabilidade das três dimensões analíticas (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Por fim, os autores enfatizam que

[...] o conhecimento necessário para lidar com situações de vulnerabilidade na saúde pública, em cada dimensão analítica, dependerá bastante do diálogo entre as áreas da ciência e, também, com o saber

prático, mais especificamente com o conhecimento sobre o cotidiano produzido pelas pessoas diretamente afetadas pela doença ou agravo a ser prevenido ou tratado (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012, p. 89).

Por fim, Ayres, Paiva e Buchalla (2012), afirmam que, seja no plano mais institucionalizado de leis e convenções, que regulam local e globalmente o reconhecimento mutuo de deveres e prerrogativas dos cidadãos e dos Estados frente a eles, ou no plano processual das bandeiras políticas de grupos sociais específicos, os direitos humanos oferecem uma referência positiva para tratar de modo não prescritivo ou moralista, mas tampouco relativista ou inconsequente, as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletiva sobre elas. Um direito estabelecido ou reivindicado representa, com todos os senões e limitações, uma possibilidade que sabe-se estar na base de sua construção, uma possibilidade concreta de ajuizar as implicações éticas e políticas de relações, aspirações e decisões dos diversos sujeitos em interação nas práticas em saúde com base não em preconceitos acriticamente reproduzidos, nem em princípios formais universais e imutáveis, mas em critérios de algum modo já pactuados como condição legitimamente aceita para uma vida boa e justa em comum. A perspectiva dos direitos humanos apresenta-se como o melhor recurso para identificar e combater “diferenças que discriminam e igualdade que descaracterizam”.

## FUNDAMENTOS PARA INTERVENÇÃO

Observa-se que o cenário atual da epidemia de Aids, muito mais animador que 20 anos atrás, está levando a um relaxamento nos cuidados preventivos, sobretudo entre os mais jovens. A Aids não é mais vista como uma doença mortal, não há ídolos, nem nomes conhecidos morrendo pela doença. O doente de Aids ganhou sobrevida e melhor qualidade de vida (AZEVEDO et al., 2015; MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013). No entanto, o que é um alento para aqueles vivendo com HIV/aids, tornou-se um entrave para a prevenção, já que a doença passou a ser vista como qualquer outra enfermidade crônica.

As inserções de gênero em uma mesma sociedade, ao configurarem contextos de interação específicos, repercutem de forma substancial nos processos de subjetivação de cada pessoa, delineando possibilidades e limitações. Dessa forma, as implicações da estrutura de gênero vigente sobre as relações e as formas de viver das pessoas nos diferentes grupos sociais que se aplica a expressão socialização de gênero.

Considerando o processo de socialização como permanente e sempre inconcluso, diríamos que as categorias de gênero são permanentemente reconstruídas pelas pessoas em suas interações e com elas os valores, papéis, atribuições e normas de interação entre os sexos (Pinheiro, 2001), tendo a adolescência como etapa fundamental. Nas palavras de Lavinas (1997, p. 16), "... o sexo social – portanto, o gênero – é uma das relações estruturantes que situa o indivíduo no mundo e determina, ao longo de sua vida, oportunidades, escolhas, trajetórias, vivências, lugares, interesses". Acrescentando-se, também, as vulnerabilidades.

Conforme explanado, de acordo com Bar-Tal (2000), crenças sociais são duráveis, mas não estáveis, pois podem mudar com o tempo. Seus conteúdos podem ser modificados e algumas crenças sociais podem até mesmo desaparecer. Crenças sociais permanecem no repertório social enquanto cumprem suas funções epistêmicas e de identidade para os membros da sociedade. Isso é, enquanto os membros da sociedade acreditarem que as crenças sociais esclarecem a sociedade de modo válido e caracterize esta sociedade, as crenças mantêm seu status, especialmente se ela também satisfaz outras necessidades dos membros da sociedade. Mas, quando as crenças sociais cessam de executar essa necessidade epistêmica, os membros da sociedade param de considerá-las válidas.

Com base nos dados coletados em duas dezenas de sociedades em volta do mundo sobre mudanças culturais, Iglert (1990, *apud* BAR-TAL, 2000) concluiu que as sociedades diferem nas crenças, valores, atitudes e comportamentos, mesmo quando suas condições são similares. Isso significa, de acordo com Iglert, que as sociedades atribuem significados diferentes para situações similares por causa das experiências históricas diferentes. Iglert encontrou a durabilidade nas crenças sociais. A maioria das crenças não se alterou imediatamente, mas iniciou a mudança gradual ao longo dos anos: *a mudança em um componente cultural da visão de mundo das pessoas parece ter lugar, em grande parte, como uma geração substitui a outra* (p. 443). As gerações jovens adotam mais e mais valores pós materialistas, que indicam uma orientação mais ampla para as questões como o ambiente e poder nuclear, para os papéis femininos, homossexualidade ou divórcio, visão política ou motivação para trabalhar. Mudanças econômicas, tecnológicas e políticas têm criado diferentes experiências para as gerações jovens. Essas experiências afetam o sistema de crenças dos membros da sociedade.

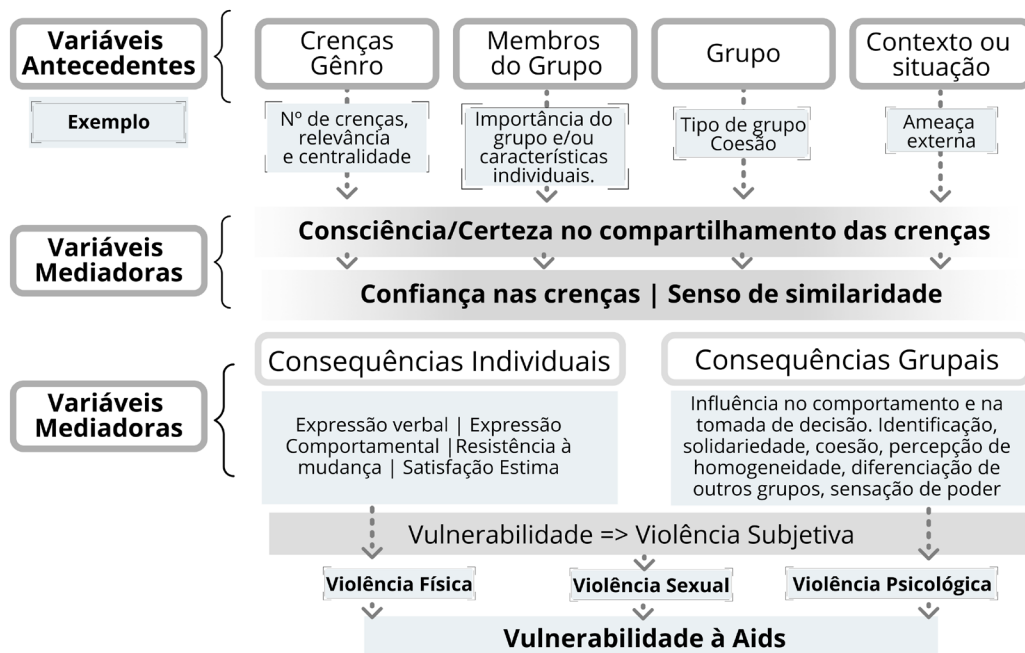
Neste sentido, tendo como ponto de partida o relato vivido de mulheres jovens que vivem com Aids, vitimadas pela violência, em especial a subjetiva,

física, sexual e psicológica; a vulnerabilidade à Aids decorrente; considerando que a escola tem um papel central nesse campo de referências junto aos adolescentes, visto que é no cotidiano dessas vivências das relações de gênero em contextos sociais específicos que as violências se viabilizam; através do questionamento crítico de tais vivências, as possibilidades de novas formas de ressignificação, torna-se mister promover a intervenção junto aos adolescentes e professores.

Pensar na construção da identidade, na formação dos adolescentes do ponto de vista psicológico, nas vulnerabilidades, nos leva a pensar em suas relações com o meio social, bem como nas experiências vivenciadas por cada um. Numa época da vida em que buscam outros universos para além dos familiares e em que as figuras parentais são tanto mais importantes quanto têm que ser reelaboradas e com as quais há muitas vezes conflitos, o grupo de iguais toma uma dimensão importante. Se o adolescente está sempre inserido num contexto histórico, de maneira que suas relações seguem um modelo que é desenvolvido por cada sociedade e pelo qual cada uma se orientam, é no contexto grupal que ele se identifica com o outro e, ao mesmo tempo, se diferencia dele, construindo assim a sua identidade.

Considerando, conforme Bar-Tal (2000), a importância das crenças compartilhadas para fornecer explicações, dar coerência e organizar o conhecimento sobre a sociedade, além de dar sentido as experiências vividas (função epistêmica); de formação e manutenção da identidade social; preservar e manter o sistema societal e; orientar para a ação através da racionalização e justificação do comportamento; para pensar em qualquer intervenção acerca da violência e outras vulnerabilidades, se faz necessário conhecer seu esquema de formação e compartilhamento das crenças. Para tanto, se tomará como base o modelo de crenças compartilhadas de Bar-Tal, (2000), que sugere que a certeza de que um grupo compartilha crenças evoca duas reações imediatas: confiança nestas crenças e um senso de similaridade. As reações, vistas como variáveis mediadoras, levam a consequências no nível individual e grupal que, mediadas pelo senso de confiança e similaridade, são influenciados por uma matriz de fatores antecedentes. Sendo assim, parte-se do seguinte modelo teórico:

Figura 1. Modelo de Formação, Compartilhamento das Crenças e Vulnerabilidades.



A certeza no compartilhamento das crenças no grupo se dá a partir de aspectos (variáveis antecedentes) referentes às próprias crenças dos adolescentes, referente aos membros do grupo, ao próprio grupo e aos aspectos contextuais e situacionais. Os aspectos relacionados às crenças se referem a quantidade e qualidade das crenças (número, relevância, centralidade) que influenciam no comportamento, ou seja, refere-se ao quanto e como concordam com as crenças compartilhadas pelo grupo. As características pessoais dos membros afetam a conformidade no grupo ou sensibilidade da informação. Neste sentido, aqueles adolescentes que têm mais tendência a se conformar e maior sensibilidade à informação sobre os membros do grupo serão mais afetados pelas crenças do grupo. Desta forma, pode-se inferir que quanto maior a desejabilidade social, o autocontrole e a auto diferenciação, maior a será o efeito da persuasão feita pelo grupo, maior a dependência às normas grupais e maior a confiança nas opiniões do grupo.

Os aspectos referentes à característica do grupo podem ser exemplificados pelo tipo de grupo e pela coesão existente. Neste caso, pode-se inferir que, quanto maior a coesão, o compartilhamento de crenças no grupo em grande extensão e um grupo autocrítico, aumenta a pressão do grupo sobre os adolescentes para se conformar. Por fim, referindo ao contexto ou situação do compartilhamento de crenças, pode-se dizer que situações

diferentes, tais como ameaças externas, aumentam o sentimento de solidariedade e pressão ao conformismo.

A certeza da validação consensual das crenças pelo grupo de pertença, mediada pela confiança nas crenças e sensação de similaridade (variáveis mediadoras) garantirá aos adolescentes a confiança no conhecimento do grupo, além de um senso de similaridade que, com base na confiança, proporcionará um senso de adequação estabelecendo uma realidade objetiva difícil de ser mudada. Este aspecto terá consequências tanto individuais, quanto grupais (variáveis consequentes). Em relação às consequências individuais, espera-se que quanto mais cientes os adolescentes estiverem do compartilhamento das crenças, maior o sentimento de satisfação e autoestima. No entanto, aumenta a dificuldade de persuasão para a mudança de atitudes. As consequências grupais terão influências na tomada de decisão indicando a direção desejada para agir. Neste caso, se verifica maior a identificação com o grupo, coesão, interdependência, pressão para o conformismo e sensação de poder para a influência social.

A manutenção e reprodução das crenças societais em relação ao discurso cultural dominante no que se refere às relações de gênero são cristalizações de significados que operam como organizadores de sentido no agir, pensar e sentir dos homens e mulheres que conformam esta sociedade, sustentando a orientação e legitimação de suas instituições. Assim, produzem narrativas morais, religiosas e científicas que legitima – geralmente naturalizando – esta situação. É preciso considerar que, se anteriormente a dependência econômica, a ignorância intelectual e a passividade foram condições materiais que possibilitaram a permanência da mulher na subordinação, atualmente se dá através do controle das subjetividades, estabelecendo formas de dependência mais invisíveis, porém não menos eficazes. Hipotetiza-se, portanto, que estas crenças são apropriadas subjetivamente pelas pessoas, mais comumente mulheres, que passam a acreditar que é o certo, não obstante, é causa de sofrimento psíquico e fragilidade, denominado aqui de violência subjetiva.

A fragilidade imposta pela violência subjetiva, no modelo proposto, seria um fator de vulnerabilidade antecedendo outros tipos de violências, a exemplo da física (como golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, quebras de objetos favoritos, móveis, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família), sexual (coerção sexual) e psicológico (um padrão repetitivo, de controle e dominação, menosprezo, intimidações e humilhação constantes). Poderia, assim, se estabelecer uma relação entre violência nas relações afetivas e a vulnerabilidade à

Aids. Entre as causas desta associação, poderia estar a impossibilidade de negociação no uso de preservativos e na naturalização das diferenças de comportamento de gênero.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil está em um processo de transformação com clara tendência conservadora e de acentuação das desigualdades sociais e das desigualdades em saúde.

Dois grandes aspectos das questões de gênero foram aqui abordados. Aids e violência se assemelham por associar-se à violação ou negligência de direitos humanos e às iniquidades sociais. Ambos são resultados de cenários culturais complexos que produzem atitudes e práticas cotidianas e que parecem reforçarem-se mutuamente. Neste sentido, a relevância de intervenções, principalmente com jovens, no sentido da mudança de crenças que direcionam, justificam e reforçam a violência de gênero que levam à outras vulnerabilidades, dentre elas, o HIV/Aids.

## REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** - “Convenção de Belém do Pará”. 1995. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I. Direitos Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. *In* PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidades e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de saúde**. Curitiba: Juruá, 2012, p.09-22.

AYRES, JR; PAIVA, V; FRANÇA JR, I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. *In*: PAIVA, V; AYRES, JR; BUCHALLA, CM (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp.71-94, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico CRT-DST/AIDS CVE**, p. 2-4, 1997.



AZEVEDO, R. L. W. et al. Avaliação neuropsicológica em hiv/aids: transtornos afetivos/cognitivos associados à tarv e à qualidade de vida. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v. 48, n. 3, 2014.

BAR-TAL, D. **Shared Beliefs in a society: Social psychological analysis**. Thousand Oaks: Sage. 2000.

BOURDIEU, P; PASSERON, JC. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

GRUSKIN, S; TARANTOLA, D. Um panorama sobre Aids e Direitos Humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p. 23-42, 2012.

MARIN, I. S. K. Sujeito, desamparo e violência. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 2 , n. 3, p. 76-88, 1999.

MEDEIROS, B; SILVA, J; SALDANHA, AAW. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, p. 543-550, 2013.

PAIVA, V; ZUCHI, E. Estigma, Discriminação e Saúde: aprendizado de conceitos e práticas no conceito da epidemia de HIV/AIDS. In PAIVA, V.; AYRES, JR.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p.111-143.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Tese (doutorado). 2003. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, J. M.; SILVA, C. R. C. HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 635-646, 2011.

SOARES, B. M. Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2001. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180-10meses-1.pdf>>



# 02

## DESAFIOS PARA A SAÚDE MENTAL NO SUS: DO ESTIGMA AO ACESSO

Genário Alves Barbosa

Adriana Gaião Barbosa

Ana Alayde Werba Saldanha

*Samantha é uma jovem moradora na capital do Estado, graduanda de uma universidade particular para onde se desloca em carro próprio. Em segredo, refere pensar recorrentemente em tirar sua vida, sem saber explicar o motivo de sua angústia. Foi encaminhada por seu ginecologista a um psiquiatra e alertada da necessidade de terapia psicológica. Mas reluta em buscar tratamento com medo de ser considerada “louca” pelos amigos e familiares, afinal “psiquiatria e psicologia é coisa de gente doida”.*

*Dona Maria, uma senhora de 60 anos, acometida por um transtorno mental, moradora em uma pequena casa de taipa situada em uma cidade rural sertaneja, com renda proveniente do bolsa família, relatou que precisa do acompanhamento de um psiquiatra e de um psicólogo. No entanto, afirma que não é possível, pois, na pequena cidade a prefeitura disponibiliza apenas um carro uma vez na semana e só no período da manhã para deslocamento para a Capital. Como as consultas são demoradas e para a terapia só tinha vaga no turno da tarde, ficaria sem condições de retornar para a sua casa. Então, o jeito é ir levando a situação da forma que for possível, apesar de se sentir muito mal.*

**A**s situações acima descritas não são fictícias. Esse enredo se aproxima da realidade brasileira na qual é notável um aumento exponencial dos casos de agravos na saúde mental, tais como, a ansiedade e a depressão, principalmente durante a pandemia do COVID-19. O transtorno mental é caracterizado por uma disfunção nas atividades cerebrais que pode afetar o indivíduo de diversas maneiras. Alguns exemplos são: alterações no humor, sono, raciocínio, comportamento e dificuldades nas relações interpessoais. Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento e a ansiedade como sendo o transtorno mais comum. Mas também os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que com sintomatologia simples e complexa, são, em muitos casos, ignorados tanto por quem sofre, como pelos profissionais de saúde.

A ausência de procura por acompanhamento psicológico ou psiquiátrico se deve à diversos fatores, dentre eles o estigma, discriminação e preconceito, assim como a falta de recursos materiais ou disponibilidade dos serviços nas localidades mais distantes dos grandes centros urbanos. Sendo assim, os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, padrões de vida, as condições de trabalho e o apoio comunitário. Envolve questões sócio estruturais.

A magnitude, sofrimento e fardo - em termos de incapacitação e custo para os indivíduos, famílias e sociedades - relacionados às doenças mentais foram subestimados até muito recentemente. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) estima que mais de 700 milhões de pessoas em todo o mundo sofra com problemas na saúde mental. Aproximadamente um milhão de pessoas comete suicídio a cada ano. Uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro com doença mental. Todas as pessoas têm alguém de seu relacionamento próximo - familiar ou amigos - que sofre de algum transtorno psiquiátrico. Estudos demonstram que a pandemia ampliou os fatores de risco associados ao suicídio, como perda de

emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde.

Ao referir a inserção da saúde mental no SUS, é importante destacar que os antigos clássicos da psiquiatria falavam em higiene mental. O problema está em que exatamente é a saúde mental. A saúde mental (ou sanidade mental) é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. A Organização Mundial de Saúde (2021) reafirma que não existe definição “oficial” de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Por outro lado, segundo ela, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade

## DO ESTIGMA

Do grego, a palavra “estigma” significa picada. Feita com ferro em brasa no braço dos escravos, marginais e criminosos, representava a desgraça social. Não era relacionada aos transtornos mentais, mas associada à vergonha, humilhação e desvalorização, surgindo aí os estereótipos, padrões estabelecidos pelo senso comum, baseados na ausência de conhecimento sobre o tema.

O transtorno mental, como citado por Ferreira e Carvalho (2017), teve várias conformações no decorrer da história, sendo identificados desde indivíduos que sofriam de ação sobrenatural, possuídos por espíritos, anormais, sem razão, doentes e atualmente considerados portadores de transtornos mentais. Ressalta-se aqui, que todos estes termos têm caráter depreciativo, nenhum relacionado ao sofrimento. Neste sentido, Goffman (1988, p. 6), já descrevia a pessoa estigmatizada como “tendo um atributo que o torna diferente de outros (...) reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande”.

O estigma relacionado à doença mental é pernicioso e gera preconceito e discriminação. Conforme Arboleda-Flórez e Stuart (2012), as pessoas “carregam as marcas (...) e são banidas através de métodos mais sutis, tais como a criminalização, desemprego e intolerância social”. Isso porque as consequências negativas do estigma também influenciam as percepções internas, as emoções e as crenças da pessoa estigmatizada gerando o

auto estigma, onde a pessoa adota conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização e deixa de desempenhar o seu papel social. Envolve a pessoa que sofre do transtorno psiquiátrico, seus familiares, a medicação e outras formas de tratamento, além das instituições onde o tratamento é realizado (ROCHA; HARA, 2015).

Por tudo isso, entende-se o motivo de Samanta, uma jovem esclarecida e com poder aquisitivo, esconder seu sofrimento recusando o atendimento profissional da psicologia e psiquiatria. O medo de ser associado a imagem de uma pessoa perigosa e violenta dificulta que o indivíduo aceite sua condição e, posteriormente, busque assistência. Isso facilita com que haja uma enorme quantidade de casos de subnotificação de transtornos psiquiátricos assim como a piora do quadro do paciente, devido à ausência de tratamento (CLEMENT et al., 2015). Além disso, muitas vezes há falta de preparo dos profissionais de saúde no serviço primário (geralmente a porta de entrada do sistema de saúde para esses pacientes) com relação aos cuidados com essa população. Tal fato, dificulta a recuperação e, consequentemente, a reinserção social desses doentes. (MEDEIROS et al., 2021; ARAÚJO; FURTADO; SALDANHA, 2018).

## QUANDO QUERER NÃO É PODER

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (Brasil, 1988). Além disso, a legislação brasileira considera a saúde como resultado de diversos aspectos, incluindo o acesso à assistência à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelos princípios de acesso universal e igualitário; da equidade, como princípio de justiça social, na diminuição das desigualdades e reconhecimento das diferentes necessidades; da integralidade, considerando a pessoa como um todo, integralizando as ações e pressupondo a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Não obstante, conforme ressaltaram Assis, Villa e Nascimento (2003) ao citar Fleury (1997), “não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei”. Observa-se ainda a existência de acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social. Constata-se a



insuficiência na oferta dos serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais vulneráveis, juntamente com o descompasso entre o aumento das necessidades da oferta e dos investimentos, remetendo necessariamente à discussão sobre equidade e acessibilidade (FRANCO; CAMPOS, 1998; ARAÚJO; FURTADO; SALDANHA, 2018). O fato de as coberturas serem maiores nas áreas mais desenvolvidas e entre as pessoas de maior renda, influenciam também na efetividade da saúde suplementar no padrão de desigualdades sociais no acesso (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAÇA, 2006).

As populações territorialmente definidas como rural e urbana são marcadamente diferentes no que se refere ao acesso e à utilização de serviços de saúde, com desvantagens para as populações rurais, que dispõem de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde (VIEIRA, 2010). Esta afirmação é corroborada por estudo realizado por Kassouf (2005) ao constatar que uma proporção bem maior de indivíduos utiliza o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano, assim como a maior proporção de pessoas na área urbana procuram atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto no meio rural o principal motivo são as doenças.

Embora muitos fatores, particularmente os socioeconômicos, contribuam para a situação de saúde nas áreas rurais, Vieira (2010) elenca o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde como um dos seus pilares, seguido pelos problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde, a dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida. Talvez seja esse um dos grandes fatores negativos do sistema de saúde por parte dos gestores que, às vezes, não estão preocupados em oferecer àquela população um atendimento eficiente, pois esta rotatividade ou mesmo até ausência de profissionais de saúde por determinado período acarreta grande prejuízo aqueles que deles necessitam. Guimarães et al (2007) e Gerhardt (2006) enfatizam ainda os fatores culturais, onde as noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção derivadas de atitudes arraigadas que refletem normas culturais e sociais da população, contribuindo para a uma exposição diferenciada aos problemas de saúde na população rural, podendo levar a uma baixa demanda por modernas intervenções na saúde. Neste sentido, a grande diversidade cultural brasileira pode provocar reflexos na busca do cuidado para a saúde.

Como modelo prioritário para a organização desta rede de serviços, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que prevê a formação de equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), cuja atuação deve ser orientada para as necessidades das comunidades que residem no território, com ênfase para as intervenções preventivas e de promoção da saúde. Este modelo busca a transformação das práticas em saúde pautadas no modelo biomédico para um modelo de atenção fundamentados no cuidado, concretizando o princípio da integralidade, priorizando a pessoa e o contexto em que vive (PEREIRA, 2012).

Como parte integrante da rede do SUS, a partir da Portaria GM 224/92, foram criados os CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos ao modelo asilar que têm surgido no país, atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004). Contudo, estes objetivos complexos e ambiciosos propostos pelas políticas públicas precisam ser conjugados com as frágeis condições de trabalho no SUS, que inclui baixos salários, insuficiente carga de treinamento, reduzida perspectiva profissional, falta de material e instalações precárias, além da amplitude do território geográfico e diversidade de recursos de vida.

Embora a política inclua a importância da prevenção aos transtornos mentais, a inserção de profissionais da Psicologia e Psiquiatria só se dá efetivamente no nível de atenção secundária, visto estes profissionais não constarem na equipe mínima de trabalho, exceto no matriciamento e como referência. Em suma, no contexto da Saúde Mental, se tem o Apoio Matricial e referenciamento na Atenção Básica; O Centro de Atenção Psicossocial (Caps-Geral), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-Ad); Serviço Residencial Terapêutico na Atenção Secundária e; Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, Clínica Médica em Hospital Geral, Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM), na Atenção Terciária.

O processo de trabalho em saúde opera em rede, pois parte da constatação segundo a relação dos trabalhadores entre si, e deles com usuários, possibilitando a interlocução entre os atores na construção de redes na produção do cuidado. No entanto, a construção desta rede pode estagnar e se enrijecer pelos procedimentos burocráticos e normativos, mediante regras preestabelecidas que repetem velhos métodos de gerir o cuidado (QUINDERÁ; JORGE; FRANCO, 2014; FRANCO, 2006). Na realidade, segundo os autores supracitados, não há demanda organizada, e nem a possibilidade de ordená-la, porque o mundo da vida não tem uma ordem específica, ele se produz em um emaranhado de relações, afetos, encontros. Na prática, inexistem rigidez quanto à “porta de entrada”, ou seja, há uma quebra da lógica verticalizada do sistema de saúde. Desse modo, os encaminhamentos deveriam vir tanto do nível primário de atenção quanto dos hospitais de referência. Tome-se como exemplo os CAPS, na maioria das vezes meros ambulatórios de saúde mental, sobrecarregando a equipe multiprofissional com trabalho que deveria ser executado em ambulatório de psiquiatria.

Aqui se retoma ao relato de Dona Maria. Ela faz parte de um montante de 1.238 participantes distribuídos em 38 municípios das quatro regiões de saúde do Estado da Paraíba (ARAÚJO; FURTADO; SALDANHA, 2018). A particularidade consistiu em cidades que tinham menos de 10.000 habitantes, portanto, consideradas rurais, cujo único equipamento de saúde era a Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre outros aspectos, foi investigado o atendimento em saúde mental, assim como, aplicado um instrumento de rastreio para Transtornos Mentais Leves (SRQ-20), ou seja, aqueles que muitas vezes passam despercebidos ou não é dada a devida importância entre tantas demandas para uma única equipe mínima.

Foi identificada prevalência de 18,4% (N=50) entre a amostra de homens para Transtornos Mentais Comuns, com maior pontuação nas queixas somáticas, associadas à tremor nas mãos; Sensações desagradáveis no estômago e dormir mal; com humor depressivo ansioso acentuado em relação a sentir-se tenso, preocupado e tristeza. A perda da energia vital destes homens se caracteriza na dificuldade em tomar decisões, no entanto não apresentam exacerbação dos pensamentos depressivos. Por outro lado, entre as mulheres, verificou-se prevalência de TMC de 31,6% (n=192). O fator humor depressivo e ansioso foi o que apresentou maior diferença entre as médias dos grupos. Entre os sintomas apresentados pelas participantes destacaram-se tensão/preocupação (87%), tristeza (70%), sensações desagradáveis no estômago (70%) e dores de cabeça frequentes (66%).



Não obstante a alta prevalência de Transtornos Mentais Leves, quando entrevistados sobre o atendimento em saúde mental, praticamente a metade (48%) dos 1.238 participantes relataram estar vivenciando situações causadoras de sofrimento psíquico, sendo maior entre as mulheres, desencadeado, principalmente, por problemas ou luto familiares ou situação financeira ruim. No entanto, o atendimento psicológico ocorreu apenas para 17% destas pessoas, ficando evidente a impossibilidade devido a necessidade de deslocamento para serviços de saúde de outras cidades (49%). Surpreendentemente, a busca por ajuda profissional foi, na maioria das afirmações, espontânea, seguido, para as mulheres, por encaminhamento do médico da UBS, enquanto os homens foram encaminhados por outras pessoas (amigos, empresas, penitenciária, dentre outros).

O atendimento psiquiátrico foi referido por somente 7% dos respondentes, com necessidade de deslocamento para outra cidade em 79% dos casos. O encaminhamento se deu pelo médico da UBS em 56% dos casos, justificados por sintomas de ansiedade, depressão e somáticos, além do abuso de álcool para os homens. O uso de medicamentos psicotrópicos foi referido por 121 participantes (10%), sendo 99 mulheres e 22 homens, na maioria ansiolíticos (66%), prescritos por médicos da UBS (56%), psiquiatra (16%) ou neurologista (15%).

Na análise dos relatos apresentados pelos homens, emergiu o uso da bebida alcoólica como fuga de seus sofrimentos. Expressam essa atitude como um hábito, um lazer que traz alívio e momentos de felicidade. Percebe-se em suas falas um sentimento de desesperança e de insatisfação diante da falta de perspectiva de trabalho ou da baixa remuneração a que se submetem, principalmente por não conseguir prover suas famílias e suas casas. Já no que diz respeito ao enfrentamento das dificuldades no acesso aos serviços e na prática de cuidado a saúde, os homens acreditam que a única possibilidade plausível seria possuir recurso econômico para poder financiar a saúde e ter ingresso a assistência.

Por outro lado, as mulheres em suas narrativas deixam claro que possuem um grande objetivo que as mobilizam a enfrentarem as adversidades, o cuidado com os filhos. Para tanto, trabalham no roçado, em casas de famílias, lavam roupa, cozinham, fazem artesanato, costuram, além de ressaltarem o benefício recebido pelo governo (Bolsa Família), em muitos casos a única renda. E o enfrentamento no cuidado à saúde e adversidades da vida se dá pela religiosidade, justificadas enquanto provações divinas e fatalidades. Com base nessa mesma crença, esperam as mudanças e a melhora da vida, assim, “quando Deus quiser” tudo será diferente.

De modo geral, os serviços de saúde são descritos como ruins e de baixa qualidade. Os participantes narram as dificuldades de conseguir o atendimento. Referem também a ausência de profissionais nos serviços, na demora do atendimento, na baixa resolutividade para seus problemas, na ausência de medicamentos e de material em geral e, de não se ter a possibilidade de fazer exames na própria cidade. Os serviços são muitas vezes desacreditados pela população porque realizam muitos encaminhamentos e por não se conseguir os cuidados necessários. Como evidenciado, os procedimentos burocráticos do sistema de referência e contrarreferência ocorrem de maneira engessada e rígida, sem possibilidade de flexibilização. Desse modo, a circulação dos usuários fica obstaculizada por inúmeros procedimentos que lhes dificultam os atendimentos. Trata-se de exigências formais segundo as quais consultas especializadas só podem ser marcadas se referenciadas por meio da rede básica de saúde.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2018), as doenças mentais e neurológicas atingem aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo e menos de um terço destes recebe acompanhamento adequado. Demonstram que depressão é um transtorno comum e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ela e aproximadamente 800 mil morram por esta causa a cada ano no mundo. “A condição é diferente das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração [...], quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde” (OMS, 2018). Este transtorno pode causar à pessoa um grande sofrimento e problemas no trabalho, na escola ou no meio familiar. No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio. Os outros transtornos mentais que aparecem na literatura associados ao suicídio são os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (MELEIRO, 2004).

Em uma avaliação clássica sobre os níveis de acesso ao cuidado, Gobbo (2019) enfatiza que enquanto tem pacientes com psicopatologia grave, com transtornos psicóticos que claramente vão ser cuidados em cenários de atenção especializada, pois não vão passar despercebidos, no extremo oposto, estão os pacientes com transtornos mentais comuns, os sofrimentos cotidianos, que levam ao prejuízo da qualidade de vida, que não são tratados como tal. Entre esse primeiro e o último ponto, tem as gradações em que o indivíduo vai se inserir no serviço, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Há que se pensar no cuidado. Garantir a funcionalidade implica em adequar o cuidado ao indivíduo. E não ao contrário, não forçar o indivíduo a caber no molde de sistema.

Por fim, considerando que a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), configura um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, torna-se importante compreender como se dá o atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico nestes serviços de saúde. A ESF foi pensada como forma de quebrar a lógica tradicional de prestação de serviços médico centrada e biologista. Não obstante, a atuação em Saúde, de um modo geral, carrega consigo contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que banuiu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho, desvitalizando a relação profissional-paciente/família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço tecnológico não deixa alternativas para o profissional de saúde; a objetivação do tratamento é o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação e que coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente numa questão técnica a ser resolvida. A formação profissional, direcionada por esta lógica objetiva, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social e neste universo reificado a racionalidade clínica prevalece.

É, portanto, necessário concretizar esse espaço relacional com o usuário no sentido da identificação de demandas e vulnerabilidades que são comumente excluídas do processo saúde e doença e que abarcam questões relativas às condições sociais, grupais, familiares e a aspectos da subjetividade (conflitos, sofrimentos, questões psicoafetivas, sexuais, discriminações), não traduzidos primariamente como necessidades, problemas ou demandas de cuidados específicos. É preciso reativar a importância da relação profissional e paciente, principalmente no campo da saúde mental, entendendo o homem como um todo, não como uma máquina.

As instituições formadoras também pecam neste aspecto, quando não enfatiza a importância do “saber ouvir” em detrimento dos apetrechos disponíveis. Neste aspecto, o professor Barahona Fernandes (1998) chama atenção para a diferença entre “doença” e “dolência”, sendo a dolência aquilo que o paciente diz que sente, muitas vezes não sendo palpável, mas sente. “A pior parte de ter uma doença mental é que as pessoas esperam que você aja como se não tivesse”. Com essa frase Arthur Fleck, vilão do

filme “Coringa”, define a agonia vivida por inúmeras pessoas que sofrem com algum transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SUART, H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 8, p. 457-463, 2012.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO; M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 815-823, 2003.

FERNANDES, H. B. **Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1998.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CLEMENT, S. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychological medicine**, v. 45, n. 1, p. 11-27, 2015.

FERREIRA, M. S; CARVALHO, M.C.A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. **RIES**, v.6, nº 2, p. 192-201, 2017.

FIGUEIREDO, M. A. C. et al. Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. **Medicina**, v. 26, n. 3, p. 393-407, 1993.

FLEURY, S. Saúde e democracia: a luta do CEBES. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. 1997. p. 324-324.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital Universitário. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 61-70, 1998.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GOBBO, M. Saúde Mental: prevenção e ações na Atenção Primária. **PEBNET** [podcast], 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, Tradução: Mathias Lambert, 1988.

GUIMARÃES J. R. et al. Mapeamento do perfil de demanda inadequada nos serviços de saúde pública no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.114, P. 899-906, 2017.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

MELEIRO, A; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MENEZES NETO, J. B. et al. O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e8310312899, 2021.

OLIVEIRA, E. M. **Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG**. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: USP/FFCLRP, 2009.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Transtornos Mentais**. (2021). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais**, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2018-saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-mundo-para-atingir-metas> Acesso em 31 de julho 2018.

PEREIRA, L. B. **Crenças, práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/AIDS na Atenção Básica de Saúde**. Dissertação de Mestrado. Orientadora: SALDANHA, AAW. Programa de Pósgraduação em Psicologia Social. UFPB, João Pessoa: 2012. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6907?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6907?locale=pt_BR)

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M.S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Temas Livres*. **Physis** 24 (01), 2014.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Rev Med Minas Gerais**; 25(4): 590-596, 2015.

ARAÚJO, EA; FURTADO, FMSF; SALDANHA, AAW. Vulnerabilidade programática em saúde em cidades rurais paraibanas segundo os níveis de atenção. **CONBRACIS**, 2018.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAV, A. F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien Saude Colet**; 11(4):975-986, 2006.

VIEIRA, EWR. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado). UFMG, Belo Horizonte: 2010.

# 03

## **“ONDE FICA A PORTA DE ENTRADA?” ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS EM CIDADES RURAIS SEGUNDO O NÍVEL DE COMPLEXIDADE**

Ana Alayde Werba Saldanha

Eunice Aristides de Araújo







O sistema de saúde brasileiro pode ser melhor compreendido a partir de dois momentos distintos: o período que antecede a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o momento posterior marcado pelo início da intervenção do Estado na formulação e efetivação das políticas de saúde. Até a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 a saúde não era um direito de todos, restringia-se a uma pequena parcela da população que fazia contribuições em caixas de aposentadorias e pensões como forma de garantia dos seus benefícios (SENNA; COSTA; SILVA, 2010). A partir de 1988 ficou determinado no art. 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 é norteado por uma série de princípios divididos entre os aspectos *técnicos assistenciais* e *técnicos gerenciais*. Os primeiros são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica; enquanto que o segundo se refere a descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (CARVALHO, 2013).

Além disso, o SUS conta com redes articuladas que se organizam de acordo com níveis de complexidade referentes aos níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada um "componente-chave" do sistema de saúde e apresenta dois aspectos que apesar de serem diferentes, são interdependentes: esse modelo representa tanto uma estratégia de organização do sistema de saúde, quanto um modelo de transformação frente às práticas clínicas- assistenciais pelos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

A rede de atenção à saúde no Brasil está dividida em três níveis. O primeiro de Atenção Primária representa a atenção a saúde básica prestada por profissionais generalistas nas unidades de Estratégias de Saúde da

Família (ESF). O acesso da população à rede deve ocorrer através desses serviços de nível primário de atenção que necessitam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas de saúde. Demandas de usuários que não podem ser diagnosticados ou tratados nesse nível, são referenciados para a Atenção Secundária tendo acesso a especialistas gerais nos Centros de Referências de média complexidade, que envolve, também, a realização de exames mais específicos. As situações mais complexas são encaminhadas para profissionais especializados em locais centralizados. A Atenção Terciária é realizada em hospitais de referência com maior complexidade tecnológica (MARCELINO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada como uma das propostas desenvolvidas pelos Ministério da Saúde com o intuito de reorganizar a atenção primária e atingir os objetivos da universalização, equidade e integralidade. É definida como um conjunto de ações e práticas que perpassam a assistência médica, com ênfase nas necessidades da população, estruturadas e apreendidas mediante o estabelecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No entanto, as barreiras frente ao acesso e (in)disponibilidade dos serviços de saúde e a própria organização desses serviços são alguns dos elementos que compõem o que Ayres, Paiva e França Jr. (2012) denominam de vulnerabilidade programática. Estes fatores contribuem para que as pessoas que residem em cidades rurais estejam ainda mais vulneráveis ao adoecimento. As cidades rurais são caracterizadas como localidades com baixo índice de desenvolvimento, com população inferior a 10.000 habitantes e adjacentes a centros urbanos de maior hierarquia. São cidades são marcadas pela precariedade na cobertura e organização dos serviços de saúde, dificuldades de assistência médica especializada, condições socioeconômicas e saneamento básico precários (SALDANHA, 2018; SOUSA, 2017).

O acesso corresponde à porta de entrada no serviço de saúde e, conseqüentemente, os cuidados inerentes a cada caso, associando-se assim ao modelo apresentado pela Atenção Básica. No âmbito da Atenção Primária à Saúde o acesso pode ser associado às diferentes possibilidades de adentrar nos serviços de saúde (espaço físico) que se encontram intimamente relacionada com a localização das unidades básicas, aos horários e dias de atendimento, demanda espontânea e a percepção das pessoas frente a estas questões relacionadas ao acesso (STARFIELD, 2004).

## **BUSCA E FLUXO DE ATENDIMENTO VERSUS COMPLEXIDADE EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS**

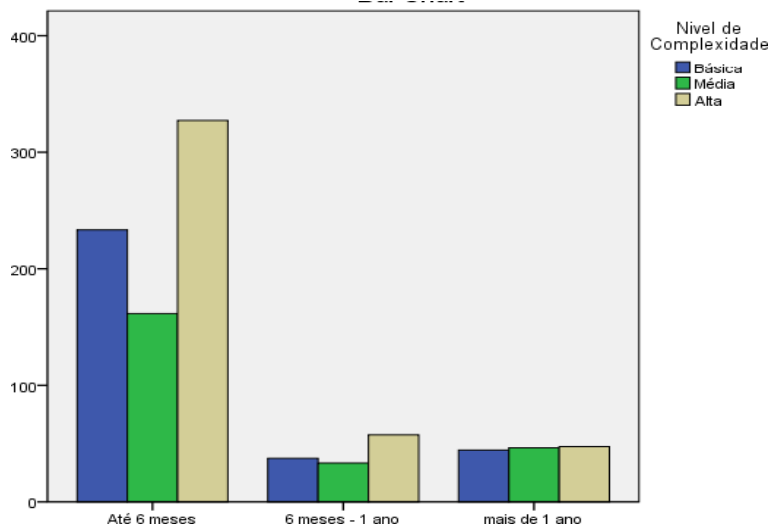
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população e a riqueza concentram-se nas duas maiores cidades do Estado da Paraíba (duas das macrorregiões de saúde), João Pessoa e Campina Grande, evidenciando a má distribuição da riqueza, resultante do processo histórico de ocupação do território paraibano. As Macrorregiões de saúde de Sousa e Patos se situam no sertão paraibano, região mais castigada pela seca e com piores condições de vida, onde há o predomínio de uma estrutura deficitária das necessidades humanas básicas, como alimentação, qualidade da água, rede sanitária, saúde, habitação, educação, informação e acesso aos serviços, ou seja, deficiências centradas nas condições de moradia, na baixa escolaridade, na falta de renda ou renda mínima (muitas delas advindas exclusivamente dos programas de transferência de renda do governo), além das carências na oferta e no uso dos serviços de saúde (QUEIROZ et al. 2010; FURTADO et al., 2016).

O relatório do estudo intitulado "Vulnerabilidades em Saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de residentes em cidades rurais", desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (SALDANHA, 2018), realizado com 1.238 usuários de 38 municípios rurais do estado da Paraíba distribuídos entre as 04 macrorregiões de saúde: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, possibilitou observar a conformação entre o fluxo e a complexidade de atendimento nos serviços de saúde. A atenção Básica, neste estudo, compreendeu as unidades básicas através das Equipes de Saúde da Família; a Média Complexidade se refere aos atendimentos efetuados em Ambulatório Hospitalar e Policlínicas Especializadas; enquanto a Alta Complexidade consiste no Serviço Hospitalar.

Observou-se que o último atendimento em serviços de saúde ocorreu, na maioria, nos seis meses anteriores ao estudo, ocorrendo na alta complexidade, que aqui se refere aos hospitais, conforme pode ser observado na Figura 01, onde as mulheres buscaram atendimento no menor tempo do que os homens. Os motivos para a busca por atendimento em saúde nesta última vez, em geral, foi: 41% pronto atendimento (hipertensão, dor aguda, virose, dengue), 15% consulta por médico especialista (gastroenterologista, cardiologista, oftalmologista, urologista, dermatologista, mastologista, endocrinologista e neurologista), 12% prevenção e 8% pré-natal. Para atender a suas necessidades de saúde, 32% dos participantes foram atendidos

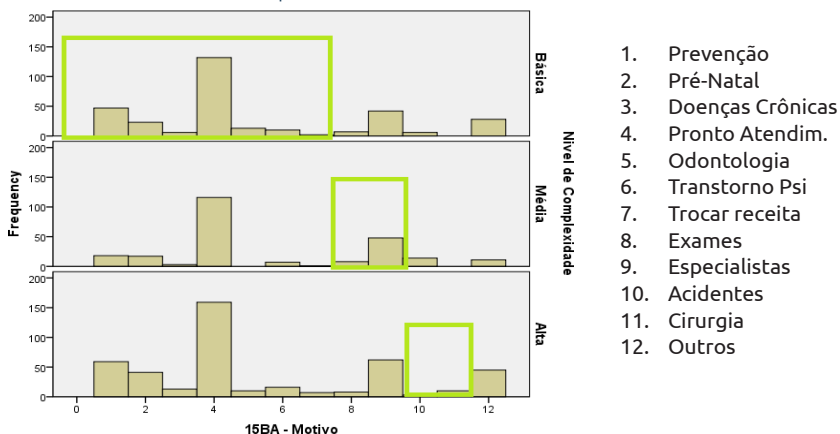
na atenção básica (PSF), 24% em serviços de média complexidade (UPA/ Policlínica) e 44% na alta complexidade (hospitais).

**Figura 1.** Nível de complexidade do último atendimento.



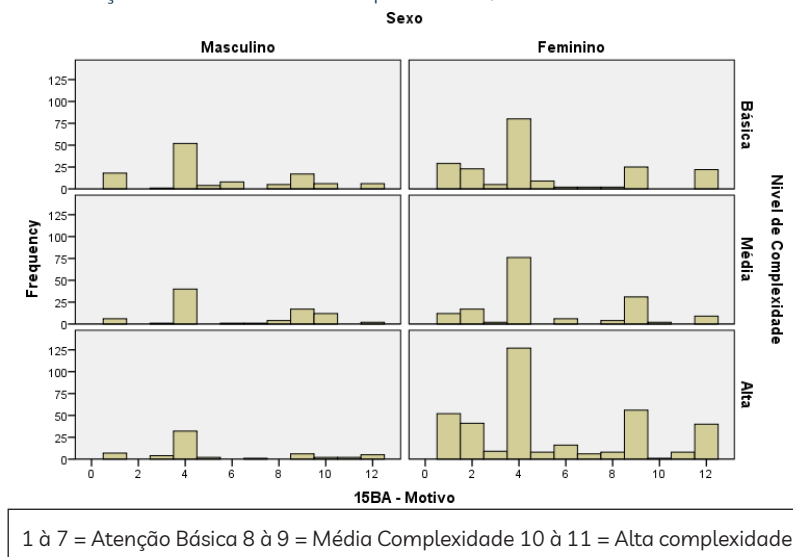
A partir cruzamento entre os motivos de busca e o nível de atenção, observam-se distorções propositivas no nível atendimento em cada nível de atenção, a exemplo da prevenção e pronto atendimento pelos hospitais, quando deveriam estar situados na Atenção Básica. Na Figura 02, o quadro verde ilustra o atendimento correto para cada nível de complexidade. Conforme pode ser visto, há um desvio no atendimento em relação aos níveis de atendimento, principalmente em relação às demandas do nível de complexidades básico e médio que são efetuadas na alta complexidade.

**Figura 2.** Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção.

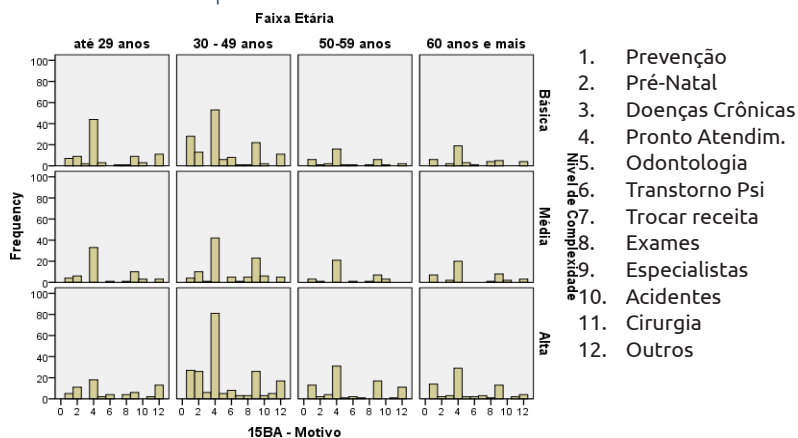


Considerando os motivos de procura por atendimento e o nível de atenção com relação à variável sexo, observou-se diferenças em relação à prevenção, pronto-atendimento, consulta com médicos especialistas, transtornos psíquicos e realização de exames prescritos. Em quase todos os casos acima descritos, as mulheres (86%) procuraram atendimento, na maioria, nos hospitais (prevenção 58%; pronto-atendimento 45%; consulta com especialista 50%; transtorno psíquicos 68% e exames prescritos 57%) enquanto os homens buscaram atendimento no nível de atenção básico (prevenção 56%; pronto-atendimento 50%; consulta com especialista 42%; transtorno psíquicos 88% e exames prescritos 56%). O nível de complexidade médio foi o menos procurado em todos os casos analisados. Estes dados podem ser visualizados na Figura 03.

**Figura 3.** Relação entre nível de complexidade, motivos de atendimento e sexo.



Em relação à faixa etária, apenas as variáveis pronto-atendimento e controle de doenças crônicas apresentaram diferenças. Conforme pode ser observado na Figura 04, a faixa etária que mais busca por atendimento se situa entre 30 e 49 anos, em hospitais.

**Figura 4.** Nível de Complexidade do Atendimento de acordo com a faixa etária.

O atendimento à sintomas (crise hipertensiva, dor aguda, viroses), aqui denominado de pronto-atendimento é o principal motivo de busca por serviço de saúde em todas as macrorregiões paraibanas, responsáveis por cerca da metade de toda a demanda trazida pela população. Em segundo lugar, na macrorregião de Campina Grande, foi a prevenção, enquanto para as demais macrorregiões, foi a consulta médica com especialistas. Ressalta-se a ausência de referências, na macrorregião de Sousa, de citações referentes a motivos odontológicos e exame prescritos, além da troca de receitas.

Não obstante, a organização do sistema de saúde por níveis de atenção exige que a distribuição dos serviços assistenciais seja feita com base em uma escala, com a proposta de que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, os resultados por macrorregiões apontam para distorções no fluxo. Esta distorção acontece em todos os níveis de atenções, mas é maior entre o fluxo básico e alta complexidade. Em todas as macrorregiões de saúde da Paraíba, a população recorre mais aos hospitais, ou seja, alta complexidade.

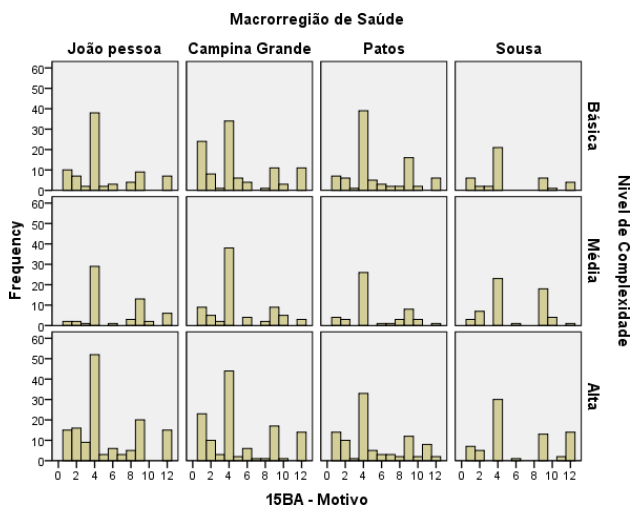
A macrorregião de João Pessoa apresentou 29% dos atendimentos na atenção básica, 21% na média complexidade e 50% na alta complexidade. De acordo com os motivos apresentados, observa-se que, deste percentual de atendimento nos hospitais, 71% deveria ser atendido na atenção básica e 17% na média complexidade. Neste sentido, apenas 12% dos atendimentos realmente correspondem à alta complexidade. Dos 21% dos pacientes atendidos na rede de média complexidade, 59% de casos deveriam ter sido atendidos na atenção básica. Por outro lado, 16% dos pacientes atendidos na atenção básica deveriam ter sido atendidos na média complexidade e 3% na alta complexidade.

Na macrorregião de Campina Grande, 40% dos atendimentos foram efetuados na alta complexidade. No entanto, 73% correspondem à atenção básica e 15% à média complexidade. Assim como, dos 25% de atendimentos na atenção de média complexidade, 10% deveriam ter sido feitos na alta complexidade e 75% na atenção básica. Entretanto, dos 34% dos pacientes atendidos na atenção básica, 12% deveria ter sido na média e 3% na alta complexidade.

Na macrorregião de Patos, sertão paraibano, a situação não difere, com a maioria dos usuários entrevistados tendo sido atendidos na alta complexidade (41%). No entanto, destes, 73% correspondem a atendimentos na atenção básica e 18% na média complexidade. Dentre os 21% atendidos na média complexidade, 70% dos motivos são referentes à atenção básica e 7% deveriam ter sido encaminhados para a alta complexidade. Em contrapartida, dos 38% de atendimento na rede de atenção básica, 20% correspondem à média e 2% à alta complexidade.

A macrorregião de Sousa, a mais distante da Capital, situada no alto sertão, apresenta menores percentuais de distorção de fluxo, ainda que significativos. Foram realizados 42% de atendimentos na alta complexidade, dos quais 60% são relativos à atenção básica e 18% à média complexidade. Esta última, por sua vez, realizou 33% dos atendimentos, dos quais 60% deveriam ter sido atendidos na atenção básica e 7% na alta complexidade. No entanto, dos 25% de atendimentos na atenção básica, 14% se refere à média e 2% à alta complexidade. Estes dados podem ser vistos na Figura 05.

Figura 05. Fluxo de atendimentos de acordo com o nível de complexidade.



1 à 7 = Atenção Básica 8 à 9 = Média Complexidade 10 à 11 = Alta complexidade

Embora o estudo tenha sido desenvolvido em cidades rurais onde os próprios participantes informaram a existência da ESF, os dados demonstraram alto índice de busca por serviços de alta complexidade, quando o atendimento adequado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, deveria ser disponibilizado na atenção básica. Isso leva a questionar a efetivação das políticas de saúde nessas cidades, assim como, o direcionamento dos repasses públicos para investimento e manutenção dos serviços básicos.

Um dado a ser ressaltado é o fato de que os indivíduos acometidos por doenças crônicas, entre elas a hipertensão e diabetes, acessaram com maior frequência os serviços de saúde, como esperado, no entanto, a maioria buscou serviços de alta complexidade. Não se pode desconsiderar o impacto que essa demanda desencadeia na rede de atenção, como o lotamento nos hospitais e o esvaziamento nas unidades de atenção básica (SOLLA; CHIORO, 2009). Outro aspecto se refere à baixa procura pelos serviços de odontologia, ocorrendo apenas em situações mais críticas.

Estudo desenvolvido por Rossaneis et al. (2011) já retratavam que a falta de profissionais qualificados, a escassez de recursos, equipamentos, materiais para exames, medicamentos e o número cada vez mais reduzido de vagas para a realização de exames, assim como, o tempo de espera, são apenas alguns motivos que têm levado a população a buscar atendimento nos hospitais para o tratamento de patologias que poderiam ser resolvidas na atenção básica e, com isso, a superlotação nos serviços de média e alta complexidade, dificultando o acesso dos pacientes que de fato necessitam deste tipo de serviço.

Evidenciam-se as situações de vulnerabilidade às quais as pessoas que residem em cidades rurais se encontram susceptíveis. Cidades essas, na maioria, desprovidas de hospitais, médicos diários e de equipamentos para exames, necessitando o encaminhamento às “cidade-polo” responsável pela região de saúde, onde são atendidos nos serviços de média e alta complexidade. Nessas circunstâncias emerge outro empecilho: o tempo dispendido entre a solicitação do médico (local), o agendamento através de Sistema Único de Saúde até a realização dos exames ou a própria consulta, o que pode levar meses para serem realizados dependendo da demanda.

Desta forma, a eficácia dos serviços em saúde é comprometida devido a falta ou baixa resolutividade na atenção básica, a existência de demandas reprimidas, o limite de acesso aos serviços, a falta de definição de fluxos de referência e contrarreferência entre outros (ERDMANN; ANDRADE; MELLO; DRAGO, 2013). Essa desordem gera uma série de problemas em rede ao



desencadear pressão da demanda aos serviços da média e alta complexidade, resultando em atendimentos fragmentados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo organizar o Sistema Saúde em níveis hierárquicos de atendimento com o intuito de melhor atender as necessidades da população de forma integral e igualitária. No entanto, apesar da alta cobertura da Estratégia Saúde da Família nesses municípios, o qual faz parte da Atenção Básica, identificou-se deficiências na efetivação de suas ações, levando a desvios de demanda para as esferas de maior complexidade.

Não se pode negar a beleza do Sistema Único de Saúde, o que se deve questionar é a forma como ele se encontra organizado e como essa organização têm gerado disparidades ao acesso e atendimento aos serviços. É certo que os recursos são distribuídos aos municípios proporcionalmente ao número de habitantes, contudo, seria de grande valia levar em consideração as principais demandas e, conseqüentemente, buscar melhores investimentos em práticas de saúde. Nessas circunstâncias, os serviços de alta complexidade assumem o papel de porta de entrada ao sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. J.R. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In PAIVA, V; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Coor.), **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde** – Livro I (pp. 71-94). Curitiba: Juruá, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198. 1988.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, p. 5-26, 2013.

ERDMANN, A. L; ANDRADE, S. R; MELLO, A. L. S. F; DRAGO, L. C. A Atenção secundário em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21(especial), 2013.

FURTADO, F. M. F; *et al.* 30 years later: social representations about aids and sexual practices of rural towns residents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (online), v. 50, p. 74-80, 2016.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66(esp), p. 158-164, 2013.

ROSSANEIS *et al.* Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, 3(3), pp. 169-74, 2011.

SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidades e Percepções sobre o Atendimento e Acesso aos Serviços de Saúde Mental por Moradores e Profissionais de Saúde do Estado da Paraíba, **Relatório de Pesquisa apresentado ao CNPq**. Projeto - 441924/2014-0. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba, 2018.

SENNA, M. C. M; COSTA, A. M; SILVA, L. N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, 16(1), pp. 121-137, 2010.

SOLLA, J; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo**. Coletânea de textos/ Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública, Salvador, 2009.

SOUSA, D. H. A. V. **Relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento em cidades rurais paraibanas**. Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/ PB. 2016.

STARFIELD, B. (2002) **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

## **PELAS RUAS QUE ANDEI: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E PERCEBIDAS NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS**

Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa



**A** observação das comunidades, de seus estilos de vida, de suas estruturas e o encontro com seus moradores proporcionou reflexões, questionamentos, espanto e indignação, ao presenciar a vida real de homens e de mulheres que, apesar de todos os problemas enfrentados, ainda lutam, prosseguem e perseveram. De fato, ao estar na cena concreta de vida, um novo horizonte se descortinou. Uma revelação da realidade, de suas nuances e de suas marcas estampadas nos rostos de quem dedicou sua vida ao roçado e de jovens e adultos que lutam para permanecer em sua cidade apesar das inúmeras dificuldades.

Um momento único, estabelecido a partir da riqueza do diálogo como experiência e da capacidade de se relacionar com o próximo e por consequência consigo mesmo. Nesse campo de diálogos e de descobertas, na experiência vivida e percebida nesses locais, se realizou algumas observações que foram organizados por macrorregiões de saúde do estado da Paraíba. São vulnerabilidades ao adoecimento perpassadas por relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas (aquelas com menos de 10.000 habitantes), registradas em um Diário de Pesquisa, que são expostos a seguir, em uma viagem do sertão ao litoral paraibano.

#### **IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

A quarta macrorregião de saúde, polarizada pelo município de Sousa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde, totalizando 40 (quarenta) municípios (77% deles com menos de 10.000hab) e concentração de 11,88% da população do Estado. As cidades pesquisadas possuem a caatinga como vegetação característica (típica caatinga xerofítica, onde se destaca a presença de cactáceas, arbustos e árvores de pequeno a médio porte), com trechos de Mata Caducifólia (plantas que perdem suas folhas nos meses sem chuva ficando só os galhos e o caule). Possuem lavouras temporária (áreas plantadas ou em preparo para o plantio de culturas de curta duração, geralmente menor que um ano, que necessitam de novo plantio após cada colheita) de milho, feijão, mandioca e cana-de açúcar e lavouras

permanentes (plantio de culturas de longa duração, que após a colheita não necessitam de novo plantio) de banana e algodão.

Há poucos locais em que há a criação de bovinos e vacas ordenhadas que estão localizados em pequenas propriedades privadas. Existe uma maior representatividade de criação galinácea e caprina pela população em geral. Os principais cursos d' água nos municípios têm regime de escoamento intermitente, ou seja, diminuem de nível ou secam em períodos de estiagem.

As cidades dessa macrorregião onde foram realizadas a pesquisa eram bem pequenas e normalmente a população era receptiva, apesar de algumas pessoas se apresentarem desconfiadas, pois temiam a legitimidade do estudo acreditando que poderia se tratar de um golpe já que há algum tempo ocorreu um "golpe para roubar aposentadorias" que fez vítimas nas comunidades rurais.

Os municípios visitados possuíam duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se encontravam lotados de mulheres esperando por atendimento e poucos homens. Logo após o almoço o médico que deveria permanecer na unidade foi embora, pois precisava retornar para a cidade onde residia. Sendo assim, foi possível identificar que o médico trabalhava de terça a quinta no turno da manhã. No turno da tarde ficam somente a enfermeira e as auxiliares encerrando as atividades as 15 horas. Na ocasião, estava ocorrendo uma grande demanda de casos de dengue na região sobrecarregando o serviço de saúde, com dificuldade diagnóstica devido à inexistência de laboratório de análise nestas cidades.

Segundo os moradores de um desses municípios, a saúde vem melhorando com a nova gestão, mesmo sem saberem explicar qual a melhora real. Muitos se referem que antes não havia nenhuma forma de cuidado, então ter ao menos um "posto" (os usuários ainda se referem ao serviço pela antiga denominação de "posto de saúde" ou "postinho", nomenclatura que será utilizada neste texto doravante), em que há um médico em algum dia da semana já é algo considerado positivo, apesar do muito que ainda precisa ser feito. Foi destacado que quando os médicos entram em férias, toda a equipe "aproveita" e entra em férias também, deixando o único postinho da cidade fechado. Quando se conversava com pessoas que possuíam uma condição de vida mais favorável elas informavam que nunca utilizavam o serviço de saúde da cidade, visto que há municípios maiores próximos, a exemplo de Pombal, com maior estrutura de médicos e hospitais, preferindo, assim, se deslocarem até lá.



Em um desses locais visitados, a secretária de saúde convocou a responsável pela equipe de pesquisa para apresentar os dados epidemiológicos da cidade, justificando os erros como sendo de responsabilidade dos oito anos do governo anterior e que a atual gestão estava lutando e se encaminhando para as melhorias necessárias. O fato de uma gestão depositar a culpa no antecessor foi algo comum e recorrente nas cidades estudadas. Contudo, torna-se bem mais difícil de utilizar esse argumento quando ainda é a mesma gestão na administração, casos em que culpabilizavam o Governo Federal pela falta de recursos.

Sobre os moradores, se observou que os homens em sua maioria trabalham em “sítios” ou viajando como vendedores ou caminhoneiros. As esposas relatavam que por eles passarem muito tempo ausentes de casa devido ao trabalho, sabiam que seus maridos mantinham atividade sexual nessas viagens, mas acreditam que usam preservativos “por lá”. Alegam que eles são seus companheiros, são casadas e não devem fazer uso “dessas coisas” com os maridos. Acreditam que os homens não iriam gostar de saber que as suas esposas querem que eles usem preservativos, afinal de contas, isso poderia suscitar neles suspeitas sobre a conduta da mulher, ou seja, que elas poderiam estar traindo.

A prevenção é precária para homens e para mulheres. Poucas informações e campanhas são realizadas. Não existe espaço para conversar sobre a sexualidade, pois isso é tido como particular, não deve ser comentado. Muitas mulheres tiveram vários filhos (em média de 9 a 11 filhos) nas condições mais precárias possíveis, como no relato de uma delas “*no pé da serra, minha filha, nunca precisei de nada*” (sic). Essas mulheres ainda ajudam no roçado e são as responsáveis pelos cuidados e pela criação das crianças.

Encontra-se na narrativa de suas vidas, diversos históricos de abortos e de filhos que morreram ainda crianças. Os motivos para as mortes são: um susto que tiveram, acordou morto, febre e diarreia e outras doenças da infância que não foram cuidadas porque não foi possível levá-las as cidades mais desenvolvidas e que possuem um hospital. Esses municípios mais desenvolvidos são referências para as localidades rurais que não possuem uma estrutura de saúde adequada.

Nessa macrorregião as cidades de referências são Pombal, Patos e Sousa. Contudo, os problemas não se encerram somente em se ter algum local de referência para a saúde e a assistência, antes deve-se conseguir chegar até essas cidades. Além da distância entre os municípios, existem os problemas com o transporte, o carro da prefeitura, que muitas vezes não está disponível, ficando dependente da boa vontade dos poucos vizinhos



com carro próprio. Há reclamações também sobre os atendimentos também nessas cidades de referência, pois os hospitais estão sempre lotados e, segundo eles, apenas são bem atendidos se chegarem de ambulância, caso contrário ficam horas, às vezes dias, esperando por uma consulta.

As mulheres são muito preocupadas com a saúde da família, reclamam que seus esposos não se cuidam, só indo ao médico quando “não tem mais jeito mesmo”. Há vários casos de AVC (Acidente Vascular Cerebral), infarto, hipertensão entre os homens, mas conforme eles mesmos informaram, não gostam de ir ao posto, pois é muita gente, demora muito, cheio de mulher e de criança chorando, e, por conta dessa estrutura, perdem tempo, atrasando o seu trabalho, por um “atendimento que não vão conseguir mesmo”.

Caminhando pela cidade, se observa uma mulher que está gritando na rua atrás de seu marido, implorando para ele voltar para o posto de saúde porque ele estava com pressão alta (na verificação da enfermeira estava com PA: 20/12) e ela tinha pegado uma ficha para ele, mesmo assim, ele desistiu do atendimento. O esposo passou por ela com sua enxada para ir ao roçado, mostrando-se bastante irritado com a insistência da esposa que tentava segurá-lo, até o momento em que foi bem grosseiro empurrando-a e deixando-a caída no chão, ao mesmo tempo em que falava bravo que precisava mesmo era trabalhar e não ficar “naquela demora”.

Ao abordar essa mulher, ela começa a reclamar muito do horário do postinho onde que tem que se chegar muito cedo para ser atendida, visto só ter médico pela manhã, motivo pelo qual os homens que trabalham não têm como ir. Ela estava muito triste porque tinha se esforçado muito para conseguir aquela ficha e o marido desistiu por causa da demora. Alguns moradores diziam que tinha médico todo dia, outros que ele folgava na quarta e que não ficava o dia todo, mas o fato é que a cidade possui uma assistência bem precária e a própria população não conhece o seu funcionamento, a exemplo do posto de saúde que não sabem informar os horários e dias em que podem encontrar o médico. Diante dessas situações que são antigas no município, a população está acostumada a ir para outras cidades para obter ajuda.

A maioria relata que a prefeitura dispõe de um carro para o transporte, que é só ligar que conseguem, mas alguns entrevistados informaram que não é bem assim, principalmente para quem não votou à favor da atual gestão, que é mais fácil, numa emergência, procurar alguém que tenha carro e pagar a viagem.

Grande parte da população usa do Projeto Bolsa Família do Governo Federal, em torno de R\$ 120,00/mês, para a sua sobrevivência e de sua

família. Comumente, os adultos jovens saem das cidades para buscarem trabalhos em cidades urbanas. As mulheres costumam deixar seus filhos com suas mães para poderem ir em busca de trabalho e ajudar no sustento da família.

Foi presenciado em outra cidade dessa região uma cena absurda: um homem gritava e batia em sua mulher dentro do carro e ela não saía do veículo. Quanto mais ela ficava no carro mais ele ficava alterado e batia nela. Ante esse fato percebemos uma paralisia, uma falta de reação de todos que presenciavam a situação. Uma vizinha desse casal narrou que é comum esse fato na cidade, e em especial com aquele casal, cujas brigas eram recorrentes, informando que pouco antes ele já havia batido em sua própria mãe. Relataram ainda que ele “se alterava por qualquer coisa” e que já havia sido denunciado e preso uma vez, ficando retido na cidade de Pombal, mas retornava e a mulher “não queria deixá-lo por nada”.

Em diversas falas das mulheres da cidade se observou uma auto-pepção de desvalorização principalmente por seus companheiros. Elas trabalham, cuidam da casa, dos filhos, dos netos e, em sua maioria, reclamam que seus maridos bebem muito. Eles saem muito cedo para o roçado e levam o almoço, sendo assim, as esposas também acordam de madrugada, para preparar a comida. Quando voltam no final da tarde, os maridos esperam que esteja tudo feito: o jantar tem que estar pronto, a casa arrumada e não querem se “aperrear” com os filhos ou netos. Saem e vão beber e voltam para dormir para no outro dia tudo se repetir. Os homens, por sua vez, indicam insatisfação e falta de ânimo pela situação de suas vidas, trabalhar no roçado sem a garantia de que haverá uma boa colheita é desanimador. Ficam apreensivos com a seca que pode colocar tudo a perder.

Identifica-se que essa situação é agravada pela falta de investimento e de estrutura para melhorar o plantio e poder possibilitar recursos quando a situação ambiental é inevitável. Muitos seguem a tradição das gerações anteriores, sem modernidade e/ou a inclusão de tecnologias para ajudar no cultivo, condição que somente os grandes empresários latifundiários possuem. Sendo assim, acabam por se submeterem aos mais ricos e poderosos trabalhando nas “*terras de outros*” de maneira informal e mal remunerados. Percebe-se que não há grande interesse nessas regiões, nem mesmo pelos latifundiários, que ficam isoladas, sem desenvolvimento e com poucos investimentos.

Perante o descontentamento e o fracasso de não ser o provedor de sua casa e por viverem em situação de extrema pobreza, o índice de alcoolismo é exacerbado. Recorrem a bebida com frequência e tentam se impor através

da força e da violência para não se fragilizarem ainda mais diante do contexto social. Segundo as narrativas, não querem perder o “controle de suas casas e de sua mulher, todos devem saber que eles é quem mandam”. Há diversos relatos e indicativos de violência contra a mulher nessas regiões.

Alguns desistem do roçado e, junto com seus filhos homens mais velhos, vão para outros municípios maiores e urbanos em busca de seu sustento e de áreas de trabalho. Os que estão mais próximos de suas cidades permanecem durante os dias úteis trabalhando e retornam para seus lares nos finais de semana. Outros voltam apenas uma vez ao mês, isso quando não vão para a Região Sudeste retornando apenas uma vez ao ano. Quando voltam querem o seu lazer e seu descanso, sem se preocupar com crianças ou “coisas do tipo” que deve ficar a cargo da mulher. Há casos em que esses homens acabam formando outra família nessas locais abandonando de vez a mulher e os filhos que ficaram no sertão.

Contudo, há relatos de homens que cuidam dos filhos. Um senhor que ficou viúvo muito cedo, pois sua esposa faleceu de câncer tardiamente diagnosticado, informa que tudo era bem pior, não tinha nenhuma forma de assistência à saúde no município, “*nem posto, nem nada*”. Quando sua esposa veio a óbito, a filha mais velha passou a cuidar dos outros dois filhos menores enquanto ele trabalhava. Ele casou novamente, mas segundo sua fala “*para ter mais trabalho*”. Ela o traiu com o vizinho e agora quer tirar sua casa, estando com um processo em Pombal. Brigam por uma casa de taipa com dois cômodos e um banheiro externo (um buraco no chão). Atualmente ele cuida de seus dois filhos de 15 anos e 10 anos de idade e de seu irmão que ficou cego quando criança porque “*caiu poeira em seus olhos quando ainda era bebê*” (sic). Sua filha casou e mora em outra cidade. Afirma que a vida é muito difícil, que teme pelos filhos, porque não há alternativas na cidade, só muita miséria e perda, inclusive de algo tão pobre como a sua casa.

### III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

A terceira macrorregião de saúde polarizada pelo município de Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde, totalizando 49 municípios (75,5% deles com menos de 10.000hab) com concentração de 12% da população do Estado. As cidades pesquisadas também possuem a catanga-sertão como vegetação característica, tendo poucas lavouras temporárias que são utilizadas para a subsistência familiar principalmente de milho e de feijão; há lavouras permanentes de banana, goiaba, manga e coco. Em alguns

municípios não haviam o cultivo e nem criação de animais, assim como se identificava a inexistência de latifúndios com essa finalidade. Todos os cursos d' água nesses municípios têm regime de escoamento intermitente (diminuem de nível ou secam em períodos de estiagem).

Em uma das cidades visitadas há extração de madeira que é utilizada como lenha. Em poucos locais há a criações de bovinos, vacas ordenhadas e mel de abelha que estão localizados em propriedades privadas. Existe uma maior representatividade de criação galináceo, caprino e suínos pela população em geral para consumo próprio, que circulam livremente pela cidade.

Os municípios nessa macrorregião são bem pequenos tendo como característica marcante suas íngremes ladeiras. Observa-se nesses locais pouca estrutura, poucos recursos e serviços. Em um desses locais apenas uma rua era calçada as demais eram de terra, por isso era grande a poeira, principalmente quando as pequenas motos, principal meio de transporte local, passavam. Estas motos também eram usadas como recurso para subsistência (mototáxi), transportando passageiros na cidade ou para municípios próximos. Em todos os casos encontrados, esses motoqueiros trabalhavam de maneira informal, inclusive muitos não possuíam a habilitação.

Muitas casas são de taipa e havia grande número de crianças pequenas, de idosos e de mulheres que reclamavam muito de doenças respiratórias por causa das condições das ruas e das moradias. Encontra-se nas falas dos poucos jovens da cidade o desânimo devido à pouca oportunidade de trabalho, de lazer, de cultura, de objetivo de vida. Na maioria, não se interessam em estudar por estarem desmotivados diante da falta de estrutura e de ofertas de trabalho.

Caminhando pela cidade, alguns homens relatavam que trabalhavam fora em outras regiões e que estavam no período de férias, tendo retornado para aproveitar as festividades do mês de junho. Contavam a saudade que sentiam do lugar onde nasceram, mas também a tristeza da falta de condições para se viver nesses locais. Relatavam que os que tinham sorte conseguiam sair de lá para poder ajudar os que ficaram, principalmente, as suas mães, a quem se referem com grande carinho.

As mulheres estavam, em sua maioria, nos pequenos salões da cidade ou no terraço de outras vizinhas se arrumando, afinal, era o mês das festas juninas. Em uma das casas próximo de onde seria a festa estava uma mulher grávida de seu terceiro filho. Ela contava o quanto já havia sofrido com a falta de estrutura da cidade, as poucas oportunidades de trabalho e com seu marido que bebia muito, o que causava grande transtorno com

ameaças de agressão física a ela e nas crianças. Essa senhora relatou que sua filha de 16 anos, numa dessas confusões entre os pais, tentou se matar tomando medicamento, um rapaz que estava de carro na rua foi quem “acudiu” para poderem ir a Patos, onde ficou internada. Após esse episódio o marido parou de beber. Mas enfatiza que, o socorro a uma necessidade ou doença grave é muito difícil, a exemplo de sua vizinha que não teve “sorte” e morreu a caminho de Patos não resistindo, provavelmente, a um AVC.

Alguns moradores pediam para falar, queriam que alguém ouvisse o sofrimento daquele povo que não tem recurso, que vive à margem dos grandes centros. Informavam a precariedade na saúde, no saneamento, nas condições de vida, de moradia e de alimentação, que se aliavam a distância do município, sentindo-se verdadeiramente desprezados pelo governo. Indicavam os problemas na cidade como, por exemplo, os esgotos a céu aberto correndo pelas ruas, a falta de água, a privação devido ao clima seco e muitas reclamações sobre os serviços de saúde.

Na cidade pesquisada existem três Unidades Básicas de Saúde, mas falta médicos, que não estão todos os dias nos serviços de saúde, não há equipamentos de diagnóstico e nem laboratório de análises. Os moradores criticam a forma de funcionamento desses serviços: são extremamente cheios no dia em que os médicos vão, são mal atendidos e são tratados de forma muito rude pelos profissionais. Reclamam da demora no atendimento, informando inclusive que é necessário chegar ao posto de manhã bem cedo para serem atendidos normalmente só a tarde e que não podem sair para não perder a vez.

Queixam-se principalmente por não terem uma maternidade e um hospital em sua própria cidade tendo que se deslocarem para outras localidades. Verifica-se a falta prevenção nesses locais, sendo a saúde considerada o tratamento de doenças já existentes. Os municípios de referência em busca de assistência à saúde, são as cidades de Patos e Campina Grande, que apesar da distância e da dificuldade de transporte é a alternativa que a população possui.

Relatam ainda que são mal recebidos, principalmente na cidade de Patos e que possuem muitos problemas de marcação de consultas com especialistas. Sendo assim, diante dos obstáculos enfrentados no acesso aos serviços de saúde, utilizam-se de recurso como: ir à farmácia e se automedicarem, usarem chás e “lambedores”, esses últimos são remédios caseiros populares feitos normalmente com plantas (raízes, folhas, caule), mel ou açúcar e água. Uma senhora informou que curou um neto com seus lambedores. Ele foi criado por ela desde seus 3 anos de idade, e vivia muito

doentinho e fraquinho, “*com um cansaço que não se acaba mais*”. Ele agora está com 15 anos de idade e está muito bem, segundo sua fala.

As tradições culturais são muito fortes nessas regiões, principalmente entre os idosos. Apesar das transformações ocorridas no espaço rural, se percebe que ainda são preservadas, por parte dos moradores, os costumes que se manifestam em suas festas, em seus “causos”, nos compadrios e em suas teias de relações sociais. Da mesma forma, se observa como são marcantes as relações sociais de gênero, do que é esperado socialmente dos homens e das mulheres.

Nessa localidade, assim como nas demais cidades selecionadas, a maioria sobrevive da Bolsa Família e agradece essa iniciativa do Governo Federal, pois antes se humilhavam aos vereadores e prefeitos para obterem o que comer e, assim, mais poderosos esses políticos ficavam e mais aprisionavam a população. A política é algo muito presente na vida dessas pessoas. Um senhor veio perguntar como estava a questão política em João Pessoa, qual era a avaliação que se tinha do governo da Paraíba e imediatamente explanava a sua análise sobre o Estado, a gestão do governador e do prefeito, as rixas entre ambos os gestores e o malefício que isso se tornava para a população.

Uma senhora ao narrar sua história, conta que seu esposo faleceu jovem e ela teve que criar os 11 filhos só através do roçado. Atualmente seus filhos foram para outras cidades e regiões em busca de trabalho, estando a maioria no Estado de São Paulo. Ela cria muitos de seus netos, inclusive há um com deficiência mental que é acompanhado pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em Patos, o que traz a necessidade de deslocamento duas vezes por semana. Diz que as crianças de sua rua estão sempre doentes por causa da poeira: “... *tá vendo essa rua moça (toda na terra), essa rua é calçada de 4 em 4 anos. Como tá vendo é só na promessa. E assim vivemos da promessa*” (sic).

Diversos históricos de abortos espontâneos são relatados, da mesma maneira como foi ressaltado esse evento nas demais cidades nas outras macrorregiões. Os motivos também são bem semelhantes: susto, falta de alimentação (passavam fome) e violência do companheiro. Crianças e idosos sofrem com a falta de assistência e de acesso aos serviços de saúde; os homens não encontram espaços nesses serviços que são reconhecidos como ambientes femininos devido a frequência delas nesses locais, a falta de horário adequado para os atendimentos aos que tem que ir para o roçado e a distância do posto de seus trabalhos. Inclusive se observou que um dos postos de saúde da cidade era todo pintado de cor-de-rosa com diversas

gravuras de mulheres amamentando seus bebês, reforçando a polaridade entre o masculino e o feminino e conseqüente exclusão.

Foi espantoso também o número de casos de mulheres com HPV (Human Papiloma Virus) identificados em seus discursos e confirmados epidemiologicamente, mas muitas não sabem o que possuem apenas se referem a umas “*feridinhas que a médica mandou queimar e cuidar porque podia ser perigoso*”. Contudo, não sabem informar que tipo de risco correm com essa doença. A violência constatada nesses locais também foi alarmante. As mulheres são colocadas muitas vezes com objetos e propriedades de seus companheiros.

Uma das entrevistadas contou que, quando nova, um rapaz “*mexeu com ela*” contra a sua vontade (foi obrigada a ter relação sexual), mas como não tinha como se defender teve que se submeter a situação. Quando os pais descobriram o que havia ocorrido, forçaram um casamento contra a sua vontade. Assim, teve que se unir a esse homem, a seu agressor, que permaneceu violento. Diante do sofrimento de viver com um abusador e alcoólatra, tempos mais tarde fugiu para outra cidade, pois ele não aceitava a separação tendo-a jurado de morte. Só retornou dois anos atrás porque ele morreu, senão teria que permanecer longe dos filhos.

É impressionante a falta de ajuda a essas mulheres que ficam isoladas em suas dores e sofrimentos. A própria população perpetua essa violência, a partir das desigualdades de gênero naturalizadas nas construções e reproduções dos papéis tidos masculinos e femininos assumidos por homens e por mulheres, baseados na cultura e na tradição patriarcal formando verdadeiras capsulas aprisionadoras. De forma geral, o que se identifica é um grande desamparo!

## II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

A segunda macrorregião, polarizada pelo município de Campina Grande, é composta por 05 regiões de saúde, totalizando 70 municípios (60% deles com menos de 10.000hab.) com concentração de 28,30% da população do Estado. A vegetação desses municípios é típica do agreste formada por Matas Subcaducifólica (também conhecida como Mata do Brejo, com árvores de médio e pequeno porte) e Caducifólica (em que as folhas caem). Há áreas em que há a presença também do cerrado e, em cidades localizadas em áreas de transição do sertão para o agreste, principalmente na área da Borborema, há uma maior presença da caatinga com uma formação do



tipo arbustiva esparsa. Nesses locais a atividade agrícola é baixa devido à falta de água, predominando a criação caprina e a extração de lenha.

Alguns municípios são recortados por rios perenes, porém de pequena vazão. Mas, outros são atravessados por rios intermitentes, ou seja, diminuem de nível ou secam em períodos de estiagem. Identificou-se que há alguns poucos reservatórios de água de pequeno porte localizados em sua maioria em áreas particulares. Devido à carência de alternativas econômicas percebe-se a degradação do ambiente natural o que dificulta ainda mais as condições de vida no meio rural a partir de um empobrecimento do ecossistema (e da população por consequência) aumentando o clima de desertificação.

Os municípios dessa macrorregião visitados eram bem distantes. As atividades econômicas de algumas dessas cidades estavam relacionadas a extração de carvão vegetal, ao sisal ou agave e a produção de castanha-de-caju. Em sua maioria o acesso é através de estradas de terra, bem danificadas e esburacadas. Contudo, haviam locais com cenários naturais maravilhosos. Um verdadeiro presente da natureza por tamanha beleza. Vários locais com imensas pedras e muitas serras. Havia uma cidade em especial que para onde se olhava se via pés de tangerina e laranja. Entre o mato, entre as pedras, não havia local ruim para surgir um laranjal. Inclusive essa é a principal fonte de produção desse município.

Ao caminhar pelas ruas da cidade, se encontra uma grande construção que seria um pátio a céu aberto para a festa da laranja que, segundo seus moradores, atrai bastante turistas de vários locais. Contudo, a cidade em si estava extremamente destruída e com pouca estrutura para os seus habitantes. Existiam lugares na cidade rural em que o acesso era apenas de moto, a pé ou através de transportes de tração animal.

Identificou-se um clima de medo entre as pessoas, que inicialmente estavam muito resistentes ao contato. Pessoas trancadas em suas casas evitando falar, o que não é comum nessas cidades onde a população costuma ser bem receptiva. Até que um comerciante avisou para que os próprios pesquisadores tomassem cuidado, pois uma gangue estava atacando os municípios pequenos, roubando e maltratando as pessoas, abordagem que era realizada pela "*gangue da galega*". A gangue recebeu esse nome porque antes de atacarem a cidade uma "galega" visita as pessoas e suas casas dizendo estar fazendo uma pesquisa para o governo, anota o que tem de certo valor e depois retorna com o grupo (três homens e uma mulher) à noite para realizar o furto.

Uma senhora contou que entraram em sua casa há 15 dias e o que não levaram quebraram, que teve muito medo, pois intimidam dizendo que irão matar. Um verdadeiro terror, um bando saqueando o que encontra pela frente, até porque é uma cidade simples com pessoas sem condições, em moradias precárias, ou seja, tiram de quem já não tem. O policiamento não existe, a única delegacia permaneceu fechada durante todo o tempo em que se realizava a coleta da pesquisa.

Percebe-se que com o entardecer o clima fica ainda mais tenso e as pessoas concluem logo suas atividades para voltarem para a suas casas e se trancarem na esperança de se protegerem já que não há outra solução. O único colégio da cidade também fecha suas portas não tendo mais aulas à noite. Tudo se encerra as 18hs. Mas após um tempo nessa cidade as pessoas compreenderam que eram de fato pesquisadores devidamente identificados e permitiram acesso a sua vida e seus costumes.

A cidade possui duas unidades básicas de saúde que são bem distantes: uma está no que seria o centro da cidade, que estava passando por uma ampliação, e o outro se encontrava na área mais rural. Porém, o que chamou a atenção foi o fato dessa unidade ficar localizada na estrada (na BR 101), com um acesso péssimo porque esse local é a própria entrada e saída da cidade. Não há acessibilidade nesse trecho, mesmo a pé é dificultoso e perigoso. Na realidade não foi possível chegar até esse posto de saúde e se percebeu que ele estava desativado. Assim, apesar de se ter dois postos, apenas um se encontrava em funcionamento.

Os relatos dos moradores sobre a saúde eram bem contraditórios: alguns elogiavam o serviço, outros apresentavam diversas reclamações, mas o que se observa no âmago dessa questão é a política. Os que elogiavam dizem que quando precisam tem o carro da prefeitura e que vão para outras cidades fazer exames, entre outros procedimentos. Em suas falas nem se dão conta de que, na realidade, eles não possuem um serviço de saúde primário adequado, necessitando deslocamento para atendimentos que poderiam e deveriam ser efetivados lá mesmo, mas como conseguem o carro para levá-los acreditam que tudo está bem e assim, *“não vão falar mal da prefeitura”*.

Essa foi mais uma das cidades em que mais se verificou o poder da política tendo ocorrido uma mudança recente de gestão no município, depois de vinte anos de domínio de um mesmo partido político e de uma tradição familiar de revezamento no poder legislativo municipal. Inclusive um senhor narrou contundentemente sobre anos de perseguição política e das humilhações vividas por aqueles se colocavam em oposição ao prefeito, até

mesmo o quanto isso repercutiu e ainda interfere no cuidado à saúde e na vulnerabilidade ao adoecimento.

*“Quem não está ao lado do que governa está do lado da morte, eles maltratam mesmo, impedem de receber medicação, de falar com o médico deixando sem ficha, não colocam o nome para o transporte...”*. Esse transporte é o carro da prefeitura que leva os paciente e usuários para outros municípios de referência, por exemplo: o CAPS que atende essa cidade fica em Lagoa Seca; muitos dos exames e dos especialistas serão encontrados somente em Campina Grande.

Uma moradora informa que já fazia três meses que tinha ido ao posto de saúde, onde realizou um exame citológico e até o momento não tinha retorno do resultado. Como estava precisando muito dessa informação foi para Camina Grande fez a consulta e o exame particular, já realizou o tratamento, quando “no postinho nem a resposta ao exame chegou”. Nesse caso, essa mulher teve condição para financiar o seu cuidado à saúde, mas os que não podem, que são a maioria da população dessas cidades, ficam abandonados. Como na fala da participante: *“Paguei alternativo, paguei a consulta, o exame e os medicamentos. Quem não pode pagar morre mesmo”*.

A população reclama do atendimento no serviço, da demora no cuidado, da carência de equipamentos para exames e a ausência de um hospital. Uma senhora da área rural relatou que fez diversos empréstimos para pagar o tratamento de que ela e seu esposo precisam, pois são idosos e a aposentadoria de agricultores deles mantêm seis pessoas, incluído um filho e três netos. Critica ainda a falta de uma farmácia que deveria existir na zona rural, pois o deslocamento é muito difícil e não tem como ir para outros lugares. Percebe-se em sua perna uma grande ferida e ela explica que faz muitos anos que sofre com essa doença (desde de jovem) e que nunca houve um tratamento eficaz que a curasse, as dores que possui são insuportáveis e há diversos históricos de internação em Campina Grande quando teme pela amputação de sua perna. Em seu discurso se identifica a precariedade no acompanhamento e no cuidado da atenção básica, da falta de estrutura do município que piora o seu estado. A cidade é toda de terra, muito poeira, muita sujeira onde mora, sem qualquer infraestrutura, poucos recursos, inclusive de subsistência, que agravam a sua doença.

Aliado a essas questões, se encontram as relações sociais de gênero que permeiam o cuidado à saúde agravando a vulnerabilidade ao adoecimento: essa mesma senhora informa que teve 13 filhos dos quais sobreviveram sete. Para sustentá-los trabalhava de segunda a segunda no roçado junto ao marido, além de ter que cuidar deles e da casa. Seu marido tinha a crença

de que quando não nascia um filho no ano a lavoura não seria boa, ou seja, não seria uma plantação fértil e assim iriam passar mais necessidade. Dessa forma, ela era obrigada a ter vários filhos e a todo ano engravidar. Quando ela tomava alguma medida preventiva para não ter outro filho o companheiro ficava furioso e a obrigava a suspender a medicação.

Com tantos filhos para criar a vida tornava-se sempre mais difícil e mais privações passavam. Ela não podia tratar da ferida de forma adequada (tendo se machucado no roçado) e nunca melhorou. Observa-se que não havia condições de higiene adequada (o saneamento na cidade é precário e há ainda a falta da água), e demorou a procurar o tratamento até mesmo pela dificuldade de transporte (pois na época não havia nem o postinho na cidade), por não ter com quem deixar as crianças, por estar sempre gestante e por ter que trabalhar.

Quando precisou fazer a cirurgia na perna ou quando tinha seus filhos, não possuía condição de ficar em repouso, "*quebrando sempre o resguardo*". Ela acredita que se fosse um homem, não estaria nessa situação e explica que o médico já informou que deverá operar novamente e ficar em casa de repouso para poder cuidar dessa perna, mas não realiza essa intervenção porque "*não tem quem faça as coisas de casa*". O único filho que mora com ela, não faz nada porque é homem, "*eles não cuidam dessas coisas*" e assim, sozinha, não tem o que fazer. Explica que se essa situação fosse inversa, ela é quem cuidaria como fez quando o esposo precisou ser operado de catarata e pode ter o repouso esperado e necessário, pois ela estava organizando tudo. Como ela é mulher, não tem quem faça, principalmente porque suas filhas casaram e foram morar em outras cidades.

A falta da água é um fator que dificulta a busca por condições de saúde e é um agravante para as doenças nessa região. Inclusive isso foi observado em vários depoimentos. Já havia completado dois meses que a única forma de se obter água era através de caminhões que abasteciam as casas. Porém, esse serviço não era realizado por caminhões pipa, e sim um caminhão normal com vários latões e barris sem informações sobre a sua procedência. Essa água também não era distribuída a todos que precisavam e sim a quem podia pagar em média R\$ 7,00 reais por cada 20 litros.

Não chega água até as torneiras. A população é abastecida somente uma vez por semana quando isso é possível, mas na maioria das vezes ficam sem nada. Porém, a conta da água não deixa de chegar todo mês num valor em torno de R\$30,00. A alternativa encontrada por muitos moradores é um pequeno açude que fica na cidade. Acabam tendo que usar essa água para as suas mais diversas necessidades, contudo o problema é a qualidade

desse açude, ele é poluído, não recebe nenhuma forma de tratamento, sua cor é bem escura e as pessoas o dividem com os animais. Essa situação implica no aumento das doenças, no prejuízo da lavoura e na criação dos animais.

Algo notório nesses municípios é como as pessoas se mostram muito desanimadas, sem perspectiva de vida diante da ausência de oportunidade de trabalho e de sustento. Aliás, essa é uma demanda relevante verificada nas cidades visitadas, as condições para ser ter saúde e qualidade de vida são atribuídas a possibilidade de se sobreviver com dignidade, ou seja, ao poder econômico que se possui. Os moradores dessas comunidades se percebem sem alternativas, se contentando com o mínimo que lhe é oferecido. Seus direitos e dignidades são infringidos, para muitos sem soluções possíveis.

Quando se acreditava que a situação não poderia ficar pior, que o sofrimento já era espantoso o suficiente, depara-se com mais realidades impressionantes que causam indignação. Em outro município selecionado a impressão que se tinha era que se estava numa cidade fantasma, ela não tinha nem mesmo prefeitura (que está localizada num distrito que fica 18 km de distância). Essa cidade estava tentando emancipar o distrito para poder receber ajuda, serviços, estrutura e os programas do governo, pois a tendência era de agravo da situação de pobreza para o município uma vez que todos os serviços e comércios já estavam concentrados no distrito: *“Vai tudo pra lá, aqui não tem nada”*. Mas, um dos poucos moradores de lá informou que a emancipação havia sido negado pelo governo federal e que suas esperanças de ter condições de viver estavam se acabando junto com o município. Informava que o governo devia pensar que eles possuem tudo, mas na verdade *“esse tudo”* está no distrito que fica distante para quem tem dificuldade para se locomover.

Esse aspecto prejudica o acesso a todos os serviços necessários para a sua população, especialmente na saúde. O único posto de saúde está no distrito, necessitando assim de transporte para se deslocar para lá, mas outro problema é que os carros também ficam lá no distrito tendo poucas alternativas para os moradores da cidade que acabam tendo que contar com os favores de outras pessoas para que venham buscá-los. Porém, esse favor deve ser remunerado e, como a grande parte da população não possui recurso financeiro, ficam entregues à própria sorte. Essa foi uma das cidades em que mais se observou a utilização das práticas populares: chás, sucos, ervas, lambedores, além de se ter encontrado as rezadeiras (mulheres que são tidas como possuidoras de um dom especial, que num misto de

fé e prática da medicina popular, mantêm viva uma tradição cultural com intuito de amenizar sofrimentos por doenças ou situações) e as parteiras. Doença se “*cura em casa mesmo*”.

Observou-se a existência de uma única “bodega” (pequeno armazém ou estabelecimento que comercializa bebidas e alimentos) que vende o medicamento paracetamol escondido, pois não existe farmácia também por ali. Quando há um caso urgente as dificuldades são enormes, pois sem transporte e com os serviços distantes restam poucas alternativas, por isso há muitos casos de óbito na cidade. Um senhor relatou que sua filha deu à luz a seu neto, o parto foi acompanhado pela parteira, mas a mulher teve uma grande hemorragia. Conseguiram ir até o distrito com a ajuda de um amigo que mora no lá e veio buscá-la, mas o transporte para Campina Grande (município de referência dessa região) não estava no local e a sua filha acabou falecendo.

O serviço de saúde no distrito funciona de segunda a quinta-feira, mas somente no período diurno e só recebem pacientes até às 11hs. Há um médico duas vezes na semana para atender a população, nos demais dias a equipe de enfermagem é que recebe os usuários e realiza os encaminhamentos necessários em caso de urgência. Os medicamentos são distribuídos somente no distrito, isso quando há medicação, pois em nossa visita os moradores estavam reclamando que nem remédio para hipertensão tinha na farmácia do posto.

Aliado a essas dificuldades de acesso aos serviços e de cuidado à saúde, existem as questões de ausência de trabalho, a grande evasão de jovens da cidade, a falta d’água que é uma constante nessas regiões (aspectos comuns as demais cidades estudadas e já mencionadas anteriormente) e a desvalorização dos idosos que são percebidos como incapazes. Identificou-se que a população idosa desse município se encontra em sofrimento diante do desamparo de cuidados e de proteção, morando normalmente sozinhos e em situações precárias. Muitos reclamam que não tiveram oportunidade de estudar, pois dedicaram a vida ao roçado e agora não possuem nenhum recurso ou condições para a sua sobrevivência, estando abandonados.

Em uma outra cidade, percebe-se que há um pouco mais de estrutura: há cinco unidades básicas de saúde distribuídos nas áreas rurais do município, CAPS, farmácia e laboratório para exames clínicos apesar de terem relatos de que os exames demoram muito para serem feitos e muitos devem ser realizados em Campina Grande, além da recorrente falta de médico diariamente obrigando o deslocamento para o hospital da cidade de Queimadas. O posto tem médico nas segundas, terças e quintas-feiras e

funciona das 8hs às 15:30hs. Uma médica se desloca uma vez por semana para ir aos sítios (locais rurais distantes do posto).

No tocante à produção agrícola, os homens cultivam milho, feijão, mandioca, palma e capim para os animais, mas devido à seca a maioria está com baixa ou com nenhuma produção e também desempregados. Uma das alternativas das mulheres da cidade é a costura manual de bandeiras na tentativa de conseguir resistir a falta de recursos. Em alguns desses locais os sítios são mais desenvolvidos do que a própria cidade. Relatam que o motivo dos grandes atrasos que vivenciam na cidade é devido a política, a guerra de poder entre famílias tradicionais que acabam massacrando a população: *"ou é da posição ou é da trairagem"*.

## I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

A primeira macrorregião, polarizada pelo município de João Pessoa é composta por 04 regiões de saúde, totalizando 64 municípios (43,75% deles com menos de 10.000 hab.) com uma concentração de 47,82% da população do estado. Dentre as três cidades visitadas nessa macrorregião, duas apresentavam uma vegetação basicamente composta por Caatinga Hiperxerófila com trechos de Mata Caducifólia. Em um desses municípios seus principais cursos d'água possuem um regime de escoamento perenizados e o outro um regime de escoamento intermitente. As atividades econômicas baseiam-se principalmente na produção e cultivo de caju, coco, manga, laranja, cana de açúcar, abacaxi, batata, amendoim, mandioca, fava, milho, fumo e algodão e na extração vegetal de madeiras para lenha. Há poucos locais em que há a criações de bovinos, vacas ordenhadas e aquicultura (criação de camarão) que estão localizados em pequenas propriedades privadas. Existe uma maior representatividade de criação galinácea pela população em geral.

A economia dos municípios litorâneos, se concentra na pesca tradicional, atividades de pecuária extensiva e agrícolas de subsistência, com produção de cana-de-açúcar, um turismo ainda incipiente (possuindo algumas pousadas, bares e restaurantes). Há exploração mineral, com extração de ilmenita, rutilo, zirconita e cianita e mais recentemente, atividade de produção de energia eólica com a instalação de torres para produção de energia.

Durante o processo de preparação de coleta de dados para a pesquisa, no imaginário, se acreditava que as cidades mais distantes situadas no Sertão Paraibano seriam as mais precárias em condições de vida, e por



consequência em condições de se ter saúde, devido a distância dos centros urbanos e por terem um clima seco. De fato, a precariedade existe e como já apresentado anteriormente, são inúmeras as dificuldades enfrentadas pela população. Porém, quando se iniciou a coleta de fato nessa primeira macrorregião que por ser mais próxima da capital e do litoral, se esperava identificar possibilidades mais favoráveis ou no mínimo menos dificultosas do que as demais regiões. Contudo, a surpresa foi bem desagradável. Verificou-se municípios e populações verdadeiramente abandonadas; parecia que quanto mais próximo da Capital, maior era o descaso. Muitas pessoas vivendo em meio a grande miséria e em verdadeiro sofrimento. Falta praticamente tudo na maioria dos locais visitados: desde profissionais à medicamentos nos próprios postos da ESF (em alguns casos, nem farmácia particular existe em determinadas cidades).

Nas entrevistas era notório o desespero daquelas pessoas diante à falta de condições em que vivem. Não há investimento nas cidades, dessa forma não existe também campo de atuação e de trabalho para seus moradores; mulheres preocupadas com os filhos homens que se entregam a bebida diante da falta de oportunidades; o alarmante número de depoimentos de violência contra a mulher; a ausência de perspectiva de um futuro melhor; a falta de estrutura, de saneamento e de perspectiva de mudança de vida; existiram até mesmo declarações de falta de vontade de viver. Como nos outros locais visitados, muitas pessoas das comunidades relatavam que não havia médicos na cidade diariamente, que há ausência de medicamentos, de exames, de profissionais, de saneamento, de programas do governo, mas *“que a saúde anda bem.... antes não tinha nada, nem o posto!*

A maior parte da população busca ajuda na capital do Estado (João Pessoa) tirando do pouco que ganham o dinheiro das consultas e dos remédios (isso para quem possui alguma renda). Há relatos de que em alguns municípios faltam quase todos os medicamentos e que os médicos *“quase obrigam”* o paciente a comprar o medicamento na farmácia (quando existe uma na cidade) inclusive de marca específica. Como por exemplo o caso de uma família que possui como renda mensal um salário-mínimo para o sustento de cinco pessoas e que possui um gasto mensal de R\$ 210,00 em medicamento para diabetes. Os que não possuem condição financeira, nem que seja mínima, ficam entregues ao abandono e ao descaso.

Nas entrevistas também foram observados um elevado número de casos de mulheres com HPV e que tinham pouco conhecimento da doença e de suas consequências. A circunstância de vida é tão precária que durante a conversa com uma dessas mulheres ela fala que ter saúde e possibilidade

de vida é “*ter comida na mesa*”. Nesse momento chorou muito informando que sobrevive com R\$ 220,00 e que tem 10 filhos para sustentar. O marido é bem violento e pouco colabora para a manutenção da família, pois não há trabalho disponível na cidade.

Numa outra entrevista, de uma mulher que também está com o vírus HPV, o médico solicitou uma colposcopia (procedimento em que é visualizado o colo do útero com a ajuda de um colposcópio, um instrumento com lentes de aumento, para diagnóstico de câncer) que já havia sido requisitado há 7 meses e ainda não tinha tido resposta sobre o agendamento do exame. Outra participante relatou que o médico ginecologista havia pedido R\$ 2.500,00 para a realização de uma cirurgia e que está juntando a quantia, mas que até aquele momento só tinha obtido R\$ 500,00.

Causa indignação a falta de acesso aos serviços de saúde e aos recursos necessários para a assistência dessa população que deveria ser proporcionada pela saúde pública. Existe um grande abismo entre a população e a garantia de seus direitos. Assiste-se ao definhamento das pessoas pela falta de cuidados e de práticas de saúde que seriam simples, mas que através de sua ausência conduzem os cidadãos até mesmo a morte. É impressionante os relatos dessa falta de cuidados. Existem muitas ocorrências de abortos e de crianças que morreram na primeira infância devido à falta de acesso aos serviços de saúde.

Inúmeros são os casos de crianças, de adultos e de idosos que precisam se deslocar para outras cidades em busca de atendimentos para quadros que seriam simples as intervenções. Cidadãos mendigando por ajuda, sacrificando parte do seu salário para comprarem medicamentos que o serviço público não disponibiliza, principalmente devido a uma política perversa que subjuga as pessoas através de gestores corruptos e mercenários. Diversas foram as denúncias de humilhações e de perseguições políticas, que revoltam a população, mas que ao mesmo tempo causam muito medo.

Percebe-se a grande influência da política, inclusive nos discursos “benevolentes” de seus habitantes que temem represálias, pois “*se está ruim pode ficar ainda pior*” a situação dos moradores se o prefeito desconfiar que fazem parte da oposição, aí se perde tudo mesmo (apesar de não terem nenhuma garantia de seus direitos enquanto cidadãos).

Verifica-se municípios verdadeiramente abandonados pelo poder público vivendo o descaso de seus governantes que fazem com que sua população experencie a miséria, a precariedade e as vulnerabilidades ao adoecimento de forma ampla e complexa legítima a frase de um morador: “*a enfermidade assola essa cidade*”. Distritos maiores do que as próprias

idades, prefeituras distantes não só na realidade concreta por causa de sua localização, mas também de forma “subjetiva”, onde os gestores administram como se não devessem nada a sua comunidade. O poder é deles e servem a seus propósitos particulares, às suas necessidades e de seus familiares, subtraindo de quem não tem nem o básico para sobreviver.

Cidades fantasmas, sem estrutura, sem farmácia, sem comércio, somente um posto de saúde (mas segundo o relatório de saúde desses municípios há de dois a três unidades básicas de saúde, não localizadas, provavelmente pela distância em que se encontram). Em algumas, unidades de saúde bonita externamente, pintado com a cor da atual gestão no município, mas que em sua dinâmica interna não há um funcionamento adequado, o serviço “*serve mais pra encaminhar pra Sapé e João Pessoa do que pra consultar e cuidar da sua gente*”. Falta todos os tipos de medicamentos, falta material de sutura, faltam profissionais para atuarem no posto, falta equipamentos, falta até mesmo água.

Uma senhora que é acometida por um transtorno mental e que mora numa casa muito pequena de taipa, com uma renda proveniente do bolsa família, relatou que precisa do acompanhamento de um psiquiatra e de um psicólogo, mas que isso não é possível, pois na cidade a prefeitura disponibiliza apenas um carro (que não atende a toda população) uma vez na semana e só no período da manhã para ir a João Pessoa. Como as consultas são demoradas e a terapia só tinha vaga no turno da tarde, ficaria sem condições de retornar para a sua casa. Então o jeito é ir levando a situação da forma que for possível, apesar de se sentir muito mal.

No encontro com essas comunidades eram notórias a incerteza e a insegurança do futuro vivida por elas. Numa casa se observou que uma de suas paredes tinha caído, assim, ela ficava aberta e exposta para uma das ruas. A população é muito pobre, com baixo nível de escolaridade (a maioria não alfabetizada ou no máximo até o 5º ano do ensino fundamental), grande parte dos moradores sobrevivem do programa bolsa família ou de um salário mínimo. A ausência d'água também foi uma constante nessas cidades. Muitos moradores só têm água encanada uma vez na semana e assim, precisam comprá-la para beber e para o seu uso em geral.

Os homens buscam pouco os serviços de saúde nos postos por não gostarem de esperar por atendimentos que possuem como resposta somente encaminhamentos, preferindo quando for necessário ir direto para o hospital das cidades de referências. Eles trabalham nos sítios (no roçado) ou vão para outras cidades, retornando nos finais de semana que são reservados para o seu lazer, que é beber.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, se pode identificar que nas quatro macrorregiões de saúde, as cidades rurais vivem uma situação de abandono, descaso e desumanidade, sendo essas condições uma constante encontrada nas falas e na experiência do que se observou da realidade de vida concreta das populações.

Em seus contextos de vida, foi verificado o quanto a política é um fator marcante nesses municípios. Nos discursos e no olhar atento do pesquisador, se verifica claramente como a população está subjugada ao poderio dos governantes que ferem a dignidade humana. Muitos moradores que não votam no prefeito que está no “*poder*” ou em seus candidatos, são cruelmente perseguidos. E aqueles que não tem coragem de se oporem sofrem também, pois não lhe são ofertados os serviços e as condições de saúde, por exemplo, do que seria um direito conquistado e que consta na Constituição de nosso país. Há lugares tão esquecidos que até a estrutura física da prefeitura é em outra cidade ou num distrito. Sendo assim, os políticos nem naqueles locais precisavam comparecer. Muitos dos programas não são acessíveis a essa população pela distância em que se localizam.

Os princípios doutrinários, que são centrais e norteiam todas as demais ações em saúde, que são a universalidade, a equidade e a integralidade apresentam-se completamente comprometidas nessas localidades, pois não é garantindo a essa população o acesso universal aos bens e serviços que promovam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Diversos são os obstáculos econômicos, sociais e principalmente políticos que se interpõem a verdadeira possibilidade de se ter acesso aos serviços, e isso não é resultado apenas da cobertura das unidades de saúde nas cidades, como foi exemplificado acima.

Há desigualdades e iniquidades consideráveis no que se refere as oportunidades oferecidas para as pessoas cuidarem de sua saúde ou para permanecerem saudáveis, principalmente pelas disparidades sociais a que estão submetidas. Existe menos cobertura médica, as piores condições de se ter acesso a bens, serviços, cultura, educação e informação, o que ocasiona uma maior exposição aos riscos através da baixa escolaridade e renda, do desemprego, das condições de habitação e de alimentação, aspectos sanitários-ambientais que são precários e insatisfatórios nas cidades pesquisadas.

Para a maioria das pessoas ouvidas, a saúde básica é de difícil acesso e de pouca efetividade e resolubilidade. Identificou-se uma saúde que

preconiza o curativo e o medicamentoso, desconsiderando a municipalização e a regionalização desse cuidado em que o Conselho de Saúde deveria administrar os recursos de acordo com as prioridades de cada município, mas nem sempre são aplicados conforme a necessidade real da população.

A violência e o medo são aspecto que fazem parte do cotidiano da população nas cidades rurais. Considera-se que a violação dos direitos dessas pessoas (desses homens e dessas mulheres) que não podem ter acesso aos serviços de saúde e as práticas de cuidado adequados, conforme o que é preconizado na Constituição Brasileira e nos princípios do SUS, uma verdadeira violência. A visão edílica de que essas cidades são tranquilas e sem problemas, como por exemplo, de roubo e de assassinatos é equivocada, pois esses acontecimentos tem feito parte da vida de seus moradores.

A violência marca a dificuldade de cuidados a saúde. Existem vários relatos de mulheres que não podem ir a médicos, pois os maridos não permitem. Não podem realizar determinados exames, não podem pedir para o companheiro usar preservativos, pois são ameaçadas como se elas tivessem outro homem. Muitas devem ter cuidado com suas vestimentas, com suas falas e com suas condutas. Mulheres subjugadas a seus maridos, aceitando que eles tenham relações extraconjugais, pois “*isso é do homem mesmo*”, algumas sem uma real noção de que podem contrair doenças sexualmente transmissíveis, até mesmo minimizando esses riscos.

São experiências como estas vividas no processo de coleta de dados que servem mais de lição do que todas as preleções que já foram recebidas em um curso. Essa é a vida: vida real de gente real! Vida Severina, sim.

## Referências

SOUSA, DHAV. **Relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento em cidades rurais paraibanas**. Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9115/2/arquivototal.pdf>

## VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE MULHERES LÉSBICAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Michael Augusto Souza de Lima  
Clóvis Pereira da Costa Júnior  
Juliana Rodrigues de Albuquerque  
Isabelle Tavares Amorim







**E**sse poderia ser apenas um enredo fictício, mas na verdade, corresponde a um relato baseado em fatos reais, que foi escolhido para iniciar esse capítulo por evidenciar uma situação recorrente que diversas mulheres lésbicas enfrentam ao buscarem por atendimento em saúde. Trata-se de um retrato de uma manifestação de intolerância, que pode se fazer presente em diferentes âmbitos da vida dessas mulheres, inclusive de forma institucionalizada, a exemplo do modo como são atendidas nos serviços de saúde.

Assim, esse capítulo objetiva discorrer sobre algumas dificuldades percebidas por mulheres lésbicas ao buscarem atendimento em saúde sexual nos serviços ginecológicos do Sistema Único de Saúde - SUS, tomando como ponto de partida o entendimento de que a relação usuária-profissional, que se constrói nos serviços de saúde, possui grande influência na qualidade dos atendimentos prestados (ARAUJO et al., 2006) e no modo como esses atendimentos podem repercutir no quadro da vulnerabilidade em saúde sexual.

Para suscitar qualquer discussão acerca do quadro da vulnerabilidade em saúde sexual para a população lésbica, torna-se fundamental a delimitação dos conceitos que envolvem a realidade dessas mulheres. Neste sentido, faz-se necessário localizar os conceitos de sexualidade e de saúde sexual. Segundo Corrêa, Alvez e Januzzi (2006) a primeira definição do que seria saúde sexual foi elaborada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), no ano de 1975, sendo definida como a “integração somática, emocional, intelectual e aspectos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor” (OMS, 1975, n.p.).

Após alguns anos, essa definição passou por modificações e complementações para que pudesse atender aos novos fenômenos no campo da promoção da saúde e das dinâmicas relacionais dos indivíduos. Assim, no ano de 1999 o grupo internacional *Health, Empowerment, Rights and Accountability* (HERA), formado por mulheres atuantes no campo da saúde, concebeu uma nova definição para saúde sexual:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente

transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999, n.p.).

Trata-se de uma visão mais ampla sobre o que seria saúde sexual, abordando questões como ausência do risco às infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e o combate à discriminação, elementos que não foram contempladas no conceito elaborado inicialmente pela OMS. Essa nova compressão foi adotada por diferentes entidades, bem como passou a fazer parte de diversos documentos oficiais da Organização das Nações Unidas (CORRÊA; ALVEZ; JANUZZI, 2006).

A partir dos anos 2000, a OMS, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou consultas junto a especialistas na área da saúde com o intuito de revisar a terminologia saúde sexual, assim, um novo conceito foi elaborado, sendo compreendido como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade.

A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (WHO, 2006 n.p.).

Dessa forma, as discussões do presente capítulo terão como pano de fundo essa concepção de saúde sexual, pois trata-se de um conceito que superou a ideia de saúde enquanto ausência de doença e inexistência de risco, trazendo uma visão mais condizente com a realidade e as necessidades dos indivíduos. Além disso, esse conceito inaugura a preocupação com questões relacionadas às violências e a discriminação, o que sinaliza um interesse em dar visibilidade às diferentes formas de vivência da sexualidade humana.

No entanto, quando se trata de minorias sexuais, como é o caso das mulheres lésbicas, nem sempre abordagens positivas e livres de discriminação em relação às suas práticas sexuais são consideradas nos atendimentos em saúde. Considera-se que a existência de um histórico de invisibilidade social que vem acompanhando as expressões das vivências afetivo-sexuais

entre mulheres ao longo dos séculos, pode se manifestar em diferentes contextos e setores de suas vidas, que vão desde o próprio núcleo familiar até instituições externas, a exemplo daquelas relacionadas ao cuidado e a promoção da saúde. Trata-se de uma realidade que possui implicações psicológicas, físicas, morais e políticas para esta população (JUNQUEIRA, 2012).

## **O QUADRO DA VULNERABILIDADE EM SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES LÉSBICAS**

Por muitos anos foi sustentado no meio médico a falácia de que o corpo lésbico teria uma “proteção natural” em decorrência do sexo ser realizado entre mulheres, sendo as lésbicas menos propensas em adquirir infecções sexualmente transmissíveis. Esse fato foi justificado não por comprovações clínicas, mas por suposições que careciam de maior controle nas análises laboratoriais e de dados epidemiológicos.

Trata-se de uma crença tão compartilhada que até as próprias lésbicas passaram a acreditar que em suas práticas sexuais unicamente com mulheres, o risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST) seria menor ou até inexistente, haja vista considerarem que a ausência masculina em suas relações seria um fator de proteção, qualificando então apenas o corpo masculino como um vetor de infecções. Trata-se de uma ideia que não condiz com a realidade e que pode ser um reflexo da falta de conhecimento ocasionado pela invisibilização social dessas mulheres, especialmente no campo da saúde sexual.

Diferentes estudos nacionais (GRANADO, 1998; PINTO, 2004; TAKEMOTO et al., 2019) e internacionais (MONZON; CAPELLAN, 1987; FETHERS et al., 2000; MARRAZZO, 2004; SHIRLEY et al., 2014) já evidenciaram a possibilidade de ocorrência de transmissão de infecções nas práticas sexuais desprotegidas entre mulheres. Por isso, sustentar a ideia de que as práticas sexuais entre mulheres teriam um fator de proteção às infecções pode ser considerado um agravante para o quadro de vulnerabilidade em saúde dessas mulheres, atuando como um reforçador para a desconsideração do uso de métodos preventivos às IST nas relações sexuais entre lésbicas.

Em um estudo elaborado por Fethers et al. (2000), foi identificada uma maior incidência de casos de vaginose bacteriana, hepatite C e comportamentos considerados de risco para o HIV entre mulheres lésbicas (FETHERS et al., 2000). No ano de 2012, análises filogenéticas realizadas pelo

Departamento de Saúde de Houston no estado do Texas/EUA conseguiram identificar uma possível transmissão de HIV por parceiras sorodiferentes, em que uma das parceiras já havia sido diagnosticada com HIV, enquanto que a outra até então não possuía o vírus (SHIRLEY et al., 2014). Embora raro, a transmissão do HIV entre lésbicas que se relacionam sem utilização de métodos preventivos pode de fato ocorrer.

No Brasil, Pinto (2004) identificou as seguintes taxas de prevalência de IST entre lésbicas através da realização de exames clínico-ginecológicos e de laboratório: candidíase (25,6%), hepatite B (7%), infecção por HPV (6,3%) tricomoníase (3,8%) e hepatite C (2,1%). Além disso, 44,1% das mulheres entrevistadas relataram praticarem sexo oral ou penetração com parceira menstruada e apenas 2,1% afirmou fazer uso de preservativo em todas as relações com mulheres.

Ante ao exposto, considera-se que diferentes fatores podem agravar o quadro da vulnerabilidade em saúde da população de mulheres lésbicas. Tratam-se de elementos que também estão dispostos nas dimensões individual, social e programática do conceito de vulnerabilidade em saúde, e que associados, em maior ou menor intensidade, podem refletir na promoção da saúde sexual e no bem estar dessa população.

Dentre os fatores de ordem individual evidenciam-se, por exemplo, a existência de crenças distorcidas, atitudes negativas e a inexistência ou insuficiência de conhecimento sobre o cuidado em saúde sexual. No âmbito social destacam-se elementos como a institucionalização da invisibilização estrutural das mulheres lésbicas, o preconceito, a discriminação, o machismo, a misoginia e a lesbofobia. Fechando a tríade, avultam-se as questões programáticas como a insuficiência e ineficácia de políticas públicas de saúde voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas, formação profissional deficitária que pode resultar no despreparo técnico dos profissionais em lidar com as demandas das usuárias e a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, é fundamental a consideração de que as relações entre mulheres possuem demandas específicas, o que acarretaria na necessidade de orientações focadas nas suas especificidades. Assim, faz-se necessário que os profissionais possuam conhecimento sobre as principais demandas de saúde sexual existentes nas relações lésbicas, prestando informações corretas, promovendo o cuidado em saúde sexual, sem desconsiderar o respeito, a ética e a necessidade de manter um atendimento humanizado, que são elementos basilares em qualquer atendimento prestado aos usuários.

## OS ATENDIMENTOS EM SAÚDE SEXUAL PARA LÉSBICAS

O modo como os atendimentos em saúde são conduzidos, nos serviços, pode se configurar como algo extremamente delicado para as lésbicas, haja vista em alguns casos serem marcados por dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias, tornando-se locais com potencial para o desenvolvimento de situações de violação (ARAUJO, 2015).

Especialmente nos serviços públicos, para além das questões estruturais, existem elementos relacionais entre usuárias e profissionais de saúde que podem conformar verdadeiras “infrações éticas silenciadas pelo medo e pela vergonha” (ALMEIDA, 2009, p. 321), que acomete as usuárias vítimas de violações nos serviços.

A revelação da orientação sexual para o profissional de saúde é um dos primeiros demarcadores de dificuldade para as usuárias lésbicas. Essas mulheres se veem diante de um dilema: a vontade de relevar que mantêm relações afetivo-sexuais com mulheres na expectativa de obterem atendimento direcionado às suas demandas, contudo, correndo o risco de receberem do profissional alguma conduta negativa; ou a omissão dessa informação, que pode tornar o atendimento genérico ou direcionado para mulheres heterossexuais, haja vista que parte dos profissionais baseiam seus atendimentos na consideração de uma heterossexualidade compulsória das usuárias (LIMA, 2016).

A ausência de um atendimento acolhedor que respeite a singularidade destas mulheres, pode fazê-las sentir-se “incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às consequências da revelação de sua orientação sexual” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013, p. 2043). Assim, a dúvida da revelação da orientação sexual especialmente no momento da consulta ginecológica, associada ao despreparo dos profissionais de saúde em relação à diversidade sexual e às práticas sexuais e necessidades de cuidado com a saúde sexual das usuárias lésbicas, podem contribuir para que ocorra um distanciamento dessas mulheres nos serviços de saúde.

Nesse contexto, em um estudo realizado por Coelho (2001) foi demonstrado que entre as mulheres lésbicas que buscaram atendimento em saúde em diferentes serviços ginecológicos e que chegaram a revelar a orientação sexual para os profissionais, ocorreram relatos sobre a existência comportamentos de surpresa, constrangimento, avaliativos e até discriminatórios advindos dos profissionais após feita a revelação.

De acordo com Almeida (2009) a ausência de um ambiente adequado para que as usuárias se sintam confortáveis em relevar, quando

desejarem, sua orientação sexual, torna-se um empecilho para o atendimento adequado. A autora também destaca a existência de dificuldade para o estabelecimento de uma “escuta capaz de proporcionar o resgate da história pessoal de suas pacientes, sobretudo sem a manifestação de julgamentos morais” (ALMEIDA, 2009, p. 322).

Outro ponto que merece atenção e que possui relação com a falta de preparo técnico de alguns profissionais de saúde, é a utilização de instrumentos inadequados nos exames ginecológicos. Por exemplo, durante a realização de exames citológicos, alguns profissionais podem fazer uso de espéculo vaginal (“bico de pato”) de tamanho desproporcional aos corpos das usuárias lésbicas, que não costumam manter ou nunca mantiveram relação sexual com penetração, ou que possuem hímen, que em alguns casos acaba por ser rompido no momento do exame. Trata-se de um utensílio que força a dilatação do canal vaginal, prática que, quando realizada sem consideração às especificidades da usuária, ocasionaria sofrimento, podendo também ser experienciada como uma forma de violência sexual (MELO, 2010).

Na tentativa de evitar com que situações de violência nos atendimentos em saúde ocorram, o Ministério da Saúde orienta, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), que os atendimentos devam se basear na humanização e na ética por parte dos profissionais (BRASIL, 2013). A conduta ética deveria se converter em um imperativo por parte dos profissionais e em uma exigência legal para o exercício do trabalho em saúde (MEINERZ, 2011).

No entanto, as queixas das usuárias (LIMA, 2016) evidenciam que na prática diária dos atendimentos as intempéries continuam ocorrendo, sejam de forma explícita, ou implícita. Logo, há urgência da promoção da formação e capacitação para profissionais de saúde no que diz respeito, inicialmente, a aquisição de conhecimentos técnico-científicos para o manejo adequado e responsável nos atendimentos em saúde sexual para lésbicas.

Contudo, a mudança não deve se limitar a capacitação técnica, pois é primordial que o acesso ao conhecimento promova, para além da capacitação técnica, mudanças intersubjetivas nos processos de perceber a diversidade sexual e os direitos das usuárias. Trata-se da junção entre a capacitação técnica e a transformação subjetiva nos profissionais de saúde, capaz de gerar mudanças favoráveis nas formas como os atendimentos em saúde são oferecidos, refletindo da diminuição do quadro de vulnerabilidade em saúde sexual das usuárias lésbicas, do preconceito institucionalizado e no aumento da qualidade de vida dessas mulheres.

## A PROMOÇÃO DO CUIDADO E O COMBATE AO PRECONCEITO CONTRA LÉSBICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para que ocorra a superação dos quadros de violação nos atendimentos em saúde sexual para lésbicas, faz-se necessário uma integralidade entre formação profissional, organização do trabalho e criação e manutenção de políticas em saúde (PEDROSA; SPINK, 2011). É primordial que esse processo de mudanças também tenha como enfoque a autorreflexão crítica das condutas dos próprios profissionais, haja vista que fatores internalizados como crenças distorcidas, atitudes não favoráveis e preconceitos são fortes limitadores para os atendimentos de qualidade. Ou seja, é fundamental que exista um conjunto articulado de ações nos serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, que venham a convergir para a consideração das especificidades das mulheres lésbicas.

Dessa forma, a criação de políticas de promoção da saúde direcionadas às minorias sexuais devem ter como um dos elementos basilares a consideração da existência de determinantes sociais de saúde, como o preconceito e a discriminação, e formas concretas de combate. Além disso, baseadas no princípio da integralidade, tais políticas devem lançar olhares para o processo de formação dos profissionais de saúde, bem como para a qualificação daqueles que já se encontram formados e atuando.

Atualmente, a única política nacional de saúde específica para a comunidade LGBTQ+, a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (BRASIL, 2011; 2013) possui em seu texto apenas uma menção a esse tipo de ação. Especificamente, no documento que estrutura essa política, pode-se ler: “O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais. (BRASIL, 2011; 2013 p.11). No entanto, o documento não esclarece quais seriam estas ações intersetoriais, não dispõe sobre formas ou prazos para sua efetivação, muito menos define quais os níveis educacionais que seriam foco das mudanças.

Caberia, por exemplo, uma efetiva parceria entre os ministérios da educação e da saúde, com o intuito de serem criadas novas diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico e superior em saúde, que pudessem oferecer capacitação profissional para atuação junto às minorias sexuais. Contudo, é importante destacar que a capacitação técnica, isolada, pode não ser suficiente para o desenvolvimento de habilidades nos profissionais, haja vista que, por estarem lidando com vidas humanas, que muitas



vezes carregam traumas, medos e inseguranças decorrentes, geralmente, de experiências de exclusão em diferentes contextos, faz-se necessário que estes profissionais desenvolvam habilidades sociais baseadas no atendimento humanizado, se isentando de manifestações implícitas ou explícitas de preconceito.

Ainda no âmbito das políticas públicas de saúde, não se pode deixar de ressaltar a necessidade de criação de políticas de Estado específicas que estejam voltadas e adequadas a atender as necessidades reais da população LGBTQ+. Mesmo diante da existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ+, pode-se dizer que a difusão das práticas transformadoras em saúde são de fato um desafio (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014), e por isso, necessitam superar alguns elementos, que vão desde questões programáticas relativas a organização estrutural dos serviços de saúde, a fatores ainda mais complexos, como elementos de cunho individual e social, como o efetivo combate ao preconceito.

Trata-se de um longo e difícil processo, visto que para na sociedade ainda é muito forte a ideia de que qualquer conduta que se distancie do “padrão” heterossexual deve ser reprovável, e essa ideia está presente nos mais diversos setores da sociedade, inclusive na saúde. O preconceito direcionado à população de mulheres lésbicas pode vir a ser ocasionado por dois principais elementos, que fazem com que a lesbofobia, ou seja, a fobia contra os grupos de mulheres homossexuais, tenha suas especificidades se comparada a outras formas de manifestação do preconceito em relação ao grupo LGBTQ+ (TOLEDO, 2008).

Primeiramente, as lésbicas são objeto de preconceito por serem mulheres e, por isso, serem forçosamente submetidas às normas impostas ao gênero feminino a partir de uma dinâmica social de supervalorização do masculino (TOLEDO, 2008). Além disso, as lésbicas também seriam vítimas do sistema ideológico denominado de heterossexismo e, por não seguirem o padrão estabelecido socialmente para os gêneros (TOLEDO, 2008), são categorizadas enquanto grupo inferior, alvo de rejeição, preconceitos e discriminação. Segundo Herek (2004), o heterossexismo se refere à manifestação e à perpetuação, em diferentes instituições, da ideia de que tudo foge ao modelo heterossexual tem menos valor e legitimidade.

Assim, é fundamental que as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas além de dispor de meios para a promoção da educação em saúde para as usuárias e para os profissionais, também tenham como foco o combate ao preconceito e a discriminação dentro dos serviços de saúde, de modo a promover um conhecimento transformador,

capaz de fomentar reflexões para mudanças intersubjetivas, como destacam Rodrigues e Schor (2010, p. 9):

(...) a construção da saúde sexual de cada sujeito está atrelada a dois processos diferentes, no entanto, completamente imbricados: o recebimento de informações referentes aos direitos que cada pessoa tem enquanto cidadã (por exemplo, direito de ser homossexual e receber tratamento médico de qualidade, sem que sua orientação sexual prejudique a qualidade do atendimento) e ao profissional em garantir a execução desses direitos, considerando que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano do sujeito sexual, e por isso não podem ser ignoradas nas tecnologias de prevenção e aconselhamento.

A junção entre a capacitação técnica e a melhoria das relações intersubjetivas entre profissionais e usuárias pode gerar mudanças favoráveis nas formas como os atendimentos em saúde são oferecidos, refletindo em atendimentos humanizados e isentos de discriminação, auxiliando assim na diminuição do quadro de vulnerabilidade em saúde sexual das usuárias lésbicas e aumentando a promoção da saúde e qualidade de vida dessas mulheres.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres lésbicas na busca pela garantia do direito à saúde vão de encontro aos princípios do SUS, pois, ao considerar a saúde como um bem universal, de modo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, o SUS deixa claro que nenhuma característica, seja de qual natureza for, deve ser tomada como justificativa para a negação do acesso aos atendimentos em saúde, bem como na prestação dos atendimentos. A desconsideração das singularidades das práticas sexuais entre mulheres pode ser entendida como uma violação à equidade que, por sua vez, objetiva tornar possível a igualdade material nos atendimentos.

É fundamental os atendimentos em saúde sejam considerados de forma integral, abrangendo aspectos físicos que demandam, por exemplo, exames médico-ginecológicos, bem como aspectos subjetivos que requerem o respeito a fatores como medos, receios, angústias e expectativas que o atendimento pode provocar nas pacientes.

O treinamento adequado dos profissionais de saúde é uma ferramenta útil para que ocorram mudanças na forma como os atendimentos são prestados às usuárias lésbicas. Contudo, sua eficácia está relacionada ao

quanto esta educação em saúde será capaz de promover reflexões nos profissionais sobre suas condutas, crenças e atitudes, tanto sobre a diversidade sexual quanto sobre a representação que os mesmos possuem acerca do SUS. Aqui são contempladas questões relacionadas à consideração da saúde enquanto um direito de todos, que não pode estar condicionada a posicionamentos pessoais dos profissionais. Pela própria natureza pessoal de tais posicionamentos, esses não devem de forma alguma serem utilizados como determinantes para o manejo dos atendimentos prestados por esses profissionais, pois se o assim fizerem estarão cometendo, além de infrações éticas, cíveis e penais, a perpetuação da violência estrutural contra à diversidade.

A ética é condição necessária para atuação profissional. Sendo, portanto, atributo anterior a qualquer treinamento direcionado para o atendimento de populações específicas, haja vista ser esperada igualmente em todos os atendimentos. A exigência por uma atuação ética, inclusive, compõe a maioria dos códigos de ética, aos quais todos os profissionais de saúde devem respeitar, sob a pena de receberem punições ao infringirem o que é estabelecido. É importante apresentar essa observação para evitar a ideia falaciosa de que o desconhecimento profissional ou a falta de capacitação técnica é razão ou justificativa para a ocorrência das mais diversas formas de violação pelas quais as usuárias lésbicas são submetidas, diariamente, quando buscam atendimento em saúde sexual.

Dessa forma, reforça-se a importância da educação em saúde não apenas como mero conjunto de instruções técnicas, mas como uma ferramenta transformadora, capaz de promover mudanças nas relações entre profissionais e usuárias, de modo que cada vez mais os serviços públicos de saúde deixem de ser locais de ocorrência de violação e passem assumir o papel esperado de servir à todos com igualdade, respeitando as equidades.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme Silva de. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 301-331, 2009.

ARAUJO, Luciane Marques de. **Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas**. Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna. Tese de Doutorado. Universidade do

Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-327, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (2003)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011; 2013.

CHETCUTI, N., *et al.* Preventive care's forgotten women: life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. **The Journal of Sex Research**, v. 50, n. 6, p. 587-597, 2013.

COELHO, L. M. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, v. 4, 2001,

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, Suzana (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABEP, 2006. p. 27-62.

FETHERS, K. *et al.* Sexually transmitted infections and risk behaviors in women who have sex with women. **Sexually Transmitted Infections**, v. 76, n. 5, p. 345-349, 2000.

GRANADO, L. Mitos sobre a Relação entre Mulheres e a Transmissão de DST/HIV. Boletim **Ousar viver**, v. 4, n. 6, 1998.

HERA. Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação, 1999. Disponível: <https://iwhc.org/resources/hera-action-sheets/>. Acesso em: 25 out. 2020.

HEREK, G. Beyond “homophobia”: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. **Sexuality Research & Social Policy**, n. 1, p. 6-24. 2004.

JUNQUEIRA, R. D. “ Aqui não temos gays nem lésbicas”: estratégias discursivas de agentes públicos ante medidas de promoção do reconhecimento da diversidade sexual nas escolas. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 3, n. 04, 2009.

LIMA, M. A. S. **Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas**. Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2016.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013, p. 2037-2047.

MARRAZZO, J. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 11, p. 1974 -1978, nov. 2004.

MEINERZ, N. E. Impasses Classificatórios envolvendo Gênero e Sexualidade no Atendimento Público de Saúde. *In*: NASCIMENTO, P.; RIOS, L. F. (org.). **Gênero, Saúde e Práticas Profissionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

MONZON, O.; CAPELLAN, J. Female-to-female transmission of HIV. **Lancet**, v. 330, p. 40-41, 1987.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. Orientadora: Cássia Maria Buchalla. 2004. Dissertação de Mestrado, Curso de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

RODRIGUES, J. L.; SCHOR, N. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas**. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 2010.

SHIRLEY, C. *et al.* Likely female-to-female sexual transmission of HIV — Texas, 2012. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 63, n. 10, mar. 2014.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4427-4438, 2014.

TAKEMOTO, M. Libertad Soligo *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

TOLEDO, L. G. **Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista**. Dissertação (Mestrado). 2008. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexual health**. 2006. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2). Acesso em: 20 out. 2020.

06

**SOFRIMENTO PSÍQUICO MASCULINO EM  
CONTEXTO RURAL: OS SENTIDOS DAS  
VULNERABILIDADES E CONTRIBUIÇÕES  
PARA O CAMPO DA SAÚDE**

Edilane Nunes Régis Bezerra





**E**ra uma vez uma realidade que precisava ser transformada, ser ouvida e debatida em âmbito acadêmico e social, os moradores residentes em cidades rurais necessitavam de cuidados e atenção em saúde mental, sobretudo no que diz respeito à população masculina. Percebe-se, a grande lacuna referente ao levantamento das necessidades e práticas de saúde voltadas para os homens.

As possibilidades de inserção da Psicologia no que diz respeito ao meio rural e toda a diversidade que essa atuação se reveste, são múltiplas. O cotidiano de vida das pessoas dota-se de uma diversidade e intensidade que permite uma variedade de interlocuções com grande riqueza de detalhes. No Brasil, a construção da “saúde masculina” como alvo de políticas e de pesquisas é recente. Sua promoção continua sendo um desafio para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) destaca que homens podem apresentar mais riscos e morrem mais precocemente que mulheres, mas recorrem significativamente menos aos serviços de saúde, particularmente, de atenção primária.

Ao analisar a situação de saúde de uma determinada população, é possível notar múltiplos processos determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença e se expressam no modo de vida da sociedade em geral, dos grupos sociais e de cada indivíduo. No caso do contexto rural nordestino, especificamente no semiárido, esses determinantes sociais vão se configurar de forma diferente, haja vista que o processo saúde-doença é perpassado por questões desiguais no acesso à terra, à água e às políticas públicas, impactos ambientais e mudanças climáticas extremas que contribuem para o aumento da vulnerabilidade social e da desigualdade em saúde, o que, conseqüentemente, interfere nos processos saudáveis de vida e contribui para o desenvolvimento do adoecimento da população rural.

É imprescindível reconhecer, diante do cenário atual, que nossas ações de pesquisa e extensão, assim como, a atuação profissional necessitam incorporar as questões levantadas no presente capítulo, a exemplo do processo de interiorização da formação e atuação no campo da saúde mental, das novas ruralidades que se desenham no contexto brasileiro. Embora

caracterizem o ambiente rural os municípios que possuem menos de 25.000 habitantes (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006), este estudo foi desenvolvido em cidades com até 10.000 habitantes, podendo ser chamadas de “cidades rurais”, o que corresponde a 147 (66%) cidades paraibanas.

Levou-se em consideração, no presente estudo, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba. No âmbito da organização da assistência à saúde, o território estadual da Paraíba, encontra-se dividido atualmente em 04 macrorregiões de saúde e 16 Regiões de Saúde (PARAÍBA, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população e a riqueza concentram-se nas duas maiores cidades do Estado – João Pessoa e Campina Grande, evidenciando a má distribuição da riqueza, resultantes do processo histórico de ocupação do território paraibano, as mesorregiões de saúde Sousa e Patos, situam-se no sertão paraibano, região mais castigada pela seca e com piores condições de vida.

Estamos diante de um campo de discussões recente na Psicologia, embora seja importante destacar que as contribuições até aqui produzidas, são inquestionáveis, não podemos esquecer a necessidade de estudos e pesquisas voltadas para a população rural. Historicamente, a Psicologia tem voltado seu olhar quase que exclusivamente para a população urbana. Verifica-se que os habitantes das cidades grandes têm sido alvo constante da sua intervenção profissional, além de tornarem-se objeto de estudos e pesquisas no campo psicológico.

No âmbito acadêmico existe uma escassez de investigações relacionadas ao estudo da saúde mental e condições de vida das populações rurais, sobretudo em relação à prevalência de Transtornos Mentais Comuns e os elementos voltados às vulnerabilidades desta população. Percebe-se que a maioria dos estudos que focam essas populações se limita à discussão acerca da produtividade, sustentabilidade, agricultura familiar, violência no campo, conflitos agrários e fundiários (DIMENSTEIN et al., 2016).

Por tudo isso, visando a relevância social e ampliação de estudos voltados para atender a necessidade de atenção à saúde mental de moradores de cidades rurais e urbana, em especial, a população masculina com idade entre 20 a 59 anos (que correspondem a 41,3% da população masculina economicamente ativa do País), desenvolveu-se o presente estudo. Este capítulo tem o objetivo de analisar os sentidos das vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens residentes em contextos rurais. Este recorte metodológico é estratégico, pois não se trata apenas de parcela preponderante responsável pela força produtiva social, mas também

porque exerce um papel sociopolítico e cultural significativo na sociedade. Crianças, mulheres e idosos acessam mais os serviços de saúde; o intuito é sensibilizar essa outra parcela da população, a masculina, que concentra o maior índice de não adesão aos serviços de saúde.

## MÉTODO

O método empregado foi da pesquisa qualitativa e os métodos e técnicas desenvolvidos nas intervenções psicossociais foram inspirados no modelo teórico das vulnerabilidades e na Psicologia Social. Enquanto método de análise, empregou-se a análise categorial temática, proposta por Figueiredo (1993).

Os homens foram selecionados obedecendo aos seguintes critérios: Pontuação mínima obtida no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) – Instrumento desenhado pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Gonçalves, Stein, Kapczinski, (2008), para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos). Foram escolhidos os homens que responderam de forma afirmativa pelo menos sete itens sintomáticos (ponto de corte adotado como indicativo para a presença de TMC); Homens que não apresentavam diagnóstico formal de transtornos mentais mais graves, por exemplo, depressão e ansiedade. Também, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 07 participantes, com base no método de cenas (PAIVA, 2012), com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana e, assim, decodificar as dimensões da vulnerabilidade.

## OS SENTIDOS DAS VULNERABILIDADES E IMPLICAÇÕES PARA O SOFRIMENTO MENTAL MASCULINO

Entende-se, a partir do conceito de vulnerabilidade como uma convocação para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade. Desse modo, a vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, o reconhece, mas busca superá-lo. Vale lembrar que o modelo privilegia, como unidade analítica, o plano do coletivo, e que a estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica dos dados (AYRES, 2012).

O conceito de Vulnerabilidade apresenta características muito diferentes do conceito de risco. Ele procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam estas situações, num movimento de síntese. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico. Ela tem o objetivo de expressar o “potencial de adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições” (AYRES et al., 2016). Os Autores afirmam que a vulnerabilidade engloba todos os fenômenos que são excluídos das análises de risco por não apresentarem determinadas características exigidas pelos parâmetros epidemiológicos e estatísticos.

Verifica-se, que as condições de vulnerabilidades relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais. Indicadores socioeconômicos mostram que o campo ainda apresenta dados preocupantes: considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda, a falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso inadequado de agrotóxicos, são situações que dificultam ainda mais a vida das populações de cidades rurais (DIMENSTEIN et al., 2016).

No meio rural, as discussões no tocante a saúde mental aponta que o sofrimento psíquico dos agricultores tem sido uma realidade (DOMINGUES, 2007). A questão do sofrimento psíquico no meio rural tem sido debatida já há algum tempo no cenário acadêmico. No âmbito de problemas de saúde dos trabalhadores rurais, a queixa de nervoso tem sido corriqueira, confirmando as estatísticas mais gerais da sociedade, como apontam Levigard e Rozemberg (2004). De acordo com os autores, as recentes mudanças ocorridas no campo, com a extinção da policultura e sua consequente desterritorialização e falência de inúmeros agricultores, contribuiu para as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população, incluindo o aumento de doenças mentais em trabalhadores rurais.

No contexto brasileiro, as pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidade e Promoção de Saúde/NPVPS na população rural detectaram forte prevalência de TMC, uso de medicação psicotrópica, uso inadequado e intoxicação por agrotóxicos e uso abusivo de álcool. Sinalizam, ainda, para o uso irracional de ansiolíticos e abdicação de práticas

complementares e tradicionais de cuidado como uso de chás, infusão, benzedadeiras, além da elevada carga de trabalho na agricultura, banalização do sofrimento psíquico e desinteresse na procura por tratamento psicológico (FURTADO; SALDANHA, 2016; BEZERRA, 2019).

Através do processo de análise temática (MINAYO, 2010), a análise das falas dos participantes apreendidas por meio das entrevistas, permitiu a construção de classes temáticas: uma delas intitulada de “Contextos de sofrimento masculino” onde se fez referência aos aspectos relativos à saúde mental apresentado pelos homens. A seguir, serão apresentadas de forma geral, as principais classes enunciadas, sendo estas: Sintomatologia (principais queixas); Percepção ou banalização do sofrimento; Problemas familiares e cuidados com a família; Crise econômica/Dificuldades financeiras; Longos períodos de seca e estiagem; Desinteresse na procura por tratamento psicológico; Procuram assistência à saúde de maneira tardia ou emergencial.

Por meio da aplicação do SRQ-20, verificou-se prevalência de 18,4% (N=50) dos transtornos mentais comuns nas cidades rurais. Na literatura brasileira, a prevalência de TMC na população geral varia entre 22,7% e 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), em homens, esta taxa é de 12,5% a 17% (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

O Transtorno Mental Comum, de natureza não psicótica, envolvem um conjunto de sinais e sintomas relacionados, principalmente, às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos, geralmente associadas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Apesar de abranger uma série de sintomas, de maneira geral, suas principais queixas envolvem sintomas físicos, de natureza somatoforme, associados a sintomas relacionados à diminuição da energia vital e, principalmente, queixas somáticas e pensamentos depressivos, como pode ser verificado na fala do participante:

*“eu fico muito cansado, minhas mão tremem. Eu não consigo fazer nada, canso com facilidade, chego a me sentir inútil. Tudo que eu faço eu canso do nada, eu canso mesmo. Eu jogava bola, deixei, porque eu não guento mais correr, canso rápido demais, eu não era assim não” [Part. 02, 35 anos].*

Identificou-se no contexto rural sintomas como: insônia, fadiga, dor de cabeça, dificuldade de concentração, angústia e tristeza o que reforçam para a necessidade de cuidados em saúde mental, corroborando dados de outras pesquisas (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014) “que, além de desencadear um sofrimento psíquico intenso, causam incapacidade funcional comparável ou até pior aos quadros crônicos já estabelecidos” (COSTA

et al., 2014, p.146). Os TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente ansiedade e depressão, fato observado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço. Vale ressaltar que os homens investigados relataram sentir tais sintomas com certa frequência, há algum tempo.

O adoecimento mental caracteriza-se por uma determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente a forma como as pessoas percebem a si. No campo da saúde/saúde mental, não obstante o redimensionamento epistemológico, ainda é significativa, ou mesmo hegemônica, a influência do modelo biomédico nas investigações voltadas a questões relacionadas ao processo saúde-doença, predominando a dimensão técnica, em detrimento das relações intersubjetivas.

Os homens que apresentam maior incidência de sintomas somáticos e decréscimo de energia vital (sente-se cansado com facilidade) apontaram tais dimensões como fatores desencadeadores de adoecimento mental. Essa falta de vitalidade seria um aspecto ligado ao surgimento de doenças – sobretudo devido ao desgaste do trabalho na agricultura e o avanço da idade, os homens de cidades rurais devido às condições de vida, exposição excessiva ao sol e variações climáticas sofrem um desgaste mais rápido, comprometendo a saúde física e mental.

Outro aspecto observado nas entrevistas foi a percepção ou banalização do sofrimento em casa, dos amigos e serviços de saúde por parte dos homens do contexto rural. o homem que chora, mostra fragilidade, sensibilidade e feminilização, os participantes relatam que macho não chora. Podemos verificar na fala dos participantes 02 e 05, a seguir.

“(...) não sou de chorar, hõmi não chora, quer isso moça, nãn. Chorar é coisa de mulher, eu sou macho todo” [Part. 02, 35 anos].

“hõmi que é macho mesmo, não chora, isso é coisa de mulher. Mesmo se eu quisesse não conseguia, sou difícil de chorar, até quando alguém morre da minha família sinto dificuldade pra chorar” [Part. 05, 50 anos].

A subjetividade é uma produção contínua que ocorre a partir dos encontros com o outro, que produz “efeitos nos corpos” (MANSANO, 2009, p. 11). Neste sentido, a subjetividade é modelada, transformada a partir do social. Todavia, vê-se que a fragilização dos laços de confiança, das relações comunitárias é espelho dos modos de subjetivação da contemporaneidade, os quais caminham de maneira oposta à questão da coletividade, e isso pode ser observado no cenário das cidades rurais. Associada a isso, está a



dificuldade que os homens do contexto rural têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (MANSANO, 2009).

Ademais, percebe-se que questões de gênero estão bem mais presente no meio rural, o homem rural evita expressar os seus sentimentos, por achar que chorar faz parte do universo feminino. Questões de gênero como a expressão de sintomas específicos pelas mulheres pode contribuir para o processo de banalização e vulnerabilidade. De acordo com Zanello (2014), os sintomas não são signos motivados e imediatos, dependem de uma semiótica própria, na qual as relações de gênero são fatores fundamentais, presentes em seu aspecto patoplástico, ou seja, em uma sociedade onde as diferenças entre os sexos são marcantes é comum homens e mulheres expressarem seus sentimentos de forma diferente, o que aponta para o caráter gendrado dos sintomas, ou seja, o modo como este se manifesta (p.108). Segundo a autora, o choro – por estar intrinsicamente ligado às emoções, à sensibilidade – é aceito desde criança no comportamento das mulheres, mas profundamente reprimido dentre os homens como um sinal de fraqueza, o qual os colocaria em xeque como “verdadeiros homens”. O que significa dizer que o choro pode ser a manifestação de tristeza em uma mulher, mas, ainda que um homem não chore, isto não indica que ele não esteja triste.

Observou-se também uma maior ênfase colocada pelos homens as preocupações do dia a dia, situações no cotidiano causadoras de estresse como causas para seu sofrimento, destacando-se, os problemas familiares e cuidados com a família. Os problemas de saúde na família com parentes próximos, bem como os cuidados com os filhos foram citados pelos entrevistados. Esse lugar do homem enquanto responsável pela família, portanto, não se situou apenas no campo financeiro como mostrou nosso estudo de campo, mas também enquanto responsável pelo cuidado dos seus integrantes.

Cabe destacar algumas associações, feitas pelos homens, entre a incidência de TMC e situações estressoras no dia-a-dia, como, por exemplo, nas cidades rurais: migração de filhos/as para grandes centros urbanos ou outras cidades em busca de emprego; problemas de saúde (pessoal e de familiares); internação hospitalar de parentes; problemas conjugais; vulnerabilidades (dificuldades financeiras, desemprego), no âmbito urbano: criminalidade (assaltos ou roubos); violência no trânsito; problemas conjugais; luto/morte de parente próximo; problemas graves de saúde; problemas

de saúde (pessoal e familiar); vulnerabilidades (baixos salários; dificuldades financeiras, desemprego). Esses estressores foram apontados como causa de cefaleias, depressão, insônia, falta de apetite, cansaço, nervosismo, preocupação etc., sintomas que foram rastreados pelo SRQ-20 e confirmados pelos entrevistados.

Dentre os motivos citados pela maioria dos participantes como causa de adoecimento foi a crise econômica/dificuldades financeiras vivenciada nos últimos anos no âmbito brasileiro, afetando as dinâmicas familiares, devido as condições socioeconômicas, acarretando problemas financeiros, aumento do número de desempregados; bem como a violência urbana (insegurança, assaltos, roubos, congestionamento e brigas no trânsito) o quem vem a levar a um aumento do isolamento social. Vejamos no discurso dos participantes abaixo:

“a falta do que fazer, não estou trabalhando, isso me preocupa e fico muito triste. Pois sempre trabalhei como eletricitista em uma empresa de energia eólica e, agora me vejo em casa sem fazer nada (...) falta dinheiro pra comprar remédio, comida, vejo meus pais passando dificuldades” [Part. 01, 24 anos].

“a falta de dinheiro tá grande, a falta de emprego também. Tenho um filho que foi estudar em outro estado, as oportunidades de emprego são melhores do que aqui” [Part.03, 44 anos].

Os relatos de preocupações com a insegurança econômica e as dívidas, deslocamento dos parentes para outras regiões do país em busca de emprego, as dificuldades financeiras que impedem a aquisição de bens materiais, alimentos, consultas médicas e remédios, são frequentes entre os homens entrevistados. Todavia, as dinâmicas familiares são afetadas pelas condições socioeconômicas, que produzem impactos negativos no cotidiano dos homens, resultando em preocupações, tristeza e insatisfação com a vida. O que corrobora com os estudos de Antunes (2015), tais aspectos, associado à precariedade na oferta de profissionais e serviços de saúde e assistência social nesses territórios, produz aumento da vulnerabilidade e tem forte impacto na saúde mental. O aumento de consumo de álcool e sofrimento mental em tempos de situações de crise econômica com aumento do desemprego, com o trabalho precarizado e a estruturação instável e competitiva das economias são aspectos relatados na literatura.

O surgimento de muitas doenças mentais está relacionado com os lugares e ambientes em que as pessoas vivem e com as fases do seu ciclo de vida (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2014). Por isso, está relacionado com características de urbanidade e de ruralidade (LOUREIRO

et al., 2015). O desemprego, aliado as dificuldades financeiras levam os homens das cidades rurais e do contexto urbano a uma maior vulnerabilidade social, acarretando para o adoecimento psíquico masculino.

Na tentativa de compreender essa trama de fatores que afeta a vida de milhões de pessoas no mundo (DIMENSTEIN et al., 2016) destacam que em cenários desfavoráveis economicamente, há o recrudescimento de sentimentos de insegurança, desproteção, incerteza, instabilidade, medo, os quais enfraquecem os fatores protetores da saúde mental e alteram o padrão de utilização dos serviços de saúde, com aumento considerável de consultas e internações.

Vale ressaltar que os moradores de cidades rurais sinalizam em suas falas os longos períodos de seca e estiagem. Observado no discurso dos participantes 02 e 06,

“nesse período de seca, estiagem, a terra fica ruim pra plantar. Não chove, sem chuva não conseguimos plantar. Os animais morrem de fome e sede, sem ter água pra beber. Nunca vi uma seca tão grande dessa, meu Deus, só Deus pra ter misericórdia de nós. Muito triste viu” [Part. 02, 35 anos].

“A seca tem prejudicado bastante o agricultor, não conseguimos plantar e vivemos disso” [Part. 06, 56 anos].

Em áreas rurais nordestinas, a seca tem sido responsabilizada pela situação de miséria e pobreza dos trabalhadores, porém não pode ser considerada a única causa de sofrimento dos participantes, tendo em vista que outros fatores, como já explicado anteriormente, como baixa escolaridade, dificuldade de acesso ao trabalho formal evidenciam a vulnerabilidade dessa população, concomitante com as variações climáticas. Constatou-se através das entrevistas dos homens no contexto rural que a dificuldade na produção e na colheita, especialmente em anos de seca, bem como na comercialização dos produtos é um agravante que gera incerteza, estresse e muitas dificuldades financeiras aos moradores de cidades rurais.

Os impactos da seca incidem tanto na formação social, econômica e política da região (dimensão objetiva/social), quanto influenciam no desenvolvimento do psiquismo e nos modos de vida dos moradores (dimensão subjetiva/psicológica). Com origem nessa dialética, é possível perceber que a seca traz implicações psicossociais na vida dos sujeitos, o que interfere nos processos saudáveis de vida e contribui para o desenvolvimento do adoecimento da população rural. Diante dessa realidade, a análise da saúde mental no contexto rural possibilita a compreensão dessas implicações psicossociais (CAMURÇA et al., 2016).

No que tange à Política Nacional de Saúde Mental, não há uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado à população rural, apesar de constituir um coletivo cujas especificidades geram demandas particulares associadas às condições de vida e trabalho e, conseqüentemente, de atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e dependência química. Mesmo na mais recente política pública voltada à saúde integral das populações do campo e da floresta (BRASIL, 2013). Verifica-se que não há qualquer referência à saúde mental, seja para indicar as particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações e, conseqüentemente, as necessidades de saúde os modos de adoecer e de cuidado, seja para nortear o planejamento e ordenamento das redes de atenção, assim como a oferta de ações e serviços de caráter psicossocial.

Por outro lado, fica evidente no contexto rural a falta de psicólogos e o desinteresse na procura por tratamento psicológico por parte dos moradores rurais, seja por não acessar a rede de serviços de saúde primária e especializada ou por arraigar a psicologia a doença mental, bem como não são atingidos pelos programas de saúde ou de assistência social. Verificou-se nas cidades rurais paraibanas a falta de profissionais de psicologia. Os moradores sinalizaram que não existe psicólogo/a na cidade e, quando necessitam de atendimento psicológico tem que procurar em outras cidades, que na maioria das vezes, não conseguem se deslocar para a capital ou para outros municípios, seja pelas péssimas condições financeiras ou por dificuldades em conseguir transporte.

Identificou-se, também, a presença nesta população de preconceitos e/ou crenças ainda arraigadas sobre a loucura, o que pode dificultar a procura por médicos psiquiatras ou psicólogos, por considerar tais profissionais como “médico de doido”. Apesar da propagação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, a expansão dos CAPS, o maior conhecimento da população sobre a loucura e os direitos dos pacientes com transtornos mentais, ainda é possível encontrar representações estigmatizadas do sofrimento psíquico associado à loucura, assim como a fragilidade e a vergonha em ter um transtorno mental, ser “doente mental”. Como pode ser verificado nas falas abaixo.

“sei lá, tenho vergonha (...) as pessoas aqui falam que psicólogo é pra doido (...) por enquanto não preciso de psicólogo, não sou doido” [Part. 01, 24 anos].

“não tenho problema na cabeça, psicólogo é mais pra quem tem doença na cabeça” [Part. 02, 35 anos].

Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. Para Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. Recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de atenção primária apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Sentimento expressado pelo entrevistado, “às vezes você tá com uma dor de cabeça ou uma dor no joelho, ou outro fato qualquer, você vai no médico, aí chega lá você encontra trinta, quarenta mulher esperando pra ser atendida por um médico ou uma médica, ou seja...você sozinho, um homem, é chato né. Você não tem aquele costume de tá indo frequente, como as mulher vão frequentemente, é chato, é muito chato” [Part. 02, 35 anos].

Há estudos (FONTES et al., 2011) que também consideram que os homens estão mais vulneráveis aos problemas de saúde, em virtude da baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária. Em face a esta realidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 27 de agosto de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, orientou a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais (BRASIL, 2008).

Contudo, muitas são as proposições e/ou justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. De acordo com Figueiredo (2005) por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse aspecto, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Os homens procuram assistência de maneira frequentemente tardia ou emergencial, priorizam a lógica da cura ou do alívio imediato dos sintomas, procurando o médico quando já apresentam doença manifesta, Gomes (2010) afirma que há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim. O cuidado com a saúde articulado à procura pelos serviços, citado pela maioria dos entrevistados como sendo o último recurso buscado quando já se está bastante debilitado.

"não lembro da última vez que fui a um médico, faz tempo. Não me cuido não. Só vou a um médico nas últimas, quando não aguento mais, procuro um especialista (...) eu sei que preciso me cuidar mais, ir a um médico especialista, urologista, pois já vou fazer 45 anos e nunca fui. "o homem só deixa para ir ao médico nas últimas, quando não aguenta mais, ele vai pro médico [Part. 05, 44 anos].

Nossas atribuições enquanto profissionais de saúde mental têm percorrido uma trajetória que nos colocam, de um lado, como mais um especialista a ocupar-se de sua área específica e, de outro, como um dos articuladores privilegiados do processo de integração e integralidade dos cuidados.

Diante disso, é importante que ações em saúde preservem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação. De acordo com as entrevistas e as observações dos participantes no contexto da pesquisa, no meio rural não existem ações específicas para o cuidado dos homens. Neste sentido, a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde pode ser explicada em virtude da não disponibilidade de atividades ou programas direcionados especificamente para este público.

De maneira geral, os homens ressaltam a importância de um atendimento humanizado, com uma equipe de profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino. Sobretudo, investir em ações de promoção e educação voltadas para a saúde do homem, redes de apoio social e práticas educativas são ações imprescindíveis. Por meio de sua prática, o profissional de saúde/saúde mental deve valorizar ações que possibilitam uma maior apropriação, pelo sujeito, de sua história, de sua experiência de adoecimento e das maneiras que construiu para lidar com ela. Encarar de modo positivo as formas individuais e criativas de lidar com o sofrimento e seus fenômenos é uma mudança de perspectiva essencial na direção do tratamento, sobretudo mais humanizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior susceptibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção. Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento.

Por sua vez, os Transtornos Mentais Comuns - de natureza não psíquica - envolvem um conjunto de sinais e sintomas, caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimentos de inutilidade. Assim, ao falar em saúde mental, se faz necessária uma perspectiva que considere a promoção de saúde. Para tanto, o reconhecimento precoce de problemas biopsicossociais, que determinam alterações cognitivas e comportamentais na população e o seu tratamento, demandas um plano terapêutico socialmente referenciado e construído, visando a reabilitação e a reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção de saúde Conceitos, reflexões, tendências (pp. 116-138)**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 4ª reimpressão, 2016.

AYRES, J.R.C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (org.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde (pp. 71-94)**. Curitiba: Juruá, 2012.

ANTUNES, J.A.P.J. Crise econômica, saúde e doença. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 16, n. 2, 274-284, 2015.

BEZERRA, E.N.R. Saúde mental e vulnerabilidades masculinas: contribuições para à saúde do homem na contemporaneidade. In: ANTONELLA, C. O. (Org.). **As**



**Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade**. 3ª ed., Ponta Grossa/PR: Atena, 2019, v. 3, p. 214-228.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 1ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília/DF, 2008.

CAMURÇA, C. E. S. *et al.* Implicações Psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. **Av. Psicol. Latinoam.** Bogotá (Colombia), v. 34, n. 1, p. 117-128, 2016.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 21, v. 1, p. 73-79, 2005.

COSTA, M.G.S.G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estud. psicol.** (Natal), v. 19, n. 2, p. 145-154, 2014.

DIMENSTEIN, M. *et al.* **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi, 2016.

DOMINGUES, E. Vinte anos do MST: a psicologia nesta história. **Psicol. estud.** Maringá, v. 12, n. 3, p. 573-582, 2007.

FIGUEIREDO, W. S. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FONTES, W.D. *et al.* **Atenção à saúde do homem**: interlocução entre ensino e serviço. Acta Paul: 2011.

FURTADO, F.M.S.F. **Vivendo à margem**: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

LOUREIRO, A.; COSTA, C.; ALMENDRA, R.; FREITAS, A.; SANTANA, P. O contexto socioespacial como fator de risco para hospitalizações por doença mental nas áreas metropolitanas de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, suppl.1, p. 219-231, 2015.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, 2003.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 213-221, 2002.

LEVIGARD, Y.E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.6, p. 1515-1524, 2004.

LOUREIRO, A.; COSTA, C.; ALMENDRA, R.; FREITAS, Â.; SANTANA, P. O contexto socioespacial como fator de risco para hospitalizações por doença mental nas áreas metropolitanas de Portugal. **Cad. de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 219-231, 2015.

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividades e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Rev. psicol da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 110-117, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12<sup>a</sup> ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C.

M.; BUCHALLA, C. M. (org.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: Prevenção e Promoção da Saúde (pp. 71-94). Curitiba: Juruá, 2012.

PARAÍBA, Governo do Estado. Coordenação de Saúde Mental da Paraíba. (2015). **Regionalização da Saúde**. Disponível em: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/caps>. Acesso em 10 de setembro de 2020.

PATEL, V. *et al.* Mental disorders: equity and social determinants. *In*: BLAS, E.; KURUP, A. (org.). **Equity, social determinants and public health programmes** (pp. 115-134). Geneva: World Health Organization, 2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.

WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Social Determinants of Mental Health**. Geneva, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – **saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, OMS, 2002.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (org.). **Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade** (pp. 41-58). Curitiba: Appris, 2014.

# 07

## **OS ENLACES ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A CULTURA DA PAZ NO ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO**

Luciano Aparecido Pereira Junior

Regina Célia de Souza Beretta



**E**ra uma vez! Nem todas as estórias são contos de fadas ou parecem ser. Caio (nome fictício), um adolescente de dezesseis anos, morador de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, vivenciava uma realidade diária de ausência de liberdade e medo. Seus pais, que estavam separados, brigavam diariamente, quando ainda moravam juntos. O pai que estava preso por tráfico de drogas, se distanciou da família e nunca mais os viu.

A mãe se dividia entre os cuidados com a casa, com os filhos e com o trabalho, que sustentava financeiramente esta família. Era uma rotina desgastante e uma enorme cobrança, que perpassava esta realidade. Maria (nome fictício), além de Caio, possuía mais dois filhos, sendo um garoto de oito anos e uma menina de doze anos.

Caio começou a se relacionar com alguns amigos do bairro, e descobriu no tráfico uma forma de ganhar dinheiro e ajudar sua família, além, de poder comprar os objetos que tanto desejava. Era à noite que seu “trabalho” se iniciava, depois de diversas tentativas de conseguir um emprego como jovem aprendiz. Abandonou os estudos, no ano passado, quando ainda tinha quinze anos.

Certo dia, dona Maria se assustou com a chegada da polícia em sua casa, buscando pelo seu filho. Nem se quer pediram licença e adentraram o ambiente. Levaram o menino para a delegacia e deixaram o adolescente, por dois dias, em um ambiente, que para eles parecia ser adequado. Mas não era.

Saindo de lá, depois de uma audiência com o juiz, o adolescente, agora tido como um adolescente infrator passou a cumprir medida socioeducativa em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social, o CREAS, onde por seis meses ele e sua família foram acompanhados por profissionais da assistência social, da psicologia e outros que estavam disponíveis.

Este capítulo tem por objetivo compreender como a cultura da paz, enquanto quesito essencial da promoção da saúde pode auxiliar na prevenção do ato infracional e da violência. Neste sentido é possível descrever como as falas permeadas pela violência, podem se tornar discursos de paz e gerar qualidade de vida para a população adolescente em conflito com a lei.



## **O SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE) E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI**

A realidade de Caio se estende às vivências de diversos adolescentes por todo o Brasil. Em casa estória, é possível encontrar aspectos peculiares e singulares de cada sujeito. É neste encontro com diversas realidades, famílias e indivíduos que o olhar para o ser humano toma uma nova proporção, que é aquela de se dispor a escutar o outro e o que ele tem a falar. São vozes que não podem ser calar ou serem caladas.

O adolescente, tido como uma pessoa em desenvolvimento carece de diversas demandas e necessidades que precisam ser sanadas e atendidas, a fim de que se garanta uma proteção social integral e que seus direitos sejam garantidos.

Como aponta Costa e Assis (2006) o ato infracional, cometido pelo adolescente, escancara um processo ainda mais amplo de vulnerabilidades, riscos e de negação de direitos, não envolvendo somente este sujeito, mas também sua família. Aspectos como a situação de pobreza, o desemprego, o preconceito, a violência (física, moral, psicológica), a evasão escolar e a ausência de políticas públicas instaladas no território acentuam ainda mais o abismo social e a exclusão vivenciada por esta população.

Quando um adolescente comete um ato infracional, seja ele o tráfico, o furto, o roubo e até mesmo um homicídio, o que é acentuado na maioria das vezes são a violência e a agressividade com que o ato é praticado, frente a uma sociedade que ainda possui um caráter “justiceiro”, que busca a punição e a repressão destas atitudes.

Anteposto ao ato infracional praticado, um ciclo de violências e violação de direitos foi instalado (AZEVEDO; AMORIM; ALBERTO, 2017). E neste sistema, o adolescente se vê colocado e “jogado à própria sorte”, dentro de um espaço onde a violência gera violência e dela se nutre cada vez mais. Entra em cena uma ausência do Estado em não colocar em prática políticas públicas de atenção a esta população, mas este se apresenta, a fim de punir e reprimir, mesmo depois de anos após o sistema ditatorial vivenciado no Brasil.

Atualmente, existe o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, o SINASE, alicerçado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi conquistado somente com muita luta e participação de movimentos sociais, e com o nascimento da Constituição Federal de 1988. Tanto o SINASE, quanto o ECA ainda são jovens ao longo do tempo e da história,



além, da negação histórica da adolescência dentro da cultura e da sociedade brasileira (BRASIL 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

Desde o processo de colonização, quando as crianças e adolescentes eram inseridos nas “Rodas dos Expostos”, sem nome, nem identidade, até o Código do Menor de 1927, houve um processo amplo de violência, negação de direitos e exclusão social. Em 1927, eles ganham para si o direito de ter uma identidade, um nome, de se constituírem como sujeitos sociais, porém, a história ainda mostrava que muitos direitos ainda precisavam ser conquistados (COSSETIN; LARA, 2016).

Durante a ditadura, os adolescentes tidos como moribundos, arrua-ceiros, perigosos e preguiçosos eram punidos e reprimidos, com castigos físicos, que foram aplicados tanto na Fundação do Bem-estar do Menor (FUNABEM), quanto na Fundação Estadual para o Bem-estar do Menor (FEBEM), instituída no Estado de São Paulo (COSSETIN; LARA, 2016).

Atualmente existem diversas políticas que atuam na garantia dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil, sendo todas elas pautadas no que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), se responsabiliza pela regulamentação das medidas socioeducativas a serem cumpridas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

As medidas socioeducativas são aplicadas como forma de responsabilização do sujeito, família e Estado, a fim de que, o adolescente possa ser reintegrado a sociedade, e nela possa ser um ator social. O cumprimento das medidas possui algumas modalidades que se distinguem, como meio aberto e meio fechado. A primeira modalidade, pensando o modelo de descentralização da aplicação das medidas, cabe aos municípios, estando neste grupo a Liberdade Assistida (LA) e a Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). Na segunda modalidade, cabe a responsabilidade aos estados, tanto da semiliberdade quanto da internação (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

Nos territórios as medidas de meio aberto são cumpridas junto aos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e em determinados locais por Organizações da Sociedade Civil (OSC). Já o meio fechado, em específico no estado de São Paulo, é realizado pela Fundação Casa, e em Minas Gerais, pelos Centros de Atendimento Socioeducativo, variando a nomenclatura conforme o estado. O acompanhamento e o suporte não dever ser dado somente ao adolescente, mas também a sua família, frente às demandas que estas possuem, e as situações de risco e vulnerabilidade que vivenciam (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A fim de regular, controlar e estruturar o atendimento às crianças e aos adolescentes e a garantia dos seus direitos, existem conselhos, planos, diretrizes e políticas de saúde que visam o atendimento integral às demandas destes grupos. A nível nacional existe o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo e o SINASE. No espaço estadual pode ser citado o Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA). E no municipal, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e os Conselhos Tutelares (BRASIL, 1991; BRASIL, 2012).

Na categoria saúde, existe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e ainda, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde e a Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens. O Estado de São Paulo possui a Política Estadual de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010; SES/SP, 2011; BRASIL, 2014).

Embora existam as políticas, alguns questionamentos devem ser considerados quanto à aplicabilidade destas. Em primeiro, não se constata uma política em saúde, que trabalhe efetivamente com os adolescentes em meio aberto, apenas aqueles que se encontram em meio fechado. Outro aspecto a ser pontuado é o atendimento aos adolescentes, de forma geral, pelos serviços nas redes, que nem sempre são efetivos.

Esta ineficácia das políticas pode ser por diversos fatores, como a ausência de recursos, a ausência de serviços nos territórios, à falta de profissionais, a necessidade de profissionalização e preparo das equipes e a participação social que deve ser tida como um dos fatores essenciais. Os direitos só podem ser garantidos de fato em uma rede de atenção e apoio que seja intersetorial (entre setores) e interdisciplinar (entre profissionais de áreas diferentes), e que o trabalho seja efetivo e eficiente, cumprindo as políticas e diretrizes já existentes e se necessário, propondo o surgimento de novas, além de reformulações nas que estão em vigência.

## **OS DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, A CULTURA DA PAZ E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS**

A Carta de Ottawa, que preconiza a promoção da saúde surgiu durante a primeira conferência sobre a temática, em Ottawa, no Canadá, em 1986. A partir daí, há um marco referencial sobre o que é a saúde e a promoção dela nos diversos países e nas diversas realidades existentes.

A promoção da saúde pode ser conceituada como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTTAWA, 1986, p. 1). E neste sentido, a saúde passa a ser vista não como objetivo de vida, mas como um recurso para a vida, para que ela aconteça. Deste modo, a promoção não deve se restringir somente ao setor saúde, perpassando pela busca de um estilo de vida saudável e de um bem-estar global (OTTAWA, 1896).

No cenário brasileiro, a promoção da saúde se instala de forma importante e efetiva, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), surgindo em 2006 e passando por reformulações, para uma atualização em 2014 e outra em 2018. Cabe destacar um trecho da política, em que se menciona o contexto histórico da inserção da promoção da saúde no Brasil, que se deu por meio da redemocratização do país e se fixou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se estabeleceu como um “grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania” (BRASIL, 2018, p. 7).

A Promoção da Saúde deve ser pensada de modo ampliado, englobando a compreensão do sujeito integral e as questões pertinentes às várias fases do desenvolvimento humano, além, da sociedade e cultura na qual o indivíduo está inserido. Nesta perspectiva é preciso compreender que as relações e vínculos são essenciais para o entendimento de como o ser humano se constitui (MALTA; et al., 2018).

A Cultura da Paz, como conceitua Dupret (2002, p. 91), envolve “dotar as crianças [e os adolescentes] e os adultos de uma compreensão dos princípios e respeito pela liberdade, justiça, democracia, direitos humanos, tolerância, igualdade e solidariedade”. Neste sentido, para que a paz se instale, é preciso que haja uma rejeição individual e coletiva, da violência, que integra as sociedades e suas várias realidades. Há então, um processo de reconstrução, para que os discursos permeados pela violência possam ser discursos de paz.

Dentro do cenário brasileiro a cultura da paz está inserida na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estando ela atrelada diretamente ao conceito de promoção da saúde, e também presente nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no cenário internacional, sendo o ODS 16, que pontua sobre a paz, a justiça e as instituições eficazes. Os ODS surgem a partir da Agenda 2030, com o intuito de que os Estados-membros

da Organização das Nações Unidas (ONU), se comprometam a erradicar a fome, a pobreza e as vulnerabilidades existentes em seus países, além, de se atentarem para a saúde, a qualidade de vida e o meio ambiente (desenvolvimento sustentável) (ONU, 2015; BRASIL, 2018).

A promoção da saúde e a cultura da paz são construtoras de conhecimentos e podem realizar diversas mudanças nos espaços e territórios. Tanto a estória contada, inicialmente, quanto à temática aqui abordada, possui como fonte uma pesquisa que foi desenvolvida com doze adolescentes em conflito com lei, em um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), em uma cidade localizada no interior do Estado de São Paulo. Caio personagem aqui abordado, retrata além das vidas destes doze adolescentes, a vida de diversos outros que vivem no Brasil. Cada sujeito possui um discurso a ser contado e cada família vivencia uma realidade única.

A pesquisa contou com três etapas essenciais, sendo a primeira, uma oficina realizada junto com os doze adolescentes, abordando a promoção da saúde e a cultura da paz, visto que ambos desconheciam a temática, sendo preciso falar sobre ela. Em seguida foram realizados seis grupos focais, abordando a violência, as famílias, os serviços disponíveis nos territórios, as relações sociais, os direitos e deveres do adolescente e a cultura da paz. Na terceira etapa, os pais e responsáveis foram entrevistados e os Planos Individuais de Atendimento (PIAS) – plano criado pelo técnico de referência do adolescente, pelo adolescente e sua família, contendo sua história de vida, sonhos, planos e os procedimentos desenvolvidos durante o acompanhamento no CREAS – foram analisados.

Os grupos desenvolvidos possibilitaram a construção de conhecimentos e a aplicação tanto da promoção da saúde, quanto a cultura da paz no dia a dia. Os adolescentes puderam ver que ambas são possíveis e que algumas coisas que já fazem contribuem para o alcance delas e em especial, de sua qualidade de vida.

Deste modo, pode ser pensado que a socioeducação, além de uma ferramenta de reinserção do adolescente nos espaços, é um meio de aprendizado, construção e reconstrução de conhecimentos. A paz, assim como a justiça, deve ser aplicada de maneira igualitária, e também equitativa, a fim de que, os direitos sociais sejam garantidos e preservados. A partir daí, mesmo que de uma forma recente, constitui-se a justiça restaurativa, a fim de ocupar diversas lacunas existentes no judiciário, e buscar por meio da mediação, a não judicialização de boa parte dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2016; SECCO; LIMA, 2018).

A justiça precisa ser vivida, por meio de um envolvimento comunitário e uma corresponsabilização multidimensional e transformadora (ZEHR, 2008). Frente a uma paz que pede a palavra e passagem é preciso “uma posição moral em favor da severa restrição ao uso da dor fabricada pelo homem, enquanto forma de controle social” (CHRISTIE, 2017, p. 5). O controle social deve se dar pelos espaços de diálogo, pela construção social e pelos territórios da paz, se contrapondo aos discursos e vivências em que a violência se faz mediadora das relações.

## FAMÍLIA, VIOLÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS E TERRITÓRIO

Abordando a “estória” hipotética apresentada, que se baseou nas falas e histórias dos doze adolescentes estudados pela pesquisa mencionada, é possível observar os aspectos que influenciam a vida dos sujeitos e de suas famílias. Este contexto engloba a questão sócio-histórica, econômica e cultural, que reflete nas famílias, na existência da violência (como um constructo social), nas relações sociais e nos territórios (bairros, comunidades).

Os adolescentes em conflito com a lei, conforme algumas falas que serão descritas neste trecho do capítulo, vivenciavam diversas formas de exclusão e preconceito, o que aumenta ainda mais a situação de vulnerabilidade em que se encontravam. As falas dos adolescentes estão representadas pela letra P, seguida de um número, e a das mães e pais, pela letra M (Mãe) e F (Pai), seguidas também por um número. O pesquisador é identificado apenas pela letra P. Os relatos citam a evasão escolar, a negação de vagas para um possível retorno à escola e o preconceito na inserção no mercado de trabalho. Há ainda a sensação de aprisionamento, frente a uma liberdade que parece não existir e a uma desigualdade entre ricos e pobres, que se acentua sempre, quando este peso recai sobre as populações mais vulneráveis.

*P2: Não tem igualdade. O filho de rico não é tratado igual filho de pobre. Nos faz sentir mais inseguros. É o que deixa nós inseguro. É, nós não tem liberdade.*

*P1: Às vezes você está indo e você nem volta. Você só vai.*

*P5: O povo só pega o currículo e nunca mais fala.*

*P1: Esse povo tem mó preconceito. Se você for em algum lugar, e a pessoa perguntar onde você mora, e você falar eu moro em tal bairro, já muda até o jeito de te olhar.*

Os discursos dos adolescentes evidenciam os riscos enfrentados diariamente por eles. A maioria destes adolescentes estava em

cumprimento de medida socioeducativa devido ao tráfico de drogas. Mediante isso, além do risco de sofrer alguma violência por parte de algum usuário de drogas psicoativas, quando este adolescente cumpre medida socioeducativa e é um usuário, não é oferecido de forma ampla e acessível a todos, uma modalidade de tratamento para o vício, mas somente, o cumprimento da medida.

O sofrimento da família também fica evidente, mediante a sobrecarga sobre a mulher, enquanto mãe e chefe de família. Fica a cargo das mães, em sua maioria, a responsabilidade afetiva e financeira de sua família, além, da dependência financeira de benefícios concedidos pelas políticas públicas. Há ainda, uma desestruturação familiar e o rompimento de vínculos tanto na família nuclear (aqueles que moram na mesma casa), tanto com a família extensa (os parentes que não moram na mesma casa). E, além disso, a sensação de abandono por parte dos pais.

*M6: Eu começo a chorar, porque, é meio complicado. Bem, eu sou filha... Eu tenho pai e tenho mãe e tenho mais três irmãs. Só que eu nunca me dei bem com nenhum deles.*

*M1: Minha família não é muito ligada, assim.*

*P5: Não o conheci. Meu pai me abandonou quando eu era pequenininho.*

*P6: Eu moro longe do meu pai porque ele está preso. Se não era para a gente estar junto.*

Como destacam Carmo e Guizardi (2018) a vulnerabilidade social possui várias faces e interfere na vida das pessoas diretamente, pensando nas condições socioeconômicas, afetivas, singulares, culturais e familiares, mediante os diversos impactos que geram na vida dos sujeitos. O adolescente infrator assim como a sua família, carecem de uma atenção maior e mais ampla das políticas públicas, nos territórios e espaços públicos. É preciso que se garanta saúde, educação, assistência social, lazer, cultura, esporte, segurança e proteção.

As realidades mostram uma constante violação de direitos, sendo estas violações que motivam a violência, como se a alimentasse e a tornasse um sistema amplo e contínuo (MODENA, 2016). Aquele adolescente que teve seus direitos violados reflete na sociedade as consequências desta negação de direitos e negligência sofrida. A “estória” contada inicialmente, fala que dona Maria se assusta com a chegada da polícia em sua casa e a busca pelo seu filho, adentrando a residência sem se quer pedir licença. Cabe aqui a reflexão sobre o verdadeiro papel da polícia e da segurança

pública, que é garantir direitos, segurança e proteção, e não, para serem agentes de repressão, punição e violência.

*M1: Antes de eu vir mesmo os policiais pegaram meu filho, que estava sentado na porta de casa, ouvindo música com fone de ouvido.*

*M4: Eu vi quando pegaram P4. O rosto dele estava todo inchado. Bateram no rosto dele. E falaram para o P4: se falar que a gente te bateu, a gente volta. Assim, então cria uma revolta neles. Eles estão errados? Não estão certos. Mas acaba criando uma revolta neles.*

O discurso da última mãe ressalta uma revolta gerada nos adolescentes. Esta revolta não deve ser vista como um sintoma da adolescência, que é vista como sinônimo de rebeldia e inquietação. O ato de se revoltar deve ser visto como um sintoma social, pois a revolta busca a mudança, e se é necessária uma mudança, é porque algo não está correto. Os adolescentes compreendem o que é a violência e sabem que a vivenciam em todas as suas formas, seja ela física, moral ou psicológica, embora ambas possam ser praticadas em conjunto.

*P2: Quando o cara soca a mão na sua cara “néh!”.*

*P1: E verbal.*

*P: E vocês vivenciam isso em que momento?*

*P1: Em qualquer lugar, qualquer lugar.*

Embora os discursos mostrassem uma insatisfação, puderam junto formular as melhorias necessárias para que a cidade em que viviam pudesse ser diferente. Pontuaram as melhorias na saúde, como um novo pronto atendimento e a necessidade de novas ambulâncias; a melhoria no trânsito para que pudessem circular em suas bicicletas (meio de transporte mais utilizado por eles), tanto no respeito ao ciclista, tanto quanto o cuidado com as vias, que estavam esburacadas.

Os adolescentes em seus discursos mostraram que aprenderam o sentido de autonomia (gerir a própria vida), autocuidado (cuidado consigo mesmo) e autoconhecimento (conhecimento de si mesmo). Sentiram-se livres para discursarem e tranquilos para abordarem as temáticas, além de terem adotado uma posição mais reflexiva frente às diversas realidades e histórias de vida contadas. Mediante isto, fica evidente que o sujeito só necessita de um espaço que o acolha. Um continente para os seus mais diversos conteúdos.

O cenário no atendimento socioeducativo aos adolescentes em conflito no Brasil ainda carece de melhorias e adequações que validem a



socioeducação e a efetivem, visto as vulnerabilidades e violências que ainda acometem esta população (AGUINSKY; CAPITÃO, 2008).

O acesso aos serviços e o atendimento devem contar com um atendimento integrado de diversos serviços e políticas, não se restringindo somente a assistência social e não somente aos que se encontram em internação. As políticas precisam ser aplicadas com maior efetividade nos territórios e no cotidiano dos adolescentes e de suas famílias. Os indivíduos, dentro do processo democrático, precisam ter voz ativa, realizando o controle social e favorecendo a construção de territórios de paz. A opressão precisa dar espaço à liberdade e à qualidade de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O capítulo, aqui apresentado, propôs uma reflexão sobre o processo histórico da adolescência, a partir do entendimento de que o indivíduo é um sujeito em desenvolvimento. Discutiu as correlações entre os determinantes sociais, a adolescência dentro da proteção integral, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de breve histórico sobre a Promoção da Saúde e associações com o conceito da cultura da paz, na perspectiva da prevenção da violência. Há correlações entre a promoção da saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial ao ODS 16, que estabelece a paz, a justiça e as instituições eficazes.

O texto objetivou compreender como a cultura da paz, enquanto quesito essencial da promoção da saúde pode auxiliar na prevenção do ato infracional e da violência. Os discursos dos adolescentes e de seus pais são permeados por conflitos familiares, iniquidades, violências vividas, aspectos culturais, o não acesso aos serviços públicos, preconceitos e dificuldades de acesso ao mercado de trabalho. Existem problemas na rede de apoio nos territórios, problemas na gestão das medidas socioeducativas, com equipes reduzidas, para auxiliar o adolescente e sua família, não somente na ruptura do ato infracional, mas principalmente na garantia dos direitos sociais.

Todo o conhecimento aqui construído possibilitou reflexões sobre a cultura da paz, visto que o ato infracional é resultante de diversos fatores: limitações da gestão pública, do território, dos serviços, do ciclo de miséria e pobreza e das famílias e vínculos. Compreender os territórios é essencial para dialogar e construir estratégias e ações mais efetivas, que priorizem uma melhor qualidade de vida e bem-estar aos adolescentes e suas famílias. Na realidade apresentada à cultura da paz efetiva e participativa, ainda é um desafio a ser conquistado.

## REFERÊNCIAS

AGUINSKY, Beatriz; CAPITAO, Lúcia. Violência e socioeducação: uma interpelação ética a partir de contribuições da Justiça Restaurativa. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 257-264, 2008.

AZEVEDO, Cinthya Rebecca Santos; AMORIM, Tâmara Ramalho de Sousa; ALBERTO, Maria de Fatima Pereira. Adolescência e Ato Infracional: Violência Institucional e Subjetividade em Foco. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 579-594, 2017.

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

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei N° 8.069, de 13 de Julho de 1990. Brasília: ECA, 1990.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)**: Lei N° 8242, de 1991. Brasília: CONANDA, 1991.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional**: Lei N° 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, 2012.

\_\_\_\_\_. **Redefinição das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)**: Portaria N° 1.082, de 23 de maio de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Orientações Técnicas**: serviço de medidas socioeducativas em meio aberto. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social Agrário, 2016.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

COSSETIN, Márcia; LARA, Angela Mara de Barros. O percurso histórico das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente no Brasil: o período de 1920 a 1979. **Revista HISTEDBR On-line**, v. 16, n. 67, p. 115-128, 5 jul. 2016.

COSTA, Cláudia Regina Brandão Sampaio Fernandes da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 74-81, 2006.

CHRISTIE, Nils. **Limites à dor**: o papel da punição na política criminal. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017.

DUPRET, Leila. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 6, n. 1, p. 91-96, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MODENA, Maura Regina. **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul/RS: Educs, 2016.

OLIVEIRA, Cynthia Bisinoto Evangelista; OLIVA, Olga Brigitte; ARRAES, Juliana; GALLI, Carolina Yoshii; AMORIM, Gustavo; SOUZA, Luana Alves. Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 575-585, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Nova York: ONU, 2015.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**: promoção de saúde nos países industrializados/ 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde. Ottawa: 1986.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa Estadual de Saúde do Adolescente**. São Paulo: SES/SP, 2011.

SECCO, Márcio; LIMA, Elivânia Patrícia de. Justiça restaurativa – problemas e perspectivas. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 443-460, 2018.

ZEHR, Howard. **Trocando as lentes**: um novo foco sobre o crime e a justiça restaurativa. 3. ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.

## DOENÇAS DOS NERVOS COMO EXPRÉSSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PESSOAS IDOSAS EM CONTEXTOS RURAIS

Josevânia da Silva

Josinaldo Furtado de Souza

Débora Priscila Ferreira da Silva Gomes

*Tenho 73 anos, sou casada, aposentada, com ensino fundamental completo. Tenho um filho com transtorno mental, aposentado, que mora comigo e meu marido. A renda mensal da nossa família é de três salários mínimos, vindos das nossas três aposentadorias.*

*O que eu sinto é uma tristeza muito grande. Choro sempre que me lembro dos apertados que tenho na vida, pois sempre tive “muita luta com os outros”. Quando estou “ruinzinha” vou ali ao hospital. Gosto de conversar com um médico que tem lá, mas nem sempre sou atendida porque tem muita gente. Ele me receitou um calmante, disse que quando eu tivesse assim muito agoniada, sem dormir, eu tomasse um. Pediu também para eu conversar com a psicóloga que atende no grupo de idosos aqui da cidade. De vez em quando eu falo com ela, mas eu não gosto muito de falar da minha vida não.*

*Sempre que posso vou ali no hospital conversar, desabafar, quando não vou eu procuro espalhar as ideias, rezo, leio a bíblia, vou caminhar, tento pensar em outras coisas. Em casa, faço as coisas da casa, assisto televisão. Já pra me distrair, às vezes, vou à Igreja e participo do grupo de idosos da cidade. É minha salvação esse grupo! Lá eu dou risada, eu converso com as pessoas, até porque aqui, nessa cidade pequena, não tem muita coisa pra fazer. A vida da gente é assim, não tem muita coisa pra contar não.*



**E**ste capítulo tem por objetivo discorrer sobre a doença dos nervos como uma expressão de sofrimento psíquico de pessoas idosas em contextos rurais, apontando para as dimensões de vulnerabilidades existentes no curso da vida. Por isso, o capítulo iniciou trazendo uma síntese da história de vida de uma mulher idosa, que colaborou com um estudo mais amplo sobre as vulnerabilidades em saúde de pessoas idosas em contextos rurais da Paraíba, Brasil. Suas vivências e relatos se somam aos de outras pessoas idosas que, em geral, falavam de suas existências atravessadas por iniquidades sociais, por relações de poder e papéis de gênero. São vulnerabilidades que perpassam o processo de envelhecimento desde a infância, repercutindo na saúde mental e nas condições de vida.

Embora os relatos falem sobre um sofrimento que decorre “*dos aperreios*” que se tem na vida em razão de “*muita luta com os outros*”, observava-se, frequentemente, uma explicação para o sofrimento como sendo decorrente dos nervos fracos. A chamada doença dos nervos ou nervosismo era uma expressão frequente entre os idosos ao tentar nomear o seu sofrimento psíquico.

## **DOENÇA DOS NERVOS OU SOFRIMENTO PSÍQUICO?**

Doença dos nervos, problema dos nervos, nervoso, nervosismo, são expressões de um modo particular de um grupo social expressar seu sofrimento psíquico. Grande parte dos teóricos dessa temática fazem uso da pontuação aspas ao abordar este termo. No entanto, neste capítulo não se fará uso deste sinal, pois não se toma a palavra como apenas uma expressão popular, mas como um sofrimento real, legítimo, que sobressai a qualquer expressão e desfaz a necessidade de tal pontuação.

A doença dos nervos é tomada como um sofrimento complexo, que não possui uma causa única e apresenta uma diversidade de sintomas e queixas como tristeza, medo, angústia, irritabilidade, tremor, ansiedade, inquietação, agonias, insônia, dormências, formigamentos, estresse, “passamento”, dentre outros (CASTRO, 2010; AZEVEDO, 2012). Segundo Arôca (2009), esta remete a uma avaliação pessoal de seu próprio estado de saúde, apresentado, em algum grau, relação com o Transtorno Mental Comum



(TMC). No entanto, há críticas a este termo, pois refere-se a ideia biomédica de “psiquiatrização” e medicalização da vida (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A relação do TMC com a doença dos nervos alude ao sofrimento do sujeito e ao comprometimento nos mais diversos aspectos de sua vida. Apesar de, conceitualmente, não serem equivalentes, na perspectiva de alguns estudiosos (FONSECA, 2007; ARÔCA, 2009). Não obstante, Furtado et al. (2019) abordam os TMC's e a doenças dos nervos como sinônimos. É possível que as diferenças existentes nos usos dos termos tenham relação com o enfoque dado ao fenômeno, pois os estudos que utilizam o termo TMC abordam a sintomatologia e suas possíveis associações, enquanto os que fazem uso da expressão doença dos nervos aprofundam os possíveis sentidos, representações e o modo como pessoas de algumas localidades construíram, socialmente, explicações para os sintomas que sentiam e suas causas.

Em todo o mundo, tem crescido o número de pessoas acometidas por algum sofrimento psíquico, com destaque para os transtornos ansiosos e depressivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2017), que repercute no exercício das atividades de vida diária e em diversas dimensões da vida, colaborando para tentativas de suicídio (MONTEIRO et al., 2015) e isolamento social (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015). As questões ligadas às suas causas e consequências se apresentam como fenômenos preocupantes para a saúde pública e coletiva. Uma diversidade de fatores contribui para o surgimento destes transtornos que afetam a vida das pessoas (FURTADO, 2016).

Neste cenário, estudos com diversas populações têm discorrido sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC), os quais fazem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estes não se enquadram na nosologia psiquiátrica, pois são *sofrimentos psíquicos difusos*, ou seja, não possuem causa orgânica, ou outra específica, e apresentam-se sob uma variedade de sintomatologia, como queixas somáticas, depressivas e ansiosas (FURTADO et al., 2019; SILVA et al., 2018; SOUZA et al., 2017).

Dentre os estudos sobre os Transtornos Mentais Comuns, é possível identificar dois direcionamentos: a) o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas sobre TMC e suas relações com questões sociodemográficas, econômicas e de gênero (FURTADO et al., 2019; SILVA et al., 2018; SOUZA et al., 2017); b) a realização de pesquisas no campo da antropologia da saúde, sociologia da saúde e psicologia sobre as experiências e sentidos acerca dos TMC's, dentre as quais aparece a expressão *doença dos nervos* (AZEVEDO, 2012; DUTRA et al., 2006; OLIVEIRA; ROAZZI, 2007).

Os Transtornos Mentais Comuns são queixas frequentes de usuários na Atenção Básica (SOUZA et al., 2017), e é preciso compreendê-lo enquanto um fenômeno complexo e resultante de interações também complexas de experiências vivenciadas. No entanto, frequentemente, os profissionais não sabem como lidar com esta demanda e o uso de medicamentos tem sido a estratégia empregada para diminuir ou cessar os sintomas. Há que se considerar que não se trata somente de uma questão de sintomatologia física, mas da própria experiência/vivência enquanto sujeito sofredor dos nervos, perpassado por um contexto histórico, social e cultural. Em parte, esta desvalorização decorre da não identificação de uma causa única, empírica ou que possa ser localizada no corpo físico, o que tem relação com o paradigma biomédico (BATISTELLA, 2007).

O modelo biomédico surgiu a partir de sua subordinação ao desenvolvimento do capitalismo, o que colaborou para que a saúde fosse tomada como um valor, ou seja, uma fonte de poder e riqueza para os Estados (FOUCAULT, 2014). A doença, que antes era explicada por questões religiosas, dá espaço ao pensamento científico, e o sintoma passa a ser uma linguagem primitiva do corpo. Assim, a doença transforma-se em patologia e, então, há uma hipervalorização do corpo, pois nele é possível localizar e intervir. Por isso, a saúde passa a ser definida como a inexistência da patologia (BATISTELLA, 2007).

Destaca-se que, no modelo biomédico, não há harmonia entre a dimensão discursiva, ou seja, as ideias e pensamentos sobre o sofrimento, e a dimensão material do corpo, que se refere aos sintomas e sinais biológicos/fisiológicos (AZEVEDO, 2010). Ademais, existe uma oposição entre o problema dos nervos e o estar realmente doente, o que provoca a desvalorização deste sofrimento. Por isso, as pessoas tendem a se adequar as categorias discursivas já aceitas, socialmente, enquanto explicações para o seu sofrimento, a fim de que a doença seja legitimada em seu contexto de pertença.

A doença dos nervos desafia à dicotomia corpo/mente presente no modelo biomédico, como também não se enquadra no modelo clássico “psi”, que tem suas práticas direcionadas para interioridade e reflexividade. Além disso, no mundo ocidental, o pensamento acerca de sofrimento psíquico veio se contrapor ao fisicalismo dos saberes científicos hegemônicos até início do século XX (DUARTE, 1998). Sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, o modelo biomédico foi posto em xeque, a partir de dois enfoques: os psicologizantes e os sociologizantes. No entanto, ambos continuavam a tomar o sofrimento de forma reduzida, já que era somente a partir de uma

visão. Assim, passam-se a adotar o termo psicossocial, que faz uma ponte entre tais enfoques, afirmando a influência dos determinantes sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica (FONSECA, 2007).

Segundo Minayo (1992), no Brasil, a saúde e a doença são, primordialmente, questões sociais. A complexidade de muitos padrões de adoecimento é fruto dos grandes níveis de desigualdade social, o que resulta na pouca oferta de políticas sociais a determinados grupos sociais, dentre as quais estão o acesso e utilização dos serviços de saúde (SCHWARTZ et al., 2010). Deste modo, quando se faz referência a importância das questões sociais no processo saúde-doença, não se busca uma substituição da explicação biológica por uma puramente social. Pelo contrário, busca-se as relações entre tais questões, uma compreensão sobre a complexidade dos aspectos presentes na determinação das condições de saúde-doença-cuidado (ADAM; HERZLICH, 2001), sobretudo quando se considera os diversos modos de envelhecer.

## **VELHICES, RURALIDADES E SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Estimativas apontam que o contingente mundial de idosos quase irá dobrar até o ano de 2050, correspondendo a 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais (OPAS, 2005). Devido ao crescente envelhecimento populacional, e todas as demandas e implicações decorrentes desse processo, a Organização das Nações Unidas (ONU) nomeou os anos de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento.

O envelhecimento populacional, no Brasil, acarreta significativas consequências sociais, econômicas e políticas (SILVA et al., 2019). Entre as preocupações que o panorama atual revela, está a importância de viabilizar estudos acerca das condições concretas de existência desse grupo etário. Apenas o conhecimento acerca da realidade vivenciada pelos idosos em seus mais diversos contextos poderá embasar o desenvolvimento de ações governamentais que atendam às necessidades singulares dessa população, sobretudo quando se considera os contextos rurais (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Não há consenso acerca da definição de cidade rural. Porém, alguns autores (FURTADO, 2016; ARAÚJO; FURTADO; SALDANHA, 2019; NERI; SOARES, 2002) a compreendem como localidades que possuem menos de 50.000 habitantes. Embora o contexto rural esteja, socialmente, relacionado com um lugar bucólico e tranquilo, observa-se nesses espaços baixos

investimentos em políticas públicas que promovam a qualidade de vida e a dignidade de seus moradores.

O estado da Paraíba (Brasil), por exemplo, possui 223 municípios, entre quais 155 (69,5%) são de cidades com menos de 10.000 habitantes. Em geral, a maioria da população desses municípios vive em condições precárias em relação ao acesso aos serviços de saúde e transporte, possuem baixa escolaridade e renda, bem como possuem reduzidas oportunidades de trabalho e lazer. Nestes municípios, percebe-se condições de vulnerabilidade que afetam negativamente o campo da saúde, pois há um déficit de serviços e recursos. Destaca-se ainda questões relacionadas a qualidade da assistência e organização dos serviços, dificuldades de assistência especializada e saneamento básico precário (FURTADO, 2016; NERI; SOARES, 2002).

Diversos estudos (Nunes et al., 2016; Furtado et al., 2019) têm demonstrado que a prevalência de transtornos mentais comuns está associada com algumas características populacionais e questões de gênero, evidenciando maior frequência entre as mulheres e idosas. Em contextos rurais, essa prevalência pode variar de 31,6% a 53,88% (FURTADO et al., 2019; PAFFER et al., 2012; LEITE et al., 2017; PARREIRA et al., 2017).

Segundo pesquisa realizada por Furtado et al. (2019), a prevalência de TMC em cidades rurais paraibanas foi de 31,6%. E as maiores frequências estiveram presentes nas mulheres separadas/divorciadas; que trabalhavam no comércio; possuíam apenas o ensino fundamental; viviam com até um salário mínimo e idosas aposentadas. Em estudos anteriores, a exemplo o de Costa, Dimenstein e Leite (2015), o índice de TMC entre as participantes foi de 43,6%. E outras pesquisas apontam dados semelhantes (LEITE et al., 2017; COSTA et al., 2017). Nestes estudos, verificou-se uma associação do gênero feminino com condições de vida potencialmente fragilizadoras, que podem gerar sofrimento, e são frequentes nos contextos rurais.

A desigualdade de gênero é acentuada em dados territórios, como as cidades do Nordeste brasileiro, diante da força da cultura patriarcal vigente. Em oposição ao homem, a mulher é vista como ser frágil, sensível, do lar (BRILHANTE et al., 2015; OLIVEIRA; ROAZZI, 2004). Segundo Leite et al. (2017), as mulheres vivenciam maior número de aspectos que contribuem para maiores suscetibilidades ao sofrimento psíquico, nos quais é possível destacar o cuidado com os filhos, as demandas de trabalho, remuneração inferior ao homem no mercado de trabalho, responsabilidades do lar e uma invisibilidade nessa função. Tais aspectos, quando relacionados a uma estrutura deficitária nos cuidados de saúde, podem contribuir para

uma maior vulnerabilidade das mulheres idosas ao sofrimento psíquico (FURTADO et al., 2019).

A doença dos nervos não se caracteriza como resultante de causa única. Mas possui relação com um processo de fragilização dos indivíduos em relação com um contexto de pertenças, condições de vida, dentre outros aspectos (ALVES, 2002). Para compreender estes processos de fragilização, faz-se necessário também analisar a experiência individual, pois está relacionado aos símbolos, regras e códigos que podem reger o modo como vivem. Ao se fazer isto, desloca-se a atenção da doença enquanto dado empírico para a doença enquanto experiência (ALVES, 2002).

Ao descrever o seu sofrimento como doença dos nervos, muitas mulheres idosas relatam histórias de vida marcadas por cenários de vulnerabilidade social, sobrecarga no cuidado da casa e dos filhos, violências e condições precárias de trabalho. De certo modo, o sofrimento psíquico, nomeado como doença dos nervos, está presente ao longo do curso de vida, apontando muito mais para um sofrimento que tem relação com a sua posição social, de gênero e relações de poder. De certo modo, essa vivência se aproxima do que que Sawaia (2017) chama de sofrimento ético político, pois embora seja o sujeito que sofre, a gênese do seu sofrimento não está nele mesmo, mas em suas condições de vida e existência. Por isso, não falamos sobre um corpo envelhecido que sofre, mas falamos sobre pessoas e suas diversas velhices, vivenciadas em contextos rurais.

Falar de nervos implica falar de relações sociais, de pobreza material, dos relacionamentos, de conflitos, e de diversas outras dificuldades do cotidiano, de rede de suporte, de aspectos culturais e sociais da vida diária nas cidades rurais. Portanto, pode-se afirmar que tais elementos contribuem para este sofrimento e para situações de vulnerabilidade em saúde das pessoas idosas.

## **VULNERABILIDADES E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PESSOAS IDOSAS**

Durante o processo de envelhecimento, pode ocorrer inúmeras situações que suscetibilizam as pessoas idosas ao sofrimento psíquico e ao suicídio. Doenças crônicas e degenerativas, perdas de papéis desempenhados outrora, mortes de familiares, solidão, aposentadoria, viuvez, violência patrimonial, negligência e/ou abandono familiar, diminuição da sociabilidade e da autonomia são alguns dos fatores impactantes (COSTA et al., 2017; TRIGUEIRO, 2017).

A vivência desses eventos pode mobilizar intenso sofrimento psíquico à pessoa idosa e, em alguns casos, contribuir para ideações suicidas. O comportamento suicida envolve uma série de atitudes e ações de cunho autodestrutivo, que normalmente tem início por meio de pensamentos e ideias de provocar a própria morte. Engloba, portanto, a ideação suicida, a elaboração do plano de suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (BOTEGA, 2015). Há que se considerar que o comportamento suicida, enquanto manifestação de um sofrimento que não se origina exclusivamente no sujeito, reivindica a considerações de fatores de ordem macrossocial, política e econômica das sociedades onde se manifesta. Por isso, o suicídio é considerado um sério problema de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram mais de 800 mil óbitos por suicídios em todo mundo. De acordo com Relatório Global para Prevenção do Suicídio, a considerar pela faixa etária, as taxas de suicídios são mais elevadas entre as pessoas de 70 anos de idade ou mais, tanto para o sexo masculino como feminino, em todas as regiões do mundo (OMS, 2014).

A prevenção do suicídio perpassa a identificação precoce do comportamento suicida e a devida ação interventiva por meio da organização de uma linha de cuidados integrais no âmbito dos serviços públicos (D'OLIVEIRA; BOTEGA, 2006). As ações preventivas precisam estar articuladas pelo conjunto de políticas setoriais, com a finalidade de dar visibilidade às condições sociais relacionados ao fenômeno do suicídio, posto que “fatores socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência e discriminação étnico-racial, entre outros, estão associados aos suicídios e tentativas” (CAVALCANTE, 2017, p.16).

As condições para prevenir o suicídio estão relacionadas a questões de ordem social que extrapolam a vivência individual da crise suicida. A redução das taxas de mortalidade por suicídio é possível mediante a intervenção sobre condições de sofrimento humano que precisam ser atenuadas. Para tanto, a prevenção pode ser realizada considerando os níveis de prevenção em saúde (primário, secundário e terciário), ou mesmo ser direcionada levando em consideração condições de saúde de grupos da população e o grau de risco para suicídio (BOTEGA, 2015).

É imprescindível reconhecer e validar o impacto dos atravessamentos políticos, sociais e culturais no sofrimento psíquico das pessoas idosas. A partir do quadro teórico da vulnerabilidade, procura-se ressaltar a importância de atentar para as condições de vida em determinados contextos que, as quais podem favorecer o sofrimento psíquico.

A noção de vulnerabilidade surgiu na década de 1980-1990 no contexto da epidemia do HIV/Aids buscando superar o pensamento vigente de responsabilização exclusivamente individual, e focando também nos aspectos coletivos, que poderiam provocar uma maior fragilização a infecção pelo vírus e ao adoecimento da Aids e, conseqüentemente, meios para seu enfrentamento (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Então, esta concepção no campo da saúde pública apresenta-se como um caminho viável e inovador para estudar/explicar o processo saúde-doença, possibilitando a discussão acerca das práticas de prevenção e de promoção da saúde, visto que estão tradicionalmente ligadas ao modelo biomédico de cuidado em saúde, na qual é marcada por uma conduta individualizante, estigmatizante e discriminante (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012; SALDANHA, et al., 2020).

A vulnerabilidade diz respeito a maior suscetibilidade de indivíduos e/ou grupos a problemas e agravos de saúde, e de modo inseparável uma menor disponibilidade de recursos para sua proteção (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Ademais, o quadro da vulnerabilidade revela que não há uma história natural da doença, mas uma história que é social, “não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa história, mas porque social e histórica é também a forma de contá-la” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012, p. 81).

Esta é uma abordagem pautada nos direitos humanos, pois enfatiza a responsabilização e necessidade de atuação do Estado como pertencentes aos determinantes contextuais e sociais desse processo de saúde e doença (PAIVA, 2017). A vulnerabilidade pode expressar-se em três planos, sendo eles: individual, social e programático/institucional.

A vulnerabilidade individual parte da compreensão que o indivíduo é um *ser em relação*, e possui capacidade de analisar sua vida e incorporar o conhecimento e transformar as ações que as tornam suscetíveis ao agravo (BERTOLOZZI et al., 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Neste contexto, o indivíduo é visto como intersubjetividade, e como construtor ativo, e não apenas como resultado das relações sociais ou reprodutor destas (Furtado, 2016).

Cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais. Ou seja, as pessoas em cena, como sujeitos de seus cotidianos, lidam diariamente com discursos e valores conflitantes, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço



profissional, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012, pp. 85-86)

Esta *dimensão individual* é determinada por questões cognitivas (como o acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (por exemplo, o desejo e capacidade de modificar os comportamentos que definem a suscetibilidade) e fatores sociais (acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção) (BERTOLOZZI et al., 2009). Segundo Ayres et al. (2012), para compreender esta vulnerabilidade se faz necessário compreender cada sujeito como portador de direitos, para que, assim, analise-se quais aspectos de sua vida cotidiana, o deixa exposto ao adoecimento.

A *dimensão social*, por sua vez, analisa os aspectos contextuais e sociais que podem facilitar o processo de adoecimento, e para isto, faz uso de indicadores que demonstram o perfil da população. Neste plano, considera-se questões de gênero, raciais, entre gerações, pobreza, exclusão social, dentre outros. Já a *dimensão programática* se refere à capacidade governamental de atuar junto as condições individuais e sociais. Diz respeito ao acesso ou não aos serviços de saúde, bem como a organização e distribuição destes, o vínculo que os usuários possuem com os profissionais de saúde destes serviços, as ações recomendadas e adotadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais que existem no território de abrangência do serviço de saúde (BERTOLOZZI et al., 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Compreender o sofrimento psíquico de pessoas idosas em cidades rurais demanda observar a relação das três dimensões de vulnerabilidade, que são integradas a cada contexto intersubjetivo. Além disso, no campo da saúde pública, é preciso uma abordagem multidisciplinar, pois a complexidade do processo saúde-doença, mais especificamente da doença dos nervos, exige um diálogo entre diferentes campos e saberes a fim prestar melhores cuidados/assistência sobre tais casos. E, em contextos específicos, como cidades rurais, ter conhecimento sobre tais aspectos possibilita uma melhor compreensão acerca dos elementos envolvidos nestes cenários, bem como de possíveis estratégias a serem adotadas (FURTADO, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de saúde e doença possuem relação com o contexto social e histórico das pessoas. Em se tratando de pessoas idosas, esta afirmação fica ainda mais evidente, uma vez que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do curso de vida, variando conforme as diversas realidades

dos indivíduos e coletividades. Assim, o capítulo discorreu sobre a doença dos nervos como uma expressão de sofrimento psíquico de pessoas idosas em contextos rurais, apontando para as dimensões de vulnerabilidades existentes no curso da vida.

A doença dos nervos apresenta-se como um sofrimento concreto na vida das pessoas idosas, assumindo, muitas vezes, uma forma particular de nomeação e caracterização do sofrimento psíquico. Por isso, faz-se necessário refletir acerca das noções de saúde-doença-cuidado, buscando contextualizá-las. Tais aspectos possibilitam processos de cuidado em saúde que considerem o sujeito e sua subjetividade, a pessoa e seu contexto. É preciso promover saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde, mas também no contexto da proteção social, tendo em vista a garantia dos direitos humanos. Pensar em saúde implica refletir não somente ao sistema de saúde, mas a todos os campos possíveis para uma longevidade digna.

## REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

ALVES, P. C. Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas. *In* MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022. p. 150-174.

ARAÚJO, E. A.; FURTADO, F. M. S. F.; SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade programática em saúde em cidades rurais Paraibanas segundo os níveis de atenção. *In* Editora Poisson. (Org.). **Tópicos em Ciências da Saúde**. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2019. p. 76-83.

ARÔCA, S. R. S. **Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “Sofrimento dos Nervos” em mulheres**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. *In* PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). **Vulnerabilidades e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. p.71-94.

AZEVEDO, L. F. M. Um estudo sobre a “Doença dos Nervos” para além de um sofrimento incorporado. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 223-235, 2012.

AZEVEDO, L. F. M. **Nervos: Rede de discursos e práticas de cuidados na Atenção Básica no município de Natal-RN**. 2010. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In* FONSECA, A. F.; CORBO, A. D., (Orgs). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009.

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRILHANTE, A. V. M. *et al.* O “macho nordestino” em formação: sexualidade e relações de gênero entre adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 471-478, 2015.

CASTRO, C. A. (2010). **Dando conta da “doença dos nervos”: produção de sentidos em conversas com mulheres**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CAVALCANTE, A. L. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde– Ministério da Saúde**, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017.

COSTA, A. L. S. Suicídio entre pessoas idosas: o que sabemos e o que podemos fazer. *In* ANGERAMI, V. A. (org.). **Sobre o Suicídio: a psicoterapia diante da auto-destruição**. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2018.

COSTA, M. G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-28, 2015.

COSTA, P. F. F. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores canavieiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J (Org.). **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Ministério da Saúde/ Unicamp/ OPAS, 2006.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial? In ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs). **Antropologia e saúde, buscando identidades, traçando fronteiras.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1988.

DUTRAD, D. S. *et al.* Doença dos nervos: sentidos e representações. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 26, n. 1, p. 4-11, 2006.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares.** 2007. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Paz & Terra, 2014.

FURTADO, F. M. S. F. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 129-140, 2019.

FURTADO, F. M. S. F. **Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.** 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Social). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2016.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002.

OLIVEIRA, A. B.; ROAZZI, A. A representação social da "doença dos nervos" entre os gêneros. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, p. 91-101, 2007.

OLIVEIRA, A. B.; ROAZZI. Concepções de saúde e doença ou representações de categorias legais. In FERNANDES, A. F.; CARVALHO, M. R.; SOBRINHO, M. D. (Orgs).

**Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos.** Campina Grande: EDUEP, 2004, p. 159-184.

OMS, Organizació Mundial de la Salut. **Prevención del suicidio: un imperativo global.** Ginebra: Organizació Mundial de la Salut, 2014.

PAFFER, A. T. *et al.* Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **Sao Paulo Med J**, v. 130, n. 2, p. 84-91, 2012.

PARREIRA, B. M. *et al.* Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

SALDANHA, A. A. W. *et al.* O processo saúde-doença no contexto da psicologia social: vulnerabilidades e percepções em saúde. In FONSECA P. N.; MACIEL S C.; GOUVEA, V. V. (Orgs). **Psicologia Social: aspectos teóricos, metodológicos e práticos.** João Pessoa: Editora UFPB, 2020. p. 134-151.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Editora Vozes Limitada, 2017.

SCHWARTZ, T. D. *et al.* Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2145-2154, 2010.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 735-744, 2015.

SILVA, J. *et al.* Velhices em contextos rurais e processos de vulnerabilidades. In CERQUEIRA-SANTOS; MAIA, L. (orgs). **Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil.** Teresina: EDUFPI, 2019. p. 340-372.

SILVA, P. A. D. S. D. *at al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018.

SOUZA, L. B. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. **Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental**, n. 18, 2017.

TRIGUEIRO, A. **Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo**. São Bernardo do Campo, SP: Correio Fraternal, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

## O DESVELAR DO CORPO NA VELHICE

Kíssila Santos de Farias

Maria do Carmo Eulálio





Cinco anos depois, diante da Igreja da Purificação em Santo Amaro-BA, Dona Canô, minha avó, havia de recordar aquela tarde chuvosa onde foi surpreendida por um antigo colega, na época diretor cênico e quem a surpreendera com o pedido aflito, de que ela voltasse a entrar em um palco de teatro para substituir uma atriz, que perdeu o ônibus em destino ao dia de estreia da peça. Dizia que rememorar esse dia ocorreu devido a um forte vento gelado que passou depressa por seus pés, ainda hoje, calçados por uma chinela de couro, de cor marrom, e feita por seu pai, meu biso de nome Ubaldo, já falecido. Confesso não me ter ocorrido nenhum vento em meus pés, mas parecia cortês da minha parte não contestar e apenas ouvir o que ela tinha a dizer e, sobretudo, porque naquele momento, a conversa anterior fora suspensa repentinamente por uma pausa no caminhar de vó Canô e por um silêncio em todas as ruas próximas. Embora carregue comigo um certo ceticismo, a energia sentida em frente à igreja, me trazem aqui para registrar a memória relatada por ela. Também diria que é uma forma de eternizar aquelas raras vezes em que o silêncio entra em cena e a gente aprende coisas que nem mesmo a Bahia nos ensina como viver, parafraseando João Gilberto e Caetano Veloso. Vó Canô, já idosa e aposentada dos palcos há uma década, disse que esse seu colega, de nome Jorge, estava acompanhando uma turma do curso de artes cênicas da Universidade Federal da Bahia, e eles construíram uma Peça chamada “Corpos em cena”, a estreia seria em Santo Amaro e depois visitariam muitas das universidades do Estado. Bem, ela disse que a arte sempre a convoca e que foi irresistível se lançar ao desafio de, em poucas horas, aceitar o pedido, conhecer as falas da personagem e apresentá-la ao público, em voz, em corpo, em proza e com todos aqueles adereços e roupas que a representaria. Contudo, esse dia também marcara o momento em que fora colocado um ponto final em seu desejo pela arte de atuar, visto as marcas em seu corpo e muito provavelmente em sua alma, talvez também na dimensão inconsciente, que impiedosamente lhe domina em forma de medo dos palcos. Conforme suas memórias, vó Canô ajudou o colega, memorizou todas as falas em poucas horas, vestiu-se e encontrou ali naquela tarde de chuva o jeito de uma adolescente. Essa, foi apresentada na peça como alguém que convivia com um distúrbio Alimentar, adotando

comportamentos agressivos para com seu corpo e não se reconhecendo, então, enquanto uma jovem bonita, já que seu corpo, visto através do olhar de pessoas do seu convívio, era gordo, lento e feio. O fato é que quem a representou foi vó Canô, e após algumas falas, vale dizer – aplaudidas, - caiu por terra, quando o refletor fora ligado em direção a ela e naquele momento a dimensão imagética de quem a representava era de vó, há cinco anos, com seus 70 anos. Disse que o terror começou ali... junto a um nó na garganta, ela me descrevia sobre o riso, a chacota, o olhar avaliativo e a dor de, atualmente, não reconhecer seu corpo envelhecido/velho como aceito, nem mesmo em palco/em arte. Os detalhes desse dia foram sendo desvelados ao longo de nossa caminhada retornando para sua casa, lembro-me de me perder no movimento do seu vestido longo, branco, com estampa de flores azuis, e ainda de, naquele momento, perceber o vento, que ora mostrava aquele chinelo velho/antigo, lindo e significativo para ela, ao mesmo tempo que só conseguia ouvir sua voz, seu relato. Desde então, convivo com a inquietação sobre os corpos, como são vistos, descritos, legitimados, atravessados, cuidados, falados, encenados, desenhados, pintados... mais ainda, me inquieta, porque em suas mais diversas formas, são os corpos que, verdadeiramente, dizem sobre vidas e sobre o movimento em vida.

Justificar o porquê escolhemos determinadas temáticas como causa e como caminhos de uma possibilidade de construção do conhecimento científico, sempre esbarra em algo que está para além da nossa compreensão objetiva e racional. Por isso, esse capítulo começa assim e lhes convida para pensar sobre Corpo e Envelhecimento. Mais precisamente, este capítulo tem como objetivo discutir sobre representações sociais do corpo envelhecido, mediante um recorte teórico de um trabalho autoral que se chama “O desvelar do corpo na velhice: representações sociais de pessoas idosas”.

## **O FENÔMENO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO**

No tocante ao envelhecimento, analisa-se que em virtude das transformações demográficas e epidemiológicas em todo o mundo, bem como da construção da ciência moderna e desenvolvimento da tecnologia e recursos de comunicação, o envelhecimento populacional deixou de ser um fenômeno sociopolítico apenas dos países reconhecidamente desenvolvidos. Ele passou a convocar Estados, como o Brasil a (re)elaborar suas estratégias de assistência, cuidado, prevenção de enfermidades, promoção e educação em saúde.

A dinamicidade dessas mudanças demográficas e epidemiológicas dialoga com nuances tais como: formulação de políticas públicas e conquista de direitos previdenciários, inserção das mulheres no mercado de trabalho, novas configurações familiares, melhores condições sanitárias, educacionais, redução do índice de natalidade, aumento da expectativa de vida e conseqüentemente maior número de pessoas idosas com 80 anos ou mais nos diversos grupos familiares. Logo, pode-se pensar que no campo da atuação em saúde, o envelhecimento promove aos idosos, processos identitários correlacionados à justificativa de pertença grupal.

Sendo assim, o envelhecer é um fenômeno que além de heterogêneo, perpassa pela dimensão da multicausalidade e multifatorialidade. E corpo, o seu principal suporte que acompanha a vivência de cada pessoa, permeadas e (re)construídas em diálogo com a cultura, elementos psicossociais, históricos, econômicos e do próprio funcionamento biológico. Trata-se, portanto, de um fenômeno indissociável a esse momento na vida das pessoas, convocando os atores sociais a reeditarem a figura do corpo, que por sua vez desvela as escritas da vivência e do cuidado em saúde, tornando-se um legítimo objeto de pesquisa ao estudo em questão.

Observando os estudos de Canguilhem (1978), compreende-se que após o advento da ciência moderna, o mundo passou a orientar-se pelas visões de mundo pragmáticas e ancoradas na perspectiva do conhecimento científico, sendo que este último fora colocado em uma posição de legitimidade em ofertar constructos objetivos tomados enquanto 'verdade'. E nesta ótica pragmática, o corpo é desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida, desconsiderando, portanto, que as práticas no contexto da saúde entram em contato com sujeitos e não apenas com seus órgãos e funções (BOLTANSKI, 1984; MINAYO; COIMBRA, 2005). Dessa forma, o pensamento moderno influenciou a institucionalização das práticas em saúde pública ancoradas exclusivamente no saber biomédico. Isso porque na mesma direção, o conceito de doença constituiu-se a partir de uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia (FOUCAULT, 1975).

Andrieu (2006), ao discutir sobre corpo destaca que ele além de pertencer a um processo genético, também se desenvolve mediante sua maior ou menor plasticidade biocultural, intimamente ligado às construções simbólicas, envolvendo percepções e representações individuais e coletivas, como por exemplo, no contexto do envelhecimento. Gaudêncio (2011), discorre que, para além da materialidade do corpo, ele é corporalidade e

mais do que a existência do corpo, o que existe são *corpos* investidos de subjetividade, em diversas performances e atravessados por cada época e que o corpo biológico é intimamente relacionado ao conceito de saúde, que por sua vez apresenta-se de forma polissêmica, apreendido pelo viés do rizoma, trama entre conceitos, práticas sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas.

Logo, saúde, adoecer e envelhecer, são formas pelas quais a vida se manifesta. Por isso, há uma situação dialógica entre subjetividade da experiência da vida/saúde/doença/do envelhecer e a objetividade dos conceitos que lhes dão sentido e propõe intervenções para lidar com estes fenômenos em sua emergência, sobretudo quando referenciados pelo saber científico (ALVES, 2017). No entanto, o mundo moderno desvelou que a ciência também se sustenta naquilo que é da ordem do refutável, principalmente, quando considera que as sociedades de modo geral estão em constante transformação.

Ora, os saberes que recebem o estatuto de conhecimento científico precisam reconhecer a indissociabilidade do sujeito individual e sua relação no espaço coletivo (ALVES, 2017, ALVES; EULÁLIO, 2011). E isto implica que as pesquisas como esta, empenhadas na área de psicologia da saúde, assumam um lugar de confronto com um sistema sustentado pela dominação do saber em saúde de cunho biomédico e interesses mercadológicos.

O envelhecimento tomado como fenômeno social passou a chamar atenção dos países e das políticas públicas quando as características demográficas mudaram consideravelmente, ou seja, com a transformação do número absoluto populacional e do percentual de pessoas idosas. Ao tempo que esta dimensão provocaria mudanças e solicitaria atenção especial por parte dos Estados, principalmente, no tocante à garantia dos direitos básicos da população (MINAYO; COIMBRA, 2004; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Isso nos indica que, compreender a dinâmica política e organização da estrutura, funções, dos papéis e responsabilidades sociais, é o caminho para compreender o lugar social dado à pessoa idosa em determinada sociedade (MINAYO; COIMBRA, 2004, SCOTT, 2002).

## **PERSPECTIVAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS SOBRE ENVELHECIMENTO E VELHICE**

Minayo e Coimbra (2004) compreendem que pensar o envelhecimento como um fenômeno social e não unicamente por via da transformação etária populacional, foi um caminho percorrido pela integração dos diálogos

entre antropologia e ciências da saúde. Explicam que comumente o envelhecimento é dito através de outros atores sociais que não são os idosos e esta tendência afetou o retrato social falado sobre o sujeito idoso, carregado de estigmas e ageísmo frente as mudanças biopsicossociais e acima de tudo nas mudanças comunicadas pelo corpo e suas transformações.

Assim, os autores defendem que em virtude das informações modernas que retratam o envelhecimento, a partir de um olhar estigmatizado, reverberou um lugar social preconceituoso que precisa ser revisto política, ética e socialmente, tendo em vista suas implicações à saúde fomento das condições de vulnerabilidade social, individual e política direcionadas à população idosa, sendo este a linha de pensamento crítico e teórico aquela que mais se aproxima o posicionamento político e ético desse trabalho. Eles empenham seus estudos pensando alternativas para sair dos rótulos dominantes dado aos idosos, analisando ainda, a partir de um resgate histórico, que a velhice passou a ser vista a partir de duas óticas principais: uma que a percebe enquanto um problema de saúde e a outra pautada na teoria do risco, expresso a partir da ideia de necessidade de normas, prevenção ao envelhecimento e da velhice como falha, fragilidade, distúrbios e disfunções organicomecanicistas (MINAYO; COIMBRA, 2004).

Logo, o envelhecimento não se trata de um fenômeno homogêneo e nem se pretende esta busca ou a busca de um conceito fixo, rígido e unidirecional para representa-lo. O que torna a velhice melhor vivenciada ou não, faz parte de aspectos como a comunicação e o espaço de fala dado para os idosos, das redes de apoio e suporte social e a solidariedade familiar, considerando que o sofrimento nesta etapa e expressão da vida humana, vem mais do abandono do que da doença e mais da solidão do que da dependência (MINAYO; COIMBRA, 2004).

Para promover uma mudança de perspectivas que considere e respeite as particularidades das velhices, é necessário considerar que a vivência do envelhecimento é diferente para todos os sujeitos, principalmente quando comparado de uma geração e sociedade para a outra (MINAYO; COIMBRA, 2004). Assim, essa pluralidade de experiências convoca a necessidade de se conhecer os elementos intrínsecos ao envelhecimento e aos aspectos que também o diferencia, com base na dinâmica social, idiosincrasias e das políticas públicas vigentes, facilitando a identificação das vulnerabilidades e, inclusive, colaborando com a elaboração de políticas públicas mais adequadas (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2004).

Isso faz parte de um posicionamento interpretativo e crítico na percepção das autoras Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2004) que defendem a premissa

da necessidade de uma abordagem holística no tocante ao envelhecimento, na tentativa de promover um consenso sobre a necessidade de quebrar preconceitos e (des)construir ideias sobre as velhices. As histórias de vida de mulheres idosas analisadas pelas autoras apontam que o movimento coerente não é negar a existência da velhice e sim compreender suas diferenças e munir-se dos recursos individuais e coletivos para vivenciá-la da melhor maneira possível e enfrentar as situações adversas, quando na existência de doenças e vulnerabilidades sociais, por exemplo (UCHÔA, et al., 2004).

Existem quatro perspectivas principais na literatura, organizadas por Minayo e Coimbra (2004). A que reconhece o envelhecimento como *Híbrido-Biológico-Social*, o *envelhecimento como problema*, envelhecimento como *questão pública* e aquele que reconhece o idoso como *ator social*. Sistematização muito próxima ao que Siqueira, Botelho e Coelho (2002) propuseram para pensar a velhice. Nas análises dessas últimas, existem as perspectivas: *Biológico Comportamentalista*, *Economicista*, *Sociocultural* e *Transdisciplinar*.

O movimento híbrido-biológico-social diz respeito a um diálogo entre estudos antropológicos, sociais e das ciências da saúde, na tentativa de expor os aspectos mais presentes nas caracterizações e as diferenças do processo de envelhecimento humano, sobretudo quando pensados o envelhecimento do corpo e suas novas necessidades e a dimensão social e cultural das quais pertencem. As heterogeneidades encontradas desvelaram na perspectiva dos autores a necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e compreender que a sua pluralidade versa sobre uma categoria social e culturalmente construída, onde, embora exista um ciclo biológico próprio, assim como de outros seres vivos (nascer, envelhecer, morrer), as sociedades possuem o poder de adjetivar e reconhecer as velhices, diferenciando o lugar social dado ao idoso (MINAYO; COIMBRA, 2004).

Já sobre a dimensão biológica comportamentalista percebida por Siqueira, Botelho e Coelho (2002), indica que os idosos aparecem como portadores de múltiplas patologias. Onde, a posição da sociedade é atuar no sentido de retardá-los, justificando este posicionamento a partir de informações quantitativas decorrentes da transição demográfica e informações sobre as alterações fisiológicas do corpo, direcionando o envelhecimento a um lugar estigmatizado de problema de Estado (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

O envelhecimento como problema é disseminado no imaginário social e dar a velhice um lugar de discriminação social, onde a visão depreciativa para com a pessoas idosas é sustentada por uma ideologia produtivista a



partir dos interesses da sociedade capitalista industrial, na qual caso a pessoa não tenha condições de trabalhar, ter renda própria e gerar lucros, ela não serve para a comunidade ou para seu país (MINAYO; COIMBRA, 2004). Pressuposto também percebido na categoria economicista estudada por Siqueira, Botelho e Coelho (2002), onde a velhice é um peso para a economia e cofres públicos devido à alta demanda em busca dos serviços de saúde e do sistema previdenciário.

O envelhecimento como questão pública refere-se também a um pressuposto que emerge na sociedade ocidental que tende a buscar padronizações para os ciclos de vida para fins de controle do Estado a respeito das potencialidades e fragilidades de cada etapa, subsidiando intervenções que possam poupar o dinheiro dos cofres públicos, o que resulta em uma institucionalização da vida em todos os seus aspectos, principalmente, no tocante ao trabalho e ao consumo (MINAYO; COIMBRA, 2004).

Já a perspectiva socioculturalista, integra os aspectos econômicos, demográficos, epidemiológicos e das políticas públicas e acrescenta que a sociedade e/ou a cultura tendem a legitimar as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisão social do trabalho e dos papéis na família. E, portanto, entende que a velhice é uma construção social (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

A perspectiva do idoso como ator social parte do entendimento que durante muito tempo ela não existia, pois, historicamente, a expectativa de vida já foi de 43 anos. Assim, pensá-lo como ator social é algo contemporâneo de cunho individual e também, em uma ótica coletiva, levando em consideração que na atualidade a constituição dos integrantes familiares está diferente, bem como a participação social do idoso e como ele é visto e cuidado através das políticas públicas (MINAYO; COIMBRA, 2004).

Aspectos esses que também dizem respeito às mudanças proporcionadas pelo desenvolvimento da tecnologia, dos recursos de comunicação e informação, desenvolvimento científico das diversas áreas do conhecimento humano e ainda de um movimento social e cultural que tenta promover a valorização das subjetividades na vida, ciência e na política.

Já a perspectiva transdisciplinar parte do entendimento de que a velhice é um fenômeno natural e social, bem como único, indivisível e existencial. É atravessada por elementos de ordem biológica, econômica e sociocultural que confere ao envelhecimento aspectos singulares e que tudo o que fizer menção a esta etapa na vida das pessoas precisará ser contextualizado e apoiar-se na percepção e vivências do próprio idoso como ator social (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Logo, há diversas perspectivas relacionadas a velhice e ao envelhecimento e não há um consenso na literatura sobre o curso deste processo (TORRES, et al., 2015). Também se observa que há uma diferença entre os entendimentos de envelhecimento e velhice. O envelhecimento representa esse processo discutido como uma fase multidimensional e heterogênea, com aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais, de uma fase específica do desenvolvimento humano (Neri, 2008) e a velhice como a vivência dessa experiência, em especial devido ao significado que ela possui para cada sujeito, assim como pelos atravessamentos psicossociais e familiares, bem como sobre como a sociedade compreende e cuida dos seus idosos (TORRES et al., 2015).

Portanto, as diversas perspectivas relacionadas ao envelhecimento e as velhices interferem diretamente no cuidado à saúde dos idosos, principalmente, quando pensado em uma dimensão coletiva. Fato que solicita estratégias ampliadas em saúde coletiva e integração do idoso com a família, sociedade civil e todas as representações políticas/públicas, empenhadas para qualidade de vida e também autonomia do idoso no seu processo de cuidado.

## **CORPO, VELHICE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Em virtude dessas sutilizas, o envelhecer e a velhice tornam-se objetos de estudos na perspectiva das representações sociais e da Psicologia da saúde, pois, as representações sociais nos estudos em psicologia tornam-se um caminho para conhecer os significados dado pelo senso comum aos fenômenos emergentes da vida cotidiana. E a representação possui um caráter simbólico em formas compartilhadas de cunho identitário, na apreensão do mundo em que se vive e das relações estabelecidas, desvelando aspectos como informações, crenças e atitudes (MALDONATO, et al., 2017).

Conforme Teixeira (2007), esta pluralidade de definições e aspectos também promovem a reelaboração das percepções de saúde e como o próprio idoso elabora e sumariza sua relação com o cuidado de si, combinado com as referências perceptuais. No que diz respeito ao corpo, em um breve olhar pela história da cultura ocidental, por exemplo, ele é desde a antiguidade grega e latina um tema expoente sobre dúvidas e reflexões (BLESSMANN, 2003).

Na história ocidental, o corpo foi atravessado pela construção do saber médico com práticas de dissecação de cadáveres e identificação dos seus

componentes orgânicos e fisiológicos, foi reconhecido como o local dos pecados humanos, descrito e representado através do olhar de pintores, escritores e outros artistas que ora o louvava, idealizava, amaldiçoava ou o transformava em aproximações abstratas. Contudo, em sua aproximação com o tema do envelhecimento, comumente fora e é associado às suas perdas, fragilidades e limitações, principalmente, a partir do período moderno no ocidente (BLESSMANN, 2003).

Na antiguidade o corpo era diminuído ante à importância dada para a alma e a mente. Já na idade média era condicionado às percepções pagãs ou do cristianismo, com o dualismo entre bem e mal, desejo e castigo, milagre e pecado e que doenças para além das compreensões vigentes localizadas no corpo eram uma ocupação diabólica, que promovia o castigo do corpo ou a morte das pessoas (BLESSMANN, 2004).

Posteriormente, no período renascentista, o desenvolvimento do saber do homem sobre o funcionamento do corpo fisiológico marcou o deslocamento do pensamento carnal para o corpo dissecado, que teve sua anatomia interna comparada ao mecanismo proposto por Descartes. Assim, as doenças que anteriormente eram associadas à vontade divina, passam a ser percebidas como falhas do sistema orgânico.

Ainda no renascimento, a imagem corporal fora exaltada nas produções artísticas em comparação com as belezas da natureza, desenvolvia-se o pensamento lógico do mecanismo corporal, biomecânica e mecânica que ofereciam cada vez mais fundamentos para o pensamento científico e lógico. Ou seja, o corpo passou a representar a lógica cartesiana e onde a razão científica passaria a conhecê-lo e dominá-lo (BLESSMANN, 2004).

O corpo como representação lógica e funcional de uma máquina fomentou a revolução industrial no mundo ocidental e sob os interesses do capitalismo. Assim, surge a noção do corpo utilitário passível às modelações e treinamentos para fins de alcançar um corpo ágil, hábil e produtivo. No período considerado pós-industrial, com o advento da tecnologia, além do conhecimento científico e do corpo cartesiano, via-se o corpo social e organizacional dominado para fins das ocupações laborais.

Em pouco tempo também passou a ser usado como meio de incentivo ao consumo de produtos e serviços disponibilizados pelo mercado, através de redes e imagens que passariam a condicioná-lo a pensar sobre sua falta no âmbito da saúde e do cuidado com a beleza e comprar essas necessidades, elaboradas pelo mundo capitalista e tecnológico (BLESSMANN, 2004), aspecto que reverbera até os dias atuais. Em confronto com a ideia do corpo cartesiano ou do corpo produto e fragmentado, Blessmann (2004)

cita o estudo de Freitas (1999), que parte de uma ótica existencial e socio-política para pensar o lugar do corpo na existência e de sua aproximação com a cultura e com a dimensão das emoções e sentimentos, sem necessariamente anular sua realidade concreta de corpo humano, corroborando com o que se chama de corporeidade.

O corpo possui significados outros para além da sua dimensão natural e essas percepções são oriundas das diversas produções culturais sobre as quais os sujeitos estão em relação. Nos estudos dela sobre o significado do corpo ao longo da velhice, o aproxima à noção de existência, pois leva em consideração a complexidade e heterogeneidade de aspectos que compõe o envelhecimento, que por sua vez sempre estará em diálogo com as relações sociais, aspectos biológicos e psicológicos das pessoas.

No entanto, pensar sobre a finitude humana relacionada à morte do corpo, na visão da autora, desperta rejeição e temor da velhice, pela sua proximidade com o fim da vida. Nos resultados da sua pesquisa, viu-se que o corpo fora descrito por pessoas idosas em três categorias principais: biológica, psicológica e social (BLESSMANN, 2003).

Sobre o corpo biológico, a velhice é percebida como uma realidade difícil na qual o corpo é visto como um desvio do padrão de beleza da juventude. Também é visto como funcional quando assegura independência para a vida das pessoas ou como um corpo mais suscetível a adoecer. A dimensão psicológica descreveu o medo das transformações no corpo e da ameaça sobre o declínio das funções mentais e outros discursos apontaram que mesmo com as mudanças no corpo, a mente ainda é o caminho para ser a mesma pessoa. Já na dimensão social, discutiu-se sobre o que o corpo representa e como é visto na cultura e também sobre sua importância na comunicação e relação com o outro (BLESSMANN, 2003). Nesse direcionamento, corpo também não se trata de um constructo de fácil definição, face à complexidade de relações nas quais ele é percebido e pelo não hábito de pensar sobre ele. Entretanto, a visão biologicizada de corpo como um conjunto de órgãos e funções é perpassada por todos que tentam compreendê-lo.

Andrieu (2006) fala sobre a existência do corpo como produto de um processo genético e que se desenvolve em função do nível de relação com a biocultura e, portanto, oriundo de uma construção simbólica, percepções, afetos e representações individuais e coletivas. Em sua análise, partindo dos estudos de Davison e McCabe (2006), Galindo e Carvalho (2007), Schilder (1999) e Tavares (2003), percebe que o esclarecimento que as pessoas possuem a respeito da sua imagem corporal é uma premissa fundamental para avaliar as demandas subjetivas concernentes ao corpo.

Assim, conforme Bez (2016), as mudanças socioeconômicas e dos comportamentos modernos, refletem na cultura alimentar e na própria noção de identidade corporal compreendida pelas pessoas. Jodelet (1994) presume que estudar sobre corpo a partir das representações sociais é um caminho factível para compreender como as pessoas lidam com o seu corpo e quais as interferências sociais em seu comportamento.

Delgado (2010) investigou a partir das histórias de vida de trabalhadores aposentados, as percepções deles sobre as principais mudanças vivenciadas na velhice. Viu-se que a dimensão representativa do corpo estava relacionada com aspectos culturais que ainda são consideradas um desafio pelos idosos, visto situações frequentes de exclusão social. Eles também abordaram a alimentação e o movimento do corpo como maneiras de cuidado de si e o corpo como parte de sua história; e ainda um discurso frequente da preocupação com a autonomia e uso de medicamentos diversos.

Fernandes e Garcia (2010), estudaram a partir da perspectiva de gênero a percepção de mulheres idosas moradoras da cidade de João Pessoa, a cerca de seus corpos. As autoras discutiram que algumas idosas veem seus corpos como doentes, feios e frágeis e que isso lhes trazem consequências emocionais negativas, já outras representaram seus corpos como conservados em comparação a outros corpos de pessoas idosas, demonstrando satisfação por sentirem-se bonitas.

O corpo feminino discutido no estudo, é inserido desde a juventude das mulheres a adequações sociais por meio do controle dos sinais corporais do envelhecimento e outros recursos como cirurgias e remédios, com base na situação socioeconômica de cada uma (FERNANDES; GARCIA, 2010). Considerações próximas ao que Foucault (1987) discorreu sobre docilidade dos corpos, nos quais são habituados a um sistema de controle externo social que visa transformação e aperfeiçoamento.

Em uma pesquisa apenas com homens idosos, desenvolvida por Araújo, Sá e Amaral (2011), com o objetivo de conhecer as representações sociais dos mesmos a respeito do corpo, percebeu-se que a maioria dos idosos possuem um discurso marcado pela impessoalidade no que tange ao corpo e a autoestima, priorizando ideias relacionadas a saúde do corpo de forma geral, já a velhice foi vista como uma época de perceptíveis mudanças no corpo, suscetibilidade a doenças e diminuição da força e agilidade, aspectos estes recorrentes nas concepções sociais estereotipadas acerca do envelhecimento. E que as representações sociais estudadas por via dos conceitos de ancoragem e objetivação, demonstraram que eles expressaram uma não identificação com o corpo envelhecido, onde as RS não se

referem apenas a uma noção cognitiva das pessoas, mas também por via dos conceitos difundidos na cultura e relações sociais (ARAÚJO, SÁ; AMARAL, 2011).

Em outra realidade, Teixeira, Correa, Rafael, Miranda e Ferreira (2011), estudaram as concepções de corpo elaboradas por nove pessoas idosas institucionalizadas. Segundo eles os discursos dividiram-se entre um corpo visto positivamente por fatores associados a estética e o corpo visto negativamente por questões relacionadas ao adoecimento e apenas uma pessoa discorreu sobre o corpo por via de uma descrição especificamente fisiológica e orgânica.

O trabalho de Pesquisa-ação, empenhado por Mincoff, Silva, Lourenço, Nogueira e Baldissera (2018), com a participação de 15 idosos em um centro de convivência, através da técnica de foto-elucidação e oficina emancipatória, desvelou que o envelhecimento no grupo trabalhado é dialogado com visões distorcidas sobre o corpo no processo de envelhecimento, em um sistema comparativo com o estereótipo jovial.

Nas atividades coletivas eles destacaram as mudanças ocorridas e incentivaram o grupo a falar sobre o assunto, favorecendo diálogos sobre estratégias de cuidado com o corpo, autoestima e autonomia da pessoa idosa. As temáticas sobre beleza e aparência foram vistas como representações corporais impostas pela sociedade. Os idosos também discutiram sobre o sentimento de longevidade associado com os cuidados em saúde e com o engajamento em participação em atividades coletivas para idosos e o desempenho de outras atividades já pertencentes as suas respectivas realidades (MINCOFF et al., 2018).

Em vista da construção desses apontamentos, o trabalho nos move a um direcionamento de que é fundamental buscar caminhos para desnaturalizar a ideia do corpo do idoso como degradante, visto sua interferência nas emoções, sentimentos e bem-estar da pessoa idosa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pensar, estudar e pesquisar sobre as velhices, bem como às temáticas que as atravessam é ter contato com um universo recheado de delicadezas e que nos convoca a partir de um lugar de compreensão e referência. Por isso, o estudo aponta e reconhece as velhices como um processo distante da ideia de perda e problema que permeia o imaginário social. O que não implica em desconsiderar os conhecimentos compartilhados pelo senso comum e/ou a transformação real do corpo advinda do processo de

envelhecimento, principalmente, quando leva-se em consideração as implicações da desigualdade social e vulnerabilidades sociais ao bem-estar da pessoa idosa, em uma dimensão individual, coletiva e política.

Envelhe(ser) é estar implicado em um processo que desnaturalize o corpo envelhecido e/ou o corpo da pessoa idosa enquanto degradante. O corpo da pessoa idosa comunica que ao longo da nossa vivência em vida é fundamental e inevitável que exista novas corporeidades e formas de ser e de se colocar no mundo, de tal forma que essa discussão precisa fazer-se presente no campo das políticas públicas, sendo um caminho possível, o fortalecimento da Psicologia neste espaço. A psicologia nas políticas públicas, como por exemplo, no trabalho junto às famílias nos diversos níveis de atenção em saúde, voltadas ao cuidado e proteção dos direitos da pessoa idosa, versa, também, sobre contestar as concepções naturalizantes e padronizadas de ser, buscando equidade e acesso aos direitos sociais básicos já conquistados. Ou seja, implicar-se em um trabalho com espaço para intervenções nos cenários de desigualdade, exclusão social, violência, vulnerabilidades e negligências, inclusive, por parte do Estado, mediante seus conhecimentos teóricos e metodológicos, que ampliam a dimensão econômica e coletiva das questões sociais.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R.; EULÁLIO, M.C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 65-88.

ANDRIEU, B. (2006). Corps. Em: Andrieu, b. (Org.). **Le Dictionnaire Du Corps em sciences Humaines e Sociales** (pp. 103-104). Paris: CNRS Editions.

BATISTELLA, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca, & A. D., Corbo (Orgs). **O território e o processo saúde-doença** (pp.51-86). Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz.

BEZ, A. S. (2016). O corpo na modernidade: uma reflexão sobre identidade e o consumo. **Revista Memorare**, Tubarão, v. 3, n. 1, pp. 36-46.

BLESSMANN, E. J. (2003). **Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice**. Dissertação de mestrado. UFRGS. Porto Alegre.



BLESSMANN, E. J. (2004). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 6, pp. 21-39.

DELGADO, J. (2010). Velhice, corpo e narrativa. **Horizontes Antropológicos**, 16 (34), 189-212.

FERNANDES, M. G. M., GARCIA, L. G. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2010, v.14, n.35, p.879-890.

FERREIRA, V. H. S., LEÃO, L. R. B, e FAUSTINO, A. M. (2020). Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020, v. 42, p. e2816.

FOUCAULT, M. (2014). **Microfísica do poder** (28 ed.) São Paulo: Paz & Terra.

GAUDÊNCIO, E. O. (2011). Saúde: apontamentos topográficos para a cartografia de um conceito. Cap. 4. (org.). ALVES, R. F. **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Available from SciELO Books.

JODELET, D. (1994). Le corps, la personne et autrui. In Moscovici, S. (org). **Psychologie sociale des relations à autrui**. Paris: Nathan, pp. 41-68.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V.; ALVES, C. D. B. Os efeitos de contexto nas representações sociais sobre o corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2014, v.30, n.3, p.287.

LIMONT, T. B. Olhares sobre o corpo e envelhecimento feminino em um contexto asilar. Faces de Eva. **Estudos sobre a Mulher**, 2015, v.34), p.51-68.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Orgs). Introdução: Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Antropologia & Saúde collection, pp. 11-24.

MINCOFF, R. C. L. *et al.* Diálogos sobre a imagem corporal de idosos: estratégia de empoderamento comunitário promotor da saúde. **Rev Rene (Online)**, 2018, v.19, n.e33622.

MOSCOVICI, S. (2011). **Representações Sociais: Investigação em Psicologia Social**. 8ªed. Petrópolis. Vozes.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. (2002). In: Minayo, M. C. S., & Coimbra Júnior. C. E. A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Antropologia & Saúde collection, pp. 37-50. ISBN: 978-85-7541-304-3.

NERI A. L., *et al.* (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saúde Pública** 2013, v.29, n.4, 778-92.

OLIVEIRA, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79.

PEREIRA, M. R. A. Corpo feminino e envelhecimento na obra de Lygia Fagundes Telles. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, 2019, v.56, p. e5610.

PONTES, R. J. S. et al. (2009). Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 123-151.

SIBILIA, P. O corpo velho como uma imagem com falhas: a moral da pele lisa e a censura midiática da velhice. **Comunicação, Mídia e Consumo**, 2013, v.9, n.26, p.83-114.

SILVA, J. *et al.* (2019). Imagem corporal em idosos do Brasil: uma revisão sistemática. **Saúde**, 2019, v.45, n.3, p. 1-10.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. (2002). Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002, v.7, n.4, p.899-906.

TEIXEIRA, J. S.; CORREA, J. C.; SILVA, C. B. S. R. (2012). Desenvolvimento e Percepção Corporativa de Idosos Institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2012, v.15, n.1, p.63-68.

# 10

## **E POR FALAR EM SAÚDE MENTAL DE HOMENS IDOSOS GAYS: UMA ANÁLISE DA (IN)VISIBILIDADE NA PSICOGERONTOLOGIA**

José Víctor de Oliveira Santos  
Ludgleydson Fernandes de Araújo



**E**m uma pequena cidade no sertão nordestino, nasce Carlos, um garoto filho de comerciantes que desde pequeno sentia-se diferente dos seus colegas e sempre costuma ouvir de seu pai frases que ele não entendia muito o que significava, mas que o fazia se sentir triste. O pai verbalizava frases como: “esse menino não presta pra criar”, “ajeita essa postura menino”, “se comporta como homem”. Aos poucos, Carlos foi moldado a se comportar de uma forma que não condizia com os seus sentimentos. Na pré-adolescência começou a admirar os rapazes que trabalhavam no mercado do seu pai e vivia pedindo para que Deus tirasse esses pensamentos da mente dele, que não é certo desejar homens.

Aos 15 anos, Carlos foi flagrado pelo pai enquanto observava um dos funcionários tomando banho pela fresta da porta. No mesmo dia, ele foi agredido pelo pai que usava um chicote de andar a cavalo. A sua mãe e os irmãos tentaram impedir, mas o pai autoritário não se importava muito. Carlos via isso como um castigo. “Se meu pai fez isso, é porque ele sabe o melhor para mim, não é certo fazer o que fiz”. O fato é que o pai já não o aceitava dentro de casa e o mesmo teve que ir embora para São Paulo morar com uns primos distantes. A mãe o ajudou financeiramente a ir.

Carlos passou por um processo de sofrimento psicológico de rejeição de si mesmo e veio começar a aceitar-se como homossexual aos 28 anos, quando percebeu que estava apaixonado por garoto do seu trabalho e não conseguia guardar a intensidade dos seus sentimentos. Na mesma época fez alguns amigos em barzinhos frequentados por pessoas LGBT e viu que existia um “submundo” em que ele se encaixava. Com isso, passou a ter uma vida dupla, uma para viver a sua sexualidade e a outra para o trabalho e sobrevivência diária. Carlos nunca teve um relacionamento porque acreditava que gays não deviam viver juntos, as relações eram baseadas apenas no sexo.

Na velhice dos seus pais, Carlos teve que retornar para o Nordeste para ser o cuidador, pois os outros filhos eram casados e não iriam sair da sua rotina para lidar com dois idosos. Ele nunca falou sobre a sua sexualidade com os pais, mas vivia na clandestinidade com garotos mais novos da cidade. Ele passou quase uma década até o falecimento dos pais e decidiu retornar à São Paulo. Hoje, vive sozinho e relata que gostaria de ter um

companheiro, que poderia ter vivido melhor a sua sexualidade. Ao olhar para a sua história, sente o arrependimento de não ter aproveitado mais. E ao olhar pro futuro, vê diversas vulnerabilidades, mas sabe que ainda tem muitas coisas pra desbravar e conhecer.

Muitas pessoas passam por histórias assim. O preconceito existente na sociedade é responsável por diversos sintomas negativos na saúde mental de pessoas homossexuais. Com medo de sofrerem homofobia, vivem a realidade de ser alguém que o meio social espera que eles sejam e não quem realmente poderiam ser, repreendendo o corpo, comportamentos, pensamentos e emoções que se alinham a homossexualidade.

Nem todos vivem essa realidade e alguns avanços foram surgindo com passar dos anos, porém o ativismo LGBT segue em busca de mudanças que vão além dos direitos legislativos, que é a consolidação do respeito na sociedade. Não basta apenas informar a sociedade sobre a realidade das pessoas homossexuais, necessita-se de aplicação nas vivências das pessoas para que elas mudem suas atitudes frente à homossexualidade. Neste sentido, percebemos que os atos de violência contra as pessoas homossexuais, sejam eles psicológicos, sexuais, físicos, negligência social e jurídica, performam os seus modos de envelhecer. Aqui tentaremos responder os seguintes questionamentos/reflexões:

Quais as vulnerabilidades que afetam a saúde mental dos idosos gays?

Que estratégias de enfrentamento eles criaram ou se submeteram para enfrentar as dificuldades advindas de ser homossexual?

Como podemos promover saúde mental para os idosos gays?

## APRESENTAÇÃO

No ano de 2015 o Núcleo de estudos e pesquisas Psiqued na Universidade Federal do Delta do Parnaíba (Litoral do Piauí) introduziu investigações sobre o envelhecimento da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis. Neste contexto, fomos identificando diversas vulnerabilidades que as pessoas LGBT encontram na velhice. No presente capítulo de livro iremos abordar especificamente os aspectos da saúde mental dos idosos gays cis-gêneros, isto, devido a alteridade da identidade do grupo LGBT ser repleta de idiosincrasias. O recorte favorece a exploração das características da saúde mental dos idosos gays. Dentre as fragilidades, destacamos os prejuízos na saúde mental que envolvem aspectos da sexualidade e do envelhecimento.

A orientação sexual se trata da possibilidade de uma pessoa sentir atração emocional, cognitiva e sexual por outra pessoa do mesmo gênero,



de gênero diferente ou de mais de um gênero. A homossexualidade é uma orientação sexual e os homossexuais são pessoas que manifestam atração sexual, física e afetiva por pessoas do mesmo gênero. Os bissexuais manifestam para ambos os gêneros e então possuem vivências homoafetivas.

A discriminação contra homens gays propagadas com fundamento em ideologias religiosas, moralistas e conservadoras é o fator de risco inicial em que estes indivíduos se encontram expostos (CERQUEIRA-SANTOS; AZEVEDO; RAMOS, 2020). Os idosos gays da atualidade vivenciaram o período em que a homossexualidade era considerada doença pela Organização Mundial de Saúde e envelheceram diante de eventos que repercutiam representações sociais negativas da homossexualidade, como a ditadura militar (1964-1985) e a pandemia do HIV/Aids na década de 1980.

O homem gay, ao visualizar todo este panorama discriminatório em que predominam os estereótipos negativos que pregam a heteronormatividade como um ideal na sociedade, absorvem o estigma da homofobia a partir do desenvolvimento de esquemas de enfrentamento disfuncionais ao se sentirem obrigados a se adequar ao sistema de regras maioritário na sociedade. O estigma internalizado da homofobia pode provocar danos que envolvem o distanciamento social, afetando inclusive a busca dos serviços de saúde (KNEALE *et al*, 2019). Neste sentido, sabe-se que a criação de leis e políticas públicas para a população homossexual tem crescido, porém a sociedade em geral não tem acompanhado tal evolução.

Destarte identifica-se previamente que o preconceito e a discriminação existentes na sociedade afetam a saúde mental dos idosos gays. Em que os homossexuais têm a sua personalidade moldada pela internalização da homofobia, que os condenam a se comportarem da forma em que se considerem socialmente aceitos, deixando de lado os aspectos da orientação sexual. Tal argumento, refere-se ao conceito de homofobia internalizada. Mediante o exposto, este capítulo tem o escopo de explorar quais os aspectos da saúde mental são afetados e quais os mecanismos de enfrentamento criados ao longo da vida.

## **AGENTES CAUSADORES E DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS**

Diversos estudiosos em todo o globo terrestre estão investigando o envelhecimento e a velhice dos homens gays. Um número especial da *The International Journal of Aging and Human Development*, os pesquisadores Karen Fredriksen-Goldsen e Brian De Vries, reuniram pesquisadores de 16 países para abordarem o envelhecimento LGBT. Foram divulgados estudos



a respeito do bem-estar e saúde física atrelado a presença do HIV, questões emocionais associadas a depressão, risco do isolamento e vivência de discriminação interpessoal e societal (FREDRIKSEN-GOLDSSEN; DE VRIES, 2019). Ressalta-se itens como o apoio e inclusão social, sustento financeiro e desafios de moradia e ainda a preocupação com o fim da vida.

Alguns estudos evidenciam o preconceito duplo, aspecto que afeta a saúde mental dos idosos gays (SANTOS *et al*, 2017; ARAÚJO; FERNANDÉZ-ROUCO, 2016), e atrelado a isto, uma característica comum entre idosos LGBT, a negação da velhice (ALVES, 2010). A que a negação da velhice age como um mecanismo para evitar situações de preconceito que associem a orientação sexual com a velhice.

Estudos indicam que idosos gays possuem alto grau de sofrimento psicológico (HOY-ELLIS *et al*, 2016). Os fatores estressantes induzidos pela sociedade através da homofobia provocam danos de saúde mental, que ficou conhecido por stress minoritário (MEYER, 2003). A existência de estressores, como a homofobia internalizada, faz com que o sujeito se adeque e responda ao ambiente social, mas com isso, pode ocasionar sofrimento psicológico significativo com complicações a nível de saúde física e mental (GONÇALVES; COSTA; LEAL, 2018).

Uma revisão integrativa explorou os estudos sobre ansiedade nas minorias sexuais e identificou que as pessoas LGBT tem maior incidência de transtornos mentais quando comparado a pessoas heterossexuais cisgêneras (FRANCISCO *et al*, 2020). Idosos gays e bissexuais vivendo com o HIV (Vírus da imunodeficiência humana) exibiram precariedade na saúde e sintomas do transtorno depressivo, menor resiliência e apoio psicossocial e incidência de vitimização (EMLET *et al*, 2020).

A presença de transtornos psicológicos entre homossexuais e heterossexuais pode não apresentar diferenciações exorbitantes, e os mais incidentes são o transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada (CEARÁ; DALGALARRONDO, 2010). Neste estudo, os homossexuais que possuíam transtornos mentais exibiram resultados significativos para vergonha da orientação sexual. Uma outra pesquisa comparou idosos homossexuais e heterossexuais, em nenhum caso, há diferença significativa ou marginal entre gays e homens heterossexuais em qualquer índice de saúde mental, vergonha crônica ou culpa crônica (BYBEE *et al*, 2009). A vergonha e os comportamentos evitativos estão atrelados a discriminação e a falta de suporte familiar (FRANCISCO *et al*, 2020).

Uma pesquisa sobre saúde mental de homens idosos homossexuais e bissexuais revela níveis medianos para autoestima e comparado a estudos

com a população em geral, e apresentou baixos níveis relacionados a depressão, ansiedade e somatização (BATISTA; PEREIRA, 2020). Além disto, foram encontrados valores menores para os idosos homossexuais, e com isto, justifica-se na rede de suporte psicossocial construída pelos idosos bissexuais que é mais ampla. Um outro estudo sobre o ajustamento ao envelhecimento de idosos resultou em pontuações maiores para suporte social e corpo e saúde, e pontuações menores para envelhecimento no local e estabilidade e sentido do propósito e ambições (HUMBOLDT; CARNEIRO; LEAL, 2020). Os participantes apresentaram ainda baixos escores para satisfação com a vida e o estado civil, dessa maneira, estar num relacionamento é um preditor para o ajustamento ao envelhecimento.

O casamento heterossexual era visto como uma base de apoio, neste sentido, ao mesmo tempo que se queixam de não terem vivido a homossexualidade como queriam na juventude, relatam felicidade por constituírem uma família e hoje terem filhos (HENNING, 2020). Certamente, envelheceram sem modelos de referência de pessoas homossexuais, o comum era a repressão dos desejos do corpo e dos impulsos da libido. Seguir os padrões heteronormativos e construir uma família heteronormativa é visto como o status da felicidade. É comum alguns dizerem que se tivessem sido abertamente homossexuais teriam morrido na pandemia do HIV. O preconceito é evidente e a formação familiar era vista como o meio mais prático dar um sentido para a vida.

Em um estudo sobre representações sociais da homossexualidade entre idosos gays exibiu evocações como imprestável, promiscuidade, preconceito, velho e dificuldade (SANTOS; ARAÚJO, 2020). As discussões evidenciam o sentimento de exclusão desses idosos gays sobre a sua orientação sexual e as dificuldades sentidas devido ao estigma da homofobia. Devido a vida dentro do armário, muitos idosos gays relatam sofrimento psicológico associado a solidão.

Em nossas pesquisas sobre a velhice gay, vimos diferenciações entre idosos de cidades pequenas que predominam atividades rurais associando a idosos que envelheceram em grandes centros urbanos. A velhice de idosos homossexuais em áreas rurais apresenta dificuldades psicossociais como famílias exacerbadamente preconceituosas e conservadoras, redes sociais LGBT reduzidas, homofobia internalizada e vida dupla (HASH; MORROW, 2020). Em nossa experiência com idosos gays identificamos dados que se associam com este estudo, e ainda que os idosos gays apresentam maiores queixas sobre a sua trajetória de descoberta do corpo e do prazer, sentindo-se com desejos clandestinos e desviantes que muitas vezes tentavam

reprimir. A religiosidade é um aspecto marcante em cidades pequenas. Outro fator a ser pontuado, é que os idosos gays de cidades pequenas que entrevistamos vivem ou viveram com a família, e isto os coloca dentro do armário. O armário proporciona uma relação ambígua de conforto e sofrimento. Conforto por não ter que lidar com a homofobia e sofrimento por desempenhar um papel transgressor que contraria os atravessamentos da orientação homossexual.

Ao questionarmos um idoso gay sobre como ele percebe a saúde mental associada ao fato de ser idoso e gay, ele relata as decepções nas tentativas de relacionamentos amorosos na velhice, em que muitas vezes os parceiros agem de má fé, demonstram interesses financeiros e objetificam o corpo no sentido de querer fazer sexo com alguém mais velho, mas sem a intenção de desenvolver uma relação genuína. Outro fator mencionado por ele é a preocupação com o fim da vida, em que o mesmo olha para o futuro e se vê sozinho e ainda com o pensamento de que não tem ninguém para cuidar dele na ocorrência de dependência e fragilidade física e ainda, que não quer ser um peso na vida de nenhum parente. Ele conclui a sua fala emocionado por ter que refletir sobre algo psicologicamente doloroso e afirma que *“Eu não quero dar trabalho para ninguém, a única coisa que eu peço a Deus é que o fim da vida seja rápido, como um sorvete que derrete ou um fósforo se que apaga”* (Pedro, 67 anos).

De Vries e colaboradores (2019) realizaram uma investigação com idosos gays e lésbicas, e encontram quatro temáticas principais que se associam com a saúde dos participantes: fatores motivadores e obstáculos; questões de relacionamentos; dinâmica da cultura LGBT; e preocupações institucionais. As problemáticas dos relacionamentos amorosos e as preocupações institucionais se associam ao relato anterior. Como se trata de um estudo canadense, existe uma política documental para a preparação para a morte e situações patológicas (DE VRIES *et al.*, 2019). Evidenciou-se o medo do diagnóstico de doenças graves como câncer e problemas cardíacos. Um aspecto de enfrentamento relatado neste estudo é a fala de um idoso gay sobre estar mais preocupado em como viver do que na morte.

As condições de vida de um idoso dependem de inúmeros fatores que venham a comprovar se há ou não qualidade de vida. As limitações advindas com o processo de envelhecimento interferem numa velhice tranquila, e além da prática de hábitos saudáveis para a manutenção de uma velhice ativa, a família e os amigos têm um papel fundamental na dinâmica diária do idoso, principalmente com idosos acima de 80 anos (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015). Alguns idosos costumam dizer que ter chegado na

velhice é um privilégio. Enfatizam a sua gratidão com a vida e ainda refletem sobre o que querem para o futuro. Pensar na morte é doloroso e muitos refletem sobre onde irão chegar. A ONG Eternamente Sou na cidade de São Paulo/SP (agora já em outros centros espalhados pelo Brasil) surgiu como uma alternativa para que os idosos possam se fortalecer no envelhecimento e vejam que não estão sozinhos, a finitude passa a ser encarada de forma mais tranquila, por saberem que existe um lugar em que não serão julgados e contarão com o suporte psicossocial (HENNING, 2020).

## **ENSAIANDO A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL COM IDOSOS GAYS**

Em 2011 o Governo Federal publicou uma portaria sobre a política de atenção a saúde integral das pessoas LGBT, mas desde 2008 haviam se intensificado as discussões no Conselho Nacional de Justiça e nas conferências de saúde sobre a orientação sexual e identidade de gênero mediante a análise da determinação da saúde (BRASIL, 2011). Neste sentido, todas as instituições regidas pelo Sistema Único de Saúde devem seguir as regulamentações que visam reduzir o preconceito dentro dos espaços de saúde para atender a população LGBT com equidade e integralidade. Muitos idosos gays evitam espaços de saúde pública por receio do preconceito, com isso, é importante que eles sejam instruídos sobre os seus direitos para que possam se fortalecer nos seus aspectos de saúde e também na consolidação prática de tal política.

Devido as diversas vulnerabilidades abordadas neste capítulo, percebe-se que os idosos gays não costumam falar abertamente sobre a sua sexualidade e as dificuldades. Certamente, alguns não falaria ou até se sentiriam ofendidos ao mencionarem o fato de serem gays. Porém, tudo depende da abordagem. Se você conhece algum idoso gay no seu meio social ou atua profissionalmente com idosos, a primeira interação deve ser feita como alguém leigo e despidido de preconceitos. Isto, devido a não sabermos como esta pessoa lida com a sua sexualidade, com o envelhecimento e qualquer outro aspecto da vida. A homofobia internalizada faz com que estes idosos, em muitos casos, tenham diversos preconceitos de como a homossexualidade deve ser vivida. A presença de ageísmo e idadismo na sociedade provoca rejeição ao se reconhecerem como idosos. Ao atuar como leigo e curioso, a pessoa idosa vai desvendando a sua forma de encarar a sexualidade. E neste momento, o profissional vai intervindo com dados de realidade que possibilitem educação em saúde para minimizar barreiras psicológicas que os idosos gays possuem.

Um fato que percebemos com os idosos gays que entrevistamos, é que após o quebra gelo e o momento em que se cria um vínculo para dialogar, eles falam livremente sobre diversos aspectos que envolvem a sua história de vida, crenças e atitudes sobre determinados objetos sociais. Diante disto, identifique os fatores de risco que esta pessoa se encontra envolvida. Por exemplo, as condições de saúde patológicas e os hábitos disfuncionais que exacerbam os prejuízos à saúde. Como a homofobia internalizada é indicada por vários estudos como um agente causador de sofrimento psíquico, auxilie no processo de questionamento sobre as queixas que eles trazem possibilitando que eles reavaliem crenças negativas sobre si mesmos e sobre o mundo.

Enquanto profissional de saúde, fique atento a presença de transtorno mentais e caso identifique algum, incentive-o a seguir um tratamento psicológico e se necessário psiquiátrico. A percepção de alguns sintomas permite explorar o estado da saúde mental, pergunte sobre a presença desânimo nas atividades da vida diária, perda do interesse para conversar, choro sem motivo aparente, mudanças no sono e alimentação. A atenção básica do SUS deve estar preparada a fornecer um atendimento longitudinal e inter-setorial destas pessoas mediante as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (ONOFRI; MARTINS; MARIN, 2016).

Os espaços de socialização são importantes no fortalecimento de vínculos, o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) possui grupos de convivência que facilitam a interação grupal. Os casos de adoecimento mental advindos por qualquer tipo de violação contra a pessoa idosa podem ser encaminhados para o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS). Uma rotina com hábitos saudáveis e hobbies proporcionam entretenimento para eles. Na atuação, o mais importante é a sensibilidade do profissional ao ouvir e direcionar a pessoa idosa homossexual a pensar sobre a sua realidade e a responsabilidade de suas ações no processo que ela está envolvida. As intervenções devem priorizar o fortalecimento da resiliência e do suporte social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente capítulo traçou diversos fatores que implicam na saúde mental dos idosos gays presentes em estudos de diversos contextos e países. É notório o quanto o preconceito existente na sociedade e perpetuado por séculos traz prejuízos que provocam transtornos como o de ansiedade e depressão. E ainda a insatisfação de ter envelhecido e não ter aproveitado

a vida sexual como gostaria. A forma em que o idoso gay lida com o preconceito direciona na busca de qualidade de vida, em que o preconceito pode ser o motivo de buscar segurança familiar, da comunidade de pertença e institucional, assim como, pode causar isolamento social. Outro fato, é que a melhor maneira de ter segurança e uma velhice tranquila, é com recursos particulares, pois na visão deles, onde eles pagam, não irão sofrer preconceito.

Durante muito tempo, a melhor maneira de evitar o preconceito foi viver dentro do armário, expressando sentimentos e pensamentos de uma forma que não causasse repressão social e estigmatização. Eis então a importância da militância LGBT, demonstrando que um grupo unido pode lutar em favor de direitos e liberdade de expressão. Os diversos estudos sobre velhice gay indicam o preconceito como algo enraizado na sociedade. Além disso, é interessante perceber que ao mesmo tempo que os idosos gays conversam sobre as causas do preconceito, muitos deles se conformam com a realidade social em que se encontram envolvidos, agindo conformados com a vida que construíram. Para manterem a saúde mental eles criaram suas próprias estratégias, algumas coercitivas da sociedade e não se veem saindo da zona de conforto criada. Questionamos se isto seria um fator protetivo que acarreta alguns riscos, como o isolamento social.

Os aspectos de saúde mental mencionados no capítulo são importantes para serem inseridos na entrevista clínica em busca do diagnóstico diferencial. Destacamos a percepção da homofobia e da orientação sexual; rede de apoio social; preocupação com o fim da vida; hábitos autodepreciativos; percepção sobre a velhice; uso de celular; e religiosidade como tópicos fundamentais para exploração das vulnerabilidades e fatores protetivos.

Os resultados apresentados podem contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas voltadas ao público idoso gay, além disso, pode servir como bibliografia para estudos futuros. Destarte, toda a literatura produzida sobre as pessoas LGBT buscam legitimar a necessidade de equidade, em meio as diferenças de orientação sexual e gênero, há uma igualdade, somos todos seres humanos em busca de boas condições de vida e segurança.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ludgleydson. Fernandes; FERNANDÉZ-ROUCO, Noelia. (2016). Idosos LGBT: Fatores de Risco e Proteção. In: FALCÃO, Deusivânia Vieira da Silva; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; PEDROSO, Janari da Silva. (Orgs). **Velhices: Temas**

## **Emergentes nos Contextos Sociofamiliar, de Saúde Mental, Cuidado e Violência.**

Campinas-SP: Editora Alínea. p. 22-32.

BATISTA, Inês Catarina; PEREIRA, Henrique. Disparidades na saúde mental entre homens gays e bissexuais mais velhos com e sem diagnóstico de VIH. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BYBEE, J. A. *et al.* Os homens gays têm pior saúde mental do que os homens heterossexuais? O papel da idade, da vergonha e da culpa e da revelação. **Jornal do desenvolvimento adulto**, v. 16, n. 3, p. 144-154, 2009.

CEARÁ, A. T.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 118-123, 2010.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; AZEVEDO, H. V. P.; RAMOS, M. M. Preconceito e Saúde Mental: Estresse de Minoria em Jovens Universitários. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 12, n. 2, p. 7-21, 2020.

DEVRIES, Brian *et al.* End-of-life preparations among LGBT older Canadian adults: the missing conversations. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 88, n. 4, p. 358-379, 2019.

EMLET, C. A. *et al.* Accounting for HIV health disparities: risk and protective factors among older gay and bisexual Men. **Journal of aging and health**, v. 32, n. 7-8, p. 677-687, 2020.

FRANCISCO, L. C. F. L. *et al.* Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. **J. bras. psiquiatr.**, v. 69, n. 1, p. 48-56, 2020.

FREDRIKSEN GOLDSSEN, K.; VRIES, B. Global aging with pride: International perspectives on LGBT aging, **The International Journal of Aging and Human Development**. v. 88, n. 4, p. 315-324, 2019.



GONCALVES, J. A. R.; COSTA, P. A.; LEAL, I. Silver rainbow: estigma em homens gays idosos, uma perspectiva de stress minoritário. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 19, n. 1, p. 80-86, 2018.

HASH, K. M.; MORROW, D. F. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons Aging in Rural Areas. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 90, n. 2, p. 201-208, 2020.

HENNING, C. E.. O Luxo do Futuro. Idosos LGBT, teleologias heteronormativas e futuros viáveis. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 35, pág. 133-158, 2020.

HOY-ELLIS, C. P. *et al.* Innovative approaches address aging and mental health needs in LGBTQ communities. **Generations**, v. 40, n. 2, p. 56-62, 2016.

HUMBOLDT, S. V.; CARNEIRO, F.; LEAL, I. O que prevê o ajustamento ao envelhecimento idosos lésbicas, gays e bissexuais? **Psic., Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 117-123, 2020.

KNEALE, D. *et al.* Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. **Ageing & Society**, p. 1-23, 2019.

ONOFRI, V. A. J.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. S. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

GONCALVES, J. A. R.; COSTA, P. A.; LEAL, I. Esperança e suporte proximal e distal em homens idosos minoritários portugueses. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 75-81, 2020.

SANTOS, J. V. O; ARAÚJO, L. F. A homossexualidade para idosos gays: suas representações sociais. In. CERQUEIRA-SANTOS, E.; SILVA, J. P.; FARO, A. (Orgs.). **Gênero, violência e saúde: processos de envelhecimento**. São Paulo: Scortecci, 2020. p. 233-246.

SANTOS, J. *et al.* Compreendendo a velhice LGBT: uma revisão da literatura. In ARAÚJO, L. F; CARVALHO, C. M. R. G. (Org.). **Envelhecimento e Práticas Gerontológicas**. Curitiba-PR/Teresina-PI: Editora CRV/EDUFPI, 2020. p. 81-96.

SILVA, Sabrina Piccinelli Zanchettin; MARIN, Maria José Sanches; RODRIGUES, Márcia Renata. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 42-48, 2015.

# PROMOTING WELL-BEING IN LATER LIFE THROUGH PROJECTS OF SOCIAL SUPPORT IN THE UNITED KINGDOM<sup>1</sup>

Bruno Medeiros

Juliet Foster

- 1 This chapter comes from the Doctoral Thesis Ageing well in the community: social representations of well-being promotion in later life (MEDEIROS, 2017). I edited and improved the manuscript to publish in this book. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior and The Cambridge Commonwealth, European & International Trust funded the research project.



The purpose of this chapter is to elucidate a novel and creative way of promoting well-being in old age via the participation of older individuals in communal activities. It is an ethnographic account of how older adults, volunteers and family members interact to support the elderly in the community. This study took place in the United Kingdom (UK), where older adults face the challenges of social isolation and loneliness (MEDEIROS, 2017). I considered their perspectives to provide a contextualized approach to promote well-being in later life.

## “HAPPINESS IS THE TRUTH” IN PUBLIC POLICIES OF WELL-BEING IN LATER LIFE

The hypothetical vignette of Bruce expresses the experience of millions of older adults who seek creative ways of living well and staying connected to their communities. Population ageing challenges social and health care systems on how to provide proper support for the elderly worldwide. The United Nations (HELLIWELL et al., 2019) estimates that in 2019 there were 703 million persons aged 65 years old and over. The number of older adults will increase to 1.5 billion by 2050. Increasing longevity highlights the debate on how to live well and stay healthy in later life (WARD, 2014). For instance, in the context of the international policies of *successful ageing* and *active* ageing, health professionals, gerontologists and policymakers have designed interventions to promote mobility, functionality, physical health, and community participation to older adults in different contexts (ROWE; KAHN, 1997; WALKER; MALTBY, 2012).

A successful and active life would prevent problems with health, functionality, and participation in society. However, evidence suggests that older adults' experiences are complex and culturally oriented (HILTON et al., 2012). Thus, such notions of *ageing well* may fail to address specific economic, cultural, material, and subjective conditions that may influence the way older adults understand health and wellness (TAYLOR, 2011). Thus, in this chapter, I will tell you a story about how older adults define happiness in old age. Secondly, I will highlight the ways in which they challenge – and

enlarge –concepts of well-being within daily practices of support. Finally, I will discuss implications for well-being policy and practice.

The scientific study of happiness has gained considerable attention in health and social care policies in the United Kingdom (FRAWLEY, 2015). Governments have turned away from Gross Domestic Product (GDP) as the only way of assessing societal progress (CHIRIPANHURA, 2010). For instance, in countries like France and the UK, psychological well-being constitutes one of the main political aims for public policies (TAYLOR, 2011). In England, the creation of Health and Well-being Boards and the renaming of primary mental health care as *well-being services* points to the centrality of wellness in health interventions (WARD, 2014). Nevertheless, definitions and measures of happiness in the scientific literature are numerous.

For instance, the Centre for Health and Well-being at the University of Sheffield ([www.shef.ac.uk/cwipp](http://www.shef.ac.uk/cwipp)) pointed out a variety of measures of well-being: subjective happiness, life satisfaction, quality of life, positive and negative affect, positive mental health, etc. (BARNES; TAYLOR; WARD, 2013). It indicates the difficulties in apprehending and studying this phenomenon and all its associated features. In addition to this, modern notions of well-being are often associated with productivity and do not acknowledge the variety of human circumstances and experiences (WARD, 2014; TAYLOR, 2011).

Public policies with a clear focus on well-being aim to reduce the burden of care and the shortfall of resources in health and social care for the elderly (WARD, 2014). Scientific literature describes three main approaches to psychological well-being in later life: evaluative well-being, hedonic well-being, and eudemonic well-being (STEPTOE; DEATON; STONE, 2015). The first perspective focuses on measuring individuals' evaluation of their present and past life (NEUGARTEN; HAVIGHURT; TOBIN, 1961). Hedonic well-being measures focus on positive and negative affect associated with life experiences (KAHNEMAN et al., 2004).

Eudemonic well-being approach conceptualizes wellness as optimal functioning, the ability to engage in meaningful activities and the pursuit of purpose in life (CHANDLER; ROBINSON, 2014). Findings suggest that wellness is a protective factor against physical and psychological losses in later life, promotes longevity, and improves immune function (STEPTOE; DEATON; STONE, 2015;). These findings have led researchers and policymakers to pay attention to the protective aspect of wellness in later life.

Critics stress the individualistic focus of notions of well-being in public policies for the elderly (MATT, 2020). Such notion may fail to comprehend



the contextual, material, and cultural aspects of healthy ageing (WARD, 2014). In this context, psychological research has turned to understand older adults' perspectives of wellness and how they create opportunities to live well across their lifespan (MEDEIROS, 2017). For instance, studies suggest that older adults' self-assessment of successful ageing often differ from professionals' models of healthy ageing (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002). Nonetheless, self-rating measures – used in these studies – do not always capture what older individuals mean by living well successfully (RYFF, 1989).

Older adults' perspectives of wellness offer contextual insights and broader indicators to assess their lives (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002). Social psychology can assist gerontology by providing a richer analysis of how lay understandings of ageing are socially constructed and lived at individual and community levels (PROVENCHER et al., 2014). Thus, the study of well-being in later life necessarily involves the analysis of the social constructions of wellness and how these views operate in the public sphere.

Considering these issues, I adopted the theory of social representations to analyse understandings of well-being in specific social contexts. According to Moscovici (1973) social representations are systems of beliefs (ideas, lay theories) with two main functions: firstly, they allow common ground for understanding reality which enables individuals and groups to guide themselves in relation to diverse social phenomena, and secondly, they provide consensual codes for communication and interaction in the social reality.

Social representations are 'forms of symbolic mediation [amongst individuals and social groups] firmly rooted in the public sphere.' (JOVCHELOVITCH, 1996, p. 122). This form of knowledge mediates public perceptions of new and salient phenomena (FARR, 1995; MOSCOVICI, 1988). In the context of ageing societies, longevity challenges local governments, scientists, and the public on how to live healthily (SOARES; GUTIERREZ; RESENDE, 2020). Consensus about what constitutes 'good later life' is hard to achieve. Therefore, research on ageing well should consider the perspectives of different and often less powerful groups (e.g. older adults) when assessing indicators of living well.

Social representations are not static notions but are dynamic social constructions that develop over time (FOSTER, 2003a). Meanings of wellness are subject to change according to ecological changes – new diseases, organizational features of health services, availability of service provision,



etc. (SAMMUT; TSIROGIANNI; WAGONER, 2012). Thus, representations of well-being develop in different contexts of practice and are subject to contingencies. These symbolic contexts of practice are *representational projects* (BAUER; GASKELL, 1999; FOSTER, 2003b).

Representational projects guide people's conceptions of relevant phenomena and structure their actions towards the desired future (BAUER; GASKELL, 1999). Wellness is not merely "a private state, to be achieved individually, and often at the expense of others" (MATT, 2020, p. 107-108). Instead, it might constitute the outcome of contextual understandings and collaborative actions of support. In this sense, representational projects of well-being take place in communities of practice, where individuals promote solidarity, shared identities, and support (HOWARTH; CORNISH; GILLESPIE, 2015). Thus, research on people's understandings of well-being in later life (via institutions) may elucidate contextual indicators of healthy ageing. In this context, I will present an ethnography of an institution that developed a project of well-being promotion in later life. Then, I will discuss the contextual meanings of wellness amongst people involved in community support and implications for psychological intervention.

## **AN ETHNOGRAPHY OF HAPPINESS IN OLD AGE**

Considering the importance of understanding lay perspectives of well-being, from December 2013 to August 2017, I collaborated with the organisation Age-UK Cambridgeshire. This charity is involved in supporting the elderly in the community in the United Kingdom. Age-UK is the country's leading charity dedicated to helping older adults to thrive in later life. It comprises 130 local organisations and approximately 75,000 volunteers involved in social support, advocacy, home visits, and information for health and social care services. In Cambridgeshire, Age-UK liaises with government plans to promote mental health in the community.

Throughout the project, I adopted a collaborative approach to research which involved taking perspectives of different stakeholders into account when investigating well-being promotion (BARNES; TAYLOR; WARD, 2013). In my first contacts with the administrative board, I stressed the need to explore evidence-based practice in community work directed at the elderly. Their views on what it means to age well and how they organise their actions of support are paramount for policymaking and intervention design. They were also interested in creative ways of supporting older individuals, reducing hospital admission, and developing evidence-based practices.

This research comprised a case study on three main sites where older adults are supported. I wanted to explore people's understandings of well-being and ageing well and how they structure their activities according to such understandings. Therefore, I adopted an in-depth approach – ethnography – to comprehend how people involved in community support – either as a giver or a receiver of help – make sense of well-being promotion. Ethnography is defined as “the study of people in naturally occurring settings or ‘fields’ by means of methods which capture their social meanings and ordinary practices” (BREWER, 2000, p.10).

This research design required closer contacts with the participants to grasp their meanings and associated practices. In order to understand how individuals make sense of well-being in their daily life, I adopted two methods that uncover contextual meanings. Firstly, participant observation enabled me to grasp how they structure their beliefs on well-being into their actions of support (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007). Secondly, I invited people to participate in semi-structured interviews.

Therefore, I became a volunteer in day centres for nine months. In so doing, I gained participants' trust to interview them as well as to understand specific meanings and practices. Thus, I was able to acquire further understanding of “communities of practice” outside my main social context (HOWARTH; CORNISH; GILLESPIE, 2015, P. 190).

## DAY CENTRES

I volunteered at three day centres to understand whether meanings of well-being would differ with distinct locations. *Field Maple Day Centre*<sup>1</sup> operates in an urbanised area. Its building serves various purposes: hosting community meetings, charity office and social support. Activities take place on Monday, Tuesday, and Thursdays, and a group of 16-18 older adults (aged 65 and over) attend it regularly. They are referred by health and social care professionals, mental health practitioners and family members. A few clients are in early or moderate stages of Alzheimer's or another dementia whilst others present with physical limitations. *Aspen Day Centre* is situated in a less urbanised location. It operates two days a week and accommodates 14 older adults aged 65 and over. The day centre liaises with health professionals and family members to provide socialising and support to the

1 I have adopted pseudonyms for the day centres and participants throughout the text. It aims at protecting participants' identities.

elderly. *Tulip Tree Day Centre* operates in a rural area of Cambridgeshire. They promote independence, social support and socialising amongst lonely older people. A group of 12 clients attend the day centre each day, and are referred by health and social care teams, relatives, and themselves.

## **FINDINGS: PROMOTING WELL-BEING VIA A PROJECT OF COMMUNITY SUPPORT**

People involved in community support – either as a giver or a receiver of help – conceive of well-being as an *active, independent and gainful living*. They do not understand well-being simply as a result of enjoying life – as hedonic perspectives define it (STEPTOE; DEATON; STONE; 2015). Instead, they emphasise the need to be involved in a project of social support and community engagement. Promoting wellness involves a desired future and daily actions of support that provide meaning to their social relations.

Activities in the day centres aim to address the complexities of living in the community. On the one hand, these activities point to a societal understanding of well-being as the result of an active, independent, and healthy lifestyle. On the other hand, actions within this project address the ambiguities of ageing (passivity, dependence, and loss). The complexity of developing this project reflects groups' attempts to manage ambivalence and tension in community living. Cognitive and physical stimulation, activities for reminiscence and socialising, and peer support are some of the main strategies to promote wellness in the day centres. Practitioners stress that these actions aim to support older and frail individuals to remain in the community. Furthermore, ageing well entails a meaningful network of social relations and a sense of belonging to the community.

In this chapter, I highlight two main actions of support within the day centres, namely *practical or needs-oriented help* and *socio-emotional support*. In this context, they promote community support *for* and *within* the community. I observed three sets of activities: cognitive stimulation, physical stimulation, and social interaction. The first two sets of actions are associated with practical support, whilst the third one relates to socio-emotional support. The scientific literature also points to these categories of social support (RODRIGUES; GIERVELD; THOITS, 2011). Nevertheless, these actions originate in specific contexts of material and symbolic resources to age well (ARCIDIACONO; DI MARTINO, 2016).

## SUPPORT FOR THE COMMUNITY: THE IMPORTANCE OF PRACTICAL HELP

The first set of actions involves the awareness and management of needs (well-being *for* the community). Activities that foster mobility, a sense of independence and an active identity are the focus of support in the day centres. In this sense, staff members and volunteers emphasise that well-being is the result of actions that enable the elderly to *live in the community*. Beyond socialising, day centres might help older adults to remain active, mobile, and functional. Cognitive stimulation and the use of exercises are valuable resources to deal with daily issues: going shopping, opening cans, moving across social settings, remembering dates, and social encounters etc. These actions are in line with well-being policies, as discussed above. I observed a routine of practices that point to this emphasis on supporting the clients to remain functional in their communities.

Erm, the purpose [of day centres] is, yeah, to maintain independence with people, give them something, give them a reason to get out of bed in the morning... an example really would be somebody who is physically well, mobile but starting to struggle a bit with their mobility or something. So, they may come into the day centre and say, 'I don't know... where would I get hold of a frame?', 'where would I get hold of a wheelchair for when my family take me out?'. We've got a list of telephone numbers, ring the mobility people, tell them to go around to the house, agree with the client, liaise between.

Clare, 44, staff member Field Maple

Later today, I noticed that Peter was not feeling well. He is an 89 years-old client who regularly comes to the day centre, usually in good health. [...] today he was suffering from constipation. In the end, staff members were trying to help him to get his car. I could clearly notice that he was not in conditions to drive—he was shivering, mainly because he had not eaten any food. Eventually, staff decided to take the responsibility for his situation. They asked him whether he would be happy to take a lift to his home and leave his car at the day centre. Furthermore, staff also asked whether he was happy to cancel the appointment with a nurse and reschedule to his house... After helping [him], Clare and Sarah (day centre staff) came back to the day centre and we discussed his condition. Suddenly, Clare addressed me 'See this is what we try to do here, but I can't explain [with words].

Fieldwork note, Week 10, 17.02.2014,  
Field Maple

The staff and volunteers saw themselves as mediators of practical support. This is in line with well-being policies for the elderly in the UK (DOH, 2005, CAMBRIDGE COUNTY COUNCIL, 2012). In this context, day centres are positioned as preventative services to prevent costly intensive support and hospital admissions (DOH, 2005). This might bring challenges for them as the scope of social help is extended to deal with complex needs. Nevertheless, they seem to place value on practical support as it enables older individuals to continue independent and active in the community. Thus, wellness is involved in the process of keeping active and independent daily.

... there was one lady... I think she lived with her son, but he wasn't in the best of health and she needed just a practical thing like a wheelchair. Well she spoke to Susan [staff member] and the next time she came in, Susan knows who to contact and she'd organised a wheelchair for her at home so erm 'cause a lot of people you don't know who to go to get these aids you know for the house to enable you to be more... quite independent ...

Sally, 67, volunteer, Aspen Day Centre

Older adults do not want to be too independent, as it would limit their social interaction with helpers. With this regard, family members, health practitioners, social carers and volunteers of day centres play crucial roles in mediating functionality.

I have a carer coming to me every day like, they come in the morning, and they come in for tea so I like, and about five, [...] to make sure I am alright, I take my tablets, ... because of my tablets, because I said, I wasn't taking them.

Hillary, 84, client, Aspen

R: So, you said you love to come here. Why?

P: Oh, yes! It gets me out. I don't go anywhere otherwise, not being in a wheelchair. I have a neighbour doing my gard[ening], mhm, shopping, and she goes to make my pension. And does my housework, like hoover up I can't do.

Caroline, 89, client, Tulip Tree.

Practical help is necessary since it enables them to keep active and functional. They admit a certain level of dependence if it preserves their presence in the community. Therefore, *instrumental support* is viewed as necessary to achieve this goal. Moreover, clients, staff members and volunteers acknowledge the importance of two set of activities to preserve functionality: cognitive and body stimulation. Staff members usually justify

the elaboration of quizzes, word games, memory tasks as ways of tackling cognitive limitations and preventing deterioration.

R: What you think about the purpose of the activities in the day centre?

P: Well, the activity, erm. Well, some of them I suppose is mental stimulation because if they're doing things like... they're having to look at lists and then look out for the numbers and whatever... So, it's the mental stimulation.

Sally, 67, volunteer, Aspen

P: Well it makes them think, you know. Whereas they'd just be sitting there and chatting amongst one another... You know - it keeps your brain active.

Melissa, 81, client, Aspen

I observed a preoccupation with cognitive deterioration and activities to delay it across all day centre. Nevertheless, these activities were more frequent in Field Maple and Tulip Tree. They mentioned terms like *brain stimulation* or *mental stimulation* to define some of the activities. Behind these views is the belief that an active lifestyle works as a protective factor against the losses in later life (MEDEIROS, 2017). Passivity in later life meant deterioration and age-related problems. Accordingly, they also stressed the need to promote physical stimulation to prevent *body deterioration in old age* (KWONG SEE; RASMUSSEN; PERTMAN, 2012).

The day activities happened as usual. Helen [activities coordinator] conducted them as she usually does. After the raffle, she does the exercise. A recorder presents the instructions to the participants and Helen facilitates the activity. All clients, with a few exceptions (John and Paul) engage with the exercises. They move arms, legs, and wrists following Helen and the audio's recommendations.

Fieldwork note, Week 3, 22.05.2014, Tulip Tree

P: The fact that you're doing something instead of sitting on your bottom all day! And not doing anything that's what aggravates me just sitting.

Martha, 84, client, Tulip Tree

Underlying these actions of support is the social representation of well-being as the result of physical and cognitive activity. The dimension of *the body* is relevant, considering it defines how someone ages (CAMARGO; WALCHELKE 2010). Such actions of support might refer to a traditional view of ageing as a process of physical decline (KWONG SEE; RASMUSSEN;

PERTMAN, 2012; SOARES et al., 2014). Therefore, keeping the elderly occupied in the community is paramount to delay deterioration. Older adults understand activity as participating meaningfully in communities of support. This understanding leads us to the next set of activities within the day centres: socio-emotional support.

## **SOCIO-EMOTIONAL SUPPORT: PROMOTING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING WITHIN THE COMMUNITY**

Older adults emphasised the importance of the day centre as a space for socially rewarding interactions, whilst peer support was the main factor to promote group cohesion and wellness among frail, socially detached, and, at times, stigmatised older adults.

R: How do you think this day centre helps these people to feel supported?

P: Well, it helps you because you are mixing with other people... So, you get a chance to go out... But the main thing is you are mixing with other adults of your own age group.

Frankie, 82, client, Aspen

R: Why are day centres so good for your life?

P: Well, first of all, they get you out of the house. And, you meet other people, and you just meet other people who are not completely 100% in this world.

Sarah, 82, client, Field Maple

Members of day centres saw themselves as peer groups. Their social interactions with older individuals with similar issues enabled them to cope with the ambiguity of ageing. It means that well-being is not an individual outcome, but a shared project of mutual support. Previous research points out that social interaction amongst peer groups alleviate losses and transitions with ageing (MACKEAN; ABBOTT-CHAPMAN, 2012). In this study, frail older adults were able to cope together with negatives experiences and to construct a more positive social identity. Social interaction helped them to assess their own health in relation to *similar others* (THOITS, 2011). Furthermore, they were engaged in a common project of support and promotion of wellness that goes beyond individual conceptions of hedonic well-being (MATT, 2020; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015).

R: And what makes you feel happy?



P: Listen to, just listening to other people, listening to their stories, and um, what makes me happy is, just trying to find myself, and I find it through music, sometimes through reading...

R: And what do you think make older people feel happy?

P: Older people?

R: Yes, elderly people. What do you think makes them feel happy?

P: Well, when we come to a day centre, that's what makes us feel happy, because we're mixing with people of our own kind, and we're like a little family here, ... there's a lovely atmosphere and we do activities, and that's what makes me happy, coming to Field Maple.

Ailsa, 89, client, Field Maple

The conversation above indicates that older adults are committed to a representational project of well-being beyond their interests. In attending day centres, they participate of *communities of practice* – institutional and symbolic spaces of identity formation and solidarity (HOWARTH; CORNISH; GILLESPIE, 2015; CALHOUN, 2002; JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNÁNDEZ, 2015). My experience of interacting and interviewing older adults pointed to the need to comprehend psychological well-being contextually (BARNES; TAYLOR; WARD, 2013; TAYLOR, 2011; WARD, 2014). Older adults have a say in public policy towards wellness, and their experiences will inform policymakers to develop contextual interventions for the elderly.

## CONCLUDING REMARKS: SUMMARY OF THE CHAPTER

This chapter highlights that well-being promotion within ageing societies should consider contextual understandings and the lived experience of older individuals. Beyond pleasure and subjective happiness, this chapter points out that wellness involves the experience of being supported and participating in the community. Secondly, this study shows evidence of the relational nature of well-being. Older adults, who feel connected and part of a community, experience happiness. This study also presents evidence of a community project of support that involves participation, peer support, and activity as valuable indicators of wellness in later life. This project develops over time and is open to change. Thus, the evidence of a representational project in well-being promotion indicates the evolving nature of these understandings of happiness. This evidence will help health professionals and policymakers to be sensitive to contextual changes in indicators of wellness and to consider them as subject to change over time.

## REFERENCES

ARCIDIACONO, C.; DI MARTINO, S. A critical analysis of happiness and well-being. Where we stand now, where we need to go. **Community Psychology in Global Perspective**, vol. 2, n. 1, p. 6-35, 2016.

BARNES, M.; TAYLOR, D.; WARD, L. Being well enough in old age. **Critical Social Policy**, vl. 33, n. 3, p. 473–493, 2013.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Towards a paradigm for research on social representations. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, vol. 29, n. 2, p. 163-186, 1999.

BREWER, J. **Ethnography**. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2000.

CALHOUN, C. Imagining Solidarity, **Public Culture**, vol. 14, p. 147–171, 2002.

CAMARGO, B. V.; WACHELKE, J. The Study of Social Representation Systems: Relationships Involving Representations on Aging, AIDS and the Body. **Papers on Social Representations**, vol. 19, p. 1–21, 2010.

CAMBRIDGE COUNTY COUNCIL. **Cambridgeshire Joint Strategic Needs Assessment JSNA Older People Services and Financial Review**. Cambridge, 2012.

CHANDLER, R. C.; ROBINSON, O. C. Wellbeing in retirement villages: Eudaimonic challenges and opportunities. **Journal of Aging Studies**, vol. 31, p. 10–19, 2014.

CHIRIPANHURA, B. (2010). Measures of economic activity and their implications for societal well-being. **Economic and Labour Market Review**, vl. 4, n. 7, p. 56–65, 2010.

DoH. **Independence, Well-being and Choice**. London, 2005.

FARR, R. Representation of health, illness and handicap in the mass media of communication. *In*: I. MARKOVÁ, I; FARR, R. (org.), **Representations of health, illness and handicap**. Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1995. p. 3–30.

FOSTER, J. L. H. Beyond otherness: controllability and location in mental health service clients' representations of mental health problems. **Journal of Health Psychology**, vol. 8, n. 5, p. 632–44, 2003a.

FOSTER, J. L. H. Representational projects and interacting forms of knowledge. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, vol. 33, n. 3, p. 231–244, 2003b.

FRAWLEY, A. Happiness research: a review of critiques. **Sociology Compass**, vl. 9, n. 1, p. 62–77, 2015.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. 4. ed. London/ New York: Routledge, 2007.

HELLIWELL, J. *et al.* (org.). **World Happiness Report**. New York: Sustainable Development Solutions Network, 2020.

HILTON, J. *et al.* Perceptions of Successful Aging among Older Latinos in Cross-Cultural Context. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, vl. 37, n. 3, p. 183–199, 2012.

HOWARTH, C.; CORNISH, F.; GILLESPIE, A. Making community: diversity, movement and interdependence. *In*: Sammut, G; Andreouli, E.; Gaskell, G.; Valsiner, J. (org.). **The Cambridge handbook of social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. p. 179–190.

JOVCHELOVITCH, S. In defence of representations. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, vl. 26, n. 2, p. 121–135, 1996.

JOVCHELOVITCH, S.; PRIEGO-HERNÁNDEZ, J. Cognitive polyphasia, knowledge encounters and public spheres. *In*: Sammut, G; Andreouli, E.; Gaskell, G.; Valsiner, J. (org.). **The Cambridge handbook of social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 2015, p. 19–37.

KAHNEMAN, D. A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. **Science**, vl. 306, n. 5702, p. 1776–1780, 2004.

MACKEAN, R.; ABBOTT-CHAPMAN, J. Older people's perceived health and well-being: The contribution of peer-run community-based organisations. **Health Sociology Review**, vol. 21, n. 1, p. 47–57, 2012.

MATT, S. J. The politics of happiness. **Modern American History**, vol. 3, p. 103–108, 2020.

MEDEIROS, B. **Ageing well in the community**: social representations of well-being promotion in later life. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia). St. Edmund's College, University of Cambridge, Cambridge, 2009.

MOSCOVICI, S. Foreword. *In*: HERZLICH, C. (org.). **Health and illness**: a social psychological analysis. London: Academic Press, 1973. p. ix–xiv.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of Social Representations. **European Journal of Social Psychology**, vol. 18, n. 3, p. 211–250, 1988.

NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, vl. 14, p. 134-143, 1961.

PROVENCHER, C. *et al.* Ageing and Community. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, vl. 24, p. 1–11, 2014.

RODRIGUES, M. M. S.; DE JONG GIERVELD, J.; BUZ, J. Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. **Ageing & Society**, vol. 34, n. 2, p. 330–354, 2014.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful ageing. **The Gerontologist**, vl. 37, n. 4, p. 433–440, 1997.

RYFF, C. D. In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. **Psychology and Aging**, vl. 4, n. 2, p. 195–210, 1989.

SAMMUT, G.; TSIROGIANNI, S.; WAGONER, B. Representations from the past: social relations and the devolution of social representations. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, vol. 46, n. 4, p. 493–511, 2012.

SOARES, C. *et al.* Are social representations of positive ageing really effective ? The ageing process through the eyes of elderly. **Journal of Spatial and Organizational Dynamics**, vol. 2, n. 2, p. 41–54, 2014.

STEPTOE, A.; DEATON, A.; STONE, A. A. Subjective wellbeing, health, and ageing. **The Lancet**, vl. 385, p. 640–648, 2015.

STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. I.; COHEN, R. D. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. **The Gerontologist**, vl. 42, n. 6, p. 727–733, 2002.

TAYLOR, D. Wellbeing and welfare: psychosocial analysis of being well and doing well enough. **Jnl Soc. Pol.**, vl. 40, n. 4, p. 777-794, 2011.

THOITS, P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health, **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 52, n. 2, p. 145–161, 2011.

WALKER, A.; MALTBY, T. Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. **International Journal of Social Welfare**, vl. 21. n. 1, p. 117-130, 2012.

WARD, L. Negotiating Well-being: Older People's Narratives of Relationships and Relationality. **Ethics and Social Welfare**, vl. 8, n. 3, p. 293–305, 2014.

# 12

## REPRODUÇÃO SOCIAL E VULNERABILIDADES DE MULHERES IDOSAS CUIDADORAS/UIDADAS

Dóris Firmino Rabelo







**E**m um contexto de crescente envelhecimento da população, o Brasil atravessa uma situação de crise política, econômica e social profunda, com o desfinanciamento do setor público e das políticas sociais, expropriação de direitos, índices crescentes de desemprego e precarização das relações de trabalho além de uma ampla desigualdade social. Esse cenário incide sobre como cuidamos ou deixamos de cuidar de alguém e ao mesmo tempo desnudam decisões políticas, as desigualdades entre as famílias, a dinâmica de privilégios e o acesso desigual ao reconhecimento, direitos e recursos materiais (BIROLI, 2018).

Em especial, as mulheres idosas, pois são elas as mais vulneráveis em sua dupla posição, a de cuidadora e a de pessoa que precisa de cuidados. Essa maior vulnerabilidade corresponde a sua posição desigual ao longo da vida e a exploração do seu trabalho, sendo as mais pobres as mais afetadas. Esse capítulo tem por objetivo abordar as vulnerabilidades de mulheres idosas e o trabalho não remunerado exercido no ambiente doméstico-familiar a partir da discussão de três questões centrais: 1) o trabalho de reprodução social das mulheres não se encerra na velhice; 2) o cuidado é um problema político de primeira ordem e; 3) as famílias de/com pessoas idosas tem acesso desigual ao cuidado.

Antes dessas questões centrais serem abordadas, é importante apresentar o chamado trabalho de reprodução social no qual o cuidado está inserido. A reprodução social está ancorada no trabalho não remunerado das mulheres na esfera doméstica que reproduz a força de trabalho mediante as atividades que mantém e regeneram o trabalhador que está na força de trabalho e os que estão fora dela (BHATTACHARYA, 2019). Como atividade não remunerada esse trabalho aparece como um serviço pessoal, fora das relações capitalistas. No entanto, como argumenta Federici (2019), o trabalho doméstico e a família são os pilares da produção capitalista, mais especificamente, a divisão sexual do trabalho. Essa divisão produz hierarquias de gênero interseccionadas com raça e classe, restrições e desvantagens e a alocação desigual de recursos fundamentais, como tempo e renda (BIROLI, 2018).

No contexto brasileiro, não houveram mudanças significativas nas relações assimétricas de gênero na divisão sexual do trabalho nos últimos

anos. Dados da Oxfam (2020) mostram que as mulheres, principalmente as mais pobres e de grupos minoritários, dedicam 12,5 bilhões de horas todos os dias ao trabalho de cuidado, o que agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia, cifra subestimada. O tempo que as mulheres dedicam aos afazeres domésticos é significativamente maior independentemente se ela é chefe e responsável pela família ou não e se o companheiro (caso o tenha) é ocupado, desocupado ou inativo (BONETTI; FONTOURA, 2009). Essas assimetrias podem ser observadas em todas as regiões brasileiras, com 90% das mulheres realizando afazeres domésticos e de cuidado, sendo que o Sul aparece como a região com maior participação masculina e o Nordeste com a menor. Independentemente da região, as mulheres gastam pelo menos doze horas a mais que os homens em atividades domésticas (SOUSA; GUEDES, 2016).

Esse complexo de atividades e relações executado gratuitamente pelas mulheres mas que geram lucros no sistema capitalista, são a base para a vida. O trabalho de reprodução social é mais do que limpar a casa, é o cuidar física e emocionalmente de pessoas consanguíneas ou não, é a educação, sustentando uma força de trabalho saudável e produtiva (FEDERICI, 2019). No entanto, essas atividades são invisíveis e não reconhecidas no cotidiano familiar, são consideradas como não trabalho e sem a opção de escolha de fazê-lo ou não. As mulheres cotidianamente realizam o trabalho de cuidado e é sobre elas que pesam orientações, encargos e atribuições dos serviços sociais e de saúde. O cuidado não é só uma atitude de atenção, mas atividades concretas que respondem às necessidades de outras pessoas, o que implica uma relação de responsabilidade sobre a vida e o bem-estar de outrem (KERGOAT, 2016). Essa falta de prestígio e valorização social torna assimétrica as relações de poder, pois o que chamamos de amor e cuidado à família esconde as relações de subalternidade, opressão e exploração.

O fundamental da teoria da reprodução social é que o capitalismo é um sistema que integra a esfera da reprodução e a esfera da produção, de maneira que mudanças em uma esfera (por ex., precarização do trabalho, desemprego) reverbera na outra (por ex., violência doméstica) (BHATTACHARYA, 2019). A atual crise do cuidado de pessoas idosas (aumento da demanda por cuidados enquanto a capacidade da família para cuidar está cada vez mais reduzida) é uma constante dentro da sociedade capitalista, pela desvalorização do trabalho reprodutivo e pela desvalorização da pessoa idosa, considerada improdutiva. Isto é, o cuidado é estigmatizado como um trabalho que absorve valor e não o gera.

E é essencialmente uma questão de gênero, pois quase todas as mulheres enfrentam o envelhecimento com menos recursos sociais e econômicos que os homens (FEDERICI, 2015).

## **O TRABALHO DE REPRODUÇÃO SOCIAL DAS MULHERES NA VELHICE**

Uma questão ético-política fundamental é a de que todos somos, em alguma medida, dependentes de cuidado. Normalmente, pessoas idosas são incluídas nesse debate exclusivamente como o alvo desse cuidado. Porém, a realidade brasileira indica que as mulheres idosas continuam exercendo o trabalho doméstico não remunerado e são cuidadoras, seja de outros(as) idosos(as), doentes, crianças e adolescentes. São também agentes na diminuição da pobreza e no aumento do investimento em capital humano (ex: maior escolarização dos jovens e redução do trabalho infantil) (CAMARANO, 2003). As idosas brasileiras continuam exercendo o papel de cuidadoras e também são provedoras, pois sua renda é fundamental para um terço das famílias brasileiras. Predominam mulheres nos domicílios cuja renda da pessoa idosa representa mais de 50% dos rendimentos totais ou nos domicílios cuja única fonte de renda é a delas (CAMARANO, 2020a).

Para as mulheres, o desempenho do trabalho de reprodução social continua na velhice, mesmo quando elas próprias começam a apresentar maior necessidade de cuidados. O tempo é um recurso fundamental e não renovável, e no cotidiano das idosas seu uso é destinado principalmente à realização das atividades diárias no próprio domicílio, em maior proporção em atividades obrigatórias como as domésticas e as atividades de cuidado, isto é, a execução de atividades necessárias a uma adequada manutenção do viver (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008). Nesse sentido, estudo de Emmel, Paganelli e Valio (2015) verificou que idosas utilizam 70% do dia para atividades de vida diária e vida prática e atividades de cuidado de outras pessoas.

O cuidado a pessoas idosas é exercido principalmente por mulheres, muitas delas também idosas. O estudo ELSI Brasil mostrou que o cuidador principal era majoritariamente mulher, com média de idade de 48 anos, casada, familiar e não remunerada, que cuida todos os dias da semana, sendo que 15% eram mulheres e idosas (GIOACOMIN et al, 2018). Segundo a PNAD Continua de 2018, 28% das cuidadoras mulheres tem mais de 60 anos (CAMARANO, 2020b). Estudo de Jesus, Orlandi e Zazzeta (2018)

mostrou que cuidadoras entre 60 e 69 anos, com parceiros, baixa escolaridade e que residiam em regiões vulnerabilizadas, apresentaram sobrecarga (um indicador negativo que pode afetar o estado físico, psicológico, emocional e financeiro).

Em muitos casos, essa mulher idosa cuida simultaneamente de crianças, adolescentes e idosos(as), ocupando lugar central na vida de suas famílias (CARDOSO; BRITO, 2014). É difícil mensurar quanto custa o trabalho das avós, que costumam ser a última linha de defesa do bem-estar de vulneráveis. Por exemplo, uma quantidade muito pequena de crianças de 0 a 3 anos, de famílias do primeiro decil de renda recebem cuidados formais por meio de creches (SOUSA; GUEDES, 2016), o que leva muitas dessas mães e crianças a dependerem dos cuidados das avós. Entre idosas de baixa renda, o fluxo das relações intergeracionais de troca é maior no sentido das idosas para suas famílias do que o contrário, e o cuidado dos netos possibilita que os filhos trabalhem e, conseqüentemente, aumentem a renda familiar (SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010).

É preciso também dar visibilidade ao trabalho das mulheres idosas camponesas na construção da soberania alimentar, que remete diretamente a processos da produção do viver e a um saber histórico que não pode ser apropriado pelo mercado. Seu trabalho na unidade de produção geralmente envolve as pequenas criações, a horta, e toda a produção para autoconsumo, o cuidado, o manejo de plantas medicinais, buscar água e lenha, e as tarefas rotineiras domésticas. No setor agropecuário, mulheres representam 80,8% das ocupações não remuneradas e na lavoura 77,3% (JALIL, 2009). Dessa forma, a vida das mulheres idosas camponesas no Brasil é marcada pelo patriarcado, que se expressa na classificação do seu trabalho como complementar e “de ajuda” enquanto os homens são considerados socialmente os verdadeiros produtores rurais.

Sabe-se que no Brasil, o fluxo de apoio das pessoas idosas para os mais jovens é crucial na maior parte da vida e só muda a partir de uma crise de saúde, provavelmente a partir dos 75 anos. Isso significa que enquanto essas idosas cuidam de outras pessoas da família, podem ficar em desvantagem ao precisar de ajuda para atividades cotidianas (RABELO; NERI, 2015). A percepção de crescente necessidade de auxílio em atividades da vida diária associada à continuidade do trabalho de reprodução social tem efeitos importantes sobre a saúde física e psicológica dessas mulheres idosas.

Segundo Zanello (2017) as demandas trazidas por mulheres nos serviços de saúde mental estão relacionadas a configurações de gênero, que

fazem pesar sobre elas a sobrecarga de trabalho, definições de inferioridade e seu confinamento a determinadas funções “naturais”. A responsabilização pelo cuidado de membros familiares envolve sentimentos e valores de obrigação e forte influência religiosa (MEIRA et al, 2017).

Em mulheres idosas camponesas, observa-se as relações entre saúde física e mental e trabalho doméstico e agrícola. Níveis moderados ou maiores de desconforto físico, elevada demanda física, tempo de trabalho e esforço total e frustração com o trabalho agrícola e doméstico aumentam as chances de transtornos mentais em idosas (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015). Idosas rurais apresentaram uma prevalência de uso de medicamentos 32% maior do que os homens, dentre eles, os psicotrópicos (CEZAR-VAZ et al, 2018).

A desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros, na atribuição ou naturalização de papéis específicos a homens e mulheres e na exposição das mulheres a situações de violência ao longo da vida afeta a ocorrência de eventos vitais, dentre eles, a diferença na frequência do comportamento suicida. Meneghel et al (2015) analisaram a presença de desigualdades e violências de gênero na vida de mulheres idosas que tentaram o suicídio. Observaram situações vivenciadas por elas em vários momentos do ciclo vital, entendidas como fatores que possam tê-las levado a pensar e tentar a morte, que envolveram a rigidez de papéis de gênero, a posição de desigualdade ou falta de poder em relação ao marido, filhos ou familiares, e violências (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional) perpetradas por pais, parceiros íntimos, filhos, familiares, conhecidos, patrões, profissionais de serviços, entre outros.

Os efeitos na saúde física e psicológica apresentados por idosas, produzidos nas relações do trabalho de reprodução social, então, expressam que o problema são as desigualdades nas posições de poder, a subvalorização e a marginalização. Executados continuamente ao longo da vida, em especial em um momento da vida que as próprias idosas requerem cada vez mais ajuda para atividades cotidianas, esse trabalho é marcado por atividades concretas, mais ou menos agradáveis, que solicitam sentimentos ou afetos contraditórios e ambivalentes (SIMÕES, 2015). Os processos físicos e psíquicos mobilizados nessas atividades tem implicações políticas, práticas e éticas. Para pensar a complexidade do cuidado no campo do trabalho de reprodução social na velhice, é preciso compreendê-lo como uma atividade política que envolvem decisões e execuções distintas e conflitivas. Envolve o jogo de políticas de gestão de vidas e a conformação de políticas públicas.

## O CUIDADO É UMA QUESTÃO POLÍTICA

O acesso ao cuidado de qualidade é uma condição essencial para todas as pessoas e é um problema social, político e econômico. Apesar do fato de que no capitalismo a produção é sustentada pela reprodução social (BHATTACHARYA, 2019) e de que todos precisamos de cuidado, em maior ou menor grau, ao longo da vida, essa atividade ainda é considerada como algo menor. Não é uma questão exclusivamente pessoal e afetiva, mas está institucionalmente e economicamente organizada como resultado de decisões políticas. O cuidado a idosos(as) dependentes/doentes e o cuidado exercido pelas idosas a outras pessoas, isto é, como são cuidados, onde são cuidados, em que condições são cuidados, por quem são cuidados, a responsabilização, a alocação de recursos, leis, políticas públicas e normas regulatórias, é um problema político. Os resultados incidem sobre a precarização do trabalho de cuidado e na vulnerabilidade da cuidadora e de quem é cuidado(a) (BIROLI, 2018).

O cuidado e a interdependência é uma perspectiva ético-política fundamental que tem como referência a possibilidade de cuidado adequado a todas as pessoas, a partir de uma abordagem que articule geração, gênero, raça, classe e território. Segundo Kergoat (2016), a divisão sexual do trabalho se conforma de diferentes formas, com relação ao próprio trabalho feminino (apropriação e exploração; liberação e alienação; autonomia e heteronomia), segundo as relações raciais, e dentro de uma mesma classe. Para a autora, como um trabalho relacional, o cuidado exige a análise de sua atividade concreta, das provedoras do cuidado e do tipo de agência que manifesta (pois existe o poder de agir individual e coletivamente).

A ideia de que o pessoal é político remete à questão de que o domínio da vida doméstica não está isolada da vida não-doméstica, econômica e política e ao desafio de politizar o privado a partir da própria esfera política. O cuidado tem baixa prioridade nas políticas públicas que poderiam ajudar a reduzir desigualdades que diferenciam as possibilidades das mulheres e a dar suporte aos arranjos de trabalho doméstico e a provisão pública de serviços de cuidados com controle coletivo democrático (ITABORAÍ, 2016). A ausência ou pouca presença de mecanismos formais/institucionais de apoio ao trabalho de reprodução social mostra que o Estado brasileiro se organizou com base num arranjo familiar que utiliza o trabalho feminino doméstico para suprir as lacunas dos serviços públicos e das políticas sociais (SOUSA e GUEDES, 2016). O que a literatura indica é que a instrumentalização desse

trabalho sobrecarrega, tem repercussões sobre a saúde física e mental dessas mulheres e mantém as desigualdades (FERREIRA, 2017).

O oposto ao esforço de politização do cuidado pode ser observado, então, na idealização da maternidade e do familismo. Isto é, todos os custos materiais e afetivos do cuidado ficam destinados às mulheres dentro de suas famílias. Também, no fortalecimento de programas que transfere recursos às custas do reforço do papel materno, o foco na conciliação da dupla jornada feminina (em vez de alternativas realmente iguais) sendo que entre as mais pobres a alternativa oferecida é o maternalismo e nas mais altas o equilíbrio trabalho-família (ITABORAÍ, 2016). Ou no caso da pessoa idosa dependente, mesmo com a assistência da equipe da saúde da família a cuidadora continua a gerente do cuidado, com todos os encargos e orientações voltadas à ela (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Se a vulnerabilidade social está associada a posição de cuidadora das mulheres, o apoio público não deve reforçar a manutenção dessa posição baseada nas hierarquias existentes. Não se trata de diminuir a importância da família, seus afetos, ou de desconsiderar a solidariedade e seu papel de proteção social. Mas, desfamiliarizar o cuidado e a desnaturalização da função de cuidadora das mulheres é possibilitar mais liberdade e menos constrangimentos nos laços sociais e reduzir as iniquidades (ITABORAÍ, 2016). Além disso, sabe-se que independentemente do tipo de arranjo familiar, metade das demandas das pessoas idosas mais necessitadas não conseguem ser supridas por suas famílias (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Como o cuidado se dá de maneira desigual por classe, raça e gênero, deve-se considerar não apenas que sua privatização amplia essas desigualdades, mas também o problema da responsabilização individual implica em desvantagens. Segundo Biroli (2018) essa baixa porosidade do Estado a necessidades populares tem como elemento-chave a dimensão ideológica ultraliberal da noção de responsabilidade individual a partir da concorrência e do mérito. Essa perspectiva econômico-política afasta pactos coletivos solidários e não reconhece as condições estruturais que conformam alternativas e escolhas, pois supõe que as pessoas devem ser capazes de dar conta de si mesmas, responsabilizadas por suas escolhas, e o sucesso/fracasso bem como as condições da vida familiar seriam escolhas voluntárias. Assim, não é possível desconsiderar o contexto em que o cuidado se realiza e a posição desigual das mulheres tanto na esfera doméstica quanto na pública.



O trabalho de cuidado de pessoas idosas deve adquirir uma dimensão política, para o atendimento das necessidades dos mais velhos e para que isso não seja feito às custas da qualidade de vida das cuidadoras. Não existem no Brasil serviços suficientes ou eficazes para assistir as pessoas idosas dependentes ou suas cuidadoras nem uma política de cuidados de longa duração para as pessoas idosas (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016). Federici (2015) argumenta que são necessárias a construção de formas coletivas de reprodução social tendo em vista o contínuo processo de gentrificação que destruiu as redes sociais e os diversos modelos de apoio mútuo e a insistência neoliberal de que a reprodução é responsabilidade pessoal e das famílias. Para a autora esta questão é crucial para a criação de uma solidariedade geracional e de classe. Solidariedade constantemente ameaçada pela representação dos(as) idosos(as) como um gasto, uma carga fiscal para o Estado ou bombas-relógios para a economia.

Dessa forma, é preciso politizar o cuidado e também democratizá-lo em um cenário social que torna as exigências de cumprimento dessa responsabilidade conflitantes, reforçando as desigualdades entre as famílias. As mulheres são diferentemente oneradas, responsabilizadas e as articulações entre cuidado e família com idade/geração, gênero, raça, classe e território são necessárias para entender as vulnerabilidades nas relações de cuidado, da posição de quem cuida e no acesso a esse cuidado. A alocação de tarefas do cotidiano familiar para as mulheres está institucionalizada e decorre de decisões políticas (BIROLI, 2018). Na velhice, as mulheres, então, tornam-se ainda mais vulneráveis.

## **AS FAMÍLIAS DE/COM IDOSOS(AS) E O ACESSO DESIGUAL AO CUIDADO**

As mudanças demográficas e sociais bem como as desigualdades raciais e de gênero influenciam o cuidado em famílias com membros mais velhos. O acesso ao cuidado está relacionado às injustiças nas famílias, presentes no cotidiano da vida doméstica, e entre as famílias pelas disparidades materiais e simbólicas e pela conformação excludente nas leis e políticas públicas de determinados arranjos familiares e afetivos. A precarização da vida incide sobre o cuidado e a divisão sexual ininterseccionada com raça e classe (patriarcado-capitalismo-racismo) posicionam diferencialmente as mulheres como cuidadoras, como suas trajetórias são afetadas pelo cuidado e as condições em que exercem esse cuidado.

Quando as mulheres idosas são o alvo do cuidado, sabe-se que em relação aos homens idosos, elas têm menor probabilidade de receber cuidado. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE e da pesquisa Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi) (CAMARANO, 2020b), na população idosa a maioria das necessidades de cuidados é das mulheres e a demanda está concentrada nos estratos menos escolarizados e mais pobres, o que afeta a possibilidade de recebimento de ajuda e compromete ainda mais o ato de cuidar e de ser cuidado. Embora as idosas demandem maior cuidado e apresentem as maiores dificuldades para o desempenho de tarefas de vida diária, são os homens que recebem mais cuidados. A maior proporção de insuficiência de cuidado está entre as mulheres, mais jovens e em arranjos domiciliares maiores (GIACOMIN et al, 2018; CAMARANO, 2020b).

Na população idosa brasileira, os mais pobres e com níveis mais baixos de escolaridade são maioria entre negros e mulheres, e são os que apresentam piores condições de saúde e menores chances de recuperação (ANDRADE et al., 2019; SILVA et al., 2018). Por um lado, as desigualdades de gênero afetam a saúde física e mental das mulheres idosas, uma vez que elas enfrentam o sexismo, a discriminação etária, maior pobreza e solidão, maior número de condições crônicas de saúde, mudanças e perdas físicas e sociais (MAXIMIANO-BARRETO et al, 2019). Por outro, as desigualdades raciais geram maior exposição à vivências de lutos, perdas e violências (RABELO, 2020).

A disponibilidade e os padrões de distribuição de recursos para atender às necessidades de cuidado incidem sobre como as pessoas vivenciam condições de vulnerabilidade, isto é, trata-se das reais possibilidades de cuidar e de receber cuidado. Para as mulheres negras e pobres, o cultivo dos laços amorosos na própria família enfrentam as condições de precariedade condicionadas pelo racismo (COLLINS, 2019). Mais do que reproduzir sua comunidade reproduzem a vida dos ricos por meio do trabalho doméstico remunerado (SANTANA, 2019). No âmbito familiar dessas mulheres, observa-se um continuum dos cuidados entre mulheres de diferentes gerações, repartido entre as mais jovens que enfrentam a inserção precária no trabalho remunerado e as idosas que dão continuidade ao trabalho de reprodução social.

Collins (2019) aborda que para as mulheres negras o trabalho doméstico não remunerado é ao mesmo tempo limitador e empoderador, pois em função do histórico e do impacto do racismo e da escravização sobre as famílias negras esse trabalho é visto por elas de forma diferente do denunciado por mulheres brancas. As mulheres negras enfatizam que o trabalho

prestado às suas famílias é uma forma de resistência à opressão. Porém, as contribuições para o bem-estar de suas famílias não as isentam do trabalho árduo, da exploração, nem da sobrecarga.

Santos (2020) discute a sobrecarga relatada por idosas negras no âmbito doméstico que incluiu situações relacionadas ao cuidado de filhos, netos, familiares e ex-companheiros além de eventos associados as relações conjugais de caráter violento. Essas tarefas afetaram o tempo disponível para o próprio cuidado à saúde bem como a sua saúde mental e a percepção de funcionamento familiar. Barbosa, Rabelo e Fernandes-Eloi (2020) verificaram que entre idosas negras matriarcas, isto é, aquelas que são chefes da família, totalmente responsáveis pelo sustento familiar, que moram em arranjos multigeracionais e que são as proprietárias da casa onde residem, tem maior nível de ansiedade quando comparadas com idosos(as) em outras configurações familiares.

Collins (2019) destaca ainda que historicamente as possibilidades de acesso à justiça social, às instituições e à cidadania foram suprimidas das mulheres negras. Um dos mecanismos fundamentais de dominação e de estabelecimento de barreiras e consolidação do status de pobreza e precariedade são as imagens de controle. Por exemplo, a mulher negra como forte, resistente, apta a superar privações e necessidades ou a dependente do Estado, desvia a atenção das desigualdades políticas e econômicas do capitalismo e as culpabiliza pelos “fracassos” de seus descendentes.

Além de gênero, raça e idade/geração, a sexualidade também cruza e catalisa formações sociais e realidades materiais desiguais que organizam experiências distintas no cuidado. Na conformação do trabalho doméstico, casais de lésbicas envolvem-se em uma distribuição mais igualitária e muitas vezes optam por evitar as divisões tradicionais de gênero nas tarefas em favor de outros fatores como qualidade da tarefa ou habilidade. Porém, a expectativa de gênero quanto a essas tarefas não se altera, bem como a de cuidar dos pais idosos. Mesmo na presença de emoções ambivalentes, culpa, ressentimentos e dor de longa data carregadas pela homofobia parental, sentimentos de um cuidado que não foi oferecido por falta de apoio parental, abandono financeiro e transtorno emocional. Inclusive, em função das expectativas de gênero, espera-se nesse momento uma filha obediente e grata, bem como são vistas como “mais disponíveis já que não são casadas”, o que gera a divisão entre as vidas lésbicas e familiares (BREWSTER, 2017).

Quando idosas, essas mulheres lésbicas podem ser ainda mais vulneráveis no acesso ao cuidado pelas várias formas de discriminação e violência que enfrentam. Os vínculos familiares podem ser mais frágeis ou inexistentes,

sendo que estas idosas tem maior risco de morar sozinhas, serem solteiras, sem filhos e sem algum familiar para chamar em caso de emergência. Estas idosas provavelmente construíram ao longo da vida as chamadas famílias por escolha, porém, estas também envelhecem e apresentam suas demandas de cuidados (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019).

Por último, é preciso reconhecer a mulher idosa como um sujeito de direitos, cujo ponto de vista deve ser priorizado, e deve ser respeitada em sua autonomia de escolher como e onde deseja ser cuidada. Uma proporção maior de mulheres mora em casa de parentes, especialmente na ausência de um cônjuge. O que significa para elas menor poder e autonomia além de maior risco de violência (CAMARANO, 2020a). As desigualdades nas diversas configurações familiares reafirmam mais ainda o cuidado como uma questão política e desafia a visão dominante de que todas as idosas desejam ser cuidadas por suas famílias e que são esses familiares que conhecem as suas necessidades (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Como vivemos em uma sociedade ageísta e capacitista, é preciso ponderar, ainda, a construção da relação de dependência de pessoas idosas no cuidado. Mais especificamente quando essa relação amplia ainda mais para as mulheres idosas com dependência funcional a sua infantilização, o confinamento doméstico, as limitações no envolvimento social, as restrições à cidadania e à autonomia e a exclusão. Ao mesmo tempo que o cuidado envolve relações de confiança, afeto e compromisso, pode também se desenrolar na velhice como uma ferramenta de dominação, isto é, de vigilância contínua. Valorizar o cuidado significa também não negligenciar a agência daquela que recebe o cuidado.

Os circuitos de vulnerabilidades que mantêm as desigualdades, a precarização e o empobrecimento na ausência de equipamentos públicos de cuidado, são constituídos ao longo da vida.

As mulheres idosas, então, têm diferentes percepções, experiências e posições nas relações familiares, situadas histórica e socialmente. Na velhice, elas são as cuidadoras e também as mais prováveis dependentes de cuidado. Dessa forma, o ambiente familiar está conectado às dimensões do controle e dos privilégios e portanto, pode fornecer os fatores protetores como afeto, cuidados e apoio, e ao mesmo tempo, pode atuar como uma fonte de exploração, violência e opressão (BIROLI, 2018). Os padrões atuais do capitalismo em conjunto com o privatismo neoliberal e o reacionarismo moral tornam difíceis o atendimento das necessidades de cuidado bem como o estabelecimento de relações solidárias. Por isso, é essencial a criação de relações sociais de não exploração (FEDERICI, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de reprodução social exercido pelas mulheres precisa fazer parte das reflexões de profissionais de saúde e da assistência social, em seus processos formativos e educativos, para que o cuidado não seja instrumentalizado a favor de desigualdades e manutenção de privilégios ou para a desresponsabilização do Estado. As mulheres que cuidam precisam estar representadas na esfera das decisões políticas para que o cuidado se torne central nesse debate. É importante ressaltar que as velhas precisam ser lembradas não apenas como alvo de cuidados, mas como agentes do trabalho de reprodução social. É preciso questionar sistematicamente e ressignificar o lugar dos homens na sustentação da vida reprodutiva. É fundamental que a dimensão econômica e política desse trabalho seja visibilizada e problematizada, para que ele seja desnaturalizado de uma essência feminina e de responsabilidade exclusiva das famílias. Nesse sentido, é essencial investir em sistemas nacionais de cuidado e legislar em favor de quem cuida.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. et al. Inequalities in basic activities of daily living among older adults. **Revista De Saúde Pública**, v. 52, suppl 2, 14s, 2019. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000617>

BARBOSA, V. S.; RABELO, D. F.; FERNANDES-ELOI, J. Indicadores de Saúde Mental e do Clima Familiar de Idosas Negras Matriarcas. **Revista de Psicologia da IMED**, v.12, n.2, 94-107, 2020.

BHATTACHARYA, T. O que é a teoria da reprodução social? **Revista Outubro**, v. 32, 99-113, 2019.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BONETTI, A.; FONTOURA, N. (2009). Convenções de gênero em transição no Brasil? Uma análise sobre os dados de família da PNAD 2007. In: Castro, J. A; Ribeiro, J. A. C. R. (Orgs). **Situação social brasileira: 2007**. Brasília: Ipea, 2009. p.65-80.

BREWSTER, M. E. Lesbian women and household labor division: A systematic review of scholarly research from 2000 to 2015. **Journal of Lesbian Studies**, v. 21, n.1, 47-69, 2017.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A. **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: Demandas e alternativas**. Brasília: IPEA, 2020a.

CAMARANO, A. A. **Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?** Nota técnica, n. 81, Brasília: IPEA, 2020b.

CARDOSO, A. R.; BRITO, L. M. T. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? **Psico-USF**, v. 19, n.3, p. 433-441, 2014.

CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A.; SILVA, M. R. Mental and Physical Symptoms of Female Rural Workers: Relation between Household and Rural Work. **International journal of environmental research and public health**, v. 12, n. 9, 11037–11049, 2015.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Carga de trabalho rural e fatores associados ao uso de medicamentos por idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03374, 2018.

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo, 2019.

CRENITTE, M. R. F; MIGUEL, D. F; JACOB FILHO W. An approach to the peculiarities of lesbian, gay, bisexual, and transgender aging. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v.13, n. 1, 50-56, 2019.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M.; LAGO, O. C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1133-1142, 2008.

DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A.

A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 457-478.

EMMEL, M. L. G.; PAGANELLI, L. O.; VALIO, G. T. Uso do tempo de um grupo de idosos do município de São Carlos (SP), Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 2, 421-442, 2015.

FEDERICI, S. **Sobre o trabalho de cuidado de idosos e os limites do marxismo.** *Nueva Sociedad*, v. 256, 97-115, 2015.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** São Paulo: Elefante, 2019.

FERREIRA, V. M. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências.** Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2017.

GIACOMIN, K. C. et al. (2018). Cuidados e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Supl 2, 9s Epub, 2018.

ITABORAÍ, N. R. (2016). “O pessoal é político”: lacunas e horizontes da revolução de gênero. In: ITABORAÍ, N. R.; RICOLDI, A. M. (Org.). **Até onde caminhou a revolução de gênero no Brasil?: implicações demográficas e questões sociais.** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2016. p.213-232.

JALIL, L. M. **Mulheres e soberania alimentar: a luta para a transformação do meio rural brasileiro.** Dissertação (mestrado), Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, 2009.

JESUS, I. T. M; ORLANDI, A. A. S; ZAZZETA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n.2, 194-204, 2018.

KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. (Orgs.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais.** São Paulo: Boitempo, 2016. p. 17-26.



MAXIMIANO-BARRETO, M. A. et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, 239–252, 2019. d

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, e20170046, 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 1721-1730, 2015.

OXFAM. **Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. Documento Informativo da OXFAM, 2020. Disponível em <[www.oxfam.org.br](http://www.oxfam.org.br)>.

RABELO, D. F; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, 874-84, 2015.

RABELO, D. F. Violência e trajetórias de envelhecimento das populações negra, do campo, da floresta e das águas. In: CERQUEIRA-SANTOS, E; FARO, A; SILVA, J. P. **Gênero, Saúde e Violência: Processos de envelhecimento**. São Paulo: Ed Scortecci, 2020.

SANTANA, B. Prefácio. In: FEDERICI, S. **Mulheres e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo, 2019.

SANTOS, N. R. P. **Racismo, eventos produtores de estresse e recursos psicológicos e sociais relatados por idosas (os) negras (os)**. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 2020.

SILVA, A. et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, Supl. 2, e180004, 2018.

SIMÕES, J. Cuidado e Cuidadoras – as várias faces do trabalho do care. **Cadernos Pagu**, v. 45, 77-585, 2015.

SOUSA, L. P.; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 87, 123-139, 2016.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, 625-31, 2010.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e interseccionalidades. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Orgs). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 52-69.

## **O ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO DO COVID-19: A NECESSIDADE DE MAIS DIÁLOGO, MAIS DOAÇÃO E MENOS DILEMAS**

Gabriel Medeiros Andrade

Priscila Queiroz Alves de Sousa

Ellen Clara Germano Bispo

Nívea Vilar Cardoso

Ana Janaina Jeanine Martisn de Lemos Jordão



**E**ra uma vez, no corrente ano de 2020, uma chuva de notícias e temor pelo desconhecido e tão indagado vírus asiático, que chegou ao Brasil. Logo após o carnaval, ao findar o querido e carnavalesco mês de fevereiro, ainda em festas, o país diagnostica o primeiro caso de contágio pelo COVID-19. Disseminado pelo mundo, o coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS-CoV-2) é determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como responsável por um estado de pandemia, iniciado oficialmente no dia 11 de março de 2020. O estado da Paraíba passou a adotar medidas de prevenção no intuito de mitigar as possíveis demandas hospitalares e diminuir a incidência de casos em curto prazo. Atividades foram suspensas, sendo permitidas apenas as funções essenciais. Foram exigidos usos de equipamentos de proteção individual (EPI) e distanciamento social, de modo que os paraibanos passaram a concentrar-se em suas residências, modificando o cotidiano de vários setores da sociedade, principalmente na área da saúde.

Entre os impactos ocorridos, os servidores do Banco de Leite Humano (BLH) Dr. Virgílio Brasileiro relataram significativas alterações nas atividades do serviço. Essa unidade, pertencente à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), fica localizada na Maternidade do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), no município de Campina Grande-PB, e tem como finalidade maior a promoção do aleitamento materno por meio da captação e da distribuição de leite humano para diversos hospitais da cidade, sendo essencial no suporte ao binômio mãe-bebê. Além disso, o ISEA dispõe de uma casa de apoio à mulher, onde, em períodos normais, as mães de crianças internadas no hospital acabam por ficar alojadas e recebem ações de educação em saúde promovidas pelos profissionais do local.

Durante o distanciamento social ocorreram algumas mudanças na dinâmica do serviço do BLH devido às medidas de controle da COVID-19, impactando negativamente e intensificando as vulnerabilidades tanto para as mães quanto para o serviço de saúde em si, por vários motivos. Anteriormente, havia a realização de projetos e de atividades multiprofissionais, de forma presencial, para orientação das mulheres assistidas pelo Banco de Leite e pela casa de apoio, de modo que, essas ações, após o início da pandemia, tiveram que ser interrompidas. Foi identificada, através de

relatos dos profissionais e dos números oficiais, a diminuição na captação de novas doadoras de leite materno. Concomitantemente, houve um aumento da necessidade de leite devido ao menor contato das mães com seus filhos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e, conseqüentemente, pouca ordenha dessas mulheres para seus próprios bebês. Por fim, a falta de contato pele a pele acaba, possivelmente, abalando ainda mais a situação emocional dessas mulheres já debilitadas psicologicamente pela situação de risco de seu filho recém-nascido e pelas mudanças hormonais e físicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) propõem que o ideal é que o aleitamento materno dure 2 anos ou mais, porém de forma exclusiva nos 6 meses iniciais. Essa afirmação é baseada na comprovação da lactação para a melhoria do desenvolvimento da cognição, da cavidade bucal e da redução da mortalidade por infecções respiratórias e intestinais. No que diz respeito à puérpera, os suportes técnicos e de orientação aumentam as chances de eficácia no processo de lactação e incentivam a continuidade à médio e longo prazo do aleitamento materno. Esse também possui benefícios para a mãe, como a proteção contra câncer de mama, de ovário, contra diabetes tipo 2 e possuindo efeito anticoncepcional parcial (GLUGLIANI, 2007).

Com o propósito de dirimir as vulnerabilidades relacionadas à atenção às puérperas e tentar melhorar o índice de assistência aos bebês internados através de maior disponibilidade de leite durante essa situação atípica, surgiu o Projeto de Extensão “Leite Materno: Doação, Diálogos e Dilemas” da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) com a proposta de intervir de maneira remota nesse contexto. Essa construção dialogada pretendeu desenvolver ações de educação em saúde e manter atividades complementares ao serviço presencial do BLH, através das plataformas digitais, com atualização remota mesmo após o fim da pandemia. O objetivo deste capítulo da história é relatar as experiências quanto a percepção dos participantes colaboradores do projeto, os seus sentimentos e aprendizados no decorrer das interações com os outros participantes e com as puérperas, além das vivências para construção das propostas do projeto supracitado.

## **DO PLANEJAMENTO AOS CAMINHOS TRILHADOS**

O conteúdo abordado foi categorizado e indicado para estudo entre educandos integrantes do projeto. A seleção desses graduandos foi feita de maneira que priorizasse a participação entre os três cursos do Centro de



Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Medicina, Psicologia e Enfermagem, a fim de proporcionar uma vivência interprofissional. A falta de interação e de disciplinas integrativas entre os cursos de saúde, inclusive, é uma das queixas comumente ouvidas pelos corredores entre alguns alunos mais preocupados com a atenção primária e com a educação interprofissional. O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza essa interação, a qual ainda é incipiente no Brasil, e sinaliza possibilidades de mudança em direção à prática colaborativa, de modo que requer maiores investimentos na articulação ensino-serviço (SILVA et. al., 2015).

Ao construir a proposta de ação, levaram-se em consideração conversas estabelecidas com as servidoras do Banco de Leite, e alguns dados confirmaram as seguintes informações: O número de doadoras da unidade do BLH supracitado somou 352 de março até maio de 2019, enquanto no mesmo período do ano de 2020 somou apenas 248 lactantes. Essa diferença de 104 mulheres vem acompanhada do aumento na demanda por leite materno pelos hospitais da cidade, de modo que, no ano passado, a quantidade de leite humano distribuído entre o terceiro e o quinto mês foi de 297,9 litros e, em 2020, de 461 litros (BRASIL, 2020).

O projeto possui um viés interativo e dialogado através da aplicação de ações de apoio e de educação em saúde, remotamente, por meio das mídias digitais. O formato da proposta permite a tríade ensino, pesquisa e extensão e está em andamento durante o período atual pandêmico. As ações planejadas visam estimular: a doação de leite materno durante o período da pandemia do COVID-19; o envolvimento da sociedade com o serviço do BLH; a doação de materiais para a coleta do leite; a abordagem de temáticas relevantes para a vivência das nutrizas; a interação entre elas a partir da produção de conteúdo para publicação no *Instagram* (no perfil @leite.materno\_) sobre as temáticas objetivadas pelo projeto; e o diálogo direto, com as atuais e futuras nutrizas, por meio de grupo pelo aplicativo gratuito *WhatsApp*, visando a troca de experiências sobre a lactação e assuntos atrelados à tão romantizada questão da maternidade e do ato de ser mãe. Foram conquistados, até novembro de 2020, aproximadamente 515 seguidores para a conta do “@leite.materno\_”. Já no grupo de *WhatsApp*, intitulado “Amamentação e diálogos”, há 35 mulheres entre gestantes e lactantes.

Durante o início do distanciamento social, por meio do contato da equipe do atual projeto com as enfermeiras, as assistentes sociais, a nutricionista, a bioquímica e todos os outros profissionais que trabalham na unidade do BLH em Campina Grande, obteve-se um apoio essencial para a construção de uma visão interprofissional da realidade abordada. Sem haver indução



nesse ponto, seja por parte dos discentes ou da coordenadora do projeto, partiu-se de diversos focos e experiências técnicas vivenciadas pelos trabalhadores. Tais servidores de saúde já indicaram previamente algumas possíveis pautas importantes em evidência no contexto desse projeto, e outras surgiram por interesse das próprias mulheres que participam das plataformas digitais.

Em ambas as plataformas, de acordo com o planejado e a demanda espontânea, foram abordados os seguintes temas: a) História e impacto da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) para a sociedade como um todo; b) Diferenças nutricionais entre a fórmula química comercial e o leite materno; c) Principais causas da interrupção do aleitamento materno pela nutriz para seu bebê; d) Retorno das lactantes às atividades laborais e as formas de armazenamento do leite; e) Orientações para evitar a má pega pelo bebê, principal causa das dores e feridas do bico mamário e mastite; f) A importância redobrada do aleitamento para bebês acometidos por comorbidades ou para bebês prematuros (em homenagem ao dia Mundial da Prematuridade, 17 de novembro);

As temáticas foram lançadas no *Instagram* através de textos curtos, a fim de auxiliar na leitura rápida das principais informações, ou de vídeos com aspectos lúdicos e interativos para concentrar a atenção e facilitar a informação. Através dessa ferramenta, o projeto contou com a colaboração de profissionais de saúde de diversas áreas, como assistente social, nutricionista, dentista, enfermeira, fisioterapeuta, médica e psicóloga, que relataram e instruíram, através de vídeos, sobre suas experiências e, além disso, deram dicas para os participantes das mídias sociais de como lidar com os diversos anseios que cercam o contexto da maternidade e, principalmente, da amamentação. Os próprios membros da equipe do projeto elaboraram vídeos dinâmicos com dicas rápidas através da ferramenta *Reels* e falaram sobre suas vivências.

O grupo de *WhatsApp* foi criado por livre demanda de mães que solicitaram acesso via link do *Instagram* ou aquelas que responderam positivamente ao convite de compor essa comunidade digital de troca de experiências. No *WhatsApp* houve um intenso diálogo entre as mães, visto que a composição do grupo era de mulheres em situação semelhante de fragilidade, mas com uma grande variedade de sentimentos envolvidos. Alguns dos exemplos de conversas estabelecidas na rede social foram sobre a relação da amamentação com as reações adversas às vacinas, o nascimento dos primeiros dentes, as alergias alimentares das crianças, além de diversas outras experiências trocadas.

Os integrantes de ambos os recursos digitais foram estimulados a acompanhar a outra plataforma de rede social do projeto. Quanto maior o público alcançado, maior o número de participantes e seus respectivos círculos sociais com acesso à informação. Dessa forma, maior empatia pelo momento vivenciado por mães e por seus bebês durante o período de amamentação poderá ser desenvolvida. O compartilhamento entre os usuários da Internet torna a temática mais coletiva e acessível, sendo possível maior sucesso quanto ao apoio ao BLH e, em associação, uma maior disseminação do conteúdo gerado.

Semanalmente, durante as reuniões do projeto, foram definidos os assuntos, além do membro ou da equipe responsável pela elaboração de cada ação. Caso necessário, realizou-se o contato com um profissional capacitado, detentor de experiência, para colaborar com pequenas filmagens sobre sua vivência ou para responder às principais dúvidas levantadas pela comunidade. Concomitantemente, a equipe do projeto articulou, previamente, a produção de vídeos de curta duração e de artes digitais com as informações acerca de vários temas. A articulação prévia permitiu uma melhor preparação para divulgação e publicação nas mídias digitais do projeto.

Constantemente a equipe se organiza para interagir com aqueles que visualizam e comentam as postagens, de modo a estabelecer uma análise dos conteúdos produzidos e os adequar para atingir os fins propostos. Além disso, no transcorrer das ações e da divulgação das etapas descritas, há a verificação do número de seguidores do *Instagram* do projeto e das interações com as publicações, estabelecendo um *feedback* espontâneo.

Os dados coletados, de forma contínua, permitem categorizar as respostas em padrão de dúvida e de diálogos. Leva-se em conta os comentários do público, o alcance através do número de seguidores e dos compartilhamentos das mídias produzidas. Além disso, os questionamentos respondidos pela equipe do projeto no grupo do *WhatsApp* e as informações trocadas de forma colaborativa entre as mães participantes acabam sendo uma maneira de perceber como o projeto têm atuado dentro da sociedade.

Nesse contexto, foram coletados potes de vidro através da Igreja Católica que, na representação da Diocese de Campina Grande, realizou uma campanha, durante o mês de setembro à outubro, de arrecadação de fraldas descartáveis para as maternidades da cidade e de potes de vidro com tampa plástica para o BLH em comemoração ao dia do Nascituro, em 08 de outubro. A campanha, no início, era apenas para captação de fraldas, mas em associação com o projeto foi acrescida a ação de arrecadar potes para o armazenamento do leite resultando, assim, em cerca de 200

receptáculos úteis doados. Analisando o discurso e o conteúdo, podemos perceber o potencial das ações do projeto no possível estímulo à doação e ao aleitamento materno.

O uso das plataformas digitais faz-se importante para a divulgação de material teórico, esse que está sendo estabelecido através das dúvidas que surgiram espontaneamente, ou de postagens acolhedoras para o momento vivenciado por essas mulheres. Do mesmo modo, essas plataformas podem possibilitar a troca de experiências sobre a lactação e seus principais benefícios, a exemplo da valorização da interação olho a olho entre a recém-tornada mãe e seu bebê, estreitando os seus laços. Além disso, o conhecimento e a divulgação das atividades prestadas pelo BLH proporcionam maior amplitude das suas ações e, conseqüentemente, maior envolvimento da sociedade com esse serviço. Por fim, mas não menos importante, o desenvolvimento do projeto promove uma “bagagem” essencial para a construção profissional e pessoal da equipe.

O estudo seguiu todas as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa iniciou apenas após liberação pelo Comitê de Ética em pesquisa, Certificação de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), n.º 34410920.1.0000.5182, aprovado sob Número do Parecer: 4.293.590.

## **RELATANDO “DELÍCIAS” E DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO “LEITE MATERNO: DOAÇÃO, DIÁLOGOS E DILEMAS”.**

Para compor a equipe do projeto, o processo seletivo para estudantes do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde por si só já demandou pessoas interessadas no tema do aleitamento materno. Ao ser avaliado, há sempre expectativas e ansiedades envolvidas, além de ser difícil de encontrar outras oportunidades de reunir os educandos dos três cursos do nosso Centro. Pensar em lidar com pessoas de diferentes formações acadêmicas é desafiador. Por conta da construção isolada das graduações, há dificuldades e receios em se envolver com outros estudantes em projetos acadêmicos, por uma percepção prévia de prepotência ou mesmo a falta de convívio em ações interdisciplinares.

A forma de condução do projeto de maneira partilhada permitiu um ambiente de vivências e saberes populares para a vida e para sua formação profissional. Inclusive, foram feitos comentários pela equipe quanto a importância das reuniões semanais e do vínculo criado entre nós, professores e alunos de diferentes cursos, e compartilhar saberes com outros

profissionais da área de saúde que de forma dialogada, instiga à dedicação e ao comprometimento com o projeto. É a quebra de barreira da visão isolada com funções “engessadas” de que cada formação deve seguir sem interprofissionalidade. A seguir, é possível perceber na seguinte fala, que a interprofissionalidade é possível quando as ações são realizadas de maneira colaborativa:

“...Irei mentir, porém, se disser que a decisão de entrar nesse projeto foi fácil. No geral, tenho dificuldades para lidar em atividades acadêmicas com alunos de medicina, por suas tendências autoritárias, então me mantenho cautelosa em ações interdisciplinares. Mas decidi, por fim, dar uma chance a essa proposta, e ainda bem que o fiz! Me sinto muito à vontade no projeto, com colegas que escutam a opinião alheia e realmente as valorizam. Assim, o projeto se torna muito mais leve e fácil de ser administrado, pois todos têm direito a vez e a voz, tornando a convivência muito agradável”. (Estudante do Curso de enfermagem da UFCG).

A percepção da estudante já foi identificada por outros alunos dos cursos de enfermagem e de psicologia da nossa universidade anteriormente. Boa parcela de culpa dessa percepção vem da própria matriz curricular com ausência de disciplinas obrigatórias de cunho interprofissional e pouca valorização às práticas colaborativas estudadas na Saúde Coletiva, geralmente por profissional médico no curso de medicina, profissional psicólogo no curso de psicologia e assim sucessivamente. Dentre os cursos, o de medicina é o mais antigo e que possui docentes mais tradicionais e acostumados com o processo hegemônico e rígido de lecionar.

É importante registrar aqui a necessidade em atualizar os Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos, propor construção interdisciplinar com metodologia de aprendizagem baseada em problemas e valorização da educação interprofissional preconizada na Atenção Primária pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Também é essencial reconhecer a dedicação do outro ao trabalho e respeitar cada particularidade, pois as atividades em grupo, então plural, é capaz de oferecer várias potencialidades.

Na dinâmica do próprio projeto, um desafio é que alguns estudantes não têm o hábito de aparecer muito nas redes sociais, geralmente acompanham as postagens, mas preferem a discrição em compartilhar a vida pessoal. Assim, enquanto um estudante tem facilidade com artes e as faz belamente, o outro, néscio naquela habilidade, faz um trabalho de comunicação e empatia respondendo uma mãe melhor que o primeiro. Neste lugar, o todo não precisa saber as mesmas coisas porque as particularidades de cada singular o formarão.

Como dito anteriormente, a produção de artes visuais e o uso de programas de design não são o forte de todos da equipe. Outros já não têm muita paciência em dialogar no grupo de *WhatsApp*. Assim, foi combinado que as tarefas seriam organizadas de acordo com a demanda e as pessoas escolheriam as atividades que se sentissem mais confortáveis para realizar diante da programação e cronograma planejado para cada semana da quinzena seguinte. Inicialmente, todas as ações eram determinadas por rodízio, o que acabou dando um trabalho maior, deixando alguns alunos desconfortáveis. Como pode ser percebido na fala a seguir:

“...Atualmente, só pelo instagram, as vezes me sinto angustiada por não poder ajudar tanto quanto queria, mas é algo muito particular meu, de querer ser útil e sempre fazer tudo, ao entrar no projeto já tinha relatado não saber muito produzir artes e to aqui e sei que posso contribuir de outras formas, mas enfim eu vejo que é um grupo ótimo de se trabalhar porque não fica apenas em uma determinada visão, todos estão abertos para escutar, para se defrontar com opiniões diferentes por mais difícil que sejam às vezes, e tudo é realizado com a opinião e escolha de todos, o que deixa o “trabalho” mais leve. (Estudante do Curso de psicologia da UFCG).

No trabalho colaborativo, trajetórias tão distintas, passam a sintonizar pensamentos e ações em conjunto para o benefício do público. Essas convivências motivam a horizontalidade e humildade em aprender com o outro e compreender como partilhar saberes e trabalhar para somar.

Admitimos contudo, a necessidade de estímulos para que o projeto corra bem e tudo dê certo, como por exemplo, a presença da figura da coordenação para designar tarefas, acompanhar o planejamento e até articular apoio quando algum dos integrantes está sobrecarregado com outros afazeres ou problemas pessoais. Além disso, boa parte da equipe assume o tema maternidade e aleitamento materno como sendo de interesse próprio, seja para vida particular ou formação profissional. Como pode ser verificado no relato a seguir:

“...Com as mães e com os funcionários do Banco de leite me emociono mais ainda. Pude acompanhar a assistente social responsável pelo setor ajudando uma mãe na dificuldade de amamentar enquanto gravava um vídeo para o instagram do projeto e meu coração foi inundado pelas duas. Certamente, a maternidade, que sempre me fascinou, o fez mais ainda. Um ser humano, em dor pelo peito endurecido feito pedra, recém-operado, colocar seu sofrimento em segundo plano pela preocupação de o bebê gerado em seu ventre se alimentar. Pode parecer óbvio, biológico ou o que quer que seja para alguém, mas, para mim, é o ápice da doação de si.

Por isso, mais que tudo, tenho sido inspirada pela entrega. Seja pela entrega dos estudantes e da orientadora, que mesmo cansados de suas rotinas e trabalhos, buscam fornecer o máximo de si enquanto se ajudam, seja pelas mães e funcionários do Banco de Leite, que dão o melhor de si pelo conforto das próprias puérperas e das vidas tão pequeninas em seus braços.

Foi nesse projeto que entendi ainda mais o sacerdócio que é cuidar de vidas, expressão tão utilizada na profissão que escolhi, a medicina, que via nas clínicas que iniciaram há pouco tempo em nossa trajetória acadêmica, mas que pude ver de vários ângulos, e quão belos ângulos! (Estudante do Curso de medicina da UFCG).

Em outro relato é possível perceber o mesmo interesse prévio pela temática, dessa vez não só pelos aspectos futuros, mas pela própria vivência da relatora enquanto mãe e estudante, como pode ser percebido no seguinte trecho:

“Acredito que minha trajetória para se fazer presente no projeto atualmente se deu antes mesmo da própria existência dele, foi ao me tornar mãe. Durante toda a gestação e, principalmente após parir, me senti perdida e imersa em um mundo no qual eu desconhecia, a vida havia se tornado outra e eu vinha passando por constantes transformações que iam me afetando no dia a dia, não tinha mais como ser aquela mesma pessoa que eu era antes e era como se uma nova identidade estivesse se construindo, o que foi muito bom porque uma nova mulher também surgiu e começou também a olhar pra si dentro dos mais diversos contextos”. (Estudante do Curso de psicologia da UFCG).

Todas as ações planejadas são brilhantes, animando e estimulando a equipe a continuar. Enquanto docente, discente, já exercendo a maternidade, ou como futuro pai ou mãe que pensa nos dilemas da maternidade... É muito gratificante se perceber ajudando outras pessoas e até estimulando que essas pessoas tenham a oportunidade de desabafar sobre os seus medos, sejam os anseios enquanto gestante ou ainda as preocupações em cuidar das possíveis rachaduras da mama que venham a surgir no início da amamentação.

Outras angústias envolvem ora a forma de findar o processo de amamentação e as causas desse desmame, ora devido ao emprego que irá retomar... Cada mulher com sua história. Cada gestação é única. E aprender é sempre renovador. O tema da amamentação é sempre cheio de incógnitas e nem sempre existe uma preparação para ser mãe de maneira prévia. Consequentemente, esses grupos de troca de conhecimento sempre permitem saber sobre as melhores atitudes a serem tomadas e promovem ao próprio educando, pesquisador-participante do projeto estudar e se

preparar para possíveis assuntos a serem abordados. Perceba agora o sentimento envolvido no relato a seguir:

“... Nem me lembro muito do meu processo de amamentar, porque passei por diversos conflitos não apenas específicos do amamentar, como as rachaduras e sangramento nos bicos que fazia com que amamentar se tornasse algo doloroso, mas me deparei com questões referentes a solidão, a falta de apoio realmente pra amamentar, sem ninguém lá para realmente te ajudar ou incentivar a continuar... É por isso que eu também quis me envolver, pra ajudar outras mulheres que podem tá passando, às vezes, pelas mesmas coisas que eu... Há campanhas que apenas incentivam e dizem o quanto é bom amamentar. Mas na verdade, é duro, gera culpa, gera angústias, gera mal-estar e acredito que não é pra ser um processo assim, é pra ser algo prazeroso pro bebê, mas também pra mãe.

E eu acho que nosso projeto tá sim ajudando algumas mães, mesmo que não saibamos diretamente, as informações estão sendo repassadas de uma forma simples, dinâmica e acessível e, apesar de achar que inicialmente estamos tendo uma dificuldade maior para encontrar especialmente esse público das mães, já vemos resultados, já temos mulheres que se sentem abertas pra falar com a gente e tirar dúvidas. Mas também das pessoas que estão dispostas a nos ajudar, como alguns profissionais das UBS, locais que estão divulgando e o próprio BLH do ISEA, no qual é uma troca mútua, ao passo em que eles nos ajudam, nós os ajudamos”. (Estudante do Curso de psicologia da UFCG).

Tal sentimento de troca tanto pelo graduando vinculado ao projeto quanto pelas mães que fazem questionamentos nos grupos, permite compreender a importância da educação permanente e da prática colaborativa na construção da formação acadêmica para o exercício do futuro profissional. Não só em termos teóricos, mas também enquanto construção de caráter e sentimento de pertencimento a uma equipe que funciona. Dessa forma, preza-se por uma prática diferente da tradicional hegemonia biomédica e dialética que não percebe, por exemplo, a importância de um Projeto Terapêutico Singular e a educação permanente em Saúde. Projetos como o nosso permitem atuar em prol de contornar as vulnerabilidades em uma comunidade já tão suscetível às dificuldades do período puerperal e às expectativas sociais da maternidade.

Temos sentimento de missão cumprida pelo sucesso da convivência em equipe, pelo planejamento executado, pelo sucesso na construção das temáticas, pela honra de ter bons profissionais parceiros e pelo diálogo compartilhado e colaborativo com a comunidade. Pode-se dizer que muitos ajustes foram necessários e percebemos-nos preocupados e emocionados com as trocas de relatos de experiência e angústias. Nesse contexto, o apoio



e as conversas estabelecidas com as puérperas e entre elas tornaram esse período mais ameno em suas preocupações. Desse modo, as mulheres se beneficiaram ainda mais de um processo de lactação e de uma interação mãe-bebê bem-sucedidos. Concluimos aqui com muita gratidão por todo aprendizado e vivência proporcionados pelo projeto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste capítulo de livro foi relatar as experiências quanto a percepção dos participantes colaboradores do projeto, os seus sentimentos e aprendizados no decorrer das interações com os outros participantes e com as puérperas. As principais vivências e relatos permitiram perceber que houve quebra de barreira da visão isolada e de estigma quanto aos demais estudantes de outros cursos de graduação, visão essa comumente relatada pelos estudantes de enfermagem e psicologia, os quais prognosticam os estudantes de medicina como de difícil diálogo. Provavelmente, a percepção se dá pela própria matriz curricular comum de cursos tradicionais com modelo biomédico e que os próprios docentes não estimulam a interprofissionalidade no dia a dia.

Os relatos de experiência dos educandos falam na intenção de participar do projeto devido a interesse próprio, seja por vivências prévias ou por aspirações futuras na vida particular e na formação profissional relacionado à temática da maternidade e do aleitamento materno. Foi mencionado também sentimento positivo de troca, por ambos os grupos envolvidos com o projeto: os graduandos, pela possibilidade de vivenciar problemas reais relacionados à sua área de interesse em saúde e de satisfação pela possibilidade de ajudar o outro que se sente em situação de vulnerabilidade; e as mães, pela sensação acolhedora ao fazer parte de um grupo de mulheres em situação semelhante e pela sublimação de suas dúvidas e angústias.

## **AGRADECIMENTOS**

Nossos sinceros agradecimentos aos demais graduandos: Aryanne Santana Tavares de Arruda, Gabrielly Araújo Vilela, Julia da Silva Dantas e Vilene Câmara de Oliveira Sobrinha; Às mães integrantes da comunidade e às profissionais de saúde que colaboraram direta ou indiretamente com o projeto, por exemplo, a citar algumas: Assistente social Luciene do Nascimento, Professoras: Regina Lígia Wanderlei de Azevedo; Cristina Ruan Ferreira de Araújo; Mayra da Silva Cavalcanti; Luzibênia Leal de Oliveira.

## REFERÊNCIAS

BRASIL - REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Banco de Leite Humano Dr. Virgílio Brasileiro**. 2020. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/banco-de-leite-humano-dr-virgilio-brasileiro>>. Acesso em: 24 de jun. de 2020

GLUGLIANI, ERJ. **Tópicos básicos em aleitamento materno**. In: Lopez FA, Campos Jr D, editores. Tratado de Pediatria. Barueri: Manole; 2007. p. 315-321.

SILVA, J.A.M. *et al.* **Educação interprofissional** e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde Rev. Esc. Enferm. USP. n. 49,(Esp. 2), p. 16-24, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000800003

## PRÉ-NATAL MASCULINO: O PROTAGONISMO DO HOMEM NA SAÚDE E NA REPRODUÇÃO

Flávio Lúcio Almeida Lima  
Ana Alayde Werba Saldanha



**G**ravidez, parto e puerpério são palavras que no vocabulário de João constava apenas como assunto feminino, afinal de contas sempre escutou que é a mulher que engravida, passa nove meses para gerar, sente no corpo a gestação, sofre as dores do parto, pare o bebê e experiencia a amamentação. Todas as questões que envolvem cuidados na reprodução é assunto de mulher, ele sempre compreendeu assim porque sempre ouviu falar. Em seu mundo masculino, desde tenras idades, João escutara falar que o homem está para o trabalho, para o público e é através de sua força que a sobrevivência da família é garantida por ele. Todo homem deve ser forte, o pai de família, o chefe da casa e o sustento do lar. Não cabe ao homem o cuidado com os filhos, até porque existe na mulher uma predisposição para a maternidade, não havendo espaços para o homem na vida doméstica. Em sua experiência na reprodução, João recorda ter ficado muito feliz com a gravidez de seu único filho, um momento ímpar para ele que se iniciou com o exame positivo para a gravidez. Desde então, sua participação se restringiu ao acompanhamento de informações trazidas muitas vezes por sua mulher quando das consultas de pré-natal e o provimento das necessidades mais urgentes para manter a saúde da mãe e do futuro bebê. Ele se sentia muito feliz. Apesar de saber que poderia participar do pré-natal, João fora impedido de efetivar sua presença dado a sua jornada de trabalho intensa e seu chefe imediato informar que ali não seria seu lugar. No momento do parto, a presença de João foi substituída por sua cunhada que esteve como acompanhante, haja vista regras da maternidade pública de sua cidade que impedia a participação masculina no parto e também por conta de seus horários no trabalho. Só após a gestação e parto que ele pôde de fato se perceber pai. Para ele, tomar seu filho no colo foi a experiência que tornou concreta a paternidade até então apenas idealizada. Parece que só a partir dali emergiu a parentalidade, suas vivências até então parecem ter sido constituídas de forma limitada como se sua saúde reprodutiva fosse composta por experiências outras cujo protagonismo não é seu.

Compromisso ou descompromisso? Responsabilidade ou alienação? Culpado ou inocente? A estória de João denota como em grande parte o homem vivencia seu autocuidado em saúde e o ciclo gravídico-puerperal

(gestação, parto e puerpério) de forma limitada, sobretudo por não se vê incluso em tais processos. As variáveis que levam a tal desfecho adentram questões de cunho psicossocial e que não se limitam apenas a um querer fazer-se mais atuante por parte do indivíduo. Dessa forma, este capítulo tem por objetivo discutir o pré-natal masculino como possível dispositivo de promoção da saúde do homem, enfatizando o protagonismo masculino no autocuidado em saúde e na saúde reprodutiva. Buscar-se-á refletir de que forma o homem aparece incluso no processo de saúde reprodutiva, qual o seu lugar de atuação e as implicações para a saúde pública.

De forma geral, em contextos de saúde reprodutiva, a participação masculina se faz de forma ainda muito incipiente porque faz parte de um processo de construção social acerca do papel paterno na sociedade e na família. Historicamente, deve-se a sociedades mais primitivas a ignorância do papel masculino na reprodução. Fenômenos comuns a essas sociedades como, por exemplo, a poliandria e o matrimônio grupal, impossibilitavam o reconhecimento do pai biológico, mas valorizava-se o papel feminino. Havia ali uma “matrifocalidade” que colocava em ênfase o papel da mãe para o bando, a mulher era a responsável pela fecundidade, a procriação, a perpetuação da espécie, portanto era uma figura importante para o grupo. As sociedades tribais ou primitivas se organizavam a partir da descendência da mãe, os papéis sexuais e sociais de homens e mulheres não eram bem definidos, as relações sexuais não eram monogâmicas, havia relações mais igualitárias entre homens e mulheres (NARVAZ; KOLLER, 2006). O caráter grupal tornou essas sociedades mais coletivistas.

Com a descoberta da caça, da agricultura e do fogo, os povos deixaram de ser nômades e passaram a ser territorialistas, o homem se dedicava a caça e as mulheres a agricultura e cuidados com as crianças. Mais tarde, com o surgimento da propriedade privada e com a descoberta do papel do homem na reprodução advindo do desenvolvimento da genética, as relações sexuais passaram a ser monogâmicas para que a herança fosse assim confiada apenas a filhos legítimos.

O controle da sexualidade e do corpo da mulher foi institucionalizado, a divisão sexual e social do trabalho validava diferenças entre homens e mulheres, dava-se início então as sociedades patriarcais focada na dominação masculina do pai (STEARNS, 2007; NARVAZ; KOLLER, 2006). A família passava então a ser chefiada pelo pai o qual detinha o poder econômico e moral. Posteriormente, na modernidade, a família se encurta e passa a ser formada por um pequeno grupo formado por pai, mãe e filhos, passando a ser denominada família nuclear.



Atualmente, o sistema familiar se mostra bastante influenciado as transformações decorrentes no campo da sexualidade e reprodução. Os novos arranjos familiares demonstram o quanto à família contemporânea acompanha as transformações nos papéis sociais e o desenvolvimento social, contudo ainda se observa o predomínio do modelo nuclear tradicional (ZANI; MANSANO, 2017; BORSA; NUNES, 2011).

Mesmo após a noção da relação sexo-procriação advindo com os estudos da genética, e com o desenvolvimento das sociedades já citados, o lugar do pai na reprodução permaneceu secundário em detrimento ao papel materno (LO RUSSO, 2001). A mulher sempre esteve relacionada com a procriação e fecundidade. Neste sentido, parece fácil compreender que na reprodução o papel feminino desde cedo se consolidou como principal, sobretudo por questões biológicas que envolvem o ciclo gravídico puerperal. Entretanto, estudos recentes tem demonstrado interesse em discutir o lugar do homem na sexualidade e reprodução observando-o como sujeito de direito e com responsabilidades na construção de sua saúde reprodutiva (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016; BACKES et al., 2018; GOMES et al., 2016; RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017; LISKOSKI; JUNG, 2018; HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; LIMA; BARBOSA, 2020).

A discussão em torno do conceito de saúde reprodutiva aparece alinhada ao conceito de saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e teve seu apogeu na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, eventos estes promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 90. Segundo a OMS, a saúde reprodutiva é definida como o completo bem-estar físico, mental e social no que concerne o sistema reprodutivo, suas funções e processos; estando então implicada na capacidade e liberdade de homens e mulheres em gozarem de uma vida sexual segura e satisfatória. Conseqüentemente, a saúde reprodutiva se desvela no direito de homens e mulheres à informação e acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar, bem como outros métodos de controle da fecundidade de sua escolha, desde que não sejam ilegais, além disso, no direito de acesso a serviços apropriados de saúde que garantam à mulher e ao casal segurança na gestação e no parto no intuito de propiciar maiores chances de saúde para o filho (CAIRO, 1994).

Essa discussão, necessariamente, implica dizer que a reprodução é um lugar de direitos os quais devem ser respeitados por todos os envolvidos, sejam homens ou mulheres, e assegurados pelo Estado (SIQUEIRA,



2000). Os direitos reprodutivos são vertentes dos direitos humanos universais e advogam a garantia do exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana, sendo assim, se concretizam no direito subjetivo que toda pessoa tem em realizar planejamento familiar e em ter acesso aos meios necessários para sua autonomia reprodutiva, sem qualquer discriminação, coerção, violência ou restrição. Ressalta-se que os direitos reprodutivos estão fundamentados no direito à vida, a saúde sexual e reprodutiva, portanto, salvaguarda a liberdade de escolha e proteção social no contexto das parentalidades (VENTURA, 2009).

Amparado na história, o debate em torno dos direitos reprodutivos remonta a luta das mulheres por sua liberdade reprodutiva que ocorreu em meados do final do Séc. XIX e início do Séc. XX (ÁVILA, 1993). O direito a regulação da fertilidade feminina foi umas das conquistas atribuídas ao movimento feminista, deve-se a esse movimento a promoção de direitos da mulher e empoderamento feminino em detrimento aos padrões patriarcais institucionalizados em épocas anteriores.

Muitos movimentos e fatos históricos deram força ao feminismo no início do século XX abrindo espaço para o debate em torno dos direitos reprodutivos. Em particular, a década de 60 aparece marcada pela Revolução Sexual, com a invenção da pílula anticoncepcional a mulher pôde ter controle acerca de sua fertilidade e o casal pôde planejar de forma mais autônoma a família (DEL PRIORE, 2012). Como se vê deve-se ao feminismo e aos movimentos de liberdade sexual, como por exemplo, o movimento gay, lésbico e hippie, o debate inicial acerca dos direitos na reprodução o que denota a relação desses direitos com a militância de movimentos sociais na busca de igualdade social.

Refletindo os direitos reprodutivos a partir de suas prerrogativas, faz-se necessário discutir o protagonismo do homem no que se refere à saúde sexual e reprodução, haja vista, perceber-se não haver um reconhecimento desse sujeito como alguém atuante nesse campo. Através da CIPD, a OMS reconhece como sujeitos de direitos no contexto da reprodução adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas, e não apenas casais. Verifica-se, portanto, uma expansão dos direitos reprodutivos para vários segmentos da população, inclusive os homens.

Apesar do avanço apontado no Plano de Ação da CIPD, a extensão dos direitos reprodutivos aos homens não acompanha de forma linear as discussões realizadas, tendo em vista crenças sociais arraigadas no imaginário social que afastam o homem do autocuidado em saúde e de questões reprodutivas naturalmente atribuídas ao feminino (VENTURA, 2009). Neste

sentido, a inclusão do homem na pauta dos direitos reprodutivos traz consigo a urgência de resistência a um modelo patriarcal e machista que coexiste no cenário contemporâneo.

A garantia de inclusão do homem nos direitos reprodutivos implica uma transformação social por meio de uma nova forma de relação entre homens e mulheres no que tange a vida reprodutiva (ÁVILA, 2003). A maternidade e a paternidade necessitam de uma transformação que leve a uma divisão sexual igualitária do trabalho doméstico e cuidado com as crianças, ou seja, a inserção efetiva do homem no âmbito privado e na esfera reprodutiva.

Crenças sociais de que a “mãe sabe cuidar melhor”, “pai é qualquer um”, “gravidez é assunto de mulher”, “homem não tem jeito com bebê”, estigmatizam a atuação masculina na reprodução, desresponsabilizam o homem, sobrecarrega a parentalidade feminina e, conseqüentemente, afetam a saúde masculina e familiar. A saúde reprodutiva masculina demanda então a discussão de tabus, estigmas e estereótipos, os quais quando observados poderão servir de alicerce para mudanças de atitudes e comportamentos, inclusive leis e políticas, no contexto social e da saúde.

A participação masculina em processos de reprodução não se efetiva considerando o protagonismo do homem em tal contexto, ao contrário o homem ainda é visto como um coadjuvante na reprodução, um agente na prestação de assistência a mulher em seu processo reprodutivo. Por exemplo, a Lei Federal nº. 11.108, de 07/04/2005, conhecida como a “Lei do Acompanhante”, confere a parturiente o direito em usufruir de um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Tal direito é conferido à parturiente onde é dada liberdade à mulher na livre escolha de quem ela deseja como acompanhante, implicitamente o homem participa desse momento quando há espaço disponível para ele.

Neste sentido, não existe uma construção ou legislação que reforce os direitos e desejos do pai no sentido de tornar a sua participação mais efetiva no processo reprodutivo. Além disso, quando ao homem é permitido o direito de acompanhamento no parto concedido pela mulher, ainda existe o enfrentamento de barreiras institucionais na área de saúde que percebem o homem como empecilho no momento do parto por se acreditar que ele não atua ali ou diminui a privacidade de mulheres nos serviços obstétricos (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

Por sua vez, a licença paternidade também se configura um exemplo de esforço no sentido de incentivar o pai no exercício da paternidade, portanto, no processo de reprodução. De acordo com a Constituição Brasileira, a licença paternidade é um benefício garantido ao trabalhador após o

nascimento de seu filho, se constitui no direito de permanecer 5 (cinco) em casa, afastado de suas atividades laborais, sem ônus algum no que se refere às questões trabalhistas (BRASIL, 1988). O objetivo desse direito é assegurar a presença do homem-pai nos primeiros dias de vida do bebê, integrando o homem junto à família no estabelecimento dos primeiros vínculos parentais. Ressalta-se que através da Lei 13.257/2016 tornou-se possível a prorrogação da licença paternidade. Caso a empresa em que o trabalhador esteja inserido tenha aderido ao Programa Empresa Cidadã, é possível que o beneficiado possa prorrogar a sua licença paternidade por mais 15 (quinze) dias o que totaliza 20 (vinte) dias, desde que seja solicitado até 2 (dois) dias após o parto e que o beneficiado comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável (BRASIL, 2016). Ademais, de forma semelhante, tramita em instância legislativa federal o Projeto de Lei 559/20 que assegura a todo trabalhador a licença-paternidade de 20 (vinte) dias em caso de nascimento de filho (a) ou adoção de criança/ adolescente.

Nesta perspectiva, conforme visto anteriormente, apesar dos direitos reprodutivos contemplarem os homens enquanto sujeitos de direito e de atuação na saúde reprodutiva, existem entraves psicossociais que impossibilitam o efetivo protagonismo masculino neste contexto. Os estereótipos sociais acerca do masculino inevitavelmente afastam o homem do autocuidado e assistência em saúde, bem como a participação na saúde reprodutiva.

A construção social da masculinidade e da paternidade está diretamente ligada a relações de gênero as quais ainda refletem modelos tradicionais de masculinidades e feminilidades, ditos hegemônicos, reforçando diferenças de gênero. Sendo assim, a forma como homens e mulheres são socializados refletem diretamente na promoção de saúde masculina e na saúde reprodutiva, o que torna urgente a criação e implementação de políticas públicas que intervenham na atenção integral a saúde do homem e da família, bem como estratégias que tornem possível a efetivação de tais políticas.

É sabido que o homem busca a assistência de saúde de forma tardia, só quando ocorre o agravamento da doença, portanto, sua via de acesso ao sistema de saúde é a atenção especializada. Com o intuito de promover ações de saúde e prevenir o adoecimento na população masculina, sobretudo na faixa etária de 20 e 59 anos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada em 2009 pelo Ministério da Saúde (MS).

O principal desafio que se coloca a essa política pública é a promoção da saúde do homem em detrimento as diferenças de gênero que assolam as relações sociais em cada contexto de vida e afastam os homens dos cuidados em saúde. Dados epidemiológicos e demográficos apontam que diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são naturalizadas no meio social, o que acaba por aumentar a vulnerabilidade masculina. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, a expectativa de vida dos homens foi de 73,1 anos enquanto das mulheres foi de 80,1. Quando comparado ao ano de 2018 que foi de 72,8 anos, observa-se um aumento discreto de 3 meses e 7 dias. Apesar disso, os homens ainda pontuam abaixo das mulheres no que se refere à expectativa de vida e pontuam alto no que se refere aos índices de mortalidade.

A maior mortalidade da população masculina em relação à feminina se dá entre os adultos jovens, faixa etária dos 15-29 anos (BRASIL, 2020). As taxas por causas externas de morbi-mortalidade, doenças do aparelho circulatório e neoplasias são as três principais causas de óbito em meio aos homens, pontuando 171, 82 e 56, respectivamente, no ano de 2014.

O perfil da morbi-mortalidade masculina no Brasil aponta um aumento nas taxas de mortalidade em homens brasileiros de 447 em 2009 para 464 em 2014. O maior aumento significativo se deu na faixa etária de 50 a 59 anos, passando de 978, no ano de 2009, para 1060, no ano de 2014 (BRASIL, 2018). Como se comprova, as diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres refletem as diferenças de gênero existentes na sociedade como um todo, verifica-se que os homens adoecem e morrem com mais frequência, morrem mais cedo e em idades mais jovens, as causas externas (acidentes e envolvimento com violências) são o maior motivo de mortes masculinas, além disso, os homens são mais vulneráveis a doenças cardiovasculares e buscam com menos frequências os serviços de saúde, sobretudo a atenção primária.

Tendo como meta a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, a PNAISH funciona a partir de cinco eixos, a saber:

1. Acesso e acolhimento: busca-se acolher e tornar possível o acesso dos homens aos serviços diminuindo distâncias entre profissionais de saúde e usuários masculinos;
2. Saúde sexual e saúde reprodutiva: trabalhar a sensibilização de gestores(as), profissionais de saúde e população geral no reconhecimento do homem como sujeito de direito no que se refere à

- sexualidade e à reprodução, bem como envolver o homem em ações voltadas para a sua saúde reprodutiva;
3. Paternidade e cuidado: busca-se sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e população geral quanto aos benefícios do envolvimento paterno no planejamento reprodutivo e ciclo gravídico-puerperal, enfatizando a saúde da família e fortalecimento de vínculos entre crianças, homens e suas/seus parceiros/as;
  4. Prevenção de violências e acidentes: sensibilizar profissionais de saúde e população em geral por meio de desenvolvimento de ações que propiciem a discussão da relação entre masculinidade, violências e acidentes, sobretudo a violência urbana na qual muitos homens estão inseridos;
  5. Doenças prevalentes na população masculina: busca-se tornar possível a assistência básica no cuidado a saúde do homem, garantindo acesso, qualidade no serviço, com intuito de enfrentar os fatores de riscos de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2008).

De forma específica, segundo a PNAISH, no eixo saúde sexual e reprodutiva busca-se discutir ações e estratégias que integrem o homem à saúde reprodutiva como um sujeito de direito. Este cenário se apresenta como desafiador tendo em vista denotar transformações que não se restringem apenas o âmbito da saúde, mas sim envolvem mudanças nos papéis sociais destinados ao homem e a mulher implicando discussões em torno das relações de gênero, conforme já mencionado ao longo do capítulo. A relação homem-saúde reprodutiva se apresenta, então, como uma (des)construção paradigmática na área social e da saúde.

A atuação do homem na reprodução e no ciclo gravídico puerperal é essencial para a saúde do homem e, conseqüentemente, da mulher e da família. Não se trata apenas de preparar o sistema em seus diversos níveis de atenção para a inclusão masculina, mas também discutir fatores psicossociais que reforçam o afastamento do homem do autocuidado em saúde e na reprodução. Assim a participação paterna na saúde reprodutiva e na construção de vínculos familiares vem se apresentando uma área de interesse científico em ascensão.

Corroborando com a referida PNAISH, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 2004) e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2002) advogam a inclusão do homem no processo de pré-natal e parto, contudo de forma ainda discreta. A valorização da participação do pai na reprodução parece ser um tema

tabu que envolve também a reformulação de políticas no sentido de inclusão masculina. Há muito que se discutir sobre essa inclusão do pai nesses momentos, a exemplo do pré-natal e dos cuidados perinatais.

Sabe-se que a gestação é um momento marcado por grandes transformações fisiológicas e psicossociais na vida de toda mulher. O acompanhamento médico pré-natal durante a gestação faz-se necessário para avaliar a saúde da mulher e do feto, garantindo a integridade do binômio mãe-bebê. Além disso, também busca-se através das consultas pré-natais identificar possíveis fatores de risco na gestação para que seja referenciado a serviços especializados. Neste sentido, o serviço de pré-natal inicia-se quando a gravidez se confirma, e é realizado por meio de seis (06) sessões, no mínimo, preferencialmente, uma (01) sessão no primeiro trimestre, duas (02) sessões no segundo trimestre e três (03) sessões no terceiro trimestre. Uma consulta é realizada no puerpério até quarenta e dois (42) dias após o parto.

O protocolo de atendimento no pré-natal feminino demanda a realização de vários exames laboratoriais (tipagem sanguínea/fator RH, sorologia para sífilis, urina tipo I, hematimetria, glicemia de jejum, teste anti-HIV, IgM para toxoplasmose e sorologia para hepatite B), acompanhamento nutricional, exames de imagem para observação do desenvolvimento fetal e educação em saúde reprodutiva (BRASIL, 2005). Comumente todo esse processo é atribuído e vivenciado pela grávida, estando o pai geralmente marginalizado ou coadjuvante, portanto, a presença do homem nesse lugar se apresenta como desafio a ser superado por indivíduos, sociedade e profissionais de saúde.

Aliado a Política Nacional de Saúde do Homem, o pré-natal masculino ou pré-natal do parceiro tem sido uma estratégia de intervenção que objetiva principalmente a inclusão masculina no sistema de saúde e na saúde reprodutiva. Busca-se com isso provocar a atuação masculina tanto no autocuidado em saúde como na participação ativa no processo de reprodução juntamente com a mulher e a família. No ano de 2007, o pré-natal masculino foi implantado inicialmente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP).

Atualmente, esta estratégia integra as ações da Política Nacional de Saúde do Homem e faz parte das políticas de saúde de alguns estados e municípios brasileiros, embora ainda aconteça de forma incipiente. Com base em orientações do Ministério da Saúde, o pré-natal masculino se inicia a partir do resultado positivo de gravidez na unidade de saúde concomitante ao processo de pré-natal feminino. Caso o parceiro esteja ausente,

orienta-se a parceira que o convida a ser participativo integrando-se ao contexto de reprodução de forma mais efetiva. No que se refere ao processo de pré-natal masculino propriamente dito, este consiste na realização de diversos exames clínicos e procedimentos para avaliação da saúde do homem, a saber: sorologia para hepatite B e C; teste anti-HIV; exame para sífilis (VDRL); exames para diabetes; exames de colesterol total; verificação da pressão arterial; exames cardíacos; atualização da carteira de vacinação; exames preventivos de próstata; possíveis vasectomias e/ou postectomias; etc. Ademais, no âmbito da sexualidade, o parceiro é informado acerca de fatores de risco e prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST,s). Finalmente, no que tange à saúde reprodutiva, sugere-se com o pré-natal masculino uma educação em saúde para o homem voltada ao planejamento familiar, ciclo gravídico-puerperal e cuidados perinatais (BRASIL, 2011). Vale ressaltar, que todas as ações propostas no pré-natal masculino, tal qual o pré-natal feminino, ocorrem no nível da atenção primária em que se trabalha na perspectiva de prevenção de doenças e agravos à saúde, e busca-se uma promoção da saúde, sobretudo da família.

Observa-se que existe um esforço em fazer o homem construtor de seu processo de saúde-doença, esforço este que envolve vários atores sociais e decorre do individual ao coletivo. A estratégia do pré-natal masculino nada mais é do que uma possibilidade de estreitar laços entre os indivíduos e grupos que atuam no contexto da saúde e reprodução, quais sejam mulher, homem, família, profissionais de saúde e instituições. Na atenção a saúde do homem está então implicada mudanças de atitudes frente às relações sociais.

Existem variáveis sociais e institucionais que dificultam ou mesmo impedem o acesso do homem à saúde e que, conseqüentemente, compromete seu autocuidado e envolvimento com a reprodução. Os serviços de saúde em sua maioria ainda não estão organizados no sentido de acolher as peculiaridades e atribuições masculinas, acabando por reforçar a exclusão. O funcionamento e trabalhos desenvolvidos na atenção primária carecem de um planejamento que considere a realidade dos homens, muitos trabalham em horários opostos aos atendimentos e não tem anuência para sair, só em casos extremos de urgência (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; TEIXEIRA; CRUZ, 2016; LEMOS et al., 2017). Neste sentido, observa-se a urgência de efetivação da política pública de atenção à saúde do homem como forma de transformação dessa realidade e o debate incessante acerca das masculinidades e paternidades no meio social.

Em consonância com o eixo Paternidade e Cuidado da PNAISH, percebe-se o interesse no crescimento da discussão em torno do envolvimento



paterno na saúde reprodutiva e cuidados perinatais o que reforça a necessidade de questionamento do lugar do pai na reprodução e na família. A humanização na perinatalidade traz para o debate a importância de se discutir a equidade de gênero no parto com o objetivo de melhorias em políticas de saúde reprodutiva já em curso (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSEEN, 2005).

Faz parte da estratégia de humanização nas políticas de saúde o envolvimento paterno no processo reprodutivo, busca-se com isso fazer valer o princípio da integralidade já tão debatido por essas políticas, entretanto, compreende-se que se está falando de uma construção em aberto cujas lacunas encontram fundamento na história, nos contextos de vida e nas relações sociais. É exatamente esse estado “em aberto” que faz das políticas de saúde um compromisso social que não se restringe a área de saúde apenas, depende de todos os cidadãos que enquanto sociedade são responsáveis por mudanças sociais.

A presença do pai no ciclo gravídico puerperal é um fator importante não apenas para o desenvolvimento da criança e construção de vínculos familiares eficientes, mas para construir novos modelos de paternidades pautadas na vivência subjetiva do homem. Corroborando a relevância do exercício da paternidade em todo processo reprodutivo e nos cuidados perinatais, a literatura tem demonstrado que a participação ativa do pai é um fator de proteção no ciclo gravídico-puerperal (ROMAGNOLO et al., 2017); a participação do companheiro no processo parturitivo e a sua capacitação, associa-se significativamente com a satisfação da puérpera (HOLANDA et al., 2018); e o envolvimento paterno na reprodução proporciona ao homem mudanças intergeracionais, reestruturações cognitivas são vistas no sentido de abrir margem a mudanças de papéis aprendidos ao longo da socialização (FITERMAN; MOREIRA, 2018).

Espera-se, então, que tais mudanças ocorram de forma gradativa a partir de atitudes e comportamentos que vão do micro ao macrossocial. De forma geral, se percebe como um todo a existência de um contexto de mudanças no campo da saúde pública e coletiva no que se refere ao homem e a saúde reprodutiva, e o pré-natal masculino se firma como um exemplo de intervenção possível na busca de mudanças e melhorias para essas áreas. Nesta perspectiva, a implementação do pré-natal masculino tanto pode beneficiar a atenção à saúde do homem aumentando o autocuidado em saúde masculina, como pode melhorar os padrões de saúde perinatal reduzindo agravos à saúde mental peculiares ao processo reprodutivo, como por exemplo, a depressão materna e paterna (LIMA; BARBOSA, 2020; CASTRO, 2018; DUARTE, 2007; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Não se trata de marginalizar o pré-natal feminino ou secundarizar sua importância provocando qualquer tipo de sexismo, ao contrário, com o pré-natal masculino busca-se integrar o homem no processo reprodutivo, assumindo o seu lugar de direito. Compreende-se que cuidando-se da saúde do homem intervindo junto a ele por meio do pré-natal masculino, proporciona-se uma melhor eficácia no desenvolvimento saudável do filho e da família, bem como a saúde da mulher. O protagonismo do homem na saúde reprodutiva refletiria melhorias na saúde da família como um todo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato da experiência de João no processo reprodutivo e suas percepções acerca da paternidade e cuidados perinatais demonstram certa invisibilidade masculina no contexto da saúde e na reprodução. O objetivo do presente capítulo foi discutir o pré-natal masculino como possível dispositivo de promoção da saúde do homem, enfatizando o protagonismo masculino no autocuidado em saúde e na saúde reprodutiva.

Retomando a estória de João contada no início do capítulo, pode-se compreender o quanto a socialização e os contextos de vida de nosso personagem influenciaram na construção do masculino e na vivência da paternidade. A forma como João vivenciou a paternidade e a sua atuação na perinatalidade esteve diretamente relacionada com suas crenças acerca dos papéis sociais do homem e do pai as quais foram aprendidas ao longo de sua história. Entretanto, todos os fatores aqui apresentados denotam mudanças recentes que precisam ser aprofundadas.

A masculinidade e a paternidade enquanto objetos de estudo representam temáticas pouco exploradas cujas demandas são urgentes tendo em vista a importância da sua inclusão nos estudos de gênero e a compreensão de repercussões sociais. Considerando o caráter de transformações históricas as quais a paternidade encontra-se imbuída, bem como os papéis sexuais historicamente construídos que embasam fortemente concepções no imaginário social, verifica-se que para compreender e auxiliar o homem no seu processo de autocuidado em saúde e na saúde reprodutiva faz-se necessário mergulhar nas concepções que sustentam a história social desse sujeito, sendo as construções de gênero pontos pertinentes para esta reflexão. Na implementação da política pública de atenção integral a saúde do homem o vivido dos sujeitos pode e deve ser utilizado como fator de facilitação para o planejamento de ações no campo da saúde, sobretudo na atenção primária.

## Referências

ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**, v. 1, p. 382-393, 1993.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19(Sup.2), p. 465-469, 2003.

BACKES et al. A paternidade e fatores associados ao envolvimento paterno. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 61, p. 100-119, 2018.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.**, v.15, n.2, p. 327-333, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, Lei 13.257/2016, **Sobre o Programa Empresa Cidadã**, Art. 38. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm)  
Acesso em: 05 de janeiro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do homem: Pré-natal masculino**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino>  
Acesso em: 27 de novembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** - Plano de Ação 2004-2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (Princípios e diretrizes). Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Economia. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Ministério da Economia, 2020.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum.**, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011.

CAIRO, Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 1994.

CASTRO, A. I. V. **Envolvimento paterno e saúde mental do pai**. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa, p. 49. 2018.

DEL PRIORE, M. **História do amor no Brasil**. 3º ed. São Paulo: Contexto, 2012.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 4, p. 171-4, 2007.

FITERMAN, H.; MOREIRA, L. V. C. O pai na gestação, no parto e aos três meses de vida do primeiro filho. **Polis [Online]**, n. 50, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1545-1552, 2016.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**, v. 6, n. 1, p. 52-66, 2017.

HOLANDA et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018.

LEMOS et al. Saúde do homem os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11(Supl. 11), p.4546-53, 2017.

LIMA, J. R.; BARBOSA, L. D. C. S. O envolvimento paterno no acompanhamento ao pré-natal: desafios e implicações. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020.

LISKOSKI, P. F.; JUNG, S. I. Nove meses na vida do homem: o envolvimento do pai na gestação. **Universo Acadêmico**, v. 11, n.1, p. 305-323, 2018.

LO RUSSO, G. **Homens e pais: a obscura questão masculina**. São Paulo: Paulinas, 2001.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição narrativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, 18 (1), pp. 49-55, 2006.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde Soc.** v.28, n.2, p.132-146, 2019.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, 1, p. 41-60, 2017.

ROMAGNOLO et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 38, n. 2, p. 133-146, 2017.

SIQUEIRA, M. J. T. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso? **Estudos Feministas**, Ano 8, 1º semestre, p. 159-168, 2000.

STEARNS, P. N. **História das relações de gênero**. São Paulo: Contexto, 2007.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. S.; ELSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm**, 14(Esp.), p. 102-8, 2005.

TEIXEIRA, D. B. S.; CRUZ, S. P. L. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.

ZANI, M. R.; MANSANO, S. R. V. Transformações institucionais: um estudo sobre os novos arranjos familiares. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 38, n. 1, p. 21-34, 2017.

# 15

## **A LINHA TÊNUE ENTRE O OBJETO JURÍDICO E O SUJEITO MATERNO: O (NÃO) LUGAR DA MATERNIDADE NO CÁRCERE**

Maria Renata Florêncio de Azevedo

Regina Ligia Wanderley de Azevedo



*Jéssica Monteiro, uma mulher de 24 anos, parda, pobre, baixo nível de escolaridade, sem antecedentes criminais, foi acusada de tráfico de drogas por portar 90 gramas de maconha e em seguida foi presa. Todas essas “qualificações” sucumbiram o olhar sobre uma condição que colocara Jéssica em mais uma situação de vulnerabilidade, sua gestação. Um dia antes do nascimento do seu filho, Jéssica foi enredada no tecido social como um objeto do discurso criminoso, numa sentença que transformou sua apreensão em prisão preventiva. Enquanto o magistrado tomava as decisões “técnicas e neutras” sobre o caso, limitando a partir destas, os modos de subjetivação<sup>1</sup>, os lugares e os não-lugares que Jessica poderia ocupar, ela entrava em trabalho de parto numa cela solitária e fria da delegacia.*

1 Trata-se do processo de produção do sujeito criminoso, a partir de uma rede de elementos postos no dispositivo de poder jurídico, que através da captura, orientação, controle de gestos, condutas e discursos dos seres viventes, produz subjetividades. No livro *Microfísica do poder*, Foucault (1979) apresenta como se dá esse processo a partir da definição de dispositivo, suas dimensões e funções.

**A**cena é um extrato do encarceramento feminino que nos faz testemunhar diariamente violências de gênero descritas como resultado “apenas” da condição precária do sistema prisional brasileiro<sup>1</sup>. Jéssica, após ser encaminhada para o hospital e ali parir, **dois dias** depois, voltou com seu filho para uma cela em condições desumanas.

A cena daquela mulher-mãe com seu filho nos braços, deitada em um colchonete de espuma e um cobertor para aquecer seu filho, ganhou repercussão nacional, levantando a polêmica sobre a maternidade no cárcere, e após grande cobertura da imprensa, à Jéssica foi concedido a prisão domiciliar. Assim, este capítulo tem o objetivo apresentar aspectos que permeiam a construção da experiência materna e os modos de subjetivação que interpelam as mulheres no contexto carcerário.

Há que se considerar que se trata de um não-lugar do sujeito feminino e do sujeito materno, marcado por rupturas subjetivas, e estigmas relacionados ao desejo de ser mãe, atribuindo-se sentidos negativos ou duvidosos, além da desvalorização dos medos e das vulnerabilidades que estas mulheres vivenciam. Destarte, almejamos que este capítulo seja uma ferramenta sobretudo de prática social, um modo de ação sobre as relações de poder e dominação que cerceiam as mulheres que adentram o sistema carcerário, para que outras *Jéssicas* tenham a possibilidade de se subjetivarem para além do discurso criminoso.

## **A NORMATIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE FEMININA: DA CONSTITUIÇÃO À VALIDAÇÃO**

O olhar de autoria sobre o feminino, do ponto de vista histórico - quase sempre, foi o olhar do homem (branco e cis) sobre a mulher, as referências contidas na bíblia, e por muito tempo nas artes, na moral, na filosofia, na justiça, na medicina, servindo na constituição, validação até a punição do sujeito feminino. Nesta lógica, como apresenta a Oliveira (2003), as mulheres, não seriam “apenas” o avesso ou o homem deformado, para além disso,

1 Que carrega as sombras de uma criminologia que nasceu como um discurso de homens (brancos e cis) e sobre homens.

a constituição do feminino por séculos nega a existência das mulheres enquanto sujeito autônomo ao modelo universal que deu o nome à própria humanidade – o Homem.

Em diferentes momentos históricos figuras femininas foram projetadas social e culturalmente – desde a ótica aristotélica até a grande influência do Cristianismo, figuras paradigmáticas, como Pandora, Eva e Maria (SILVA, 2017), todas com um mesmo propósito, servir de autorrepresentação feminina; legitimarem a inferioridade “natural” das mulheres, e sobretudo, o ódio pelas mulheres. Como defendem Homem e Calligaris (2019), a nossa cultura não é apenas machista, é misógina, e a criação destas figuras tiveram grande importância na introdução da misoginia na cultura ocidental.

Em torno dessa tradição ocidental foram construídas duas figuras contraditórias e arbitrarias do feminino: Eva e Maria, de modo que, ao mesmo tempo que se tem o ódio pela mulher há um culto à mãe (HOMEM; CALLIGARIS, 2019). Estas figuras são reproduzidas e disseminadas, ao longo do tempo, não apenas a partir de práticas sociais e comportamentos em relação a mulher, como também, a partir das próprias respostas – obediência ou desobediência, das mulheres nas diversas situações onde há dominação masculina.

Importa-nos saber que, a partir da figura de Eva, o discurso da moral judaico-cristã exerceu significativa influência na identificação daquilo que a mulher é enquanto natureza feminina, associando a conceitos como pecado, demoníaco, desobediência e ruptura com o divino (RIBEIRO, 2000; SILVA, 2018), numa transferência do campo teológico para o social, a questão girou em torno do “erro”<sup>2</sup> de Eva, a desobediência que ocasionou a transgressão, e como consequência, teve o castigo de tornar-se dependente de um homem – pai e marido, devendo-lhes obediência, esta foi a justificativa histórica para a subordinação feminina que atravessa séculos. Por essa via, os discursos que deram origem a esta figura feminina, serviram para legitimar não só a superioridade dos homens sobre as mulheres, como a necessidade de terem seus corpos e sexualidades por eles controlados ao associarem pecado, corpo e mulher.

---

2 Antes da figura de Eva, outra figura trazia a representação do que seria o feminino, no mito da caixa de pandora, a qual teria sido a primeira mulher que existiu, na mitologia grega, carrega grande semelhança com a história da Criação, que alerta sobre a curiosidade ou a manifestação do desejo autônomo como mobilizador e responsável pela ação dessas mulheres de desobediência perante a “divindade”.

Como acrescentou Pires (2016), as narrativas hegemônicas disseminavam a ideia de que se na sua essência a mulher tem a capacidade de convencer outras pessoas a transgressão, esta seria um perigo em potencial sendo necessário um ser superior que a controle. Assim, enquadradas numa concepção misógina e depreciativa, foram construídos sobre as mulheres, mecanismos de controle, normas e certas regras de conduta, como, a submissão e o recato (BASTO, 2017). Como em um rito de travessia, após alimentar uma deturpada mentalidade repressora sobre a condição do feminino, exaltou-se à Virgem Maria, promovendo a criação de uma figura diametricamente oposta para compor um ideal de moral: A *avE* Maria que redime *Eva* através da sua obediência. Em síntese, tanto nominal quanto moral, a figura de Maria seria oposta à de Eva ao criar um epicentro de salvação para humanidade, um dia condenada por Eva (SILVA, 2017).

Apresentando um estatuto de perfeição inatingível para as outras mulheres, marcada pela fé e obediência, Maria entrega-se aos desígnios sagrados, através da função de mãe do criador, a virgindade de Maria representa a pureza sexual, ao negar a sexualidade sempre latente de Eva (BASTOS, 2017), na verdade, negava-se sobretudo, o desejo autônomo das mulheres. A ideia, como teorizaram Homem e Calligaris (2019) era que, a mulher digna, sobretudo de casar, era mais “Virgem Maria” que “Eva”, sendo assim, depurada do sexo – desejo sexual e do pecado – e autonomia. A manifestação do pensamento autônomo – o que inclui o desejo sexual ativo, não apenas respondente ao falo, por parte de uma mulher ainda hoje são considerados perigosos e determinantes na validação e punição<sup>3</sup> das mulheres.

Em razão de que, estes discursos ganharam forças por interesses não apenas religiosos, como médicos, políticos e econômicos, não se tratou apenas de figuras místicas, a produção discursiva que as envolvem, como teorizou Foucault (1996), estão além das relações entre significante/significado, são práticas sociais, elas organizam a realidade, por isso a importância da identificação das condições de existência, e circulação destes, para compreender como o poder tem sido distribuído, sobretudo, a partir da

3 Na história, diversos acontecimentos marcam a punição de mulheres em decorrência da manifestação do pensamento autônomo, mas que era posto a partir dos discursos hegemônicos que as punições eram realizadas nas mulheres que iam contra as normas sociais – que na verdade eram os padrões de gênero, como aquelas que era chamadas de bruxas e foram queimadas ou enforcadas (Homem & Caligares, 2019). Acrescentou Zanello (2016, pag. 24) que, o estigma da insanidade também era dado as mulheres que quebraram os padrões de gênero, “[...] a loucura poderia ser aqui compreendida como uma comunicação desesperada de falta de poder [...]”

valorização dada a possibilidade de procriar, que implicou na determinação dos papéis socialmente desejáveis para as mulheres portadoras de útero: ser mãe e ser esposa.

Nesta dinâmica, formaram-se os caminhos privilegiados de subjetivação feminino com consequências práticas para as mulheres, relacionados principalmente ao seus papéis no lar e na sociedade. A filósofa e psicóloga Zanello (2018) aborda esta questão a partir da associação produzida entre a capacidade de procriar e a capacidade de cuidar, como um dos principais mediadores da subordinação das mulheres a função social de maternas, e como desdobramento, não “apenas” o cuidado do filho, mas a disponibilidade para cuidar, seja da família, do lar, ou seja, subjetivar-se a partir de um heterocentrismo, o cuidado do outro.

Nas lentes de Zanello (2018), a partir de um rastreamento histórico sobre organização social da nossa cultura gendrada por padrões de gênero, encontra-se a normatização feminina a partir de dois caminhos privilegiados de subjetivação<sup>4</sup>: o dispositivo amoroso mediado pelos ideais estéticos e o dispositivo materno. Esses processos de subjetivação denotam também vulnerabilidades identitárias específicas e diferenciadas para homens e mulheres, as quais são potencializadas no sofrimento psíquico. Isto posto, verifica-se que a cultura participa e configura certos traços, performance e afetos que implica pedagogias de afetos distintos e assim, determinando quais devem ser inibidos nas mulheres e valorizados nos homens, a exemplo da agressividade.

Diante disto, ainda que a ideia da “desobediência” de Eva e a “obediência” de Maria, como ideal feminino, esteja no cerne da constituição histórica da figura do feminino, observa-se que normatizou-se a ideia de que a (des)obediência estaria sempre relacionada ao seu papel passivo na relação com um homem – que representa o deus, a divindade da nossa sociedade patriarcal (SILVA, 2018), ou seja, a desobediência com relação ao lugar que uma mulher deve ocupar: uma esposa “recatada” e uma mãe “abnegada”, nesta dinâmica relacional a mulher é vista como variável e não como sujeito.

Por esta razão, as bases da penalização e punição feminina que partem de uma criminologia supostamente técnica e neutra sobre o controle social dos atos criminosos realizados por mulheres, tendem a lerem os comportamentos enfocando nas esferas psicológicas ou biológicas, justamente pela negação a manifestação do pensamento autônomo das mulheres e

---

4 Enquanto que para os homens, estes caminhos privilegiam a eficácia, baseado na virilidade sexual e na virilidade laborativa.

legitimação dos estereótipos, frágil e inferior. Nega-se, por exemplo, que estas possam optar por apropriar-se de características e comportamentos ditos masculinos rompendo os limites do privado-público, como serem agressivas e/ou gerir sua vida financeira. Assim, a criminalização do sujeito feminino também perpassa a transgressão de prescrições sociais sobre os comportamentos do ideal de feminilidade esperado, recebendo destas também, suas punições.

## **A PUNIÇÃO SECUNDÁRIA NO CÁRCERE FEMININO: DA TRANSGRESSÃO SOCIAL À TRANSGRESSÃO AO PAPEL DE GÊNERO**

A normatização da subjetividade feminina, tem sido responsável também pelas sanções impostas as mulheres, onde as penas imputadas as mulheres são distintas das impostas aos homens. Como discutiu Cury e Menegaz (2017), historicamente, a penalização feminina tem o papel de reenquadrá-las socialmente aos padrões de gênero exigidos na sociedade, haja vista, as transgressões serem atos relacionadas ao **corpo e a sexualidade**: o aborto, infanticídio, prostituição e vadiagem. Assim, os primeiros mecanismos de controle informais - escola, vizinhança, religião e medicina, tinham como locús de reprimenda, os conventos geridos por orientações religiosas, cujo controle posteriormente foi assumido pelas forças do Estado, criminalizando os comportamentos inadequados, instaurando-se uma nova dinâmica de controle do homem sobre a mulher, fortalecendo prisões, e inserindo carcereiros.

Neste sentido, o exercício do poder punitivo não pode ser problematizado sem considerar as condições históricas de opressão das mulheres, a custódia feminina carrega peculiaridades com o controle social exercido sobre as mulheres, seus corpos e sexualidade, não podendo ser resumida a reprimenda da violação de uma norma (jurídico-penal) ou pelos danos causados a alguém. Quando se trata de uma punição dirigida a uma mulher, há uma punição secundária relacionada à transgressão das **normas de gênero** que situam as mulheres nos espaços domésticos, com papéis bem definidos e limitados: submissa, frágil, doce e materna. O sistema punitivo é fortemente marcado pela cultura patriarcal<sup>5</sup>, (CASTRO, 2020), desde os

5 Acrescentou Bicalho (2016, pag. 145), sobre as penalizações e as relações de gênero, que uma pessoa ao cometer um crime é mais definida pelo lugar social que ocupa do que pela gravidade do delito em si, assim “[...] ocorre o processo da marginalização da mulher criminosa a partir de duas vias. A primeira corresponde ao próprio fato de ser mulher quando o referencial



casos de violência contra as mulheres, como o feminicídio que são tratados por agentes dos Estado desqualificando o discurso das vítimas e culpabiliza-las (MENEGHEL; MARGARITIR, 2017), até as próprias prisões femininas que representam mais um **mecanismo sofisticado de controle dos corpos e sexualidade** das mulheres (PIMENTEL, 2016).

É preciso sublinhar que, o estigma sofrido por uma mulher que comete um crime não apresenta os mesmos impactos que para um homem<sup>6</sup> (SILVA, 2018). O processo de despersonalização desde as suas vestimentas e autoimagem, tem suas consequências psíquicas e sociais potencializadas, em função da questão do “ideal estético” e sua implicância nos processos de subjetivação feminino. Recorrendo aos escritos de Zanello (2018), o ideal estético é uma imposição para as mulheres de um modo que não é para os homens, trata-se de uma questão identitária, a construção de um ideal para que elas possam se fazer desejar, e com isso conseguir o amor por/de um homem.

As mulheres são socializadas dentro de uma organização societal onde são validadas a partir da avaliação de um homem que as escolham (HOOKS, 2020), uma avaliação mediada por um ideal estético onde a mulher precisa ser branca, loira e magra. Quanto mais se aproximar destes quesitos mais a possibilidades de serem escolhidas e serem amadas por um homem, o “amor de um homem” significa, na nossa cultura, corresponder aos critérios de avaliação masculino que tem como ponto alto: o casamento e posteriormente a maternidade; tornando-se determinantes para a forma como uma mulher é socialmente reconhecida e se reconhece (ZANELLO, 2018).

O cometimento de um crime por uma mulher entra em colisão com o dispositivo amoroso e os modos de subjetivação por ele posto, atravessando toda a história de uma mulher de maneira muito negativa. Como afirmou França (2014, pag, 212), no imaginário social as mulheres que cometem crimes são rotuladas como “[...] más esposas, mães más, mulheres sem alma.

---

do humano é masculino, androcêntrico. A segunda se dá pelo fato de ser uma mulher desviante, transgressora das normas sociais [...]”.

- 6 Quando um homem é preso, sua família, esposa e filhos permanecem reconhecendo seu lugar na estrutura familiar, além de realizarem visitas de modo a assegurar o vínculo afetivo. Seja por medo, cuidado, ou capturadas pelo dispositivo materno, uma vez que, são estas mulheres (mães e esposas) que continuam cuidando deste homem. Assim, o retorno para a família não atravessa o homem de maneira tão negativa. No caso das mulheres não, segundo Queiroz (2017), o abandono é uma característica genuína do cárcere feminino, e o regresso a sociedade é carregado de medos, incertezas sobre a estrutura familiar, a condição conjugal, e a tutela dos filhos.



Geralmente, quando se pensa em pessoas más, costumamos excluir, dessa definição, as mulheres e, principalmente, mães [...]”.

Uma das principais consequências deste estigma é a fragilização ou rompimento dos laços afetivos, como nos disse Varela (2017, pag. 29) a solidão é um dos tormentos do cárcere feminino, é o abandono que as acompanham, “[...] sociedade é capaz de encarar com alguma complacência a prisão de um parente homem, mas a da mulher envergonha a família inteira”. O abandono representa um não-reconhecimento daquelas mulheres como dignas de apoio, não apenas afetivo, mas apoio financeiro, acompanhamento do processo fora da prisão, e principalmente, o cuidado com os filhos para as que são mães, e na experiência materna daquelas que tornam-se mãe no cárcere (LEAL et al., 2016).

É preciso atentar-se então, que além das rupturas subjetivas que esta dinâmica coloca as mulheres, impondo novos modos de subjetivação, seus efeitos são potencializados apresentando impactos mais negativos quando estas apresentam como agravantes serem pobres, negras ou tornam-se mães dentro do sistema prisional.

Nesta experiência, o dispositivo prisional atua também sobre os modos de subjetivação materno, invisibilizando ou invalidando os modos pelos quais as mulheres fazem a experiência de si enquanto sujeito do discurso materno em detrimento do objeto do discurso prisional. Tornar-se mãe dentro do sistema prisional conforma uma dinâmica bastante conflituosa, posto que, transgressão – desobediência e maternidade ocupam lugares opostos nas práticas de subjetivação que as mulheres são convidadas ou impostas a adotarem socialmente. Lembra das figuras de Eva e Maria? Jéssica Monteiro, **dois dias** após o nascimento do seu filho, foi interpelada a reelaborar suas condutas, ou seja, a se subjetivar como sujeito criminoso ou materno?

Facilmente encontra-se na literatura questões que podem responder o porquê e como se dá as diversas e terríveis formas que tantas Jéssicas experienciam a maternidade no cárcere, no entanto, não se trata apenas do descaso, negligência e omissão do Estado no cumprimento dos seus deveres legais, trata-se de problematizar o quanto de violações e violências contra as mulheres são disseminadas a partir dessa ação e reação do Estado, sobremaneira, operada por seus agentes. As limitações ao seu direito de ir e vir não conferem ao Estado poder de violar às garantias atinentes à vivência da maternidade, desde a gravidez até o convívio com o filho (CASTRO, 2019).

Em uma grande pesquisa desenvolvida em 2015 pelo Ministério da Justiça, intitulada “Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão” (BRASIL, 2015), são corriqueiras as narrativas empregas pelas mulheres que ao serem “ouvidas” o juiz de execução penal nem sequer perguntou sobre a possibilidade de gravidez ou sobre a existência de filhos, mesmo a mulher apresentando uma “barriga de grávida”. Desvelando-se um cenário onde não só a gestação é invisibilizada, como também, o exercício da maternidade, quando se observa que a respeito dos tramites legais de seus filhos, a ausência de informações fornecidas as mulheres que são presas tem sido uma realidade frequente em suas narrativas. Além da invalidação da experiência de parto, tornando-se um campo fértil para a violência obstétrica em vasta escala, como trabalho de parto solitário nas celas, uso de algema no momento do parto; retrato que evidencia a lógica punitiva sobre outros aspectos, como a violência sobre as mulheres, sobre mães.

Partindo deste prisma é preciso ter um olhar atento sobre a nossa atuação frente aos dispositivos de poder quando se trata da assistência à saúde física e mental das mulheres que estão grávidas no sistema prisional. Qual o sujeito que meu discurso – prática profissional, buscar alcançar?

A assistência as mulheres que estão em privação de liberdade coloca os profissionais em espaços com possibilidades de valorização das narrativas e das experiências das mulheres presas, e isso, indubitavelmente atravessa os sentidos e dinâmica do tratamento prisional; os profissionais encontram-se numa linha tênue, pois, sua atuação pode significar uma ameaça à “ordem” ao trazer uma ruptura com o cotidiano do lugar a partir de uma prática ética e humanizada, bem como, pode significar uma reafirmação da ordem a partir das relações de poder demarcadas na hierarquização entre os sujeitos que seus discursos reclamam: a criminoso, pobre, negra, mulher e talvez, mãe.

## **SOBRE A LINHA TÊNUE DOS DISCURSOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA**

As dores do parto, sentidas por Jéssica Monteiro, e as cenas seguintes do nascimento do seu filho, não foram captadas, a voz do juiz, delegado, agente penitenciário, médico e Estado também não. Mas, facilmente, estes últimos apresentaram vozes semelhantes às que ecoaram no Brasil e no mundo em novembro de 2020 na cena do interrogatório em que Mariana Ferrer é **vítima de estupro**, confrontada em um tribunal por quatro homens.

Como declarou Debora Diniz (2020) numa coluna do El País, testemunhou-se naquela cena a violência perpetrada sobre uma mulher a partir da “[...] voz do patriarcado que tem o poder de mando absoluto [...] altera a voz e a repreende nas lágrimas. Descreve sua angústia como “choro dissimulado, falso e essa lábia de crocodilo”, insinua ser Mariana uma mulher vulgar” (DINIZ, 2020, P. 01).

Assim, apesar da especificidade que constitui cada um dos casos, falar de Jéssica e Mariana é estabelecer um contra-discurso às tecnologias sociais e discursos institucionalizados – machistas, classistas e racistas, que invalidam as relações de poder e as realidades concretas existentes por trás de cada violência - na maioria das vezes chamada de “violação dos direitos” para esconder um país que aprisiona mulheres com parâmetros poucos equânimes. No que concerne ao recorte da maternidade, são inúmeras as “violações”, tais como: difícil acesso a pré-natal, uso da algema durante o parto, tratamento discriminatório causando constrangimento, exposição e dores desnecessárias, entre outros (QUEIROZ, 2017).

Há, ainda, inúmeras situações que ocorrem no cotidiano do cárcere que não estão entre as publicações da literatura porque nós mulheres também somos interpeladas a nos subjetivarmos no silêncio, na censura (ZANELLO, 2018), o que aumenta a possibilidade de violências sutis não serem ditas, e aquilo que não é dito não pode ser enfrentado nem problematizado. Este cenário de violência é permeado, sobretudo de vulnerabilidade à violência obstétrica e a depressão gestacional e a depressão pós-parto, que não se trata apenas de discutir sobre a falta de estrutura ou não planejamento do sistema carcerário a partir das especificidades de gênero, reduzindo a uma questão de negligência do Estado, as “especificidades de gênero”. Mas sim, de denunciar o quanto o estado de silenciamento e a invisibilidade à violência contra a mulher ainda está longe de mudar, sobretudo porque são perpetradas, por agente do Estado que tem obrigação de cuidar, proteger e vigiar – os quais ainda são em sua maioria homens e partem de valores baseados em padrões de gênero para lerem certos comportamentos.

O norte de atuação ética e profissional deve guiar-nos a contribuir com uma prática profissional que possibilite às mulheres terem condições de vivenciarem uma experiência de parto e maternidade no sistema prisional digna da sua condição de sujeito de direito. Ainda que, o cárcere se ponha como um não-lugar da maternidade, numa dinâmica que retira da mulher sua potencialidade de cuidado de si na gestação e maternidade, a psicologia pode oferecer espaços onde seja abordada e desconstruída a relação entre o sujeito feminino e as transgressões de gênero que concebem discursos de

“merecimento” frente as práticas que punem secundariamente as mulheres e suas maternidades. A partir de atuação articulada com os demais agentes do Estado, que vise à integração da gestante e da família em todo o processo grávido-puerperal, além da garantia aos direitos básicos inerentes a dignidade humana.

O processo subjetivo de tornar-se mãe se dá na relação consigo e com o outro – bebê, família, comunidade - a qual desencadeia vivências revestidas de afetos intensos e por vezes, contraditórios (ARRAIS; ARAÚJO, 2016). Na condição de privação de liberdade; os profissionais que atuam diretamente com as gestantes e suas práticas fazem parte também dos processos de subjetivação destas mulheres, produzindo ou reproduzindo práticas punitivas baseadas no controle e opressão ao gênero. Por esta razão, a assistência da psicologia perinatal lida com algumas questões atípicas, como a ausência ou abandono da família; as relações entre os agentes penitenciários e as gestantes, por vezes baseadas em crenças pessoais; limitação de diversos recursos materiais de cuidado básico, além das próprias crenças com relação as mulheres e sua condição criminosa.

Diante disto, sua atuação deve funcionar como ferramenta psicoterápica na preparação parental e prevenção da depressão pós-parto, como também, na articulação e formação de redes integradas de cuidado as mulheres e seus filhos, desde a preparação para o parto até a experiência materna pós desligamento do filho<sup>7</sup>. A Psicóloga e professora Arrais (ARRAIS; ARAÚJO, 2016) referência nacional em psicologia perinatal e parental desenvolveu uma modalidade de intervenção psicoeducativa, denominada pré-natal psicológico, um programa de baixo custo que tem sido avaliado positivamente tanto por profissionais quanto usuários, principalmente na prevenção da depressão pós-parto. Um modelo de intervenção que se ocupa principalmente de novas práticas discursivas que reconhece o protagonismo da mulher no parto e processo de tornar-se mãe. Indo contra as práticas individualizantes, que ignoram as mulheres e ocupam-se apenas com interesses de uma classe ou grupo.

No entanto, nos moldes deste protocolo são incipientes intervenções no sistema carcerário, uma das razões é a própria abstenção da psicologia em

---

7 Nos estudos de Matos, Silva e Nascimento (2019) com gestantes e mães sobre parir da prisão, a questão do desligamento do filho é trazida pelas mulheres encarceradas como fonte de potencial sofrimento, antes mesmo do filho nascer. Pois, embora seja um ambiente inabitável para um bebê, a presença do filho é sentida como fator de proteção no enfrentamento das dificuldades do cárcere.

assumir a herança androcêntrica das abordagens que a tornou ciência, produzindo uma psicologia individualista ou reducionista que pouco considera as questões sociais ou políticas na produção do sujeito, explicando vários fenômenos apenas a partir de questões individuais como autoestima, sem considerar todos os fatores<sup>8</sup> que colocam o sujeito num lugar de vulnerabilidades (ZANELLO, 2018). Isto só nos mostra, como disse Foucault (1996), que não há saber neutro, que é preciso ir além dos escritos, é preciso analisar as relações políticas, históricas e práticas, pois, as relações de poder de cada época determinam a busca de um determinado conhecimento.

Dito isto, algumas questões podem ser sugeridas como norteadoras da atuação, que contribuem para a formação de uma prática ética, ou seja, uma ação refletida sobre esta realidade, trazendo desequilíbrio para os estados de dominação que cerceiam as mulheres e suas maternidades no cárcere.

**1 – A psicoedução como prática de subjetivação materno:** Diversas questões estruturais, sociais e afetivas peculiares a vivência no cárcere, incluem na experiência de parto e maternidade, especificidades que não podem ser anuladas por práticas ou protocolos que vissem apenas a dimensão biológica ou jurídica. De modo que, a psicoeducação é uma ferramenta necessária na assistência psicológica as gestantes e mães, funcionando como suporte socioemocional, informacional e instrucional, bem como, numa atuação multi e/ou interdisciplinar, pode favorecer espaços onde as gestantes poderão refletir e construir sua experiência de parto e maternidade tendo um amplo leque de possibilidades, investidas de conhecimentos sobre a politização do corpo da mulher e direitos sexuais e reprodutivos, compreendo os desdobramentos das questões de gênero na sua punição, como por exemplo, a potencialização à violência obstétrica.

**3 - Espaços de interação como rede de apoio:** Modalidades de atuação individual ou em grupo podem ser positivas para mobilizar dispositivos simbólicos na expressão dos conteúdos latentes, tais como desejos, sonhos, medos, expectativas, proporcionando acolhimento e laços de identificação<sup>9</sup>.

8 Por isso que nossa prática, enquanto re-produtor de saber deve ser também de investigar a veracidade e a ordem do nosso discurso, como teorizou Foucault (1996), existem regras que regem as práticas discursivas a partir de condições históricas específicas e interesses econômicos e políticos, de modo que, a busca por um saber neutro e transcendental precisa ser repensada por saberes locais, específicos e históricos.

9 A formação de espaços onde as mulheres possam compartilhar suas narrativas carrega consigo um processo de subjetivação, seja pela intensidade das experiências que precisa ser posta pra fora, bem como pela necessidade de provar a alguém que foram capazes de parir

Além disso, oportuniza a criação de uma nova rede de apoio, **uma rede de apoio possível**, para aquelas que vão parir e principalmente, para aquelas que passarão pelo desligamento do filho e sua entrega aos familiares, ou de modo mais impactante, a entrega do filho ao acolhimento institucional que pode gerar inúmeras inquietações psicológicas.

**4 – Resgate subjetivo do sujeito feminino:** o processo de privação da liberdade com toda sua dinâmica, somada a experiência de gerar e parir um filho, conforma um cenário de potenciais rupturas subjetivas para uma mulher, por vezes acompanhadas de sofrimento psíquico. Por isso, é importante de considerar, na prática terapêutica, o resgate dos modos de subjetivação destas mulheres que também se subjetivam como filhas, esposas, trabalhadoras, como comunidade, entre tantos outros modos de fazer a experiência de si. Além disso, buscar novos sentidos e práticas de cuidado de si são importantes durante a vivência do cárcere, tornando-as fatores de proteção psíquica, principalmente em relação a depressão pós-parto. Propõe-se então, que sejam abertos canais de diálogo sobre estas rupturas, a partir de questões como: autonomia, percepção de si, possibilidades ao sair da prisão, entre outras.

Como parte deste processo, as questões da maternidade também precisam ser compreendidas sobre este prisma de análise, como: o (não) desejo de ser mãe, a expectativa dos filhos, a culpabilização por colocar o filho nessa situação, por acreditar estar “penalizando” o filho em algum sentido e a relação que passam a estabelecer consigo considerando o processo de estigmatização e abandono do parceiro fortemente sofrido. Nesse processo, burcar-se-á não só a problematização, como a reelaboração dos modos de subjetivação, de modo que o mundo lá “fora” possa ser ressignificado como um lugar de possibilidades, e não como determinações pré-estabelecidas pela “cultura punitiva”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve objetivo apresentar aspectos que permeiam a construção da experiência materna e os modos de subjetivação que interpelam as mulheres no contexto carcerário. Concebe-se, com isso, um chamado

---

rompendo o estigma da incapacidade (CARNEIRO, 2015). Esse tipo de prática, como teorizou Foucault (2014) pode funcionar como forma de resistência e transformação criativa de situações que podem levar a uma sujeição de si, seria uma forma de contra-poder ou uma forma de empoderar-se.

a produção da diferença em relação a nossa prática, uma produção que requer a coragem de intelectuais que destruam as universalidades, questionem as evidências, desnaturalizem verdades, mas sobretudo, indague-se cotidianamente sobre as crenças que em nós foram produzidas, crenças que separam a psicologia e a política.

Que tenhamos a coragem de produzir espaços e práticas não apenas de resistência como também de transformação social, a qual não se limita a transformações asseguradas pelas leis, mas sobretudo, por práticas que supõe uma modificação estrutural da produção de sujeitos “mulheres” que desafia e transgride a organização social do sistema patriarcal. Assim, a questão não se resume ao cárcere se configurar como “um não lugar da maternidade”, não se pode cair na armadilha patriarcal e capitalista de tornar privado conflitos que refletem um estado de dominação público. A linha torna-se tênue justamente porque, oferecer uma assistência à saúde integral das mulheres, é reconhecê-las e respeitá-las como sujeito, e isto caracteriza-se como uma prática subversiva ao sistema.

## REFERÊNCIAS

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016.

BASTOS, Rodolpho Alexandre Santos Melo. O parto masculino: as relações entre o sagrado e o feminino e a criação de Eva na tradição judaica e cristã. **Revista Veredas da História**, v. 10, n. 1, 2017.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. O Cárcere e o Abandono: Prisão, Penalização e Relações de Gênero. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 2, p.141-154, 2015.

BRASIL, Ministério da Justiça. Dar à Luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão. **Ministério da Justiça, Secretária de Assuntos Legislativos**. Brasília, 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.



CASTRO, Carla Cristiane de. **Direitos humanos para todos? a (in) efetividade estatal na prestação da saúde às mulheres gestantes e mães em situação de cárcere.** (Monografia do Curso de Graduação em Direito) – Universidade Regional do Noroeste do Estado Rio Grande do Sul, 2020.

CURY, Jessica Santiago; MENEGAZ, Mariana Lima. Mulher e o cárcere: uma história de violência, invisibilidade e desigualdade social. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL MUNDO DE MULHERES & FAZENDO GÊNERO, XIII., 2017, Florianópolis. **Anais Eletrônicos.** Florianópolis, 2017.

DE OLIVEIRA, R. D. **Reengenharia do tempo.** Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

DINIZ, Débora. **Estupro culposo: O que é isso?** Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/noblat/estupro-culposo-o-que-e-isso-por-debora-diniz/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Sobre a Genealogia da ética. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 214-237.

FOUCAULT, M. **Ordem do discurso (A).** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FRANÇA, M. H. A. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. **Revista Ártemis**, Vol. XVIII nº 1; jul-dez, 2014. pp. 212-227.

HOMEM, M.; CALLIGARIS, C. **Coisa de menina? Uma conversa sobre gênero, sexualidade, maternidade e feminismo.** Campinas, SP: Papirus, 2019.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

MATOS, K. K. C *et al.* Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180028, 2019.

MENEGHEL, S. N.; MARGARITES, A. F. Feminicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00168516, 2017.

PIMENTEL, E. As marcas do patriarcado nas prisões femininas brasileiras. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Pelotas**, v. 2, n. 2, 2016.

PIRES, J. D. A. Misoginia medieval: a construção da justificação da subserviência feminina a partir de Eva e do pecado original. **Faces da História**, v. 3, n. 1, p. 128-142, 2016.

QUEIROZ, K. E. F. **Maternidade no cárcere: uma análise das violações de direitos e condições de encarceramento feminino**. (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Ciências Jurídicas – Santa Rita, 2017.

RIBEIRO, S. M. Ser Eva e dever ser Maria: paradigmas do feminino no Cristianismo. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, nº IV, 2000. **Comunicação**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2000.

SILVA, F. L. Representações do figural feminino: antônio vieira e a doutrina dos arquétipos-pandora, eva e ave maria. **Revista Desassossego**, v. 9, n. 18, p. 20-29, 2017.

SILVA, M. L. **Preconceito e abandono com a mulher no cárcere**. (Trabalho De conclusão de curso em Direito) – Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, 2018.

VARELLA, D. **Prisioneiras**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2017.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

## **ENTRE MICROCEFALIA E MACRO MATERNIDADE: ENFRENTAMENTO E EXPECTATIVA DE MÃES**

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Francisca Marina de Souza Freire Furtado

Josevânia da Silva



## NOVEMBRO DE 2015 A JANEIRO DE 2016

**N**o Brasil, profissionais de saúde começam a observar e notificar um aumento na incidência de bebês com microcefalia em regiões endêmicas para o vírus da Zika, fazendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançar um alerta de emergência internacional (GULLAND, 2016). Devido à associação dos casos, muitas dúvidas e boatos começaram a surgir como: “Será que foi algum lote vencido de vacina que aplicaram nas grávidas?”, “Parece que foi uma larvicidas que jogaram no sistema de abastecimento de água”, “Tudo isso é mesmo por causa do mosquito da dengue?”. A incerteza dava margem aos vários questionamentos.

Enquanto se aguardava maiores orientações da comunidade científica, o Ministério da Saúde passou a indicar o uso de repelentes pelas gestantes, bem como uso de roupas com mangas compridas para evitar contato com o mosquito *Aedes Aegypti* (vetor do vírus Zika) além de todas as outras recomendações para evitar a reprodução dos mosquitos. Também recomendou que as mulheres brasileiras que viviam nas áreas mais afetadas adiassem ou considerassem o adiamento da gravidez por pelo menos seis meses após alguma manifestação de sintomas.

Todavia, tais recomendações não foram vistas como eficazes por alguns pesquisadores. Drezett e Gollop (2016), por exemplo, consideraram tal recomendação inócua e inconcebível uma vez que essas proposições desconsideraram que a região Nordeste - região mais afetada pela epidemia da Zika - é marcada por mais da metade das gestações não serem planejadas, com importante prevalência de abortamentos clandestinos e inseguros. Ademais, de acordo com os autores, muitas das gestações nessas localidades tendem a ocorrer desacompanhadas de políticas públicas efetivas que ampliem e assegurem a oferta de métodos anticonceptivos modernos e seguros à população feminina. Neste contexto, tais autores afirmam ser comum a atribuição de responsabilização exclusivamente à mulher pela prevenção da gravidez ou mesmo sua culpabilização pelo nascimento de um bebê com microcefalia.

## MARÇO DE 2016 A ABRIL DE 2016

O *The New England Journal of Medicine*, publica o primeiro artigo confirmando a associação entre o vírus da Zika e a microcefalia. Em pouco tempo outras revistas começam a publicar análises científicas que fortalecem ainda mais essa associação. Com o crescimento destes estudos e visibilidade internacional, o vírus da Zika ganha espaço no âmbito midiático, sendo notícia constante nos jornais locais e nacionais. Quase que diariamente eram noticiadas informações acerca da expansão do vírus Zika no Brasil e dos seus efeitos na saúde das crianças, tendo por foco, especialmente, a urgência da prevenção ao vírus e ao cuidado com as mulheres grávidas. Tais notícias reforçavam a indicação do Ministério da Saúde de que as mulheres evitassem engravidar naquele momento, destacando o pouco conhecimento acerca dos efeitos futuros da infecção do vírus para a saúde das mulheres e dos bebês. Mas, ao passo que as crianças foram nascendo e os casos foram aumentando, as famílias começaram a vivenciar a realidade complexa trazida pela epidemia, de forma que a mídia em geral começou a focar nas dificuldades que as mães enfrentavam em busca do tratamento para seus filhos, sobretudo no que dizia respeito aos aspectos territoriais, estruturais e organizacionais da rede de atenção em saúde, dado que muitas residiam distantes dos centros médicos e precisavam se deslocar por longas distâncias até chegar aos locais de tratamento.

Ademais, começou-se a observar que as consequências da infecção congênita pelo vírus da Zika iam muito além da microcefalia, sendo ainda limitado assegurar o tamanho do comprometimento deste *flavivírus* no desenvolvimento das crianças. Dados clínicos, laboratoriais, exames por imagem e o desenvolvimento psicomotor das crianças infectadas congenitamente sugeriam um espectro que compreende a Síndrome Congênita do Zika (SCZ), caracterizada por sinais tais como: epilepsia, deficiências auditivas e visuais, atrasos no desenvolvimento psicomotor, pele excessiva e redundante do couro cabeludo, ventriculomegalia, disfagia, irritabilidade, artrogripose (OMS, 2016; RASMUSSEN et al., 2016; FRANÇA et al., 2016; VAN DER LINDEN et al, 2016; DINIZ, 2016),

## DE 2017 A 2020

A prevalência da SCZ declina a partir de 2017, mas ainda se mantém elevada, entre janeiro e abril de 2019 foram notificados em média 124 casos por mês. Entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 05/2020,



foram notificados ao Ministério da Saúde 18.687 casos suspeitos de SCZ e outras etiologias infecciosas, dos quais 3.512 (18,8%) foram confirmados. Considerando apenas o ano epidemiológico de 2020, 93 novos casos foram notificados, dos quais sete (7,5%) foram confirmados, sendo: dois nascidos em 2018, quatro em 2019 e um em 2020. Destarte, apesar do período de emergência ter sido encerrado, novos casos de SCZ continuam ocorrendo no país. Entre 2015 e 2019, a maioria dos casos confirmados concentrou-se na região Nordeste (n=2.192; 62,5%) do país, seguido da região Sudeste (n=709; 20,2%). Os casos confirmados em 2020 são de residentes nos estados do Amazonas (2), Goiás (2), Distrito Federal (2) e São Paulo (1) (Brasil, 2020).

No tocante à situação vivenciada, compreendemos que o momento do diagnóstico de microcefalia, as crenças e expectativas relacionadas ao desenvolvimento do bebê, a mudança na rotina das famílias, as visitas frequentes aos serviços de saúde, são eventos adversos que exigem a utilização de estratégias de enfrentamento visando uma melhor adaptação psicológica frente ao novo contexto.

Deste modo, fez-se fundamental questionar: Como estão estas mães? Quais as expectativas que têm para seus filhos e para si? Onde procuram e encontram apoio para tratar deste problema e cuidar dos seus filhos?

Na tentativa de responder a tais questionamentos, realizamos uma pesquisa, a nível de pós-graduação *Stricto Sensu*, no intuito de conhecer quais as estratégias de enfrentamento são utilizadas por mães de crianças microcefálicas causada pela infecção do Zika vírus que as permitem vivenciar este processo e compreender suas expectativas em relação aos seus futuros e ao dos seus filhos.

## O CENÁRIO DA PESQUISA

Para compor a amostra participativa da pesquisa, fomos em busca de mulheres que foram infectadas pelo vírus da Zika durante a gravidez e como consequência dessa infecção seus filhos foram acometidos pela SNZ. Conversamos, então, com 14 mães sendo essas residentes nos estados da Paraíba, Alagoas e Pernambuco. Como já destacado, o Nordeste brasileiro apontou como a região mais afetada pelo vírus da Zika e, conseqüentemente, pela epidemia de microcefalia e Síndrome Congênita do Zika.

Como forma de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de bebês com microcefalia causada pelo vírus da Zika utilizamos a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) adaptada



(GIMENES; QUEIROZ, 1997) e validada para a população brasileira (SEIDL; TROCOLI; ZANNON, 2001). Esta escala é composta por 45 itens que versam sobre pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas diante um evento estressor específico. Esta encontra-se distribuída entre quatro fatores: enfrentamento focado no problema, enfrentamento focado na emoção, busca de prática religiosa/pensamento fantasioso e busca de suporte social. As respostas aos itens foram dadas em escala do tipo likert, de cinco pontos. Vale salientar que, desde sua validação para a população brasileira, a EMEP tem se mostrado como um importante instrumento de medição de estratégias de enfrentamentos em saúde no Brasil (BORLOTI; BEZERRA E NETO, 2010; DAHDAAH; CARVALHO, 2014; NUNES et al., 2013; BEZERRA, 2017).

Para compreender melhor os dados, também realizamos uma entrevista semiestruturada conduzida com base no Método de Cenas proposto por Paiva (2012), o qual considera *“a cena o foco e a unidade psicossocial a ser abordada para que o cenário (mais abstrato) seja descrito (codificado) e decodificado (compreendido).”* A cena evocadora, por nós escolhida, foi o momento da descoberta da gravidez. Assim, a partir da seguinte evocação: *Conte-me um pouco sobre sua vida a partir do momento em que você descobriu que estava grávida*, as participantes puderam falar sobre os diversos fatores que as têm auxiliado a vivenciar este processo de maternidade e adoecimento, além dos seus planos e expectativas para o seu futuro e para o futuro dos seus filhos.

Quanto aos aspectos éticos, a participação destas mães foi condicionada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assim assegurada a privacidade, sigilo e confidencialidade dos dados em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 (Parecer nº 1.913.870).

## AS MÃES

Acerca do perfil dessas mães, estas apresentaram média de idade de 24 anos, variando entre 16 e 37 anos, sendo residentes nos estados da Paraíba, Alagoas e Pernambuco. Em sua maioria elas eram casadas ou viviam em um relacionamento estável, tinham até o ensino médio completo, contavam com uma renda de até dois salários mínimos e não estavam exercendo nenhuma atividade laboral.

O perfil apresentado corrobora com outros dados apontados na literatura (PITANGUY, 2016; BRASIL, 2016), onde, no cenário apresentado as

mulheres, em sua maioria, são jovens, estando, portanto em idade fértil; são residentes do nordeste brasileiro; não possuem ensino superior e vivem em condições precárias de saneamento e moradia, tornando-as ainda mais vulneráveis a estas e outras infecções. A metade das mulheres participantes era primípara. Este dado é de grande relevância, uma vez que o nascimento de um bebê, principalmente quando se trata do primeiro filho, pode ser considerado como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, tais como depressão e manifestações psicossomáticas, podendo afetar o modo como os pais se relacionam com seu filho, e não apenas isso, mas também a adesão ao tratamento, quando a criança necessita de cuidados de saúde frequentes (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Além disso, é sabido que mães de bebês com microcefalia vivenciam contexto de diversas vulnerabilidades, e que a rotina de cuidado das crianças muitas vezes exige uma dedicação exclusiva por parte destas mulheres, onde as mesmas se tornam a principal ou única cuidadora de seus filhos. Moreira, Mendes e Nascimento (2018) afirmam que a epidemia do Zika é marcada pela iniquidade e assimetrias de gênero, onde as mães tornaram-se protagonistas da epidemia, assumindo uma maternidade militante, assumindo também o papel preponderante da mãe que lute pelos direitos do filho marcado pelas deficiências. Por conseguinte, a saúde mental destas mães acaba sendo afetada, e estratégias de enfrentamento passam a ser desenvolvidas por estas mulheres, como forma da manutenção do equilíbrio psíquico (PIMENTEL; FURTADO; SALDANHA, 2018).

## **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E CENÁRIOS DE VIVÊNCIAS COTIDIANAS DAS MÃES DE BEBÊS COM MICROCEFALIA**

Pela análise dos fatores que compõem a escala de enfrentamento utilizada, foi possível observar que as mães de bebês com microcefalia fazem uso dos diferentes tipos de estratégias de enfrentamento, sendo o enfrentamento focado no problema o de maior utilização ( $M = 4,30$ ;  $DP = 0,52$ ).

Estratégias de enfrentamento focadas no problema seria a tendência de regular a resposta emocional diante de um evento estressor por meio de respostas mais objetivas e tangíveis, objetivando controlar ou modificar tal evento (SANTOS, 2016). Assim, na situação em questão, diante do diagnóstico de microcefalia do filho, estas mães tendem a procurar se aprofundar nesta problemática, buscando conhecer as melhores técnicas e tratamentos para cada especificidade das suas crianças, objetivando o melhor cuidado e prognóstico para elas.

Como já destacado, pela associação entre o vírus da Zika e a microcefalia ser algo recente, poucos ainda são os serviços e cuidados direcionados a estes casos, fazendo com que as próprias equipes de saúde tenham dificuldades na propagação das informações e constatação do diagnóstico. Tais dificuldades podem ser um dos principais fatores que contribuíram para elevar a pontuação destas mães nas estratégias focadas no problema, uma vez que as mães tiveram que buscar deliberadamente, informações que respondessem as suas dúvidas e anseios, como corroborado pelo seguinte relato: *"não têm muitos informes em livros, nem tenho muitas informações, porque em alguns lugares as pessoas não sabem"* (Mãe 10, 19 anos).

A complexidade subjetiva e objetiva vivenciada por estas mães como: o impacto do diagnóstico de microcefalia; a díade entre bebê idealizado *versus* bebê real; a mudança de rotina exigida por um recém-nascido acen-tuada pelas exigências de saúde por causa da malformação, além das diversas visitas em centros médicos e reabilitação são situações que fazem com seu enfrentamento seja focado no problema.

Em consonância com o que apresenta Barbosa e Oliveira (2008), o uso de estratégias de Enfrentamento Focado no Problema é mais provável quando as situações são consideradas passíveis de alguma modificação. Compreendendo que a média de idade dos filhos das participantes era de 1 ano e 1 mês, e que, estas crianças ainda se encontravam no início do desenvolvimento infantil, infere-se que as mães estivessem buscando mais estímulos e estratégias que pudessem promover o melhor desenvolvimento do seu filho, e consequentemente, diminuir as chances de limitações dos mesmos. Itens do tipo *"Eu insisto e luto pelo que eu quero"*, *"Encontro diferentes soluções para o meu problema"* e *"Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido"*, exemplificam o tipo de condutas e estratégias adotadas pelas mães participantes. .

Tais dados também foram confirmados através das entrevistas, onde, podem-se observar relatos voltados à *Evolução e ao desenvolvimento infantil*. Deste modo, diante das possíveis limitações da criança, o desejo de ver seu filho reagindo aos tratamentos e conquistando movimentos, surge como uma dinâmica importante dessas mães, atuando como elemento de superação e fonte geradora de força, apoio e motivação, reforçando-as positivamente acerca do seu cuidado e luta por melhorias no desenvolvimento de suas crianças, como expressados no seguinte relato:

...acho que o que tem me mantido em pé também é a vontade de ver ela evoluir, sabe, acho que é isso que mais me dar forças para continuar,

é aquela vontade de ver ela sentar, de ver ela andar, de ver ela falar, acho que é isso que mais me mantém em pé. (Mãe 2, 26 anos)

A segunda Estratégia de Enfrentamento mais utilizada pelas mães foi a Focada no Suporte Social ( $M = 3,77$ ;  $DP = 0,64$ ), a qual representa a procura de apoio instrumental, emocional ou até mesmo de informação, os quais podem auxiliar estas mães a lidarem melhor ou mais facilmente com a situação de microcefalia de seus filhos.

Vale salientar que o suporte socioemocional contribui para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento auxiliando no suporte às dificuldades de manejo da vida diária em cuidadores de crianças com déficit intelectual. Neste sentido, para além do acompanhamento da criança, requer atenção especial aos grupos de pais para investigar indicadores de problemas emocionais e, conseqüentemente, de qualidade de vida, estruturando-se uma rede de suporte social para promover saúde mental nessas famílias (BRUNONI, *et al.*, 2016)

O *Apoio Social* também foi destacado pelas mães durante as entrevistas. Cabe aqui destacar de que se trata este tipo de apoio. De acordo com os relatos das participantes, este apoio social diz respeito ao suporte familiar e ao contato com pais de outras crianças com microcefalia, seja pessoalmente ou através de grupos formados por meio de redes sociais.

Com relação ao suporte familiar, relatos do tipo: *“o que mais me ajuda é o apoio da minha família, que sempre estão presentes, sempre estão me ajudando, sempre estão ali, me ajudam da forma que podem,”* (Mãe 2, 26 anos) ressaltam a importância da ajuda da família neste momento.

Acerca do Apoio Social obtido através do contato com pais de outras crianças com microcefalia, as mães apontaram como sendo um espaço que as auxilia no enfrentamento do manejo com uma criança com microcefalia, bem como com a síndrome congênita provocada pelo vírus da Zika. De acordo com as mães, o contato com outros pais que vivenciam as mesmas experiências que elas as fazem se sentir mais compreendidas, mais apoiadas, mais confiantes frente às dificuldades apresentadas por suas crianças, como pode ser contactado nos seguintes relatos:

“...Isso me ajuda porque a gente conversa uma com a outra, desabafa, fala as coisas.” (Mãe 5).

“Isso ajuda, dá mais confiança e conforto, né, pra você não desistir da sua caminhada” (Mãe 11, 19 anos).

“Sim, eu faço parte também do grupo de mães que têm criança com microcefalia daqui de João Pessoa, a gente sempre tá em contato, uma sempre tá orientando a outra” (Mãe 4, 29 anos).

De acordo com Martin *et al.* (2014), em situações de crise, o suporte social pode se constituir não apenas como elemento protetor, mas também como elemento de promoção à saúde mental, sendo uma importante estratégia de profilaxia tanto para o estresse como para a depressão. Para Rocha, *et al.* (2015), grupos de pais que compartilham da mesma deficiência dos filhos ajuda a amenizar a ansiedade e a angústia dos familiares diante das barreiras encontradas e vivenciadas. É o que apontou também o estudo realizado por White e Hastings (2004), destacando a importância de pais de pessoas com necessidades especiais entrarem em contato com pais em situações semelhantes para se apoiarem mutuamente, mostrando o quanto o suporte social tende a melhorar o bem-estar e reduzir estresse e problemas de saúde em cuidadores de crianças com alguma deficiência.

Nos tempos atuais, as redes sociais têm facilitado muito a troca de informações e a sociabilidade das mães, as quais - por dedicarem muito tempo aos seus filhos - podem se sentir um pouco isoladas. Assim, as mensagens instantâneas promovidas pela internet e a formação de grupos através das redes contribuem para a manutenção e a construção de novos vínculos sociais. Entretanto, algumas mães chamam atenção para a via de mão dupla que este tipo de comunicação pode provocar, quando, em algumas situações, pode acabar tendo efeito reverso, trazendo mais prejuízos que benefícios. Como expressa o seguinte relato:

“Tenho contato sim, participo de uns três grupos de WhatsApp. Mas isso as vezes ajuda, as vezes só complica, porque quando a gente precisa de uma informação, tipo, uma criança tá tendo uma convulsão, só complica. Tem gente que fala certo, tem gente que fala errado, né. Aí só vai complicando as histórias. (Mãe 12, 16 anos)

Para além disso, compreende-se que os grupos de pais também podem ser vistos como um movimento político, no qual o grupo ganha força, voz e visibilidade, não deixando que a discussão sobre a problemática da microcefalia em decorrência do vírus Zika caia no esquecimento social e governamental. Pinheiro e Longhi (2017) fala sobre a “maternidade militante”, termo utilizado para esclarecer a luta das mães ao nascimento de crianças com microcefalia, aonde estas mulheres vão em busca dos direitos do seus filhos. Neste sentido, as mães se colocam como porta voz de suas crianças, uma vez que estas não têm como lutar por si mesmas. O discurso abaixo reflete esta discussão:

“E eu percebo que eu não posso desistir, que eu preciso dessa força, preciso brigar, preciso lutar mesmo. Eu preciso chamar atenção, para as mães, para os filhos, e para os maiores, né, para os chefes que têm

influência, e a minha mãe me ajuda muito, me dá muita força, é um esforço muito grande, na verdade. E é um esforço de grupo, porque a gente não pode parar, tem que o principal são os nossos filhos. (Mãe 10, 19 anos)

A terceira estratégia de Enfrentamento mais utilizada por estas mães foi a Focada na Religião ou no Pensamento Fantasiado ( $M = 3,61$ ;  $DP = 0,44$ ). Este tipo de enfrentamento é utilizado principalmente para auxiliar no confronto do problema, usando-se de pensamentos fantasiosos permeados por sentimentos de esperança e fé. Discursos como “*Rapaz, não vou mentir pra você, só Deus, viu.*” (Mãe 8, 19 anos) e também “*Deus confortou meu coração (...) Tudo é da vontade de Deus. Tudo é da vontade de Deus(...) minha irmã disse que não era assim, que Deus sabia o que fazia, que se Deus tinha me dado é porque Deus sabia o fardo que eu ia poder carregar.*” (Mãe 13, 34 anos), nos mostram que as crenças religiosas são importantes auxiliares no enfrentamento de eventos estressores, produzindo equilíbrio psíquico.

Acerca das Estratégias de Enfrentamento Focadas na Emoção, com menor pontuação ( $M = 2,30$ ;  $DP = 0,78$ ) na escala utilizada, refere-se às reações emocionais negativas, tais como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas, voltados para a solução mágica do problema. Este tipo de estratégia também envolve respostas de esquiva e reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio. É interessante perceber que este tipo de estratégia de enfrentamento se distancia daquele mais utilizado pelas participantes deste estudo, confirmando que apesar de toda sobrecarga subjetiva, estas mães apresentam comportamentos mais práticos e volitivos do que emocionais.

Tais dados podem ser entendidos e confirmados a partir da ideia de *Amor Materno*, onde foi verificado aspectos relacionados ao amor pelo filho e o foco nele, aspectos que não dialogam com os itens medidos pelo fator focado na emoção, da EMEP. Para exemplificar esta subcategoria, seguem parte dos discursos abaixo:

Mas, nada supera o amor, né. (...) que quando a gente tá grávida, todo mundo deseja que venha com saúde, mas, mesmo que não venha, o mais importante é o amor. Então, o mais importante é que venha com amor, que seja muito amado, que seja muito cuidado, que tenham paciência, (...) e... saúde vindo ou não, sempre é bom, óbvio, mas o amor, eu acho que é o primordial pra tudo dá certo, e graças à Deus aqui a gente tem muito, eu acho que é por isso que eu sempre arrumo forças, por conta do amor do meu filho. (Mãe 1, 19 anos).

Por isso que eu deixei tudo pra acompanhar ela (Mãe 3, 23 anos).

O meu filho, porque quando quero fraquejar lembro que ele precisa de mim. (Mãe 9, 37 anos).

A partir destes relatos, não há como não discutir aspectos relacionados ao “mito do amor materno” abordado por Badinter (1985), onde a mulher passa a ser considerada e a se considerar como a melhor pessoa ou a única para cuidar, educar e formar o filho, tornando, assim, a maternidade em sacrifício vivo em prol dos filhos. Lançando-se de uma perspectiva sócio-histórica, a referida autora afirma que o amor materno surge no fim do século XVIII, por meio de uma revolução das mentalidades, influenciando diretamente no comportamento, papel e imagem do ser mãe. Neste sentido, a figura de mãe passa de desvalorizada para uma valorização extrema, sendo incumbida da responsabilidade da boa gestação, aleitamento, crescimento e saúde do filho.

Nos três discursos maternos apresentados anteriormente, observa-se elementos deste amor refletido por Badinter (1985), onde a mãe tem a “obrigação” de amar sua cria, ou seja, de amá-lo incondicionalmente; de se sacrificar para cuidar do seu filho; bem como a auto percepção de ser essencial e insubstituível na vida da criança. Tais comportamentos passam a ser naturalizados do ser feminino, fazendo parte do imaginário social da maior importância da mãe na criação do filho, quando comparado ao pai.

Dito isto, percebe-se que as participantes desta pesquisa fazem uso de todos os tipos de enfrentamentos medidos pela EMEP, seja em maior ou menor grau. Compreende-se que as participantes fazem uso de várias modalidades que auxiliem no equilíbrio emocional e consequentemente na saúde mental e que o amor materno permeia seus modos de enfrentar.

## **EXPECTATIVAS PARA O FUTURO: ANSEIO E DESEJOS MATERNOS**

Reconhecendo a microcefalia e a Síndrome Congênita do Zika vírus com uma condição de cronicidade e sabendo dos desafios ainda a serem enfrentados por estas mães, pedimos que elas também relatassem quais as suas expectativas em relação ao seu futuro e ao futuro dos seus filhos. De modo geral, tais relatos estiveram relacionados às expectativas frente ao bom desenvolvimento das crianças, como pode ser observado:

“Andar, falar, estudar, não sai da minha cabeça: ‘como é que vai ser, meu Deus?’ Não vejo a hora disso acontecer” (Mãe 6, 34 anos).



“Vejo o meu filho respondendo muito bem aos estímulos. Luto para que ele ande, é o meu foco agora” (Mãe 7, 18 anos).

“Ah, eu quero ver ele andando, tudo, né. Andando, falando, tudo, né, assim que uma mãe espera de um filho, né”. (Mãe 11, 19 anos).

“Que ela cresça, que ela se desenvolva e que tenha muita saúde”. (Mãe 14, 23 anos).

Tais discursos estão em consonância com outros estudos acerca da maternidade e filhos com deficiências, onde os pesquisadores verificaram que as expectativas que as mães tinham para o futuro do seu filho com deficiência giravam em torno da autonomia e desenvolvimento deles. Verificou-se que, independente da explicação que as mães possuem acerca da causa da deficiência da criança, aquelas esperam que o desenvolvimento do filho melhore ou normalize (OLIVEIRA; POLETTTO, 2015; SILVA; RAMOS, 2014).

Por fim, foi verificado junto às mães quais os planos que estas tinham para elas mesmas. Algumas responderam prontamente que não tinham mais planos para si, mas, boa parte delas respondeu que estes estavam relacionados ao desenvolvimento do seu filho, ou seja, focavam na criança em detrimento de si. Percebe-se que o mito do amor materno também se encontra permeando este aspecto, pois, para Badinter (1985) a figura materna é apontada como a única que apresenta condições ideais para atender a necessidade do seu filho, e é neste sentido que as mães introjetam os planos que têm para seus filhos como sendo seus, a ponto de se dedicarem exclusivamente aos cuidados demandados por uma criança acometida pela Síndrome Congênita do Zika vírus, sendo até difícil separar seu próprio eu do seu filho, como pode ser visualizado no seguinte diálogo extraído da entrevista com uma das participantes desta pesquisa:

**Mãe:** - “Sim, eu tenho planos de que meu bebê ande, eu tenho muita vontade de que ela ande, de que ela aprenda, eu quero que ela... eu tenho sonhos que ela cresça, que ela aprenda, que ela seja uma pessoa boa, e que no futuro os estímulos pra ela seja melhores também, que ela tenha direito a sonhar também. Eu quero que ela esteja bem.”

**Entrevistadora:** - “Entendi, mas percebo que você falou os planos que você tem para a bebê. Mas, e para você mesma?”

**Mãe:** - “Difícil falar (choro). Eu sei que você gostaria de saber do que eu quero para o meu futuro, mas é muito difícil, sabe, é muito difícil dizer o que eu penso. Meu foco é sempre ela, então, se eu sinto tristeza é por ela, os problemas, as faltas e os sonhos, eu tenho vontade que ela ande, eu tenho vontade que ela consiga sentar, pelas questões do corpo dela, que ela fale, mas principalmente que ela ande. Eu quero

vê-la bem e eu não quero que ela chore, por exemplo, eu fico sentida. Então, sobre o futuro na verdade é isso.” (Mãe 10, 19 anos).

Diante do que foi observado, do que foi sentido, do que foi compartilhado por essas mães, faz-se necessário olhar e cuidar de quem cuida. É inegável a observação do desdobrar-se materno. As vozes ecoadas nas entrevistas deixam escapar que quando nasce um filho com microcefalia, nasce também uma macro maternidade. Como diria Nietzsche: “Em geral, as mães, mais que amar os filhos, amam-se nos filhos”. Neste sentido, práticas de cuidado em saúde no contexto da microcefalia e do Zika Vírus devem ir além dos cuidados biofisiológicos dos filhos, é imprescindível colocar essas mães também como alvos desse cuidado. Humanização e qualificação dos profissionais da saúde contribuem para a mitigação dos efeitos objetivos e subjetivos da epidemia de Zika. Intervenções que fortaleçam a rede de cuidado de apoio às mães de crianças com microcefalia são ferramentas fundamentais no plano de atenção em saúde mental voltado para essas mães e suas famílias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo vimos um breve histórico do surgimento de casos relacionados ao vírus da Zika no Brasil, sobretudo na região Nordeste. Esta emergência afetou diretamente as mulheres em idade fértil, e principalmente as gestantes, dado que seus bebês nasciam com microcefalia devido à infecção pelo vírus. Diante da complexidade vivenciada por estas mães - desde o impacto do diagnóstico de microcefalia até as rotinas de cuidado exigidas - as mães passaram a desenvolver estratégias de enfrentamento, conceito discutido neste capítulo, sendo verificada que tais estratégias eram *focadas no problema, no suporte social, na religiosidade ou pensamento fantasioso e na emoção*.

Vimos também que, com relação às expectativas de futuro, os discursos maternos caminhavam unicamente para um único desejo: autonomia e desenvolvimento saudável dos seus filhos, ao menos, ao máximo que eles pudessem atingir. Tal desejo, inclusive, sobressaía a qualquer outro desejo que pudessem ter sobre elas mesmas, sendo este focado totalmente nas crianças em detrimento de si, refletindo fortemente crenças relacionadas ao mito do amor materno.

Por fim, compreendemos que tal estudo endossa a necessidade do desenvolvimento de intervenções que fortaleçam a rede de cuidado de apoio às mães de crianças com microcefalia, bem como ações que auxiliem

nas práticas de cuidado em saúde tanto das crianças atingidas por essa síndrome, como de seus cuidadores. Além disso, este manuscrito também pode contribuir para subsidiar a construção, atualização e efetivação de políticas públicas direcionadas para as crianças com microcefalia e, conseqüentemente, suas famílias.

## REFERÊNCIAS

BADINTER, E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. (5a ed). Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**. 1985.

BARBOSA, A. J. G.; OLIVEIRA, L. D. Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF. v. 2. n.2. 2008.

BEZERRA, Julia Carmo. Modos de enfrentamento e apego materno-fetal em gestantes de alto risco: um estudo comparativo. 2017. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2017.

BORLOTI, E.; BEZERRA, A. C. M.; NETO, R. R. Q. B. Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento. **Interpessoa**. v.4 n.1. 2010.

BRUNONI, D. *et al.* Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.21, n.10.

DAHDAH, D.F.; CARVALHO, A. M. P. Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamentos de problemas: um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v.22 n.3. 2014.

DINIZ, D. Zika: Do sertão nordestino à ameaça global. 1ª Ed. Rio de Janeiro. **Civilização Brasileira**. 2016.

DREZETT, J.; GOLLOP, T. R. O vírus Zika: uma nova e grave ameaça para a saúde reprodutiva das mulheres. **Reprodução & Climatério**. v.31 n.1 p. 1-4. 2016.

FIGUEIREDO, M. A. C. Profissionais de saúde e Aids. Um estudo diferencial. **Medicina**. v.26 n.3 p. 393-407. 1993.

FOLKMAN, S. *et al.* Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**. v.50 n.5. 1986.

FRANÇA, G. V. A. *et al.* Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. **The Lancet**. v. 388. 2016.

GARCIA, L. P. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: Emergência, evolução e enfrentamento, Texto para Discussão, n. 2368, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília. 2018.

GULLAND A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. **BMJ**. V. 352, p.i657-i657, 2016.

MARTIN, M. A. F. *et al.* Relação entre percepção de suporte familiar e indicadores de problemas emocionais em pais de crianças e adolescentes com síndrome de williams. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo. v.14 n.1, p. 62-76. 2014.

MOREIRA, M. C. N.; MENDES, C. H. F.; NASCIMENTO, M. Zika, protagonismo feminino e cuidado: ensaiando zonas de contato. **Interface**. v.22 n.66. 2018.

NUNES, S. N. *et al.* Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v.14 n.3. 2013.

OLIVEIRA, I. G.; POLETO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. **Rev. SPAGESP**. v.16 n..2. Ribeirão Preto. 2015.

Organização Mundial de Saúde. 2016. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content) HYPERLINK “[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5181:opasoms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=821](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5181:opasoms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=821)”& HYPERLINK Acesso em: 02 de Maio de 2017.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. . In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coord.), Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde (p. 71-94). **Curitiba: Juruá**. (2012).

PIMENTEL, P.L.B.; FURTADO, F.M.F; SALDANHA, A.A.W. Vulnerabilidades acerca do cuidado na perspectiva de mães de bebês com microcefalia. **Psicologia em Estudo**. v. 23. doi: 10.4025. 2018.

PINHEIRO, D. A. J. P.; LONGHI, M.R. Maternidade como missão! A trajetória militante de uma mãe de bebê com microcefalia em PE. **Cadernos de Gênero e Diversidade**. v.3 n.2. 2017.

PITANGUY, J. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. **Cad. Saúde Pública**. v.32 n.5 Rio de Janeiro. 2016.

RASMUSSEN, S. A. et al. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. **The New England Journal of Medicine**. 2016.

ROCHA, M. C. P. et al. Necessidades e dificuldades de famílias que vivenciam a experiência de ter uma criança com hidrocefalia. **Saúde em Revista. Piracicaba**. v.15 n.40. p. 49-66. 2015.

SANTOS, A. B. A relação subjetiva de mães de crianças com deficiência. 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/324/1/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Alyamara%20final.pdf> Acessado em: 10 de Abril de 2017.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17 n.3, p. 225-234. 2001.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**. v. 8 n.3, p.403-411. 2003.

SILVA, C.C.B.; RAMOS, L.Z. Reação dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. **Caderno de Terapia Ocupacional**. v.22 n.1, p.15-23. 2014.

VAN DER LINDEN, V. *et al.* Description of 13 Infants Born During October 2015-January 2016 With Congenital Zika Virus Infection Without Microcephaly at Birth – Brazil. **MMWR Morb Mortal Wkly**, v. 65, p.1343-1348, 2016.

WHITE, N.; HASTINGS, R. P. Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**. v. 17. p.181-190. 2004.

## **EXPERIÊNCIA E RS: UM ESTUDO SOBRE A MATERNIDADE NO CONTEXTO DA SCVZ**

Sibelle Maria Martins de Barros  
Glória Tamires de Sousa Maciel  
Renata Lira dos Santos Aléssio  
Maria de Fátima de Souza Santos



Aos sete meses de gestação, Magnólia, 23 anos de idade, foi comunicada sobre o diagnóstico de microcefalia de sua bebê. A forma pela qual o diagnóstico foi comunicado e a informação de que a criança provavelmente teria poucas chances de vida causou grande impacto psicológico. O choque frente ao diagnóstico acarretou, segundo ela, sua internação hospitalar por pré-eclâmpsia, além do desejo de abortar. Ao receber sua filha nos braços, constatou que ela não era como havia imaginado e começou a criar vínculos com a bebê. A experiência da maternidade foi ocorrendo sem muitas informações médicas a respeito da condição clínica de saúde da sua filha. Os médicos mencionavam, geralmente, calcificações e atrofia no cérebro, mas não davam explicações que fossem compreensíveis ou que orientassem práticas em torno da minimização dos diversos sintomas da bebê. Nesse cenário, vários próprios profissionais recomendavam ter fé em Deus e no tempo, pois pouco se sabia sobre o prognóstico clínico. Laura, sua filha, também foi diagnosticada com uma outra síndrome neurológica que causava várias convulsões ao dia. Hoje tais sintomas estão controlados por uma medicação. Em sua rotina, Magnólia teve que enfrentar obstáculos como preconceito, falta de acolhimento de profissionais de saúde; dificuldades no acesso a determinadas medicações; transporte para ir aos serviços de saúde e poucos recursos financeiros, considerando o alto custo dos remédios. A rotina de cuidados e tratamento de saúde a impede de trabalhar, sair com as amigas, cuidar de si e de suas outras filhas maiores. No intuito de lidar com a falta de informação, ela buscou sempre se atualizar na internet, participar de palestras e ações das universidades e serviços públicos que faziam parte da rede de atenção construída no município. Apesar do ciúme das outras filhas e das discussões conjugais ocorridas logo após o nascimento da bebê, considerando a falta de tempo para estar com o companheiro, acredita que a família se uniu mediante a esse novo e inesperado evento; o nascimento de uma criança com a Síndrome Congênita do Vírus Zika.

A história de Magnólia retrata aspectos vivenciados por várias mães de crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ) no Brasil. Ser mãe, nesse contexto inesperado e adverso, exigiu ressignificações em torno da maternidade e das expectativas construídas a partir do ideal de um filho saudável. Neste capítulo, portanto, discutimos a relação entre experiência e representações sociais, tecendo hipóteses explicativas no intuito de demonstrar como as representações sociais de maternidade e paternidade atuaram na experiência vivenciada pelas mães e como a experiência fomentou a construção de saberes que orientam suas condutas em relação à maternagem.

## **O SURGIMENTO DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA INESPERADO: A EPIDEMIA DE MICROCEFALIA**

No segundo semestre de 2015, médicos do estado de Pernambuco perceberam um aumento no número de recém-nascidos com microcefalia. Em contato com outros profissionais, puderam constatar a ocorrência de vários casos, em um curto período de tempo, em outras cidades do Brasil. O nascimento de vários bebês com microcefalia congênita, associada a outras alterações neurológicas, impactou famílias de vários estados brasileiros, principalmente da região Nordeste, área mais atingida pela epidemia, com 56,9% dos casos no país. A ausência de informações científicas que pudessem explicar as causas e desdobramentos desse novo fenômeno, assim como a divulgação das histórias de mães e seus bebês que apresentavam perímetro cefálico pequeno, comoveu a sociedade brasileira e mobilizou a comunidade científica em buscas de respostas (ALBUQUERQUE et al., 2018; BRASIL, 2019; BRITO; CORDEIRO, 2016).

Mediante tal cenário, parcerias interinstitucionais foram construídas, incluindo cooperações internacionais, no intuito de conter a epidemia de microcefalia e responder às questões que esse novo problema de saúde pública suscitava (ALBUQUERQUE et al., 2018). As pesquisas científicas constataram a relação causal entre o vírus Zika e a microcefalia associada a várias alterações cerebrais. Identificou-se a existência do vírus Zika em líquido amniótico de gestantes e em tecido do cérebro e da placenta de

neonatos e natimortos (ALBUQUERQUE et al., 2018; BRITO; CORDEIRO, 2016; CALVET et al., 2016). Em exames de ultrassonografias pôde-se identificar atrofia e calcificações cerebrais em fetos cujas mães foram infectadas pelo vírus (OLIVEIRA MELO et al., 2016).

As investigações também possibilitaram identificar um amplo espectro de alterações neurológicas ocasionadas pela infecção do vírus Zika, como calcificações subcorticais, ventriculomegalia, defeitos de migração cortical, lisencefalia, redução do volume cerebral, hipoplasia cerebelar, desproporção craniofacial, epilepsia, dentre outros (PRATA-BARBOSA, 2019). Embora exista uma variedade de alterações e sintomas, três características são essenciais e definidoras da Síndrome Congênita pelo Zika Vírus: calcificação intracraniana, ventriculomegalia e volume cerebral diminuído. Como consequência da síndrome, além da microcefalia fetal ou pós-natal, as crianças podem apresentar vários sinais e sintomas como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, déficits auditivos e visuais, epilepsia, irritabilidade, hipotonia, dentre outros (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Serviços públicos tentaram se organizar para atender as diferentes demandas de atendimento dos bebês e suas famílias, principalmente na atenção especializada oferecida pelos Centros Especializados de Reabilitação, concentrando ações principalmente na estimulação precoce de bebês. Apesar dos esforços de vários profissionais, junto a voluntários e pesquisadores, houve poucas propostas de escuta das mães e suas redes (SILVA; MATOS; QUADROS, 2017), uma vez que o foco maior era a saúde dos bebês.

Em que pese a diminuição dos casos de infecção do vírus zika, atualmente, não se deve esquecer que várias famílias foram atingidas. Embora já tenha se passado aproximadamente cinco anos do ápice da epidemia do vírus zika, as famílias ainda vivenciam cotidianamente os impactos, as descobertas e a criação de possibilidades frente às possíveis consequências da infecção do vírus zika em suas vidas, principalmente as mulheres, que na maioria dos casos é a principal cuidadora (PNUD, 2017).

Este capítulo descreve nosso exercício científico de tentar compreender como os conhecimentos socialmente produzidos e compartilhados atuaram para dar sentido à inesperada realidade de nascimento e cuidado de um filho com uma condição clínica de saúde de etiologia desconhecida, bem como entender o processo de construção de novos saberes por meio da vivência da experiência da maternagem. Baseando-nos nas proposições de Jodelet (2005, 2015), sobre a relação entre experiência e representações sociais, destacamos duas ideias centrais: 1. As representações sociais são mediadoras da experiência, atuando como recursos interpretativos,

organizando informações, orientando práticas e balizando as emoções e 2. A vivência da experiência permite o surgimento de novos conhecimentos ou, nas palavras da autora, a emergência de saberes experienciais. Nesse sentido, a experiência é também produtora e agente de transformação das representações sociais. Estudar as representações sociais considerando dimensões como a subjetividade e a experiência implica reconhecer vários contextos, mundos intersubjetivos diversos, sensibilidades singulares e representações de si (JODELET, 2015). As experiências e representações sociais relacionadas à maternidade implicam considerar práticas e contextos, além de permitirem a reflexão sobre a inter-relação entre os aspectos subjetivos e o social (FÉLIX; SANTOS; ALÉSSIO, 2020).

Os dados que serão apresentados e discutidos neste capítulo fazem parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “A vida após o diagnóstico da Síndrome Congênita do Vírus Zika: um estudo sobre experiências parentais” financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq). Treze mães residentes no estado da Paraíba, com idades entre 20 a 39 anos contribuíram para o estudo, relatando suas experiências, a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, no âmbito de um serviço público especializado em reabilitação ou em suas residências. Todas as mães conviviam com seus companheiros, sendo algumas casadas e outras em união estável. Nove tinham outros filhos e quatro estavam vivenciando a maternidade pela primeira vez.

Os dados foram organizados e analisados a partir da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011). Para fins de escrita do presente capítulo, optamos por realizar um recorte dos dados, focalizando dados relacionadas às experiências maternas e representações sociais da maternidade e paternidade. No intuito de preservar o anonimato das participantes, substituímos os nomes das mães por nomes de flores.

## **“É UMA MISSÃO QUE EU GANHEI E EU VOU ABRAÇAR ESSA CAUSA”: EXPERIÊNCIAS DA MATERNIDADE**

Os primeiros meses após o nascimento das crianças caracterizam o período mais difícil para as mães, principalmente pelo choro constante e intenso dos bebês e a ausência de explicações médicas que pudessem direcionar um tratamento específico no intuito de minimizar essa reação infantil. A falta de compreensão do choro causava diversos sentimentos nas mães, como desespero, preocupação, medo da morte, sentimento de impotência e, até mesmo, sensação de enlouquecimento:

Muito difícil. Os primeiros três meses foi muito, muito difícil porque ela chorava de dia e de noite, sem parar e não tinha nada que desse jeito. Nada, foi bem difícil, muito estresse. Eu chorei muito nos primeiros três meses, eu não sabia o que era, não tinha o que fazer. Ia pra o hospital, voltava. Foi bem agonizante, aí depois foi aliviando. (Camélia, 26 anos).

Frente à descoberta clínica de que o choro era devido à irritabilidade e às crises convulsivas, realizou-se o acompanhamento neurológico e tratamento medicamentoso dos bebês, amenizando a situação: “Quando ela começou a tomar, que a gente passou na médica e ela já começou a tomar medicação, aí ela já foi, é... parando mais de chorar, é... não ficava tão agitada igual ao que ela ficava antes (Girassol, 28 anos).”

Atualmente, passado os primeiros anos de cuidado, as mães se sentem mais capazes de cuidar dos seus filhos. A convivência com as crianças, além da troca de informações com outras mães e com os profissionais de saúde, contribuiu para a aprendizagem de novas práticas de cuidado, reconhecimento das necessidades dos filhos e desenvolvimento de uma forma de se comunicar com eles:

Eu me sinto feliz porque tô conseguindo, que é uma coisa que pensei que ia ser tão difícil. E num é difícil assim, cuidar dela, quando você cuida com aquele amor, aquela vontade de ver ela bem. A gente vai conhecendo mais os jeito dele, o jeito até de sentar, de comer (Copo de leite, 28 anos).

O saber experiencial materno nem sempre era reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo frequentes, nos discursos, atritos com profissionais de saúde:

As enfermeiras: “ele está passando mal, mãe”, eu digo: ‘ele não tá. Ele vomitou, porque ele não quis a comida’. Com pouco tempo lá vem a mulher com a injeção no menino, empurrou a injeção na bunda do menino. Eu disse “Pra que essa injeção?!” “Porque ele vomitou, ele tá vomitando”. Eu digo: “Não tá, ele vomitou porque ele não gosta da comida, ele não gostou da comida! [...] O doutor foi lá, disse “não, mãe eu lhe entendo totalmente, eu sei muito bem. Você sabe mais... não sabe mais do que eu, que eu sou doutor, mas você conhece seu filho. Vou mandar você embora para casa (Margarida, 38 anos).

Ao longo do período de dois ou três anos, as mães puderam ressignificar a experiência inicial e se sentirem mais competentes enquanto cuidadoras. Era frequente em seus relatos a utilização de jargões médicos ao discorrerem sobre a condição de saúde de seus filhos, o que demonstra o papel do contexto institucional de saúde na construção de saberes.

Embora se sentissem mais competentes e mais adaptadas à situação, as mães ainda enfrentam dificuldades, como: falta de disponibilidade de transporte das prefeituras para levá-las aos serviços de saúde; acesso a determinados serviços do SUS como aquisição de medicamentos, exames, procedimentos cirúrgicos, órteses, vagas para internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em tempo hábil; dificuldades financeiras e falta de apoio nos cuidados diários com a criança. Nesse cenário, a família ocupa um papel central de suporte no cotidiano dessas mulheres e crianças. Entretanto, nem todas as mães tiveram o apoio esperado de seus familiares, o que reforça a necessidade do fortalecimento da rede social pessoal dessas cuidadoras.

No que diz respeito às mudanças advindas com a experiência da maternidade, pode-se dizer que o cotidiano dessas mulheres foi completamente modificado devido à necessidade de vários cuidados e diferentes tratamentos terapêuticos dos filhos. Dentre as principais mudanças, destacam-se: a impossibilidade de trabalhar e estudar, falta de tempo para cuidar de si, viagens constantes para a realização do tratamento dos filhos e restrição da vida social: “Minha vida mudou por completo. Porque eu parei de trabalhar, fiquei mais longe de casa. Eu acho que essas coisas que mudaram. Ficar longe da família e tive que ficar correndo atrás de tratamento pra ele” (Rosa, 31 anos).

A despeito de todas as dificuldades, a experiência da maternidade ainda é considerada, pela maioria, como uma experiência positiva: “Bom, entre todas as dificuldades é muito bom ser mãe de X (criança)” (Violeta, 25 anos). “A experiência é ... bem, assim, como é que eu digo... é uma experiência boa, mas bem complicada” (Rosa, 31 anos).

Algumas mães admitiram sentir tristeza e resignação diante da situação, mesmo avaliando-a como positiva e uma mãe relatou que a experiência não estava sendo boa: “A experiência de ser mãe de um filho especial não é boa, não é legal, eu não desejo isso para nenhuma mãe” (Camélia, 26 anos).

Ser mãe de uma criança acometida pela SCVZ, envolve também algumas peculiaridades, como mais responsabilidade, cuidados e dedicação materna. Seguindo essa lógica materna, as expectativas que construíram na gestação em torno do papel de mãe, viram prescrições normativas mais intensas mediante a condição clínica de seus filhos, a ponto, também, de algumas mães não se sentirem “no direito” de poder lamentar sobre a situação: “É diferente porque... é diferente porque... eu acho que a gente tem que ter mais responsabilidade, né? Com eles. Para mim é isso. É um que tem que ter mais atenção, cuidar mais” (Violeta, 25 anos). “Não adianta eu me



lamentar porque a minha vida é boa do jeito que é... Não adianta eu me lamentar” (Orquídea, 26 anos).

O amor incondicional, elemento fortemente associado à maternidade, é um requisito para a maternagem. As crenças religiosas, por sua vez, atuam no sentido de significar a experiência da maternidade, nesse contexto específico, como uma missão divina. Nessa rede de significações, a criança é representada com um ser especial ou mesmo um milagre:

É a coisa mais bonita que o ser humano pode ter. Hoje eu me considero uma pessoa feliz, eu sou uma mulher que diz que sou completa porque a gente sabe o que é filho quando tem filho especial. Eu tenho 2 filhas normais e eu amo demais, mas X (filha) eu amo mais do que elas, porque ela depende de mim pra tudo. [...]. É uma missão que eu ganhei e eu vou abraçar essa causa. Eu costumo dizer que X pra mim, é o ser mais importante, porque você ser mãe de um ser tão pequeno, tão frágil. Você não sabe nem distinguir, de tão inocente que é. Eu acho que já é um dom de deus e mãe é amor (Camélia, 26 anos).

As mulheres que já tinham outros filhos alegaram que o amor que sentiam por seus filhos diagnosticados com a SCVZ era diferente e maior. Ser mãe de uma criança com a SCVZ envolve um amor diferente pelo filho, no sentido de um amor maior, que se relaciona à situação de dependência da criança.

A experiência da maternidade proporcionou para várias mulheres mudanças positivas na forma de pensar e de estar no mundo e, nesse sentido, elas buscam ter mais empatia, solidariedade e paciência com as pessoas. Ser mãe, portanto, contribuiu para que elas se percebessem como pessoas melhores.

## **“MÃE É TUDO”: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DA MATERNIDADE**

Ao tentarmos aprofundar os significados sobre maternidade, as participantes destacaram o amor e a dedicação, no sentido de cuidar da criança, elementos que possuem um sentido afetivo e um sentido prático. Era comum a referência à palavra “tudo”, apontando o lugar primordial da maternidade na vida delas, além do exercício das várias ações voltadas às crianças. Algumas mulheres também mencionaram cansaço, coragem, esperança, gratidão e a maternidade como missão e dom de Deus:

Ah, meu Deus, é muita coisa boa, mãe. Muita mesmo. Mãe tem amor [...] é, cuidado. O que mais? Mãe cuida, mãe ama. Mãe corre atrás. Eu não sei, não. Mãe cuida, mãe ama. Mãe dá muito amor. Ah, para mim mãe é tudo. Num sei explicar (Margarida, 38 anos).



Constatamos também uma diferenciação entre ser mãe e ser mãe “de verdade”. A mãe “de verdade” cuida, se dedica à criança e se envolve em várias atividades. Essa diferenciação intragrupal é produto das comparações de suas experiências com outras mães e reforça uma identidade positiva das participantes do estudo, uma vez que se consideram “mães de verdade”

No que concerne às práticas maternas, todas as participantes são responsáveis cotidianamente pelos cuidados diários (alimentação, higiene, administração das medicações e lazer) e pela rotina de acompanhamento das crianças nos serviços de saúde:

Todo dia, de segunda à sexta, eu venho para fisioterapia e ele tem a rotinazinha dele. Geralmente, acorda às 06:00 da manhã, aí come, aí fica acordado até umas 10 horas, aí toma remédio e come e dorme. Ao acordar, dou o banho. Aí dorme, aí acorda uma da tarde e almoça. É toda uma rotina porque a cada três horas ele tá comendo. Mas eu saio todo dia pra fisioterapia. Pronto, hoje eu saí de oito horas da manhã de casa e só vou chegar lá pras três, quatro horas, porque hoje eu passo o dia aqui, amanhã já tem outra rotina (Cravo, 26 anos).

Na rotina de cuidados com as crianças as mães exercem alguns cuidados específicos para prevenir possíveis adoecimentos dos filhos, tendo em vista os problemas respiratórios frequentes, imunidade baixa e problemas de deglutição que facilitam a broncoaspiração. Dentre os cuidados, destacam-se: evitar ambientes frios, evitar exposição ao sol, evitar ambientes empoeirados e espaços onde existam crianças com doenças infecciosas, utilização de água com espessante e alimentação pastosa. Algumas mães precisaram mudar de casa para oferecer um melhor cuidado ao filho. Duas delas, inclusive, mudaram de estado, vindo para a Paraíba em busca de um tratamento mais específico.

## **PAI É MUITA COISA, MAS A MÃE É MAIS!**

O amor paterno foi ressaltado pela maioria das entrevistadas ao falarem sobre a paternidade. O cuidado, a preocupação, o apoio, o carinho, a ausência e o provimento financeiro também foram mencionados, embora em apenas algumas entrevistas. Apesar de salientarem o amor paterno e o cuidado, todas as mulheres, em algum momento da entrevista, fazem uma ressalva afirmando que apesar do pai sentir ou fazer algo, não é da mesma forma que a mãe sente e faz. Nesse sentido, os sentimentos e cuidados das mães são de intensidade maior: “Pai é distante, uma distância...

um negocinho mais (risos), que não é muito presente. Pega, dá cheirinho e tudo mais, gosta, mas é ali, pega aquele momentozinho e pronto. Mas o resto é tudo com a mãe”. (Dália, 39 anos).

Pai? Pai é muita coisa, mas eu acho que a mãe é mais (risos). Porque pai num é.. porque pra mim, pai... pai cuida, mas a mãe cuida mais. Porque eu, desde quando ele nasceu, tudo é eu. Tudo é eu, porque assim, eu chego, conto a ele como é, mas ele... Mas a responsabilidade da mãe é mais, eu acho. É mais (Margarida, 38 anos).

Os pais parecem ocupar um lugar secundário na rotina das crianças, demonstrando que as práticas paternas ainda estão ancoradas em um modelo tradicional de paternidade e refletindo a desigualdade de gênero no âmbito dos cuidados com as crianças. Os dados mostram que as situações de saúde e doença são reveladoras também da dinâmica das relações sociais, nesse caso, das relações de gênero. Entre os casais não há uma divisão simétrica das atividades de cuidado com a criança, uma vez que elas são, prioritariamente, de responsabilidade das mães. Cabe aos pais, apenas em momentos pontuais, auxiliar as mães quando estão impossibilitadas de fazer determinada atividade. O provimento financeiro, por sua vez, fica a cargo dos companheiros e dos benefícios sociais, uma vez que as mulheres geralmente assumem o papel de cuidadora direta das crianças.

Uma prática paterna comum, segundo o relato das mães, é segurar o filho no colo e brincar. Poucos pais realizam atividades como trocar fralda e dar banho, alimentar e administrar a medicação do filho. Como justificativas para o não compartilhamento simétrico de tarefas, as mães relatam o medo dos pais em realizar alguns cuidados como o de alimentar, administrar medicação (por receio de engasgarem o filho), e dar banho (por medo de sufocarem a criança). Algumas mães falam ainda que temem deixar os filhos apenas aos cuidados do pai por eles não saberem cuidar como elas, refletindo, em suas falas, a naturalização da maternidade, legitimando as desigualdades de gênero nos cuidados parentais: “Mesmo que ele dê remédio na minha presença e tudo mais, mas pra deixar eu não confio, sei lá...Porque olhe, minha filha, eu vou lhe contar, ser mãe é um cuidado tão grande. É a gente que sabe, outra pessoa sabe não (Dália, 39 anos).

A falta de confiança da mãe em deixar a criança sob a responsabilidade paterna demonstra sua preocupação e cuidado com a criança. Todavia, não confiar no pai reforça a ideia da maternidade como algo que faz parte da “natureza feminina”, retira do pai a possibilidade de aprender as formas de cuidado e o fortalecimento de vínculos com a criança.

## EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ENSAIANDO ARTICULAÇÕES

Os aspectos apontados sobre a experiência da maternidade demonstram as adversidades com as quais as mães lidam cotidianamente, na maioria das vezes, em um contexto com poucos recursos financeiros, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a pessoas que possam oferecer apoio nos cuidados com as crianças. Os primeiros meses fizeram emergir emoções negativas e foram desafiadores para as mães, tendo em vista o processo de aceitação do diagnóstico, a incerteza do prognóstico, a falta de compreensão sobre os sintomas e aspectos fisiológicos de seus bebês e a escassez informações médicas que pudessem dar sentido e orientar os cuidados maternos. As representações sociais de maternidade, até então apreendidas, não forneceram um quadro de referência suficiente que orientasse as condutas maternas, naquele contexto inicial, provavelmente porque envolviam a imagem de um filho saudável e a expectativa de uma maternidade típica.

As vivências com os bebês, com outras mães e profissionais, bem como as descobertas científicas divulgadas ao longo dos meses, orientaram as mães e contribuíram para a produção de saberes práticos, elevando o sentimento de competência materna. As mães e as famílias foram descobrindo diferentes formas de se comunicar com as crianças para compreender suas necessidades e interagir com elas, desenvolvendo estratégias e se adaptando à situação (DANTAS et al., 2012). A limitação de saberes práticos, gerador de angústia, somada aos valores e normas subjacentes à representação social da maternidade impulsionaram um novo processo de construção de conhecimento para que a maternagem pudesse ser concretizada. Nessa dinâmica, os elementos amor e abnegação, que frequentemente compõem o campo representacional da maternidade, foram intensificados, configurando um esquema referenciador, no sentido normativo e valorativo, para a distinção entre a “mãe de verdade” e a “mãe”. Uma vez desviando das regras compartilhadas, gera-se um sentimento de culpa ou culpabilização daquelas mães que não desempenham a função como prescrito socialmente (SANTOS; NOVELINO; NASCIMENTO, 2001). A diferenciação intergrupala revela a relação entre representações sociais e construções identitárias, uma vez que se pauta no caráter normativo e hegemônico da maternidade, como tem sido constatado em alguns estudos com mães de filhos com alguma deficiência (FÉLIX; SANTOS; ALÉSSIO, 2020).

As crenças religiosas destacam-se no processo de construção de sentidos frente à nova experiência, sendo importante compreendermos a forma como elas são incorporadas e reforçadas na rede de significados sobre a maternidade. Primeiramente devemos considerar que a aceitação do diagnóstico ou a incerteza em relação ao prognóstico do filho configuram-se como um estressor que, por não poder ser modificado, incita estratégias religiosas (NASCIMENTO et. al., 2019). O cuidado materno ampliado ou “dobrado”, além de ter a função de demonstrar o afeto envolvido na relação mãe-criança, associa-se à ideia de sacrifício, tão valorizada pelas pessoas cristãs e exigido socialmente para as mulheres/mães, uma vez que a representação social da maternidade é comumente objetivada na figura de Maria. Ressaltamos que as necessidades de crianças com deficiência são percebidas como maiores do que em outras vivências da maternidade solicitando ainda mais das mães (COSTA et al., 2018), reforçando a norma do sacrifício.

Por fim, levando em conta que as mães são adeptas ao cristianismo, a maternidade, nesse cenário, evoca um forte sentido de missão divina. Nesse campo simbólico, o filho é representado, sobretudo, como um ser especial, no sentido religioso/divino. Rejeita-se, frequentemente, palavras como deficiência ou doente, evidenciando a atribuição de uma conotação positiva por parte das mães que contribui, por sua vez, para lidar com o estigma e preconceito em relação aos seus filhos. Isto posto, corroboramos a ideia de que a maternidade, no contexto da síndrome congênita, respalda-se em noções de sacrifício, supervalorização do papel e práticas maternas, além de um processo de resignificação de conteúdos significantes sobre o ser mãe (SCOTT et al., 2018) e sobre a criança.

Se as crenças religiosas se relacionam aos significados sobre maternidade e contribuem para dar sentido à experiência e motivação para exercerem a maternidade, por outro lado, poucos recursos financeiros, institucionais e a desigualdade de gênero dificultam o processo de resiliência, pois ter uma postura positiva não é suficiente para a superação das adversidades (WALSH, 2016). Nesse escopo, reforçamos o fato de que as representações sociais de maternidade e de paternidade, uma vez balizadas por noções de gênero tradicionais, contribuem para a divisão assimétrica dos cuidados com as crianças. A naturalização da maternidade como algo intrínseco à mulher reforça a crença de que as mulheres desempenham melhor os cuidados com as crianças, e, em um processo recursivo, potencializa a desigualdade e a sobrecarga materna. O discurso do abandono do companheiro após o diagnóstico de microcefalia (COSTA et al., 2018),

provavelmente caracteriza-se como um outro fator que contribui para aceitação da responsabilização principal pelos filhos.

Em que pesem as dificuldades e sobrecarga, a experiência da maternidade é avaliada pela maioria das mães como boa e como uma possibilidade de crescimento pessoal, possivelmente pelo fato de que se trata de um papel social valorizado e que confere reconhecimento e legitimidade na sociedade (PINHEIRO; LONGHI, 2017). Apenas uma mãe, em contrapartida, rompe o discurso da mãe ideal, admitindo tratar-se de uma experiência ruim.

Em linhas gerais, os dados sugerem que as representações sociais de maternidade e paternidade ofereceram um quadro de referência para dar sentido à nova experiência de maternidade. Contudo, as vivências com seus filhos e demais atores sociais permitiram a construção de representações sociais sobre a criança com a SCVZ, apreensão de saberes sobre o diagnóstico e identificação de melhores formas de cuidar de seu filho (a). Esse processo revela a postura ativa das mães, não apenas em termos de práticas, mas de construção de significados. O sujeito, portanto, é especialista da sua experiência, e do modo como ele vive a doença, tendo como referência os saberes coletivamente partilhados (JODELET, 2015). Por outro lado, os saberes coletivamente compartilhados revelam também a dinâmica social em que os sujeitos estão inseridos e que dão sentido à suas experiências particulares: relações de gênero, crenças religiosas, acesso à saúde, desigualdades sociais são alguns dos elementos da dinâmica social que se revelam nos discursos das mães.

Validar os sentimentos e conhecimentos maternos, fortalecer as competências, até então adquiridas, e a rede social torna-se essencial para a promoção de saúde dessas mulheres/mães que ainda enfrentam desafios diversos no exercício da maternidade. Embora este capítulo tenha focalizado experiências comuns, ressaltamos a necessidade de compreender as peculiaridades de cada história de vida, de cada mulher e de cada família.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste capítulo buscamos demonstrar a relação entre os conceitos experiência e representações sociais, a partir das experiências vivenciadas por 13 mães cujos filhos foram diagnosticados com a Síndrome Congênita do Vírus Zika, no estado da Paraíba. Trata-se de um relato de pesquisa, recorte de um estudo maior sobre parentalidade no cenário do vírus zika. Discutimos como as representações sociais de maternidade e paternidade atuaram na experiência vivenciada pelas mães e como a experiência

fomentou a construção de saberes sobre o diagnóstico, a criança com a SCVZ e sobre práticas de cuidado. Ressaltamos a necessidade de assegurar o protagonismo das mães nesse cenário, legitimando seus saberes, competências e sentimentos positivos relacionados à maternagem, bem como a construção ou fortalecimento de suas redes sociais e acolhimentos das dores que surgem dessa experiência humana.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às mães que compartilharam conosco suas experiências e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Paraíba pelo financiamento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. P. M. *et al.* Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 10, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios, 2015 a 2019. **Bol Epidemiol**, p. 1-31, 2019.

BRITO, C. A. A.; CORDEIRO, M. T. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016.

CALVET, G. *et al.* Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. **The Lancet Infect Diseases**, Rio de Janeiro. v. 16, p. 653-660, 2016.

COSTA, E. S. *et al.* Vivências de mães de filhos com microcefalia. **Rev Rene**. v.19, p.1-8, 2018.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.5, p. 1-4, 2016.

FELIX, L. B.; SANTOS, M. F. S.; ALESSIO, R. L. S. O cuidado é dobrado: Maternar no contexto da atenção psicossocial. **Rev. NUFEN**, v. 12, n. 03, p. 154-175, 2020.

JODELET, D. Experiências e Representações sociais. In \_\_\_\_\_. **Experiências e Representações sociais: Questões Teóricas e Metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005, p. 23-56.

JODELET, D. O encontro dos saberes. In: **As representações sociais nas sociedades de mudança**. JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J (Orgs.) Petrópolis: Vozes, 2015, p. 59-79.

NASCIMENTO, I. P. *et al.* Vírus zika e microcefalia: a mãe frente o diagnóstico do filho. **Revista InterScientia**, v. 7, n.1, p.54-65, 2019.

MELO, A. S. O. *et al.* Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? **Ultrasound Obstet Gynecol**, v.47, n.1, p. 6-7, 2016.

PINHEIRO, D. A. J. P; LONGHI, M. R. Maternidade como missão! A trajetória militante de uma mãe de bebê com microcefalia em PE. **Cad Genero Divers**.v. 03, n. 02, 113-133, 2017.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Uma Avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso**. Nova York: PNUD, 2017.

PRATA-BARBOSA, A. *et al.* Repercussões da infecção por Zika sobre o crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 95, p.30-41, 2019. Suplemento.

SANTOS, M. F. S.; NOVELINO, A. M.; NASCIMENTO, A. P. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In MOREIRA, A. S. P. (org). **Representações Sociais: Teorias e Práticas**. João Pessoa: EDU, 2001. p.269-293.

SCOTT, R. P. *et al.* Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da Zika. **Interface**, v. 22, n.66, p. 673-84. 2018

SILVA, A. C. R.; MATOS, S. S.; QUADROS, M. T. Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão. **Anthropológicas**, v. 28, n. 01, p. 223-246, 2017.

TEIXEIRA, G. Alves *et al.*, 2020). Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 25, n. 2, p: 567-574, 2020.



WALSH, F. **Processos normativos da família:** diversidade e complexidade. Trad. Sandra Maria Mallmann da Rosa. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

# 18

## **VULNERABILIDADES ASSOCIADAS AO ABORTO PROVOCADO NO BRASIL E NO URUGUAI**

Iria Raquel Borges Wiese

### **Era uma vez...**

*Uma jovem chamada Maria da Penha, 23 anos, preta, com três filhos e estudo até a 7ª série do ensino fundamental. Moradora da zona rural da mesorregião da Borborema no estado da Paraíba, Brasil, declarou viver apenas com a renda que recebe do programa social Bolsa Família, no valor de 300 reais, e gostar da religião tanto evangélica como católica. Era vítima de violência doméstica por parte de seu companheiro, foragido da polícia, mas referia medo de se separar, pois, segundo a mesma, era ameaçada (“Se eu deixar ele, ele me mata”). Provocou aborto no ano de 2015, com “chá de coquinho, chá de um bocado de troço”.*

*Era uma vez uma estudante de classe média, Paulina Luisi, branca, 21 anos, nasceu no departamento de Flores no Uruguai, a aproximadamente 200 km da capital, mas morava em Montevideu, onde fazia sua faculdade, com algumas amigas. Trabalhava como auxiliar contábil e sua renda familiar era de nove salários mínimos. Provocou aborto em 2016, com Cytotec, de maneira segura, na rede privada. Não tinha filhos, religião e considerava possuir uma religiosidade mediana.*

**E**ssas são as histórias de Maria da Penha (farmacêutica brasileira e nordestina, vítima de violência contra a mulher, que empresta seu nome à Lei 11340/06) e Paulina Luisi (primeira mulher a estudar na Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai e ativista dos direitos das mulheres), codinomes dados às mulheres que provocaram aborto nesses dois contextos. No entanto, poderia ser a história de qualquer uma de nós, uma irmã, amiga, vizinha, filha, mãe, colega de trabalho, etc.

O presente capítulo trata-se de um recorte da tese de doutorado em Psicologia Social, defendida por esta autora no ano de 2017, acerca do aborto provocado em contextos de legalidade (Uruguai) e ilegalidade (Brasil). Esta temática é especialmente importante no âmbito da saúde pública e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, estando presente também nos discursos de grupos sociais, cuja tônica atual, no Brasil, tem denotado posicionamentos religiosos e punitivos. Basta lembrar o triste episódio ocorrido recentemente, em meados de agosto de 2020, em que uma criança de 10 anos, sexualmente violentada durante quatro anos pelo tio, engravida e atravessa um calvário para ter o seu direito ao aborto legal assegurado, além de sofrer outras violações por parte de grupos da sociedade e instituições (G1 PE; G1 ES, 2020). Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo identificar e analisar as vulnerabilidades (individual, social e programática) que estão implicadas na experiência do aborto provocado, bem como os elementos que as reduzem, reproduzem ou aumentam, a partir do discurso de 30 mulheres que o praticaram nos dois contextos supracitados.

## **O ABORTO SEGUNDO O QUADRO DA VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS**

O estudo acerca das vulnerabilidades na área de saúde iniciou-se com os trabalhos realizados por Mann, Tarantola e Netter (1993) ao apresentarem uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Nesse sentido, tal conceito encontra-se, especificamente, relacionado a processos e possibilidades de adoecimento. Embora o aborto não possa ser configurado como tal, sua prática, sobretudo se realizada de

forma insegura, pode levar a situações de vulnerabilidade acentuada e, conseqüentemente, ao adoecimento e sofrimento, visto que sua experiência não é apenas física, mas também emocional e social. Ao mesmo tempo, os determinantes associados à vulnerabilidade conduzem a uma gravidez indesejada, acarretando na decisão pela sua interrupção. Este é o ponto de intersecção entre o objeto deste capítulo e modelo da vulnerabilidade sobre o qual este tópico se debruça.

No sentido de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993), Ayres (2008), no Brasil, apontou que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Nessa direção, têm-se os seguintes componentes: vulnerabilidade individual ou do comportamento pessoal; vulnerabilidade social ou do contexto social; vulnerabilidade programática ou do programa de combate à doença, no caso a AIDS.

O modelo teórico da vulnerabilidade passou a abranger novos conceitos e especificidades referidos como o quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), cujo objetivo foi fortalecer a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença, bem como estabelecer estratégias de promoção da saúde, com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade. Desse modo, tem-se buscado trabalhar com as totalidades compreensivas na explicação da vulnerabilidade, nas quais os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição ao adoecimento sejam sempre mutuamente referidos. Quando há doença, pode-se dizer que há uma violação de direitos humanos. Nesse sentido, compreendem-se as desigualdades no acesso e no usufruto da saúde como inaceitáveis e, portanto, abordagem do direito à saúde enquanto um horizonte ético-político (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Existe todo um contexto de vulnerabilidade envolvido no processo do aborto provocado, no qual estão presentes fatores não apenas de ordem individual, mas social e programática. Do mesmo modo que essas vulnerabilidades conduzem a uma gravidez indesejada e à decisão de provocar o aborto, essa prática também expõe as mulheres a algumas situações de vulnerabilidade e violência, sobretudo a institucional, afetando diretamente na sua experiência.

Alguns aspectos podem tornar uma mulher vulnerável à gravidez não desejada e, por conseguinte, ao aborto. Dentre eles destacam-se a desinformação constante acerca da sexualidade, as relações desiguais e violência

de gênero, as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, falhas destes ou falhas no seu uso, ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde, a dificuldade financeira que implicaria ter mais um filho, o abandono ou pressão do parceiro, o qual se exime de qualquer responsabilidade, a não inclusão de filhos no seu projeto de vida, etc. (ALIO *et al.*, 2011; COUTO *et al.*, 2015; NGUYEN *et al.*, 2013; SOUZA; DINIZ, 2011; MATIELO, 1994). Nas classes populares, a maternidade raramente aparece referida como concorrente com algum outro projeto pessoal ou familiar – comum entre camadas médias (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012).

Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2016 com mulheres brasileiras, apontou que, a partir das taxas das mulheres alfabetizadas urbanas (13%), o número de abortos realizados no Brasil em 2015 foi de 503 mil, desconsiderando-se, no entanto, aquelas que abortaram na zona rural e/ou eram analfabetas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). No Uruguai, por sua vez, estima-se em média quatro mil abortos anualmente, número consideravelmente inferior à quantidade antes da mudança legislativa, estimada em 33 mil abortos por ano (LISSARDY, 2012). É importante destacar que a população uruguaia é aproximadamente 60 vezes menor que a brasileira.

Quem são essas mulheres? Você, leitor (a), conhece alguma delas? Como passaram por essa experiência, naturalizada, talvez, como um dos maiores pecados do ser feminino, a negação da maternidade? E por que essas são histórias que não se reconhecem como também nossas? Porque são histórias resistência e sobrevivência, compartilhadas por mulheres de classes, culturas e gerações diversas. Aparentemente, em contextos de ilegalidade à prática, os homens participam como coadjuvantes solidários ou intermediários que lucram com a clandestinidade do aborto, sendo, inclusive, os maiores vendedores do Cytotec, nome comercial mais conhecido do misoprostol, fármaco comumente utilizado para indução do aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

## **HISTÓRIAS DE ABORTOS E VULNERABILIDADES**

As histórias de abortos e vulnerabilidades foram contadas por 30 mulheres residentes dos dois contextos legislativos, a fim de identificar e analisar as vulnerabilidades (individual, social e programática) implicadas nessa experiência. Para tanto, foi realizada uma entrevista semiestruturada, baseada na metodologia das cenas (PAIVA, 2012), solicitando-se às participantes que rememorassem as cenas que compuseram o itinerário da experiência de interrupção da gestação. Ressalta-se que foram cumpridos



todos os aspectos éticos, confidencialidade das informações, anonimato, assistência durante o encontro, etc., conforme preconiza a Resolução nº 510/2016.

No contexto de ilegalidade à prática (Brasil-Paraíba), participaram 13 mulheres. A maioria tinha entre 20 e 39 anos (idade mínima de 17 anos e máxima de 42 anos), mas provocaram aborto na adolescência, entre 13 e 19 anos (n=7), e juventude, entre 20 e 29 anos (n=6). Grande parte das participantes residia na capital paraibana, sendo quatro da zona rural, possuía grau de escolaridade do ensino médio em diante, encontrava-se, no momento da entrevista, casada, ganhando até três salários mínimos, com filhos, de cor branca e religião católica, cuja média de religiosidade foi de 6,31 (DP=3,59) (numa escala de 0 a 10). A maioria afirmou ter provocado apenas um aborto ao longo da vida (mínimo de um aborto e máximo de três abortos).

No contexto de legalidade ao aborto (Uruguai – Montevidéu) participaram 17 mulheres. A maioria tinha idades entre 20 e 29 anos, sendo esta a faixa etária em que o aborto foi provocado (idade mínima de 17 anos e idade máxima de 33 anos), era residente da capital Montevidéu, grau de escolaridade ensino médio em diante, solteira, com renda entre um e três salários mínimos, branca, sem religião, média de religiosidade de 5,59 (DP=3,13). A maior parte das participantes responder ter provocado apenas um aborto (mínimo de um aborto e máximo de cinco abortos).

Na ocasião, tive a oportunidade de conhecer o Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR), através do qual a mulher tem acesso à interrupção voluntária da gravidez, observando como estudante visitante os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional em todas as quatro etapas da IVE (*Interrupción Voluntária del Embarazo*), no Hospital da Mulher do Centro Hospitalareiro Pereira Rossell (CHPR) localizado na cidade de Montevidéu, Uruguai. O CHPR é uma referência na atenção à saúde da mulher, responsável por um em cada cinco nascimentos e pela formação de 90% dos profissionais de ginecologia e obstetrícia do país (GORGOROSO et. al, 2011).

De acordo com as entrevistadas, a suspeita da gravidez surgiu a partir de alguns sinais apresentados, como o atraso da menstruação, o se sentir diferente e as mudanças no próprio corpo, conforme relatado por maioria das mulheres em ambos os cenários sociopolíticos. A descoberta da gravidez foi acompanhada por alguns sentimentos, os principais relatados pelas participantes uruguaias foram desespero/medo (n=10) negação/surpresa (n=6) (*“Es re difícil explicar, pero... yo quedé como choqueada.”*)



e ambivalência (n=2). Dentre as brasileiras que abordaram tal questão, os principais sentimentos também foram desespero/medo (n=11) (“*O mundo caiu. Pronto, minha vida acabou, eu estou grávida, o que é que eu vou fazer?*”), seguido da ambivalência (n=2).

Em meio a esses sentimentos, ao descobrir uma gravidez indesejada, as mulheres contaram como foi a reação do companheiro. No contexto de legalidade ao aborto provocado (Uruguai – Montevideú), dez participantes afirmaram que ao contarem para o parceiro sobre a gravidez, os mesmos reagiram de maneira a acolhê-las, deixando-as decidir (“*Pero a mí me gustó mucho su primera reacción que fue... nos vamos a calmar y lo vamos a decidir juntos, o sea, no vamos a hacer nada que vos no quieras.*”/“*Él me apoyó.*”). Em contrapartida, no cenário de ilegalidade ao aborto provocado, apenas duas participantes afirmaram ter recebido o apoio do companheiro. Em ambos os contextos, também foram observadas reações de desinteresse por parte do parceiro e até dúvidas sobre a paternidade (“*Me deixou muito só. A postura dele influenciou muito a minha decisão. Porque eu não tinha condições de peitar aquilo ali sozinha não.*”/“*Ele tava com historinha falando que não era dele.*”/“*Me dio la espalda.*”).

A violência conjugal também pode se manifestar pela falta de apoio, desprezo ou negação da paternidade, sendo um dos aspectos que interferem na decisão pelo aborto e fragilizam as mulheres (PEREIRA *et al.*, 2012). Quando a mulher se descobre grávida, a relação pode ser frustrada e ocorrer, conseqüentemente, o abandono, ficando esta responsável pela decisão de levar ou não adiante, visto que a gravidez se desenvolve em seu corpo (SOUZA; DINIZ, 2011). É importante destacar, ainda, as questões de gênero implicadas na contracepção e concepção, visto que tais assuntos são tradicionalmente percebidos como de responsabilidade exclusiva das mulheres, denotando, portanto, uma vulnerabilidade individual, referente ao apoio recebido pelo companheiro, bem como social, pois também se insere no quadro das relações de gênero construídas e reproduzidas ao longo da história.

Segundo nossas participantes, os principais motivos para não levar a gestação adiante, em ordem de importância, foram: situação socioeconômica (“*Esta decisión fue...la situación económica y que no podía traer otro hijo para hacerlo pasar mal, para hacerlo sufrir, pasando necesidad.*”/“*A vida que eu levo é triste, o pai deles é foragido, mexe nas coisas alheias, eu não tenho uma casa própria pra morar, a minha renda mensal não dá pra comprar leite, pra dar roupa a ele.*”), interferência no projeto de vida (“*Tengo planes de viajar y de seguir estudiando.*”/“*Porque eu tinha muitos*

*sonhos. Se eu tivesse tido agora, como é que eu ia tá nesse mestrado, nessa loucura de vida, entendeu?”), relação conturbada/falta de apoio (“O sea, los celos, todo esto y tal no quería tener otro niño, yo quiero trabajar, estoy muy cerrada, no quiero que me siga asfixiando.”/“Não estava me mostrando nenhum apoio, então eu disse: eu não tenho como peitar uma situação dessas.”). Vale ressaltar também que os motivos se mesclam, portanto, algumas participantes relataram mais de um por quê.*

De forma geral, podemos observar que o processo de decisão pelo aborto é demarcado por diversas vulnerabilidades individuais (econômicas, relacionais, de desejos e interesses em cena) e sociais (relações de gênero, acesso a emprego/salário). Nessa direção, para além do status legal e das regulamentações, o processo de decisão pelo aborto e sua experiência não é apenas individual, mas atravessado por outras vulnerabilidades relativas às normas culturais, valores, pressões sociais e econômicas ao redor do mundo, as quais se constituem enquanto pano de fundo (MARECK; MACLEOD; HOGGART, 2017). Percebemos, ainda, que os motivos não se diferenciaram em função do cenário legislativo, se legal ou ilegal. As distinções encontradas referem-se a outras variáveis como a classe social e o grau de escolaridade. Segundo Arend, Assis e Motta (2012), nas camadas populares a maternidade dificilmente é apontada como concorrente com algum outro projeto pessoal ou familiar.

Quanto ao procedimento em si, a maioria das entrevistadas brasileiras utilizaram o misoprostol em casa, ingerindo dois comprimidos e inserindo mais dois na vagina. A forma de uso era geralmente repassada por alguma amiga ou alguém conhecido, sem qualquer orientação técnico-científica. Em seguida, relataram sentir fortes dores e muita cólica, bem como o receio de ter que ir ao hospital buscar por assistência (“*Quatro comprimidos custou 300 reais, minha prima conseguiu com um policial militar.*”/“*Foi cento e vinte, um rapaz que a gente conhece da farmácia(...). Tomava dois e colocava dois (...). Foi a noite todinha de dor (...). Muito fortes, que eu pedia pra ir pro médico, aí ela dizia ‘não, se tu for, eles vão saber que tu fez, vai mostrar tudinho’, então eu fiquei a noite toda, inteira de dor.”).*

Por outro lado, com a legalização do aborto no Uruguai desde o ano de 2012, todas as participantes entrevistadas neste país afirmaram ter interrompido a gestação através do aborto medicamentoso (mifepristona e misoprostol) em casa, conforme orientação do serviço de saúde, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012). Duas dessas participantes foram atendidas e orientadas pela rede privada e as demais pela rede pública de saúde, e, por questões específicas

previstas na Lei nº 18.987 (*Interrupción Voluntaria del Embarazo*), duas mulheres realizaram o procedimento no hospital.

De acordo com a referida lei, o aborto pode ser solicitado por toda cidadã uruguaia, incluindo adolescentes, até a 12<sup>a</sup> semana de gestação. O processo de atenção à usuária consta de quatro consultas, conforme manual do Ministério de Saúde Pública, as quais eu pude acompanhar. A primeira consulta, denominada de IVE 1 (*Interrupción Voluntaria del Embarazo*), é feita por uma obstetra/parteira ou médico ginecologista, e tem como objetivo verificar se a usuária preenche os requisitos para a aplicação da referida lei, sendo explicados todos os procedimentos da IVE. Na IVE 2, a usuária é atendida por uma equipe multiprofissional composta por ginecologista, psicólogo ou psiquiatra, sociólogo, assistente social ou educador social. Nesta etapa, a mulher é ouvida em suas demandas e assessorada de maneira integral.

Após a IVE 2, a paciente tem cinco dias para refletir sobre a sua solicitação. Caso ratifique seu desejo pelo aborto, na consulta seguinte, IVE 3, o procedimento da interrupção é explicado por um médico ginecologista, através de slides e panfletos informativos. A usuária é orientada a utilizar uma combinação farmacológica de um comprimido de mifepristona (200mg) com quatro de misoprostol (800mg), a qual é receitada e pode ser adquirida nas farmácias. O procedimento pode ser realizado na sua própria casa, tendo a sua disposição um ramal telefônico para sanar as dúvidas. Após dez dias, a usuária deve retornar ao serviço para a IVE 4. Nessa última etapa, é atendida por uma obstetra/parteira ou médico, a fim de verificar possíveis complicações pós-aborto, bem como ser orientada sobre os métodos contraceptivos.

Após o procedimento, quase metade das participantes brasileiras necessitou recorrer ao hospital em função de complicações. Ao buscarem assistência à saúde, encontraram uma série de barreiras e atitudes violentas, conforme contaram. (*“O médico falou que eu tava matando uma vida, um ser, lá me deu tanto carão nesse mundo (...) Lá em João Pessoa eu cheguei era três horas da tarde e fui atendida era dez horas da noite. Passei a quarta e a quinta-feira sem tomar água, sem comer nada porque não pode.”*)/ *“Eles não tratam bem, eles deixam você lá. Os médicos são meio rígidos (...) falam coisas muito chatas né.”*/ *“Aí eu fiquei na sala pré-parto, aí o médico chegou e disse ‘o que foi que houve?’, eu disse ‘nada, foi um susto que eu tive’ (...) Aí quando eu deitei na sala de parto ele disse assim ‘eita mãe, não foi um susto, a senhora tomou Cytotec’, ele botou no vidro e me mostrou, aí disse ‘eita mãe, era uma menina’. Ele falou assim ‘a senhora sabia que isso é crime?’”*).

Existe uma criminalização informal do aborto nos serviços de saúde, a qual produz sentimentos de “vergonha”, “desonra” e medo de exclusão social nas mulheres que procuram interromper uma gestação (COSTA; VIANA; SOUSA, 2012). Trata-se de uma violência institucional, marcada pelo abuso de poder do profissional e pela omissão de informações. Nesse sentido, algumas mulheres do referido contexto, não buscaram o serviço de saúde por receio de sofrerem alguma retaliação. Nesse aspecto, segue um dos relatos que mais impactou esta autora, sobre a história de uma mulher que ficou mais de uma semana com mal estar, tendo sua dignidade e saúde afetadas (*“Eu não fui ao hospital. Eu senti muito medo de precisar fazer curetagem (...) Eu andava com um daquele do grande na bolsa. Que a cada dez minutos eu ia pro banheiro me limpar. Porque tava fedendo (...) Saia corrimento. Muito, muito fedorento. Cheirando a carne podre mesmo (...) Eu sentia cólica e o odor terrível, terrível, que até os clientes sentiam. ‘Tá um mal cheiro aqui né?’ (...) Ir pra um hospital, passou também pela minha cabeça ser denunciada.”*).

No cenário de legalidade ao aborto, também podemos perceber uma violência, embora referida por uma minoria, que se apresenta através de elementos simbólicos, como comparar o efeito do medicamento a um ato de estar matando (*“Incluso un enfermero que acá me dijo: jeso es que lo mata!”*), os sintomas do aborto aos sintomas percebidos num trabalho de parto (*“Era cómo un trabajo de parto, que iba tener contracciones.”*), o detalhamento do embrião (*“Que iba a expulsar un feto de tantos centímetros (...) que iba a tener cordón umbilical, la bolsa y todo.”*). Essa violência, a qual nomeamos de “simbólica”, pode justamente encontrar-se travestida de informações técnicas e, porventura, impactar negativamente a experiência dessas mulheres.

Nesse sentido, as violências referidas compõem aspectos de vulnerabilidade programática que podem dificultar uma assistência integral à saúde e em respeito à dignidade da pessoa humana. Frente a uma gravidez não desejada, tanto prosseguir com a gestação quanto interrompê-la não é de fácil decisão, seja em contextos de legalidade ou ilegalidade. As mulheres que ainda chegam à consulta solicitando orientação, ou porque estão considerando ou já decidiram abortar, encontram-se em situação de vulnerabilidade acentuada, permeada de sentimentos como a dúvida, a tristeza, a incerteza, a vergonha e o medo. Além disso, devido à restrição do aborto e à censura social em relação a esse tema em países como o Brasil, a mulher nessa situação costuma, especialmente, também enfrentar a culpa, o

maltrato, a humilhação e a falta de apoio tanto do companheiro como das instituições e serviços de saúde.

Em meio à invisibilidade e à dificuldade em se ampliar o debate, como intervir nesses contextos, sobretudo aqueles em que, devido à ilegalidade e condenação moral, as vulnerabilidades se sobressaem? A proposta desta autora centra-se em duas vertentes, inicialmente: 1. Introdução da temática nos currículos dos cursos da área de saúde, em especial, a partir de um olhar psicossocial e uma proposta pedagógica problematizadora; 2. Possibilidade de construção de uma rede multiprofissional de aconselhamento e direito à informação, os quais não são considerados crimes, com a finalidade de reduzir os riscos e danos do aborto provocado em condições inseguras, à luz da experiência de alguns profissionais uruguaios antes mesmo da sua legalização.

O que, mesmo em meio à ilegalidade do aborto, podia ser feito para reduzir a morbimortalidade de um aborto inseguro? Devido à lei nº 9763 que criminalizava o aborto no Uruguai, até o ano de 2012, os profissionais de saúde não podiam agir durante o processo de interrupção da gravidez por este ser considerado um crime. Todavia, eles poderiam atuar no “antes” e “depois” da prática aborto, através do aconselhamento e informação, com a finalidade de reduzir os riscos e danos (BRIOZZO et al., 2007). Nesse sentido, o principal dever dos profissionais de saúde era ajudar as mulheres a tomarem decisões conscientes e responsáveis em relação à sua vida e saúde. Sobre esse aspecto, o que estamos fazendo e o que podemos fazer em nosso cenário brasileiro?

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, em relação aos dois cenários legislativos e sociopolíticos do aborto provocado, alguns destaques principais devem ser feitos. Em termos de vulnerabilidade individual, observamos que a reação e o acolhimento do companheiro no momento de descoberta da gravidez, bem como o seu apoio no momento de decisão pelo aborto provocado, apresentam-se como elementos dessa dimensão da vulnerabilidade, de modo a reduzi-la ou reforçá-la.

Nessa direção, a relação afetivo-sexual conturbada e/ou violenta apontada na dimensão da vulnerabilidade individual tem como pano de fundo as relações de gênero assimétricas, cujas identidades são traçadas de forma a reiterar relações de poder desiguais, inserindo-se também como elementos de vulnerabilidade social. A violência doméstica intrínseca à cultura

patriarcal impede as mulheres de exercer livremente as suas escolhas. Ainda na referida dimensão, os processos sociais de estigmatização e moral religiosa experimentados pelas mulheres que abortaram ilegalmente (Brasil – Paraíba), em especial, acabam por interagir e justificar algumas vulnerabilidades programáticas.

Por falar em vulnerabilidades programáticas, observou-se em ambos os cenários relatos de violências nos serviços de saúde. No contexto legal, estas foram o que denominamos de simbólicas, travestidas de informações técnicas acerca do procedimento, e com menos frequência. No cenário ilegal, por sua vez, essas tiveram uma frequência maior e foram mais diretas, configurando uma criminalização informal e uma condenação moral, as quais provocam medo e temor nas mulheres e as submete a situações de risco acentuado à saúde.

Conhecer as histórias das mulheres em suas cenas e caminhos percorridos para interromper uma gravidez indesejada nos traz a dimensão de que não se sabe trata apenas de números e estatísticas. A interrupção voluntária da gravidez não é uma decisão leviana, nem tranquila, segundo as entrevistas realizadas. São trajetórias permeadas por sentimentos, dúvidas, violências, etc. em uma rede de vulnerabilidades, mas cujas histórias parecem tornar-se invisíveis aos olhos das políticas e agentes públicos. Vale ressaltar que este estudo não tem o objetivo de generalizar os resultados aqui apresentados, tendo em vista as suas limitações, sendo uma delas o contexto de ilegalidade circunscrito a um estado brasileiro, nem de fazer uma apreciação valorativa das histórias, enquanto certo ou errado, a favor ou contra, pois a complexidade da temática transcende tais maniqueísmos.

Por fim, gostaria de finalizar este capítulo com um depoimento de uma das participantes uruguaias e uma pergunta. Sobre o sentimento final dessa experiência, relatou: *“Sentí como un alivio... suena feo la palabra alivio, pero sí, bueno ya está (...) también me doy con eso, de como un aprendizaje (...) elegí perdonarme si alguna parte de mí no estaba de acuerdo, antes que seguir castigándome.”* E nós, o Estado, a sociedade em geral, as instituições e profissionais de saúde, até quando seguiremos castigando?

## REFERÊNCIAS

ALIO, A.P., *et al.* Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, v. 112, p. 83–87, 2011.



AREND, S. M. F.; ASSIS, G. O.; MOTTA, F. M. **Aborto e contracepção**: histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012. 304 p.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V., AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Juruá, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. *In*: PAIVA, V., AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Juruá, 2012. p. 9-22.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008. 328 p.

BRIOZZO, L. *et al.* Guías Clínicas y aspectos prácticos de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo. *In*: BRIOZZO, L. **Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**. 2ª ed. Montevideo: Arena, 2007. p. 47-97.

COSTA, M. D. L.; VIANA, A. J. B.; SOUSA, E. S. S. O aborto provocado e direitos sociais; problematizando a assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento. *In*: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. **Anais**, 2012. Disponível em <http://www.ufpb.br/evento/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/233/104>. Acesso em: 21 nov. 2020.

COUTO, T. M. *et al.* Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 263-9, 2015.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 22, n.2, p. 653-660, 2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 17, n.7, p. 1671-1681, 2012.



G1 PE; G1 ES. Menina de 10 anos estuprada pelo tio no Espírito Santo tem gravidez interrompida. **Jornal Globo, G1**, Pernambuco, 17 ag. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/08/17/menina-de-10-anos-estuprada-pelo-tio-no-es-tem-gravidez-interrompida.ghml>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GORGOROSO, M. *et al.* **Being part of the solution**: the experience of Iniciativas Sanitarias, Uruguay. Montevideo: Iniciativas Sanitárias, 2011.

LISSARDY, G.. Com lei sobre aborto, Uruguai caminha para ser o 'mais liberal' da América do Sul. **BBC Mundo**. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/10/121017\\_uruguai\\_liberal\\_pai](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/10/121017_uruguai_liberal_pai). Acesso em: 20 nov. 2020.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (org). **A AIDS no mundo**: história social da AIDS. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1993. 321 p.

MARECECK, J.; MACLEOD, C.; HOGGART, L. Abortion in legal, social, and health-care contexts. **Feminism & Psychology**, v. 27, n. 1, p. 4-14, 2017.

MATIELO, F.Z. **Aborto e Direito Penal**. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1994. 108 p.

NGUYEN, P. H. *et al.* The association and a potential pathway between gender-based violence and induced abortion in Thai Nguyen province, Vietnam. **Global Health Action**, v. 6, Suppl 2, p.111-121, 2013.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: prevenção e promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p. 165-208.

PEREIRA, V. N. *et al.* Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1056-1062, 2012.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Ley N° 18.987 – Interrupción Voluntaria Del Embarazo**, de 30 de outubro de 2012.

SOUZA, Z. C.S.N.; DINIZ, N. M F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 20, n. 4. p., 742-50, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems**, 2ª ed, 2012. 132 p.

## DOÊNCIAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS: APONTAMENTOS PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Otávio Soares Pinho Neto

Adir Fátima da Rosa Andrade

Cledy Eliana dos Santos

Nilzimar Ferreira da Silva



**R**eceber o diagnóstico positivo para o HIV não deve ser encarado como uma sentença de morte. Embora a doença não tenha ainda cura conhecida, hoje em dia é possível ter qualidade de vida mesmo sendo soropositivo. No entanto, isso vai depender principalmente de alguns fatores: o diagnóstico precoce, o correto tratamento da patologia e as condições de vulnerabilidade social e estrutural da pessoa diagnosticada.

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) definiu como condições crônicas os problemas de saúde que requerem administração e acompanhamento permanente durante longo período. Inclui, nestas condições, doenças crônicas não transmissíveis, (tais como as cardiovasculares, o câncer e diabetes), distúrbios psíquicos específicos (tais como depressão e esquizofrenia) e, ainda, lesões corporais provocadas (por exemplo, amputações; e doenças crônicas transmissíveis, bem como as doenças crônicas transmissíveis, como a Aids, hepatite B e C, hanseníase e tuberculose. São agravos que continuam sendo algumas das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais.

A Portaria nº 483 de 2014 do Ministério da Saúde do Brasil, considera como doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, em geral, apresentando múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (Art. 2º). Nesse sentido, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) traz a definição de doenças crônico degenerativas como aquelas que, aliadas a um conjunto de fatores, levam à deterioração progressiva da saúde, com etiologia multifatorial, destacando a interação entre comportamento, meio ambiente e perfil genético.

Neste cenário, o monitoramento da prevalência e do atendimento às Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT) é uma das ações mais importantes

da vigilância visando implementar ações preventivas de maior poder custo-efetivo. As DCT são infecciosas e causadas por organismos invasores como vírus e parasitas. Considerando o impacto das doenças crônicas transmissíveis na assistência em saúde pública e a necessidade de seu controle, torna-se prioritário capacitar os profissionais de saúde das Unidades de Saúde em relação ao HIV/Aids, sífilis, hepatites, tuberculose e hanseníase.

Três fatores foram destacados para que a Aids fosse redefinida como condição crônica (ALENCAR et al., 2008): (1) os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV; (2) a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de CD4 e de carga viral e (3) o surgimento e avanços do tratamento antirretroviral. No início da epidemia de Aids e nos anos seguintes, o modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) em serviços especializados, como os Serviços de Atenção Especializada (SAE), mostrou-se o mais adequado e seguro. Com o avanço do cuidado às PVHIV e com a simplificação do tratamento, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências. Nos últimos anos, alguns municípios brasileiros conseguiram melhorar a atenção às PVHIV, a partir da implantação de um novo modelo de atenção em que as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção.

Nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos SAE, dos serviços de atenção domiciliar e equipes de consultório na rua, quando indicado, para compor a rede de atenção. A Atenção Básica favorece o vínculo terapêutico com a PVHIV, promovendo um estilo de vida saudável e a avaliação e identificação dos fatores de risco para outros agravos crônico-degenerativos, tais como o diabetes melitus, a hipertensão arterial, osteoporose, entre outros (BRASIL, 2017).

Transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, a Sífilis é uma infecção que apresenta diferentes estágios, do primário ao terciário, com maior potencial de infecção nas duas primeiras fases, que costumam ocorrer até 40 dias após o contágio. É transmitida por relações sexuais ou pode ser passada da gestante para o bebê. A sífilis congênita, notificada compulsoriamente no Ministério da Saúde, teve aumento de quase 200% ao longo dos últimos dois anos”, conforme alertou a infectologista Brenda Hoagland (2017), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).



No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2006), ao ano, 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis, com prevalência variando de 1,1 a 11,5%, resultando em, aproximadamente 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita, em função da assistência pré-natal e do grau de instrução materna. A transmissão vertical da sífilis pode alcançar taxas entre 70% e 100% em gestantes não tratadas, através das espiroquetas que atingem a placenta e causam endarterite (aumento da resistência das artérias uterinas e umbilicais) e, conseqüentemente, abortos tardios, prematuridade, óbito fetal e sífilis neonatal congênita. O controle da sífilis no Brasil faz parte das metas do Pacto pela Saúde, com sua eliminação projetada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até 2015, o que não aconteceu, principalmente devido à dificuldade no tratamento do parceiro, culminando com tratamento inadequado, ausente ou incompleto ou a subnotificação dos casos.

Estudo realizado entre profissionais de saúde na cidade do Rio de Janeiro indica falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos nacionais de controle da sífilis, além de dificuldade de abordagem de doenças sexualmente transmissíveis (DST), configurando a necessidade de educação continuada para melhoria da assistência (Domingues, Saraceni, Hartz, Leal, 2013). Conforme os autores citados, a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população, garantindo que todas as gestantes tenham acesso adequado ao pré-natal. A sífilis, nas formas congênita e na gestante, é de notificação compulsória, sendo obrigatória sua realização por profissionais de saúde, sendo que sua inobservância confere infração à legislação de saúde (LAFETÁ et al., 2016). No entanto, ainda que se tenha instrumentos diagnósticos (teste VDRL) e terapêuticos (penicilina benzatina) eficazes, baratos e de execução simples, a doença continua sendo um problema de saúde pública mundial.

O mesmo paradoxo se estende para as hepatites B e C. As hepatites virais são doenças infecciosas que têm em comum o hepatotropismo viral primário e constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Cinco vírus são reconhecidos como agentes etiológicos das diferentes hepatites virais humanas: os vírus das hepatites A (VHA), B (VHB), C (VHC), D ou Delta (VHD) e E (VHE). A maioria das hepatites virais agudas são assintomáticas, apresentando uma evolução geralmente benigna, evoluindo para a cura na maioria dos casos. No entanto, na dependência do agente implicado e características imunogenéticas do hospedeiro, podem progredir para a cronicidade, ou mesmo, de maneira mais rara, para a forma fulminante (NUNES et al., 2010).



As infecções pelos vírus da hepatite B (VHB) e C (VHC) representam um problema de saúde pública em todos os continentes, ressaltando-se a hepatite B como uma das infecções mais prevalentes do mundo. Globalmente, estima-se que cerca de 2 bilhões de pessoas foram infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV), mais de 350 milhões vivem com infecção crônica e 600 mil pessoas morrem a cada ano, de causas agudas ou crônicas em consequência dessa doença. Aproximadamente 25% dos adultos que se infectaram durante a infância desenvolverão alguma condição crônica, como cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular. Em relação à hepatite C, avalia-se que cerca de 170 milhões de pessoas foram contaminadas pelo VHC e aproximadamente entre 75% e 85% infectadas podem evoluir para a forma crônica (NUNES et al., 2010).

Estudos feitos no Brasil sugerem que a prevalência da hepatite C varia entre 1% a 2% da população geral. Assim como em outros países, antes de 1992, quando começou a testagem para anticorpos contra o VHC em doadores, os meios mais comuns de transmissão eram as transfusões de sangue e hemoderivados e os transplantes de órgãos. Além desses, as pessoas podem se contaminar em atividades de compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos para o uso de drogas injetáveis; exposição percutânea ou parenteral a agulhas ou outros instrumentos contaminados; compartilhamento de objetos pessoais que entrem em contato com o sangue de pessoas infectadas; e transmissão perinatal. Além desses mecanismos, destaca-se para a hepatite B o papel preponderante como uma doença sexualmente transmissível (DST). O risco de transmissão sexual da hepatite C parece ser baixo (CDC) e aumenta para aqueles que têm múltiplos parceiros, uma doença sexualmente transmissível ou estejam infectados pelo HIV (Brasil, 2018).

A infecção pelo vírus B é responsável por aproximadamente 45% das hepatites virais e, em algumas áreas geográficas, chega a acometer 1 a 2 em cada 1000 gestantes. No Brasil, devido à grande extensão geográfica e a diferenças socioculturais e econômicas acentuadas entre as regiões, a prevalência de gestantes com positividade para o AgHBs varia entre 0,4% e 3,2%. Até 90% dos recém-nascidos infectados por via vertical evoluem para a hepatite crônica, podendo desenvolver complicações como cirrose e carcinoma hepatocelular, além de serem fontes de contágio para seus familiares e contactantes (BRASIL 2018).

O AgHBs é o marcador preconizado pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico da infecção pelo VHB, no entanto, sua solicitação ainda não é recomendada como rotina no pré-natal de gestantes atendidas em serviços

públicos, apesar de reiteradas solicitações encaminhadas pelas Sociedades Brasileira de Pediatria e Brasileira de Hepatologia, o que determina a possibilidade preocupante do subdiagnóstico e consequente subnotificação dessa afecção.

Embora não seja considerada uma IST, a hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, que atinge pessoas de todas as idades, principalmente aquelas na faixa etária economicamente ativa, tendo assim grande importância para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante. A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença, que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta de forma sistêmica, comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. (Brasil, 2018).

Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas, de acordo com a resposta imunológica, específica, do hospedeiro, frente ao bacilo. Esta resposta imune constitui um espectro, que expressa as diferentes formas clínicas da doença. Com uma resposta imunológica competente, o indivíduo evolui para a forma clínica localizada e não-contagiosa da doença; se esta competência não é efetiva, uma forma difusa e contagiosa é desenvolvida. Entre estes dois extremos, encontram-se as formas intermediárias, que refletem, também, graduais variações da resistência ao bacilo.

O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispendo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica (BRASIL, 2000).

A hanseníase é uma doença negligenciada. As doenças negligenciadas têm como características comuns a endemicidade elevada nas áreas rurais e nas urbanas menos favorecidas de países em desenvolvimento, além da escassez de pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos. Essas doenças podem prejudicar o crescimento infantil e o desenvolvimento

intelectual, bem como a produtividade do trabalho. Dessa forma, as doenças negligenciadas são as que “não apresentam atrativos econômicos para o desenvolvimento de fármacos, quer seja por sua baixa prevalência, ou por atingir população em região de baixo nível de desenvolvimento” (BRASIL, 2018). Nesse sentido, não apenas ocorrem com mais frequência em regiões empobrecidas, como também são condições promotoras de pobreza.

Partindo destes pressupostos, verifica-se a importância da Estratégia Saúde da Família como forma de aproximação da população, enquanto uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, e dos agentes comunitários de saúde para busca ativa, investindo na educação continuada. Para uma intervenção eficaz, sugere-se as seguintes metas: (1) o mapeamento epidemiológico geográfico das doenças crônicas transmissíveis, especificamente, a Aids, hepatite B e C, hanseníase e tuberculose e a (2) capacitação dos profissionais das unidades de saúde.

O mapeamento epidemiológico geográfico dos últimos cinco anos, possibilita identificar e compreender o perfil epidemiológico da infecção destas patologias no Brasil, a partir de amostras representativas de cada estado. Ao priorizar as tendências espaciais de distribuição dos casos de patologias no Brasil, utilizando como unidade de análise o estado, busca-se favorecer a elucidação da dinâmica microrregional da doença. A tendência à segregação socioespacial e à formação de “guetos”, onde estão localizadas as minorias de recortes diversos - étnico, religioso, e outros - permite a delimitação, mais fácil, das chamadas regiões geográficas homogêneas, ou micro áreas, indispensáveis às análises comparativas e planejamento de intervenções (BASTOS; BARCELLOS, 1995).

Embora seja disponibilizado inúmeros materiais acerca de protocolos de intervenção para as doenças crônicas aqui abordadas (PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas), sabe-se que nem todo conhecimento chega ao seu destino ou é compreendido de forma satisfatória, principalmente em contextos mais distantes das capitais ou cidades maiores. Neste sentido, a capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no atendimento ao HIV/Aids, Sífilis, Hepatites, Tuberculose e Hanseníase, deve se dar de forma a transmitir conhecimentos técnicos de forma discursiva, atendendo as demandas de cada região. Para tanto, sugere-se o planejamento estratégico situacional, desenvolvido por Matus (1982).

O planejamento estratégico situacional (PES), concebido na década de 80 por Carlos Matus, como proposta teórico metodológica para planejar e governar, favorece a sua aplicação nos níveis setoriais, sem deixar de situar

os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade. Quando adotado como ferramenta de gestão em saúde coletiva, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, pois promove a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, exige a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e tem como finalidade a resolutividade dos serviços, conforme explicado por Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011).

A primeira etapa, momento explicativo, propõe estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas, considerando informações objetivas como dados quantitativos, normas e rotinas, mas também informações subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados, ou seja, o nó crítico. Nesta fase de análise da situação de saúde é crucial que os profissionais, no caso, reconheçam atores e contexto do serviço sobre o qual se realiza a prática gerencial. Neste estudo, o momento explicativo será desenvolvido, tendo-se como lócus de referência cada município selecionado para a atividade. O nó crítico definido – planejamento da ESF em relação às patologias – será validado com os coordenadores das unidades e, posteriormente, na reunião semanal com as equipes, quando serão colhidas impressões sobre a problemática identificada, bem como sugestões que subsidiaram a formulação de objetivos, estratégias e ações para seu enfrentamento.

A segunda etapa, o momento normativo, propõe a definição de objetivos e resultados a alcançar, bem como a previsão de estratégias e ações necessárias para seu alcance. Essa etapa de desenho da situação/objetivo requer análise das tendências de natureza política, econômica e social que poderão influenciar o contexto assistencial, definindo cenários favoráveis ou desfavoráveis à implementação do modelo gerencial. O planejamento requer aqui que se observem obstáculos e oportunidades internas e externas, bem como o tempo que a resolução dos problemas requer e o tempo próprio do período de gestão. No momento normativo, neste estudo, além de restringir essa definição à esfera do nível local, considerando nós críticos cuja resolução depende dos atores e recursos deste nível, os profissionais deverão priorizar até três objetivos, exercitando sua capacidade de tomar decisões a partir da análise sobre a relevância dos problemas e sobre a viabilidade de sua superação. Essa análise deve responder três perguntas: a primeira, relacionada a metas alcançáveis (que resultados posso esperar

na realização das operações planejadas?); a segunda, analisando a governabilidade e reconhecendo as incertezas na condução do processo e na obtenção dos resultados (quais as situações que estão fora do controle da gestão que podem interferir nestes resultados e como adequar as operações frente à tais situações?); e a terceira refere-se à efetividade do plano (que impacto os resultados podem provocar sobre a gestão política e na relação entre os problemas específicos?).

Na terceira etapa, o momento estratégico, os profissionais procederão a análise sobre recursos existentes, considerando normas, dinâmicas e rotinas do trabalho da unidade (recursos operativos), além dos aspectos relacionados ao apoio, à resistência e à indiferença dos atores envolvidos (recursos políticos). Neste caso, serão consideradas brechas relevantes o desconhecimento dos trabalhadores da ESF sobre princípios e atribuições previstas nas portarias e a resistência a mudanças de rotinas.

A quarta etapa, o momento tático-operacional, prevê a programação da implementação das propostas, incluindo cronograma, recursos, atores responsáveis e participantes na execução. É essencial ainda rever os objetivos, definindo estratégias e parâmetros de acompanhamento e avaliação, seja dos resultados, seja do processo, reconhecendo-se a necessidade de flexibilizar o planejamento, mas garantindo sua efetividade e eficácia. Neste sentido, é necessário prever momentos de análise das informações e de revisão das ações e dos recursos programados, assegurando não apenas a visibilidade do processo aos atores envolvidos, mas também a capacidade gerencial e assistencial de se adequar e adaptar frente a situações imprevistas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, assim, contribuir com o conhecimento da epidemiologia, ocorrência e intercorrência das referidas doenças crônicas transmissíveis no Brasil. Esta iniciativa pode subsidiar ações e intervenções nas áreas de diagnóstico, vigilância e tratamento de pessoas vivendo com estas condições, além de expandir os serviços e o acesso ao sistema público de saúde de indivíduos portadores deste agravo.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, TMD; NEMES, MIB; VELLOSO, MA. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas

vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6), 1841-1849, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Boletim Epidemiológico Hepatites**, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**, 2018. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. 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, 2017. 56 p.** Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_dcnt\\_pequena\\_portugues\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Portaria 1073/GM de 28/09/2000.** Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

DOMINGUES RM; SARACENI V; HARTZ ZM; LEAL, MDOC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. **Rev Saúde Pública**; 47(1): 147-56, 2013.

HOAGLAND, B. Seis doenças sexualmente transmissíveis em alta entre jovens brasileiros; saiba como evitá-las. **Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas INI/Fiocruz**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/en/node/64347>.

LAFETÁ, KRG, MARTELLI JÚNIOR, H; SILVEIRA, MF; PARANAÍBA, LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira**

de **Epidemiologia**, 19(1), 63-74, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>

MATUS, C. **Política y Plan**. Caracas: Publicaciones Iveplan, 1982.

NUNES, HM; SOARES, MCP; BRITO, EMF; ALVES, MAX M; SOUZA, OSC; BORGES, AM; SILVA, IS; PAIXÃO, JF. Prevalência de infecção pelos vírus das hepatites A, B, C e D na demanda de um hospital no Município de Juruti, Oeste do Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 1(2), 105-111, 2010. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200013>

**World Health Organization . Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.



# 20

## **A COMPLEXIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR E O USO DE ESCALAS PARA ORIENTAR AÇÕES ASSISTENCIAIS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Maristela Vargas Losekann

Cledy Eliana dos Santos

Daniel Klug



**M**. B., 56 anos ao conversar com a enfermeira da Unidade de Internação durante a admissão no Serviço de Dor e Cuidados Paliativos relata que agora sua vida tem data de validade como um pão de forma, desses que compramos em supermercados e que tem escrito na embalagem. Fala também do seu desejo de voltar o mais breve possível para sua casa. Revela à profissional que a equipe que fez seu diagnóstico lhe deu 6 meses de vida e que esse prazo já está próximo. Tabagista pesado (3 maços de cigarro/dia por 30 anos), internou pela primeira vez há 4 meses, via emergência, com um quadro de emagrecimento acentuado, disfagia à líquidos e dispneia progressiva. O diagnóstico realizado, alguns dias após a internação, pela equipe da cirurgia oncológica evidenciou um tumor maligno no terço superior do esôfago com invasão da traqueia. Durante a primeira internação o paciente foi submetido a uma traqueostomia e colocação de uma gastrostomia. Após várias internações e tratamentos, em função do estágio da doença e do prognóstico reservado, foi transferido via consultoria para o serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Nessa etapa da doença, o paciente encontrava-se muito debilitado, recusava a alimentação por sonda de gastrostomia com frequência em função do desconforto abdominal e da dor que era constante, passava a maior parte do tempo no leito e surgiram lesões por pressão em região sacra agravadas pela desnutrição. Necessitava também, progressivamente, de suporte de oxigênio, sendo que durante o tempo de internação apresentou infecções respiratórias de repetição com a eliminação de grande quantidade de secreção pela traqueostomia. No entanto, ao conversar com a equipe do serviço de Dor e Cuidados Paliativos o paciente demonstra seu desejo de retornar para casa o mais breve possível, mas está inseguro com relação ao tipo de cuidado de que necessita no domicílio, pois usa traqueostomia, possui sondas e tem um curativo na região sacra. Nesse caso, a partir do momento da alta hospitalar, os profissionais da Atenção Primária à Saúde precisam dar continuidade ao processo de cuidado que se iniciou no ambiente hospitalar durante a internação. Mas o que é necessário para que a comunicação entre o hospital e as redes de Atenção Primária à Saúde (APS) seja qualificada e reduza tanto a ansiedade do paciente e de seus familiares quanto a da equipe da APS? Uma Nota de Alta é suficiente para isso? Que ferramentas podem qualificar

a transição do cuidado e fazer com que ela ocorra de forma segura tanto para o paciente como para a equipe que irá acolher esse paciente?

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem assumido, cada vez mais, cuidados complexos, seja pela sua relevância no âmbito da saúde, seja pelas características das necessidades dos usuários atendidos, seja como referência no cuidado longitudinal. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na sua essência, a APS cuida das pessoas, em vez de apenas tratar doenças ou condições específicas, ofertando atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade. A APS pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida incluindo serviços que vão desde a promoção da saúde e prevenção até o controle de doenças crônicas e cuidados paliativos (OPAS, 2021).

Pesquisa realizada no sul do Brasil com dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2016, analisou dados provenientes da Escala de Perroca<sup>1</sup>, um dos instrumentos do Sistema de Classificação de Pacientes<sup>2</sup> (SCP). Esse estudo mostrou que dos 2.486 pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos durante o período

- 1 Escala de Perroca é um dos instrumentos de classificação de pacientes, criado por pesquisadores brasileiros que criaram e validaram este instrumento de classificação e implementaram seu uso em ambientes hospitalares. Essa escala permite o seu uso no dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, assegurando uma distribuição mais equitativa da assistência, aumentando a produtividade e a eficiência hospitalar. O instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca possui 13 indicadores críticos baseados nas necessidades humanas básicas. O score final da escala é distribuído em quatro classes correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos. O aumento da pontuação tem como significado a maior necessidade de cuidado (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; FUGULIN, GAIDZINSKI, 1999; PERROCA, 2011).
- 2 O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a necessidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade do cuidado (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998). GIOVANNETTI (1979) diz que além de identificar os pacientes em grupos de cuidados ou categorias, quantifica uma medida dos esforços de enfermagem requeridos. DE GROOT (1989) amplia este conceito voltado para o gerenciamento de recursos e coloca o SCP como um método capaz de determinar, validar e monitorar as necessidades de cuidado individualizado do paciente, utilizando os dados obtidos como subsídio para alocação de pessoal de enfermagem, planejamento de custos da assistência e manutenção de padrões de qualidade. Em vista disso, o Conselho Federal de Enfermagem na Resolução COFEN n. 0543/2017 indica para o cálculo de pessoal

analisado, mais de 50% dos pacientes obteve alta hospitalar. Destes, 70% necessitaram de Cuidados Intermediários, Semi-Intensivos e Intensivos (SANTOS, KLUG, CAMPOS, LOSEKANN, NUNES, CRUZ, 2018).

A APS tem absorvido, portanto, um número crescente de pacientes pós-hospitalização em serviços de cuidados paliativos classificados como pacientes com necessidades de cuidados semi-intensivos ou intensivos que precisam ter continuidade no cuidado das ações assistenciais. Este fato, evidenciado através da pesquisa, coloca ainda mais em destaque a necessidade de integração dos serviços como forma de garantir o planejamento da alta do hospital para casa impedindo a fragmentação do cuidado e reduzindo a insegurança de familiares e da equipe que irá acolher esse paciente. A qualificação da transição do cuidado, nesse caso, é imprescindível para garantir o seguimento do cuidado ofertado à nível hospitalar e uma forma de prevenir eventos adversos, visitas de retorno a setores de emergência e reinternações hospitalares (LIMA et al., 2018).

A forma como o usuário é referenciado para a rede APS, depende em grande parte, da comunicação entre as equipes assistenciais e de como os registros na documentação da alta hospitalar são produzidos. O estabelecimento do vínculo entre a instituição responsável pela hospitalização de um usuário e o serviço de saúde que dará seguimento a este cuidado no domicílio pode ser extremamente exitoso e profícuo. No entanto, falhas no aspecto comunicacional e no compartilhamento do conhecimento da equipe são alguns dos aspectos que interferem diretamente nesse sucesso.

Este capítulo tem o objetivo de apresentar e discutir de que forma a comunicação entre os hospitais e as redes de APS pode ser qualificada, incorporando escalas, orientações e registros assistenciais que quantifiquem o grau da necessidade de cuidados de pacientes em cuidados paliativos.

## **A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO PARA AS EQUIPES ASSISTENCIAIS**

Transição do Cuidado (TC) é definida como um conjunto de ações que tem como objetivo assegurar a coordenação segura e a continuidade da assistência à saúde dos pacientes à medida que eles transitam entre diferentes profissionais, serviços de saúde, ambientes ou níveis de atendimento,

---

da enfermagem o uso os seguintes instrumentos de Classificação de Pacientes: Dini (2014); Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005); Martins (2007); Perroca e Gaidzinski (1998) Perroca (2011).

de acordo com sua condição de saúde e necessidades de cuidado (BRASIL, 2020; LIMA et al., 2018; KANSAGARA et al., 2016; JOINT COMMISSION, 2013; COLEMAN et al., 2007).

Nesse sentido, quando pacientes com necessidades de cuidados ampliados e complexos, como é o caso dos pacientes em Cuidados Paliativos, transitam entre uma unidade de internação hospitalar e a rede de APS torna-se imprescindível colocarmos em uso os conhecimentos que a equipe assistencial de saúde acumulou desde o início do estabelecimento do vínculo com o paciente. Conhecimentos estes que não são poucos e que vão sendo reunidos dia após dia através do contato entre a equipe e o paciente e seus familiares. Esse conhecimento surge nos momentos de planejamento e gestão do cuidado, na tomada de decisões coletivas e nas escolhas que equipe e usuário vão fazendo com relação ao cuidado desejado.

Essa lista de informações produzidas por diferentes profissionais que cuidam e também pelo paciente sobre como ser cuidado são essenciais para que consigamos assegurar que ele tenha suas necessidades atendidas. Nesse processo de acúmulo de saberes, até mesmo o processo de educação em saúde voltado para o autocuidado e autogerenciamento poderá sofrer adaptações ou não acontecer em função de que naquele momento o usuário não se sente preparado para aprender e realizar cuidados tão complexos e/ou dolorosos. Talvez esse momento de elaboração nunca ocorra para alguns usuários, o que é totalmente aceitável. E isso também é um aprendizado valioso.

Da mesma forma que a transição do cuidado tem como objetivo assegurar a coordenação segura e a continuidade da assistência, é importante que os cuidados paliativos façam parte da linha de cuidado e que sejam incluídos em todos os níveis de atenção, em especial, na atenção básica (ATTY; TOMAZELLI, 2018).

Neste sentido, precisamos que na APS tenhamos profissionais de saúde capacitados e que consigam identificar as pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos; que demonstrem domínio dos modelos de assistência e organização de serviços em Cuidados Paliativos; que realizem avaliação do paciente e identifiquem as demandas de cuidado, de acordo com a área de atuação e conheçam a evolução sociológica do processo de morrer dos diversos grupos e subgrupos populacionais e seu impacto sobre a situação de vida e saúde da população.

O profissional da APS precisa dar continuidade ao processo de cuidado que se iniciou no ambiente hospitalar durante a internação e que seguirá, muitas vezes, até o final da vida. Nesse sentido, conhecer o perfil



epidemiológico do território em que a unidade de saúde está situada e a complexidade de cuidado dos usuários por ela atendidos são ações importantes para conhecer melhor o fluxo desses usuários na rede, realizar o planejamento e o bom acompanhamento da saúde dos usuários. Portanto, a organização de serviços de saúde deve conhecer o perfil dos usuários oncológicos na atenção domiciliar e considerar o cuidado integral do indivíduo com câncer, garantindo quando necessário, os cuidados paliativos (ATTY; TOMAZELLI, 2018)

No processo de transição do cuidado o que nos parece mais desafiador para as equipes assistenciais de pacientes em cuidados paliativos são as formas como esse conhecimento, construído coletivamente sobre as questões específicas de cada um dos casos atendidos e acompanhados nos serviços e unidades de saúde, tem sido registrado e compartilhado. Os obstáculos estão em fazer com que o planejamento de cuidado realizado de acordo com a área de atuação profissional e que priorizam ações conforme a demanda do paciente e ou família ultrapassem as paredes de uma instituição hospitalar e sejam compartilhadas em sua totalidade com toda e qualquer equipe que irá ofertar qualquer tipo de cuidado a este usuário. O que deve nos mover é esse aprendizado sobre como utilizar conhecimentos úteis para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças graves, avançadas, com base nos princípios e diretrizes do SUS e de suas políticas.

Inicialmente, para comunicarmos bem devemos saber o que é necessário comunicar, saber selecionar que informações serão importantes para dar seguimento ao cuidado. A comunicação exige também um certo nível de aproximação dos profissionais envolvidos com os princípios dos Cuidados Paliativos, das pessoas com doenças graves, avançadas e sem possibilidade de tratamento curativo. Esta aproximação da equipe com os fundamentos do paliativismo pode funcionar como um filtro das informações que são importantes nessa etapa da vida dos usuários.

Nas situações em que as informações não são compartilhadas de forma responsável e completa a vulnerabilidade dos pacientes em cuidados paliativos, mediante suas necessidades de saúde, tende a aumentar. Os entraves comunicacionais terão repercussão imediata nas ações assistenciais direcionadas a esses pacientes.

O agravamento dessa situação pode culminar com a ocorrência de eventos adversos e riscos para a segurança do paciente caso a comunicação não ocorra de forma eficaz ou pelo fato de que os profissionais de saúde não detêm o conhecimento necessário para realizar esse processo de Transição do Cuidado de uma forma tranquila e com qualidade.



Estudos demonstram que o processo de Transição do Cuidado é uma situação crítica para que falhas na comunicação aconteçam (PENA; MELLEIRO, 2018) e que são poucos os casos que apresentam transições de cuidado eficientes para pacientes e suas famílias, principalmente no que diz respeito a planejamento da alta, o que gera fragmentação no cuidado pós-alta (LIMA et al., 2018).

Portanto, esse processo que se inicia a partir do momento que o usuário acessa o sistema de saúde em qualquer um dos seus níveis de atenção deve ser tratado com seriedade, pois quando a transição do cuidado do hospital para o domicílio é subestimada, ocorre um aumento nas reinternações e queda na qualidade do cuidado em saúde (PARANAGUÁ et al., 2014).

Da mesma forma, o processo de educação do paciente, seus familiares e cuidadores é determinante para a transição do cuidado e deve ter início no primeiro dia de internação e seguir no domicílio, sempre considerando os recursos e as tecnologias disponíveis em cada um desses territórios.

A produção do autogerenciamento e o desenvolvimento da autonomia deve ser colocada como prioridade tanto para o paciente e sua rede de apoio como para a equipe assistencial que irá acolhê-lo. Nesse caso, questões que parecem simples, como saber o tipo de sonda ou dispositivo urinário que o paciente está fazendo uso, por exemplo, e o porquê da escolha desse tipo de material torna-se parte fundamental do cuidado. A equipe de saúde ao ter domínio dessa informação saberá como proceder em caso de necessidade de trocas ou ajustes. Fará também com que os profissionais da APS tenham noção dos seus limites na realização de determinado cuidado, como no caso de colocação de uma sonda entérica às cegas em uma paciente que teve sua sonda sabidamente passada com dificuldade por via endoscópica.

Alinhar as ações das equipes multiprofissionais especializadas com a rede da APS que irá receber o paciente exige o estabelecimento de uma comunicação eficiente. Um desafio para quem deseja oferecer uma assistência à saúde com qualidade em cuidados paliativos. E, para que isso ocorra efetivamente, as informações sobre esse paciente, único e singular, devem chegar completas ao serviço de saúde que lhe acolheu.

## **FERRAMENTAS UTILIZADAS PARA FACILITAR A TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE EQUIPES**

O documento principal entregue ao paciente e seus familiares no momento da alta hospitalar é a Nota de Alta. Ferramenta destinada ao

registro das informações decorrentes de um percurso de adoecimento, nela são registradas pelo médico o diagnóstico, resultado de exames e procedimentos, orientações com relação ao uso de medicamentos e sondas, bem como os cuidados realizados no âmbito hospitalar. O objetivo dessa ferramenta é transferir o maior número possível de informações sobre o paciente durante o processo de transição do cuidado de um profissional para o outro.

No entanto, as informações contidas nestes documentos, muitas vezes, são insuficientes para a continuidade do cuidado. Pesquisa envolvendo passagem de informações entre médicos intensivistas que foi realizada no Canadá destaca que não existia padrão ou um roteiro sistematizado do que deveria ser compartilhado e que as informações se restringiam ao estado atual do paciente, sem mencionar o histórico do paciente (ILAN et al., 2012).

A Nota de Alta deve englobar o registro completo, objetivo e com o detalhamento do que foi feito em cada uma das demandas apresentadas, bem como as situações consideradas problemáticas, preocupantes ou simplesmente dignas de atenção pela equipe. Além disso, deve conter todos os cuidados identificados como necessários durante a internação e que precisam chegar até a equipe que irá seguir no gerenciamento do cuidado do paciente. Devemos incentivar o uso de ferramentas que tragam de forma clara a necessidade de cuidados evidenciados no momento da alta.

Sabemos que o planejamento da alta inicia no momento em que o paciente acessa o serviço de internação, e sempre têm como aliados os familiares e cuidadores que irão dar continuidade ao cuidado no domicílio. Mas também é preciso que precocemente se inicie a comunicação com a equipe do serviço que irá acolher esse usuário futuramente. Mas como realizar uma boa comunicação com a equipe que irá dar seguimento ao cuidado prestado se somente um dos profissionais que realizou o cuidado redige o documento?

Os membros da equipe, dentro das suas especialidades, devem trabalhar de forma encadeada tanto no planejamento da alta como na identificação dos cuidados e limitações do paciente. Portanto, deve-se ter a possibilidade de registro de informações de outros profissionais envolvidos no cuidado, tornando a nota de alta um documento multidisciplinar.

Salientamos aqui que muitas são as evidências dessa descontinuidade do cuidado, mas o documento Nota de Alta nos parece ser bastante ilustrativo ao trazer com frequência a frase: "procure o seu médico". Estas palavras colocam em evidência o que a equipe não o fez de forma responsável: a transição do cuidado. Planejar a alta demanda tempo e organização por

parte das equipes. Exige também o uso de estratégias que garantam a monitorização do processo através de ligações e visitas domiciliares.

Ao entrarmos no campo de necessidades dos usuários, não podemos pressupor a existência de uma equipe e de um cuidador preparado para dar continuidade ao cuidado, para usar de tecnologias leves e duras, a dar seguimento no projeto terapêutico adequado. Não podemos simplesmente encaminhar o usuário e acreditar na existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, com o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório.

É preciso conhecer o perfil assistencial dos pacientes internados nos serviços de cuidados paliativos e a rede que irá acolher esse sujeito. Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) já sinalizavam para a importância do uso do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) em um estudo realizado nas Unidades de Internação do Hospital Universitário da USP que teve por objetivo identificar o perfil assistencial dos pacientes internados como subsídio para alocação de recursos humanos, avaliação do quadro de pessoal de enfermagem e como fundamentação para os processos de tomada de decisão relacionados à organização e ao planejamento da assistência de enfermagem.

Segundo as autoras, o conhecimento do perfil assistencial dos pacientes, obtido através do uso do SCP, pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades desses pacientes, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes, em cada Unidade.

A Escala de Perroca foi um instrumento criado por pesquisadoras brasileiras com o objetivo de quantificar e classificar o grau de exigência de cada um dos usuários durante o tempo de internação, também para facilitar o cálculo do número de profissionais de enfermagem necessários para realizar o cuidado. O escore final da escala é calculado pela soma da pontuação atribuída para treze itens agrupados em quatro classes correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

No entanto, percebemos que os dados obtidos com a aplicação da escala podem ser incorporados à Nota de Alta e torna-se uma ferramenta para a articulação da rede e também para o planejamento da alta, pois a escala fornece informações completas sobre cuidados que este usuário irá precisar no domicílio. O uso da escala pode favorecer a criação de propostas viáveis de atenção em Cuidados Paliativos sob a perspectiva da

integralidade, universalidade e equidade, por meio da atuação dos trabalhadores no contexto dos serviços e instituições do SUS. Da mesma forma, abre a possibilidade para a discussão de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e assistência para pessoas com enfermidades crônicas ou na fase final da vida.

Da mesma forma, as equipes hospitalares podem iniciar um programa de educação continuada com a família, de forma individualizada, mas com aporte da escala. O uso da escala Perroca no momento da alta indica resumidamente que cuidados serão necessários e, juntamente com orientações da enfermagem, da psicologia, da fisioterapia podem servir como uma boa ferramenta de orientação no âmbito dos cuidados paliativos na APS. Além disso, pode favorecer a comunicação entre os níveis assistenciais da rede de saúde, bem como com a família. Ao propor um olhar mais detalhado sobre o tipo de cuidado que esse usuário irá necessitar no âmbito da atenção primária, o uso dessa ferramenta permitirá que as equipes sejam capacitadas e treinadas para realizarem a transição do cuidado de forma mais consciente e com maior qualidade na assistência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A comunicação é um elemento importante na continuidade do cuidado, sendo fundamental para o processo de transição do cuidado. As equipes assistenciais que trabalham no hospital, muitas vezes, não se comunicam com as equipes de APS e vice-versa. Considerando que o prontuário do paciente fica fragmentado em parte no hospital e parte na UBS, então a proposta de nota de alta multidisciplinar que incorpore avaliações registradas em escalas, como a Escala de Perroca por exemplo, pode ser um mecanismo para maximizar a qualidade da comunicação em saúde auxiliando na redução da vulnerabilidade em que os pacientes em cuidados paliativos já se encontram.

## **AGRADECIMENTOS**

Os autores agradecem ao Grupo Hospitalar Conceição – RS/Brasil, à Gerência de Internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição, à Gerência de Saúde Comunitária e às equipes do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição e da Unidade de Saúde Vila Floresta.

## REFERÊNCIAS

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.12, n. 116, p. 225-236, jan./mar. 2018.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 0543/2017**. Anexo I Conceitos e metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem. Consulta em: 03 de janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-2017-ANEXO-I.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.

DE GROOT, H.A. Patient classification system evaluation. Part 1: essential systems elements. **J. Nurs. Adm.**, v. 19, n. 6, p. 30-5, 1989.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.13 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2005. Consulta em: 03 de janeiro de 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100012)

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. O Sistema de Classificação do Paciente: análise do tempo médio de cuidados de enfermagem. **Nursing** (São Paulo). 1999;11(2):27-34.

GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **J. Nurs. Adm.**, v. 9, n. 2, p. 4-9, 1979.

ILAN, R.; LE BARON, C. D.; CHRISTIANSON, M. K.; HEYLANDA, D. K.; DAY, A.; COHEN, M. D. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. (Online), **BMC Health Serv Res**. 2012;12(11):1-10.

LIMA, MAGALHÃES, OELKE, MARQUES, LORENZINI, WEBER et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018; 39: e20180119.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Atenção Primária à Saúde**. Consulta: 2 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SANTOS, Andressa Luanna Moreira dos; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014;48(1):41-7.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem USP** [Internet]. 1998 [citado 2016 jul. 24];32(2):153-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n2/v32n2a09.pdf>

PERROCA, Marcia Gdlan. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. **Rev Latino Am Enfermagem**. 2011;19(1):58-66.

SANTOS, Cledy Eliana dos; KLUG, Daniel; CAMPOS, Luciana; LOSEKANN, Maristela Vargas; NUNES, Thaíse da Silva; CRUZ, Ricardo Pedrini. Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2018; 52: e03305.



## **TELETRIAGEM DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - PB**

Lorena Lauana Cirilo Silva

Lucas Costa Macedo

João Marçal Medeiros de Sousa

Cristianne da Silva Alexandre

Pablo Rodrigues Costa Alves



*“Certa ocasião Dona I. S. V., 25 anos, natural e procedente da cidade de Bayeux na Paraíba, hipertensa e diabética, estava angustiada por não saber o que fazer com os resultados dos seus últimos exames laboratoriais em meio a pandemia do COVID-19. Ela precisava de ajuste de suas medicações, mas devido a quarentena e as políticas de distanciamento e isolamento social, seu acompanhamento no hospital universitário (HU) da cidade foi suspenso. Ela havia sido encaminhada há menos de 01 ano ao nefrologista para o acompanhamento do tratamento de Glomerulopatia Esclerosante Segmentar e Focal (GESF) no HU. Ela usa, diariamente, três medicamentos: Losartana 50mg, de 12 e 12 horas, Ciclosporina 75mg, também duas vezes ao dia e Amitriptilina 25 mg, um comprimido por dia.*

*No tempo em que houve fechamento e suspensão de atividades da quarentena, Dona I. S. V. teve sua consulta cancelada no serviço. A situação não se agravou mais porque ela conseguiu uma receita com médico de um PSF (Programa de Saúde da Família), perto de sua casa, e pegou a medicação que precisava no CEDMEX, o centro especializado de dispensação de medicamentos excepcionais, onde distribuem esses medicamentos caros e que não se encontram no balcão da farmácia.*

*No entanto, no auge da pandemia, apesar da ajuda do médico do PSF, Dona I. S. V. estava há aproximadamente 05 meses sem tomar a sua medicação. Sua justificativa? Porque na última vez que foi pegar o medicamento ele estava em falta, e ela iria precisar de nova receita para conseguir pegar o medicamento. Além de tudo isso, Dona I. S. V. estava bastante preocupada pois, nos últimos dias, vinha notando a urina espumosa, de odor forte, indo ao banheiro urinar mais que o usual, mas em geral ainda urinando menos que o comum, com uma sensação estranha, como se a bexiga ainda estivesse com algo, mesmo depois de urinar. E agora, o que ela poderia fazer? A quem pedir ajuda nesta situação?”*

**E**ste capítulo tem o objetivo de apresentar o projeto de teleatendimento e teletriagem para pacientes portadores de doenças renais em acompanhamento no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

## **CONHECENDO A TELETRIAGEM/TELEMEDICINA**

O cenário criado pela propagação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) parece ser efetivamente combatido por meio do isolamento social e medidas eficientes de higienização. Nesse sentido, tendo em vista a necessidade de proteger tanto a saúde dos médicos, que estavam na linha de frente de combate dessa batalha, como a dos pacientes, foram adotadas medidas de distanciamento, isolamento e quarentena social em todo o território nacional, baseando nas normas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Visando atenuar os danos causados pela inadiável necessidade de limitar o contato físico entre as pessoas, foi sancionada pelo presidente da república, em caráter emergencial e temporário, e publicada no Diário oficial da União em 16 de Abril deste ano, a Lei número 13.989, que dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus no país. Esta lei, define telemedicina como o “exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde” (BRASIL, 2020).

O CFM reconhece inúmeras modalidades da Telemedicina: a teleconsulta (consulta remota), a teleinterconsulta (a troca de informações e opiniões entre médicos via plataformas digitais), telediagnóstico (ato médico à distância para a transmissão de laudo ou parecer médico), telecirurgia (cirurgia mediada por tecnologias interativas via equipamentos robóticos), telemonitoramento (monitoramento/vigilância de parâmetros de saúde à distância), teleorientação (preenchimento remoto de declaração de saúde ou adesão a plano privado), teleconsultoria (ato via plataformas digitais com o fim de sanar eventuais dúvidas) e a teletriagem, esta última largamente utilizada neste trabalho, que consiste na avaliação médica de

sintomas à distância, para direcionar o paciente ao tipo mais adequado de assistência que ele necessita (CFM, 2020; CREMERJ, 2020).

## **MODELO DE TELETRIAGEM REALIZADO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Na tentativa de garantir a assistência à saúde tão necessária aos pacientes portadores de nefropatias, que necessitam da frequente e contínua assistência médica, dado o risco de inúmeras complicações graves inerentes à fase da história natural da doença que se encontram, bem como seus respectivos tratamentos, surgiu o projeto intitulado NEFROVIRTUAL, com o objetivo geral de realizar atendimento de teletriagem para pacientes portadores de doenças renais, previamente acompanhados no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), nos termos da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) no 2.228/2019 (CFM, 2019).

Os atendimentos foram realizados por meio do aplicativo Instagram® com o perfil da Liga Acadêmica de Nefrologia da Paraíba (LANEF-UFPB) através do endereço eletrônico @lanef.ufpb. O contato foi realizado entre pacientes e estudantes selecionados para esta atividade – acadêmicos da graduação em Medicina da UFPB que compõem o corpo da Liga Acadêmica de Nefrologia da Paraíba que se voluntariaram. Na tentativa de otimizar o contato assíncrono, foi elaborada uma escala de plantão entre os estudantes e os profissionais orientadores.

Após o primeiro contato e obtenção da autorização para a coleta dos dados, o ligante, previamente treinado, realizava a entrevista clínica, coleta de exames laboratoriais e outros pertinentes ao caso em questão, de acordo com um fluxograma previamente elaborado no Google Forms®, que após seu preenchimento era impresso e tinha sua versão online deletada.

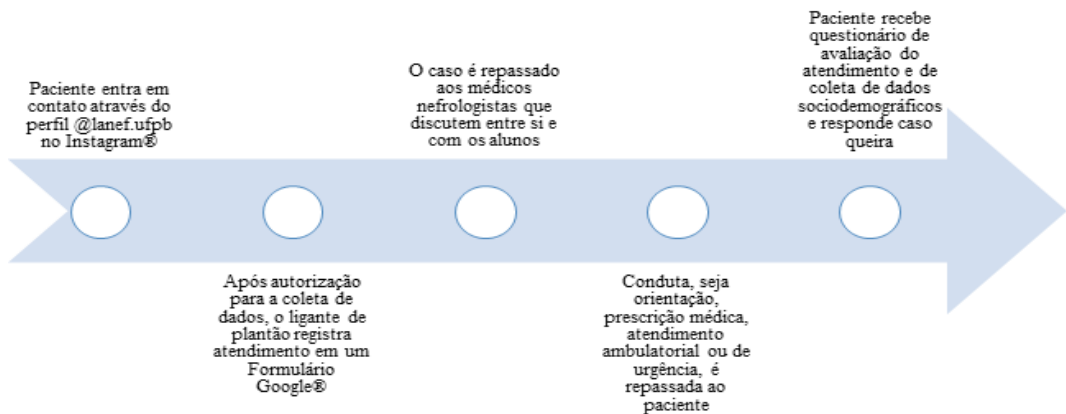
A seguir o caso era discutido entre os dois médicos nefrologistas integrantes do projeto e os alunos voluntários, por meio de plataforma digital (Grupo no aplicativo WhatsApp). A conduta final, seja orientação, prescrição médica, agendamento de consulta ambulatorial ou mesmo indicação de busca de atendimento de urgência e emergência, era repassado ao paciente, por meio do Instagram ou e-mail (quando o paciente optava por receber um receituário pelo email), certificando-se sempre de que houve total compreensão da conduta recebida.

Por fim, os pacientes eram orientados a responder, caso desejassem, um formulário de avaliação do atendimento recebido e de coleta de dados

sociodemográficos. O fluxograma de atendimento apresentado está esquematicamente representado na figura 1 a seguir.

É acerca dos dados clínico-laboratoriais coletados ao princípio da consulta, como os oriundos do formulário de coleta de dados sócio-demográficos/avaliação do serviço que discutiremos a seguir os impactos, efeitos, produtos, avaliações e limitações do projeto NEFROVIRTUAL.

**Figura 1:** fluxograma de teleatendimento do projeto NEFROVIRTUAL



**Fonte:** Próprios autores (2020)

O projeto buscou reforçar o tripé Ensino-Pesquisa-Extensão; desenvolver competências, habilidades e atitudes do acadêmico frente aos desafios inerentes ao atendimento virtual do profissional de saúde, bem como ampliar os conhecimentos acerca das principais patologias presentes na prática diária do nefrologista. Contribuindo, portanto, não só na formação técnica, mas humanista, sendo capazes de aplicar seus conhecimentos aprendidos na graduação e sistematizando a própria experiência, organizando o trabalho e solucionando problemas concretos da relação médico-paciente.

A partir do fortalecimento do vínculo universidade-sociedade para garantir o acesso remoto dos pacientes portadores de doenças renais, respeitando as recomendações preconizadas pela OMS para combate à pandemia da COVID-19, o projeto preconiza em seus objetivos específicos:

- Realizar atendimentos de teletriagem e orientação para pacientes previamente acompanhados no serviço ambulatorial do hospital universitário;
- Realizar atendimento presencial, no ambulatório de Nefrologia do HULW/UFPB para pacientes identificados com sinais de alarme durante a teletriagem;
- Fornecer laudos/receitas de medicações para os pacientes previamente acompanhados que necessitem de tais documentações para dar continuidade ao tratamento;
- Ofertar aos estudantes extensionistas a oportunidade de desenvolver projetos com impacto social, ampliar suas habilidades teórico-práticas em nefrologia, bem como gerar conhecimento de relevância para a formação acadêmica;
- Fortalecer o tripé ensino-pesquisa-extensão preconizado pelas diretrizes curriculares da Universidade Federal da Paraíba;
- Coletar dados que poderão ser utilizados para produção científica.

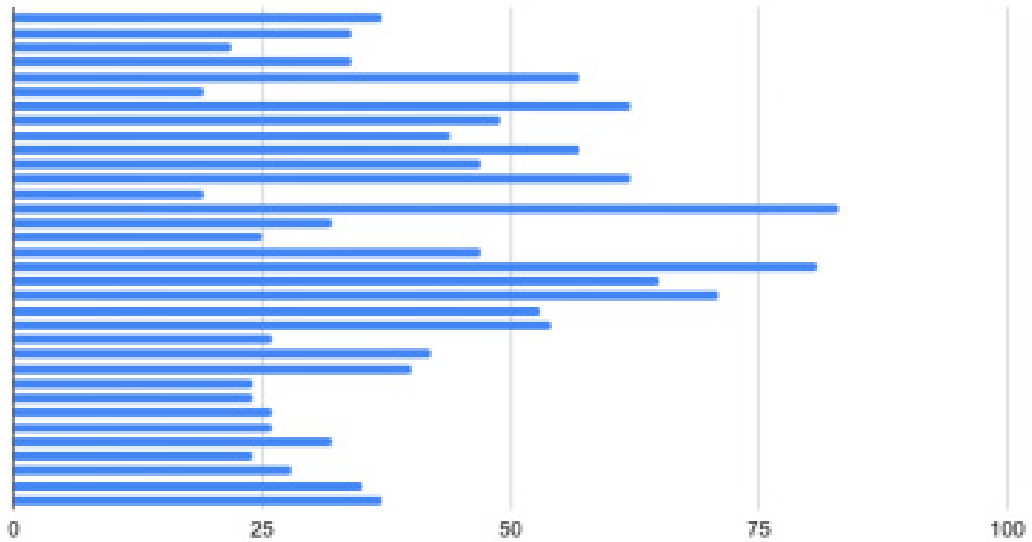
## **PERFIL E RESULTADOS DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Entre os dias 27 de abril de 2020 e o dia 30 de julho de 2020 (aproximadamente 3 meses) foram ofertados 55 atendimentos pelo NEFROVIRTUAL. Destes, 34 pacientes (62%) preencheram o questionário de avaliação da ação *on-line* de teletriagem do serviço ambulatorial de nefrologia do HULW.

No que tange à cobertura na área de atuação a média de idade dos pacientes foi de 41 anos, variando entre 19 e 81 anos.. Destes, 64,7% eram do sexo feminino e 35,3% masculino; todos os participantes declararam seu sexo. Em relação a autodeclaração étnica, 41,2% dos pacientes se declararam brancos, 38,2% pardos e 14,7% negros, nos 5,9% restantes se incluem amarelos e aqueles que preferiram não declarar. Quanto ao estado civil, 80% eram casados e 20% solteiros.

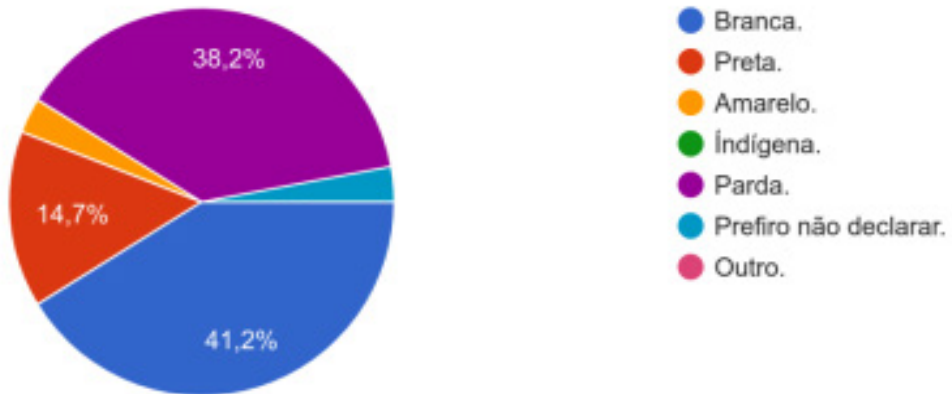
Em relação ao nível de escolaridade, a maior parcela (35,3%) possui ensino médio completo seguidos de 14,7% com ensino superior incompleto, superior completo e ensino médio incompleto cada (gráfico 3).

**Gráfico 1.** Idade em anos dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 34)



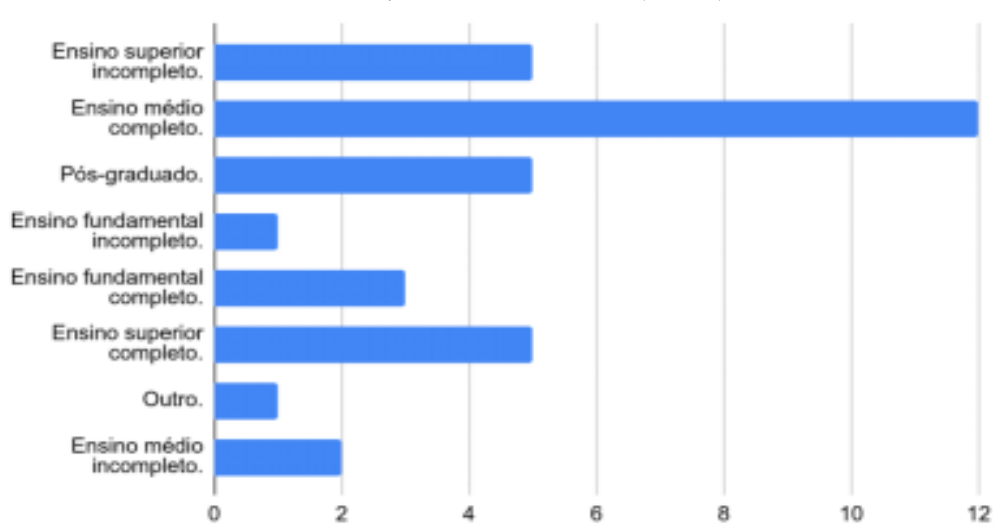
**Fonte:** Autoria própria (2020)

**Gráfico 2.** Cor/Raça autodeclarada dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 34)



**Fonte:** Autoria própria (2020)

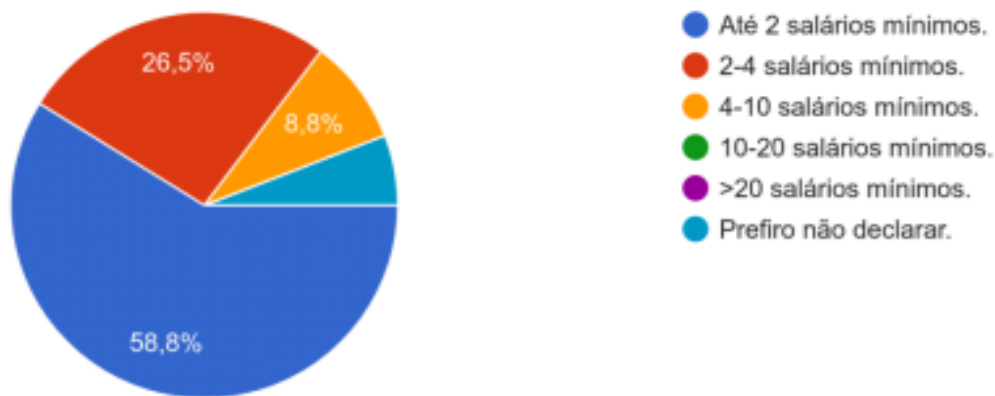
**Gráfico 3** - Grau de escolaridade dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 34)



**Fonte:** Autoria própria (2020)

Quanto à caracterização socioeconômica dos pacientes, 58,8% tinham renda familiar até 2 salários-mínimos, 26,5% entre 2 e 4 salários mínimos, 8,8% entre 4 e 10 salários mínimos e 5,9% não declararam conforme o gráfico 4.

**Gráfico 4** - Renda Familiar dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 34)

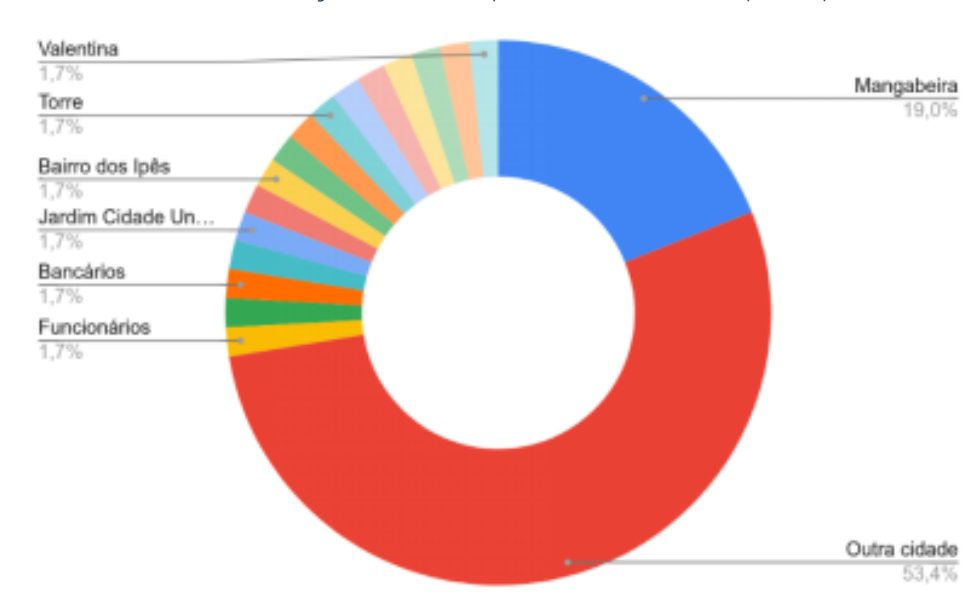


**Fonte:** Autoria própria (2020)



Os pacientes também informaram sua procedência. Em sua maioria eram procedentes da região metropolitana de João Pessoa (Bayeux, Cabedelo, Conde, Mamanguape, Rio Tinto e Santa Rita) e uma menor parcela dos municípios do interior do estado. Esses dados refletem o alcance do teleatendimento prestado pelo NEFROVIRTUAL, que foi capaz de ofertar cuidado aos pacientes de diversas localidades, mesmo aquelas que teriam dificuldades geográficas de ter o acompanhamento. Ademais, estes dados reiteram a necessidade de divulgação do projeto, a fim de aumentar seu alcance para locais mais distantes, mais vulneráveis a falta de assistência médica no atual contexto de pandemia.

**Gráfico 5** - Procedência de bairros de João Pessoa dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 57)



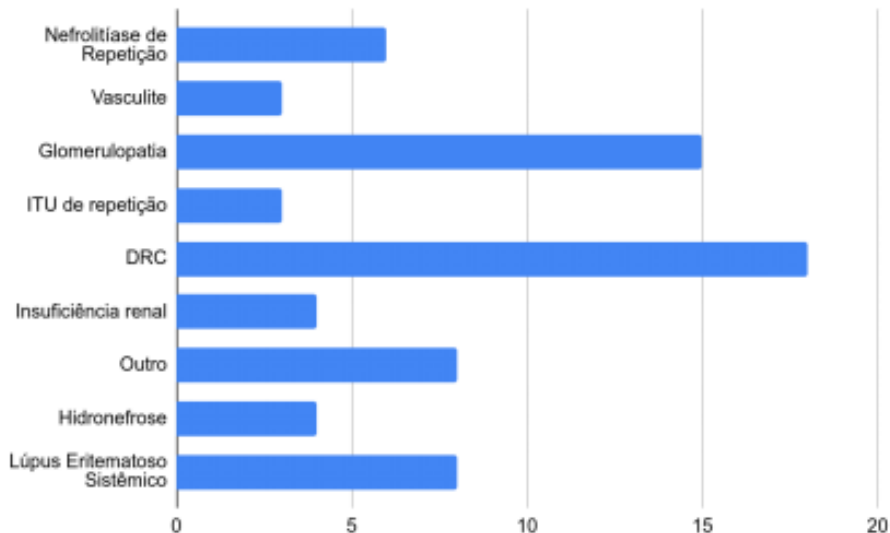
**Fonte:** Autoria própria (2020).

O perfil clínico majoritário dos pacientes atendidos no projeto foi de portadores de doença renal crônica (DRC) e glomerulopatias refletindo o perfil de usuários do serviço de Nefrologia do HULW. Estas patologias encontram-se associadas a possíveis complicações agudas e crônicas graves que incluíam: distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico, azotemia, uremia e infecções, tornando o acompanhamento médico essencial para este grupo de indivíduos.

Desta forma, o projeto permitiu o acompanhamento dos problemas crônicos, bem como a identificação de quadros agudos, levando ao correto manejo ambulatorial e direcionamento para a rede de urgência quando necessário. Além disso, como comorbidades nos pacientes atendidos, destacou-se a associação com diabetes mellitus tipo II (DM2), hipertensão arterial (HAS), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e vasculites. Tais patologias demandam acompanhamento médico contínuo e no paciente com DRC ou glomerulopatia, adicionam tons de gravidade ao já complexo e difícil manejo de suas doenças de base.

Quanto aos diagnósticos de caráter agudo, foram recebidos casos de infecção do trato urinário (ITU) alta e baixa, nefrolitíase de repetição, nefropatia obstrutiva, glomerulonefrite rapidamente progressiva e pacientes com emergência dialítica. Estes pacientes foram identificados na teletriagem virtual e encaminhados para avaliação presencial em regime de urgência e, quando necessário, foram conduzidos para internação hospitalar onde puderam receber os cuidados necessários.

**Gráfico 6** - Perfil clínico dos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 57)



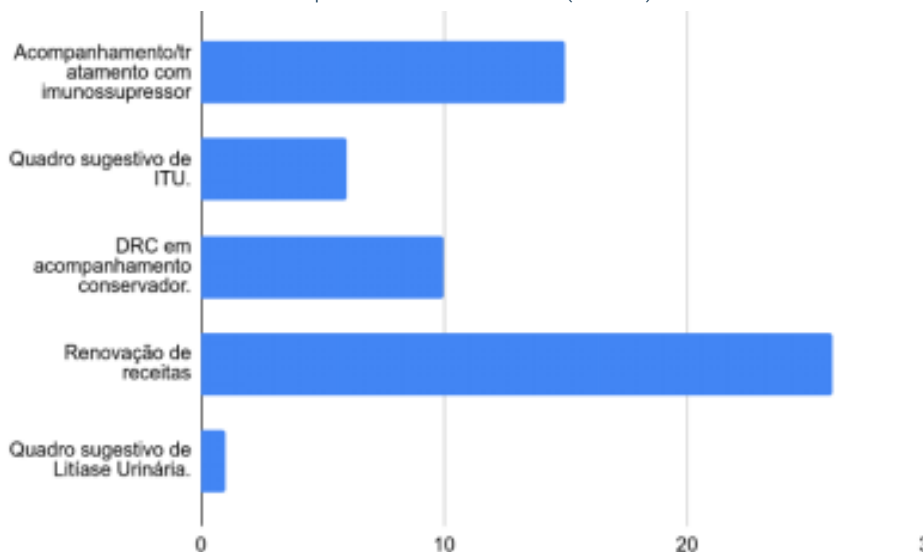
**Fonte:** Autoria própria (2020).

No entanto, mais de 60% das demandas trazidas pelos pacientes foram para renovação de receitas, atualização de laudo médico especial (LME) e manutenção das consultas de retorno para o acompanhamento

conservador da DRC. Vale ressaltar que pacientes portadores de DRC e de glomerulopatias são usuários de medicações de uso contínuo, por vezes, caras e imprescindíveis para manutenção da sua saúde. Devido a isso, o ajuste medicamentoso a partir dos exames laboratoriais de controle e o preenchimento das LMEs são relevantes para a assistência desse grupo.

Além dos casos citados, foram frequentes pacientes que se apresentaram para tirar dúvidas em relação ao uso de medicações para o manejo dos sintomas do novo coronavírus (COVID-19) devido a doença renal de base.

**Gráfico 7** - Queixas mais comuns no teleatendimento de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 57)

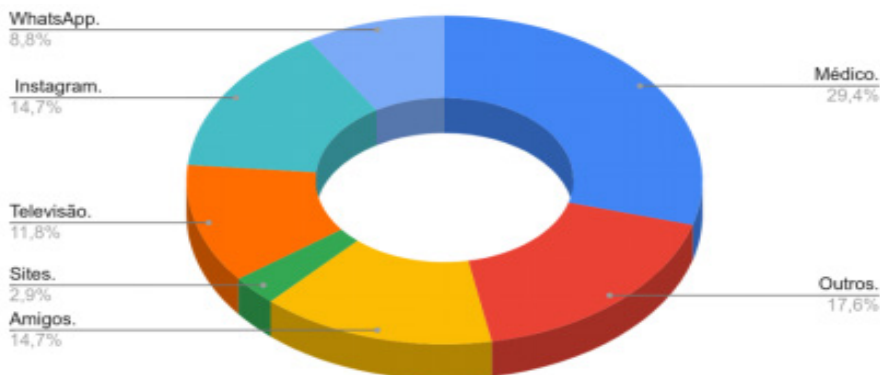


**Fonte:** Autoria própria (2020).

Os pacientes atendidos afirmaram que souberam do teleatendimento por meio de publicações em perfis de redes sociais, amigos e pelo próprio médico do serviço como apresenta o gráfico 8. O conhecimento da ação mostrou-se bastante variado pelos pacientes, seja por meio de mídias virtuais, televisivas ou informação no próprio serviço ambulatorial do HULW, por meio de cartazes.

Vale destacar que uma parcela dos pacientes atendidos apresentaram limitações de compreensão dos atendimentos, seja por desconhecimento em relação ao uso dos dispositivos digitais ou escolaridade baixa, o que dificultou a realização da consulta pelo aplicativo digital. Nesse público, foram necessárias intervenções por meio de áudios, fotografias e ligações telefônicas, respeitando as resoluções éticas preconizadas pelo CFM.

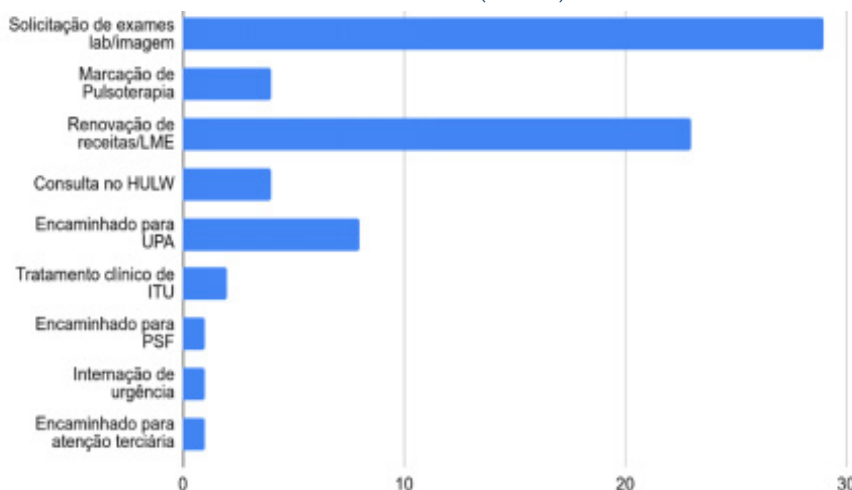
**Gráfico 8** - Forma de conhecimento do NEFROVIRTUAL pelos pacientes atendidos de 27 de abril e 30 de julho de 2020 (n = 34)



**Fonte:** Autoria própria (2020).

A solicitação de exames laboratoriais e de imagem, quando necessários para avaliação da função renal e redefinição das medidas terapêuticas, bem como a renovação de receitas e laudos médicos foram as condutas mais frequentes ofertadas no teleatendimento. Somam-se a elas os casos de marcação de novos ciclos de pulsoterapia e encaminhamento, a depender da gravidade dos casos, para seguimento em atendimento de urgência na UPA e, em menor escala, para o acompanhamento em nível de atenção terciária em hospitais de referência.

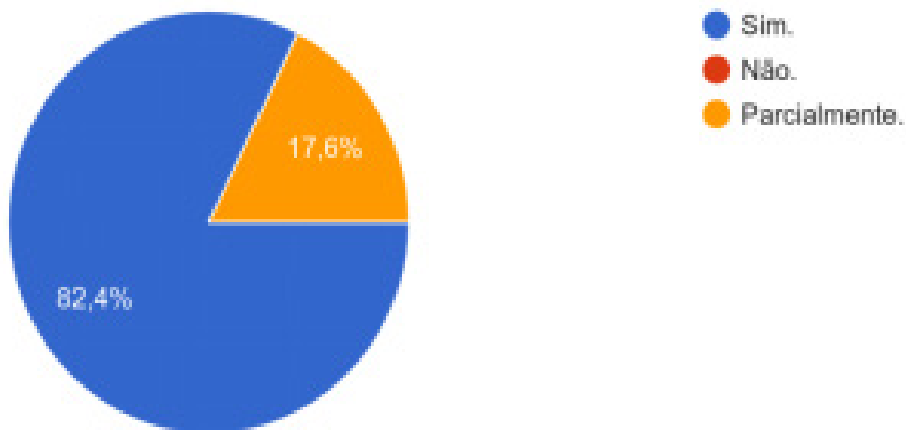
**Gráfico 9** - Condutas no teleatendimento de 27 de abril e 30 de julho de 2020 pelo NEFROVIRTUAL (n = 57)



**Fonte:** Autoria própria (2020).

Quando questionados se acreditavam que a queixa apresentada no teleatendimento tinha sido resolvida na consulta online, 82,4% responderam que se sentiam atendidos na sua demanda e 17,6% deles que sentiam que seu problema tinha sido resolvido parcialmente. Destes, quando indagados a razão pela qual eles sentiam que o problema não tinha sido resolvido da maneira que gostariam, os pacientes evidenciaram que ainda aguardavam a marcação de pulsoterapia pelo hospital (procedimento que não sofria interferência do NEFROVIRTUAL, já que é um protocolo do próprio serviço) ou que ainda aguardavam a resposta do médico nefrologista quanto a avaliação dos exames apresentados na teleconsulta.

**Gráfico 10** - Satisfação com a conduta entre os pacientes atendidos pelo serviço NEFROVIRTUAL entre 27 de Abril e 30 de Julho de 2020 (n = 34)



**Fonte:** Autoria própria (2020).

Em uma escala de 0 a 10, quando interrogados sobre a avaliação do atendimento virtual, todos os pacientes deram notas entre 8 e 10, sendo 72,2% deles atribuíram nota 10 ao atendimento. Além disso, 100% dos pacientes que responderam ao questionário de avaliação do nível de satisfação disseram que utilizariam este serviço novamente.

Os pacientes ainda preencheram ao final do questionário como se sentiam em relação ao atendimento virtual ofertado. Entre as sugestões e agradecimentos, foi frequente a sugestão de que o serviço fosse mais divulgado para que mais pacientes pudessem ser beneficiados com esta modalidade de atendimento. Estes reforçaram também que o teleatendimento mostrou-se rápido e eficaz, como uma ferramenta que ajudaria a

proteger as pessoas com saúde frágil e comorbidades, e que devido ao contexto de pandemia, precisavam se manter em isolamento social.

Para a execução do projeto, planejamento dos instrumentos e para a sua implementação foi observado que eles mostraram-se suficientes, idôneos e éticos. As oficinas teóricas e as discussões do grupo, previamente a sua execução, conseguiram reduzir de forma considerável prejuízos operacionais. Foi possível, através da utilização de meios digitais, garantir um atendimento rápido e eficiente do público-alvo em questão.

Dessa maneira, foi viável contribuir com uma maior adesão dos pacientes à terapia medicamentosa, assim como orientá-los em relação a possíveis problemas apresentados, o que interfere positivamente em seu tratamento e bem-estar. O uso de estratégias voltadas ao atendimento dos pacientes foi de fundamental importância para garantir o atendimento e minimizar os impactos gerados pela pandemia decorrente da disseminação do novo coronavírus. Reforça-se que os atendimentos realizados pela liga acadêmica foram encerrados e concluídos após o retorno das atividades presenciais dos ambulatórios do HULW ainda no ano de 2020.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por sua fácil reprodutibilidade, a execução deste projeto tem grande potencial em outras comunidades/regiões do país, podendo produzir resultados alcançáveis e benéficos para as populações locais, encurtando as distâncias entre médicos nefrologistas e a população – especialmente do interior.

Com relação ao aprendizado dos alunos participantes, foi evidente o desenvolvimento de habilidades na comunicação médico-paciente, na construção de novos conceitos em nefrologia e clínica médica, no manejo de situações clínicas e na propedêutica das queixas apresentadas pelos pacientes – sobretudo através da participação ativa dentro das discussões com os colegas e médicos assistentes. Isto é, o projeto mostrou-se uma excelente alternativa, tanto para os alunos que encontravam-se afastados do internato médico pelo contexto de pandemia, a fim de manter os estudos e discussões, mas sobretudo, como uma estratégia para que os graduandos sejam agentes de transformação dentro da sua comunidade. Os acadêmicos foram capazes de aplicar seus conhecimentos e de sistematizar a própria experiência, assim como de organizar o trabalho e solucionar problemas concretos com a supervisão dos médicos nefrologistas orientadores.

Neste sentido, o teleatendimento – além de possibilitar a assistência remota para pacientes, parece destacar-se como uma nova ferramenta para o ensino médico. O projeto promoveu impacto social ao encontrar resultados positivos através do fortalecimento do vínculo universidade-sociedade para garantir o acesso remoto dos pacientes portadores de doenças renais, os cuidados de saúde durante o período de isolamento social e distanciamento social, mas que pode estender-se pós pandemia com redução de distâncias e facilitação de acesso ao usuário do Sistema Único de Saúde.

## E SOBRE O CASO DE ABERTURA DO CAPÍTULO

*“Dona I. S. V. ficou sabendo dos teleatendimentos do projeto Nefrovirtual por meio de telejornal local, entrou em contato pela rede social e realizou sua consulta e teletriagem. Após discussão do seu caso entre os alunos que realizaram o atendimento e os professores nefrologistas, Dona I. S. V., com diagnóstico de GESF e infecção urinária baixa, foi orientada a manter a dose das suas medicações. Como houve 05 meses sem medicação, foi necessário induzir de novo remissão do quadro clínico. Seu retorno a teleconsulta foi remarcado para 15 dias após o resultados dos novos exames solicitados (Nível sérico de ciclosporina e urocultura). Também foi prescrito medicação para seu quadro de infecção urinária baixa. A paciente ficou bem satisfeita com a conclusão da sua consulta e compreendeu que só após os resultados dos exames que seria avaliada a necessidade de ajuste de medicação.”*

## REFERÊNCIAS

BARRETO, S.M.; LADEIRA, R.M.; DUNCAN B.B.; e cols. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. **J Epidemiol Community Health** 2016; 70(4): 380-9.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). **Portaria no 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de Abril de 2020. **Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 16 abril 2020.



CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 2.227/2018 de 06 de Fevereiro de 2019. **Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias.** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2227>. Acessado em 19 de Out. de 2020.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Resolução nº 2.228/2019 de 06 de Março de 2019.** Revoga a Resolução CFM nº 2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p. 58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p. 205. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2228>. Acessado em 19 de Out. de 2020.

CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro). **RESOLUÇÃO nº**

**305/2020 de 26 de Março de 2020.** Dispõe sobre o atendimento médico por Telemedicina durante a pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. Rio de Janeiro, RJ: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2020/305>. Acessado em 19 de Out. de 2020.

CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY, Z. C.; SANTOS, E. C.; COSTA, J. M. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, 25(4): 484-492, 2015.

SANTOS, A. F.; BARBOSA, R. B.; FARO, S. R. S.; ALVES, A. Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 6(1), 57-67, 2005.

SANTOS, A.C.B.; MACHADO, M.C.; PEREIRA, L.R.; ABREU, J.L.P.; LYRA, M.B.; Association between the level of quality of life and nutritional status in patients undergoing chronic renal hemodialysis. **J Bras Nefrol**, 2013. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo de diálise SBN; 2016.. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>

22

# PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Amanda Trajano Batista

Celestino Galvão

Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos

Uma linda morena de cabelos cacheados, sorriso maroto e cheia de estilo. Essa é Rafaela, mulher trans de 25 anos, formada, estudante do seu segundo curso de graduação, moradora de um lindo apartamento alugado à beira mar e dividindo com uma amiga. Ao mesmo tempo em que estuda, atua como trabalhadora do sexo de luxo em sigilo de amigos e familiares. Sempre atendida com a moda e com tudo que valorize sua beleza física, bem como sua saúde geral, conhecendo e buscando os meios mais atuais de prevenção ao contágio das IST's. Dessa forma, conhece o serviço de atendimento especializado da cidade e reconhece o quão é vulnerável à infecção pelo vírus da AIDS. Como medida de prevenção à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) fez uso de prevenções como preservativo, testagem e PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV), sendo que esta última ela fez uso por diversas vezes seguidas. Em sua busca pela prevenção e pesquisando sobre a área, Rafaela conheceu pelas redes sociais a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) que é o uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) antes da exposição sexual, baseado no uso de comprimidos diários. Assim, foi ao serviço de saúde buscar orientação médica para ver se o mesmo indica a PrEP para ela.

**R**afaela pode ser a personagem dessa nossa história, mas ela é a representação de milhares de pessoas vulneráveis que precisam dos serviços de saúde na prevenção ao HIV e outras doenças transmissíveis. Existem várias Rafaelas, Manuelas, Pedros e Marcos que não são ficção, mas são reais na sociedade e que vivem a realidade de vulnerabilidade em saúde, de evolução tecnológica, de estigma e preconceito.

Deste modo, o que refletir sobre esse profissional médico consultado: ele indica a PrEP ou outro método de prevenção? Qual será sua conduta com Rafaela? Qual é a realidade dos profissionais de saúde e seu manejo? Ao considerar que a implementação e adesão à PrEP é dependente da prescrição pelos profissionais de saúde, este capítulo surge a partir de uma pesquisa realizada no mestrado em Psicologia Social intitulada “Prevenir ou Remediar? Atitudes dos profissionais de Saúde frente a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV”, tem como objetivo verificar as crenças e as avaliações que estes fazem desta medida profilática, lançando luz sobre o quão dispostos os profissionais estarão em indicar a PrEP aos usuários do serviço, bem como, o manejo realizado pelos mesmos para uma implementação efetiva.

## **ENTENDENDO SOBRE HIV E A IMPLEMENTAÇÃO DA PREP**

Acompanhamos acima a história de Rafaela e para auxiliar no entendimento e possível desfecho dessa história vamos te apresentar algumas informações, aos quais a nossa personagem teve contato e que fomentou a curiosidade e a intenção de Rafaela de buscar um profissional da saúde e a indicação ou não do uso da PrEP.

A política brasileira de enfrentamento ao HIV (BRASIL, 2012) aponta que o desenvolvimento da epidemia no país entra em um novo ciclo, com taxas de prevalência relativamente baixas na população em geral, em contraste a uma alta prevalência em subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade (homens que fazem sexo com homens-HSH, Profissionais do sexo, usuários de drogas), exigindo, dessa forma, um aprimoramento nas estratégias de prevenção, assistência e tratamento (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2010).

As taxas de novas infecções por HIV continuam elevadas em todo o mundo, trazendo a necessidade da criação de novas estratégias de prevenção. Atualmente, os antirretrovirais (ARV) são utilizados como tratamento na estratégia de testar e oferecer tratamento, como profilaxia após a exposição ao HIV e, mais recentemente, como profilaxia Pré- Exposição (PrEP) indicada para populações-chaves. Esta última, não obstante a eficácia observada tem levantado questionamentos importantes, principalmente a sua utilização (GRANT, 2010).

Assim, estudos e recentes descobertas no âmbito da prevenção (GRANT, 2010; GRANGEIRO, 2013) trazem a luz a seguinte questão “Será possível um fim da epidemia da Aids na quarta década?” Este é o desafio proposto aos países das Nações Unidas (UNAIDS, 2015), sustentado no campo do tratamento pela ampliação do leque de medicamentos antirretrovirais (ARVs), levando a uma discussão da universalidade do acesso aos ARVs (GRANGEIRO, 2013). Neste quadro surgem “novas” tecnologias de prevenção, que se centram basicamente no uso dos fármacos ARVs como forma de prevenção, tais como a estratégia de Profilaxia Pré-exposição sexual (PrEP).

A Profilaxia Pré-exposição, se trata da utilização de ARVs por pessoas HIV negativas, ou seja, pessoas que não possuem o vírus, mas que podem apresentar riscos de uma potencial exposição ao HIV. Nestes casos, a PrEP é utilizada de forma a prevenir a transmissão. É entendida como uma prevenção continua oferecida á parcela da população altamente vulnerável que são denominados populações chaves (Homens que fazem sexo com homens-HSH, transexuais, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas) nos períodos em que essas pessoas estiverem altamente expostos, criando assim, uma barreira medicamentosa que evitaria o vírus transpor (GRANT et al., 2010; YOUNG; MCDAID, 2014).

Entretanto, poucos são os estudos que avaliam o ponto de vista dos profissionais de saúde em relação à PrEP, tal fato justifica a necessidade que alguns autores apontam de estudos que investiguem a aceitabilidade, adesão e implementação dessa medida profilática. Investigações neste âmbito têm sido desenvolvidos principalmente na Europa e Estados Unidos, sugerindo que um número limitado de profissionais de saúde estão bem informados sobre a PrEP, apresentando dúvidas acerca de sua utilização (BELOQUI; SEFFENER; TERTO, 2013; KRAKOWER; MAYER, 2013).



## O QUE DIZEM OS ESTUDOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE FORA DA REALIDADE BRASILEIRA?

Ao avaliar os conhecimentos, práticas e percepções que profissionais de saúde possuíam sobre o uso de medidas profiláticas de base medicamentosa, foi verificado que apesar de grande parte dos profissionais conhecerem a PrEP e suas orientações para o uso, apenas uma minoria já havia prescrito. Os profissionais apesar de possuírem crenças de eficácia do fármaco, apresentavam dúvidas sobre efeitos colaterais do fármaco e receio de aumento do risco de infecção, sendo apontados como determinantes contrários a prescrição de PrEP. Outro importante fator indicado como barreira prática a prescrição da PrEP estava a formação limitada dos profissionais acerca de PrEP (ARNOLD; HAZELTON; LANE, 2012; KARRIS et al., 2015).

Em Massachusetts uma pesquisa online foi realizada com médicos sobre o seu conhecimento e uso de intervenções de prevenção do HIV (WHITE; MIMIAGA; KRAKOWER, 2012). A pesquisa apontou para um maior conhecimento acerca da PrEP em profissionais especialistas na área do HIV/Aids em detrimento dos generalistas, apontando para a importância da implementação de programas educacionais na incorporação da PrEP no pacote de prevenção, pois esse conhecimento deve ser a base dos profissionais nos serviços básicos de saúde.

Semelhantemente ao estudo desenvolvido por Karris (2014), os médicos demonstraram preocupações em relação ao uso da medicação, tais como diminuição de verba para outras formas de prevenção, efeitos colaterais, dados limitados sobre a eficácia e desenvolvimento de resistência, indicados como fatores impeditivos na indicação ao uso. Percebeu-se também que entre as modalidades de PrEP que os médicos optaram, a PrEP tópica se sobressai, apesar de haver poucos estudos ainda atestando sua eficácia, a maioria dos médicos apresentaram esta preferência pela crença de haver menos efeitos adversos associados.

A percepção sobre a eficácia da PrEP foi um fator investigado com profissionais de saúde que faziam parte da Academia Americana de Medicina. O estudo apontou que o conhecimento sobre PrEP diferiu significativamente entre os entrevistados, quando os pesquisadores solicitaram que os profissionais comparassem a PrEP com outros métodos de prevenção, tais como testagem, uso de preservativo, intervenções comportamentais (MAZNAVI; HARDY; BREDEEK, 2011) Neste caso, a PrEP foi percebida como pouco eficaz diante dessas outras modalidades de prevenção.

Já um segundo estudo realizado com esta mesma população apontou ainda que profissionais especialistas em HIV/Aids apresentaram uma atitude negativa face a PrEP, um vez que percebiam as intervenções comportamentais como mais eficazes que a PrEP (PURO et al., 2013).

No entanto, ao serem avaliados os estudos que vêm sendo desenvolvidos no âmbito da PrEP, com o foco nos profissionais de saúde, autores demonstraram que em sua maioria os estudos têm focado em aspectos de avaliação da preparação dos profissionais, enumerando três aspectos principais: 1) A consciência sobre PrEP e disposição para prescrevê-la; 2) Desafios para identificar as pessoas que mais se beneficiaram com a PrEP, com a condução da avaliação do risco ao HIV; e por fim, 3) Estratégias de suporte para a apropriação do uso da PrEP em ambientes de cuidado. Desse modo, os autores afirmam que há uma necessidade de estudos com profissionais de saúde que avaliem a intenção e atitudes acerca da PrEP (KRAKOWER et al., 2016).

Desse modo, ao verificarmos o conhecimento que os profissionais da saúde possuem acerca do seu uso, efeitos e eficácia, bem como, a avaliação que estes fazem deste novo instrumento de prevenção, pode-se lançar luz sobre o quão dispostos os profissionais de saúde brasileiros estarão em indicar a PrEP aos usuários do serviço, bem como, o manejo realizado pelos mesmos para uma implementação efetiva.

## **CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA PREP: UM ESTUDO BRASILEIRO SOBRE INTENÇÃO PARA A INDICAÇÃO DE PREP AOS USUÁRIOS DO SUS.**

Buscando retratar a realidade nacional, brasileira, da questão levantada por Rafaela. Faz-se uso dos dados do estudo que deu origem ao trabalho de dissertação “Prevenir ou remediar? Atitudes de profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição ao HIV/Aids” de Amanda Trajano Batista (2017). Cujas premissas foram de que partir do pressuposto que o melhor preditor de um comportamento é a intenção de realizá-lo, apresentou as crenças que subjazem a intenção dos profissionais de saúde em indicar a PrEP. Para tal, fez-se uso do procedimento de Evocação- Enunciação- Averiguação (Figueiredo, 1993), tendo por base o estímulo norteador “Profilaxia Pré Exposição”.

Contou-se com a participação de 68 profissionais de saúde que atuam em serviços do âmbito do HIV/Aids com idade variando de 25 a 65 anos, (M=41 anos; DP=11,3). Ao questionar os profissionais acerca da PrEP, estes justificavam tal intenção com uma avaliação favorável ou desfavorável,



elencando como motivação para a intenção as seguintes crenças: 1) Grupo-chave; 2) Comportamento de risco; 3) Direitos; 4) Paradigma Biomédico e 5) Consequências de PrEP.

## 1. GRUPOS-CHAVE

Tendo o início da epidemia o HIV/Aids sido caracterizada como uma doença que atingia somente a uma parcela da população ou grupos, a saber: homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, logo houve um posicionamento que acabou por estigmatizar estes grupos, denominando-os grupos de risco (SCHAURICH, 2004). Embora haja esforços para que tal conceito não seja mais utilizado nos dias de hoje, o que se observa é apenas uma mudança de nomenclatura, permanecendo em muitos discursos o mesmo sentido.

Sob essa perspectiva, surge a categoria grupos-chave, a qual aponta para a crença de que grupos específicos possuem maior vulnerabilidade à infecção, remetendo a um estigma associado, semelhante ao início da infecção (BATISTA, 2017). Entre os profissionais de saúde que possuíam intenção positiva, o estigma foi observado nas falas como um reforçador dos grupos, em que termos como baixa condição social, falta de conhecimento e “homossexualismo” são utilizados para caracterizar o grupo a quem a PrEP seria destinada.

Observa-se, ainda, que o HIV/Aids ainda é visto como a doença do outro, funcionando como um marcador social a indicar grupos, contextos e situações que falam de uma desigualdade histórica que vem sendo vivenciada, além de atribuir uma vulnerabilidade de cunho apenas individual a essas populações (BATISTA, 2017). Tal estigma influencia negativamente a implementação da PrEP, uma vez que outras pessoas que não se encaixem nos “grupos” e dela quiser se beneficiar poderá ser vista como pessoas promíscuas, uma vez que PrEP está sendo associada a atividade sexual de alto risco, gerando uma via dupla de estigmas (GRACE et al., 2018).

Já para os profissionais que tem uma intenção negativa frente à PrEP, a existência de grupos chaves vem fortalecer ainda mais o estigma nessas populações, um vez, que a perspectiva da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos atualmente aponta para a via de que todos podem estar vulneráveis, não responsabilizando apenas o indivíduo, mas também a estrutura social e serviços de saúde, educação, que também fazem parte do movimento da vulnerabilidade, visto que estes aspectos estão interligados e se influenciam mutuamente. Assim, a criação de grupos é vista como um retrocesso na resposta à epidemia.

## 2. COMPORTAMENTO DE RISCO

A categoria comportamento de risco surge a partir das falas dos profissionais com intenção negativa sobre possíveis comportamentos que podem ser adotados após o uso de PrEP. De acordo com a literatura (SUGARMAN; MAYER, 2013; WILTON; SENN; SHARMA, 2015), o aumento dos comportamentos de risco pode sobrecarregar a capacidade de PrEP para evitar a infecção pelo HIV. Tais profissionais chamam atenção para a possível despreocupação dos usuários de PrEP com a doença, compensando o risco de se infectar ao utilizar apenas a profilaxia Pré-exposição, havendo o desuso de outras medidas (BATISTA, 2017).

Estudo realizado por Saldanha (1998) a muito já vem demonstrando que o uso do preservativo já é inconstante em grande parte da população, pesquisa realizada com 302 mulheres verificou que a maioria da amostra utilizava o preservativo às vezes (n=100) ou nunca (n=147), e a prevenção estava associada à prática da anticoncepção, sendo, o preservativo citado como o quarto método de prevenção após o uso da pílula, a esterilização e nenhum método utilizado. O mesmo estudo foi replicado (CABRAL, 2014) posteriormente, e verificou-se que, mesmo passado dezessete anos, encontra dados semelhantes, apontando que a maioria das participantes não faziam uso do preservativo por fazer uso do anticoncepcional. Desse modo, entre as formas de comportamentos de risco no uso de PrEP, o não uso da camisinha foi apontado pelos profissionais (Batista, 2017).

Estudo (KARRIS, 2014) que avaliou se os profissionais de saúde estavam preparados para PrEP nos EUA e Canadá, encontrou dados semelhantes, os profissionais afirmavam que “Se eles não usam preservativos eles também não vão usar pílulas”. No entanto, muitos estudos vêm apontando que a PrEP não pode ser vista sob este ângulo, que vem como um arsenal a mais para compor as medidas de prevenção, juntamente com o uso de preservativos e programas de mudança de comportamento, que ela poderá ser eficaz na redução da transmissão do HIV (CDC, 2014).

## 3. DIREITOS

A premissa do direito à saúde, estabelecida na constituição de 1998, se constituiu como um dos pilares para a resposta à epidemia do HIV/Aids, favorecendo a implementação de ações centradas na prevenção, promovendo assistência às pessoas que convivem com HIV/Aids (ABIA, 2016).

Desse modo, essa crença versou sobre as conquistas no âmbito do HIV/Aids, configurando a PrEP como uma conquista de direitos. Sendo os profissionais concordantes que a PrEP é um avanço na resposta a epidemia, no entanto, os profissionais de intenção negativa proferiram com algumas ressalvas, no qual, apesar de apontar a PrEP como um importante avanço, tanto no âmbito tecnológico, quanto no interesse do governo em insumos modernos, trazem importante discussão sobre a contramão da prevenção, no qual ao mesmo tempo que é um avanço tecnológico, pode se configurar como retrocesso na linha do cuidado.

Não obstante, todos os profissionais concordam que este avanço permite uma autonomia aos sujeitos, ao se constituir como um direito, uma vez que o uso de PrEP pode criar *empowerment*, definido como a capacidade e autonomia para agir em nome próprio, fornecendo controle sobre a própria vulnerabilidade ao HIV (GRANT, 2016).

#### 4. PARADIGMA BIOMÉDICO

O aumento da biomedicalização na epidemia do HIV/Aids, e a falta de mobilização da sociedade em âmbito global, que anteriormente impulsio-navam as respostas sociais, têm gerado efeitos danosos ao enfrentamento da Aids. De acordo com a ABIA (2016), indivíduos que convivem com o HIV/Aids, ou podem vir a se infectar, tem sido visto como “consumidores individuais de medicamentos”, havendo uma diminuição das estratégias sociais e centrando-se apenas no ponto de vista biomédico.

Nos estudos clínicos sobre PrEP, alguns autores (BAETEN, 2013; YOUN, 2014) afirmam que a PrEP causará um impacto positivo, uma vez que pessoas mais vulneráveis entram em contato com o vírus e o fármaco impediria a infecção, no entanto, não podem ser vista de maneira individualizada.

Conforme a ABIA (2016) o que se vê no atual cenário brasileiro consolida o argumento de que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais, mas devem andar juntas. O uso de medicamentos como modo privilegiado de enfrentamento da epidemia pode cobrir uma série de retrocessos no âmbito social, o que em muitos países, estão transformando o hipotético “*scale-up*” (ampliação) para conter o avanço do HIV em “*scale-down*” (diminuição gradativa).

## 5. CONSEQUÊNCIAS DA PREP

Por fim, como última categoria que versa sobre as crenças dos profissionais acerca da PrEP, tem-se as consequências que a sua utilização pode acarretar, uma vez, que são medicamentos de alta potência, e como qualquer outro fármaco possuem efeitos secundários.

Os profissionais em geral ressaltam que há, sim, efeitos colaterais decorrentes do uso de medicamentos antirretrovirais, sendo este portanto um fator que deve ser visto com cuidado, uma vez, que ainda estão em estudos o uso de PrEP intermitente, e atualmente seu uso deve ser diário, para obter os resultados de prevenção esperados (BATISTA, 2017).

Destarte, levanta-se o questionamento acerca dos efeitos futuros que os antirretrovirais podem causar, uma vez que é sabido que quando não se toma corretamente os medicamentos algumas cepas do vírus HIV podem desenvolver resistência ao fármaco utilizado e a outros da mesma classe cessando seu efeito (ALCORN, 2013).

É importante ressaltar o cuidado como uma forma de acolhimento às pessoas que optarem por fazer uso de PrEP, mesmo em vista de todas as crenças contrárias a sua utilização, todos os profissionais falam da necessidade do amparo psicológico e social, para que a medida preventiva seja utilizada da melhor forma possível.

### DA FICÇÃO À REALIDADE: PLANO DE AÇÃO

Como explicitado na parte introdutória deste material, Rafaela foi nossa reflexão para a discussão sobre conhecimento do público, indicação e manejo profissional sobre a PrEP. Para além da ficção, é necessário pensar como mulheres e homens são orientados e habilitados para seus cuidados em saúde com foco na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

E o que fazer? Divulgar e garantir assistência qualificada. O Brasil tem uma das políticas públicas mais amplas do Mundo de cuidado integral ao serviço de atendimento especializado com foco na prevenção e controle das IST, HIV/AIDS e das Hepatites Virais. A PrEP é gratuita e está disponível desde 2018 nos serviços de saúde e assim como outros métodos de prevenção, torna-se sempre necessário os meios de divulgação, analisando e adaptando as demandas atuais em pleno século XXI, com as necessidades de divulgação física e social em redes de internet.

A ideia? Um plano Estadual de prevenção intitulado: “Cuidado e prevenção ao HIV/AIDS: um novo olhar para o conhecimento e divulgação da PrEP”. Essa apresentação seria um plano de ação a ser realizado em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil com destaque para a maior divulgação do uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e outros meios de cuidado em saúde. O plano contaria com apoio de representantes do Programa Estadual de DST/AIDS, Ministério da Saúde e Coordenadores de Serviços de Atenção Especializados (SAE) e seria dividido em etapas: fase I com objetivo de análise de dados de registros de tratamento com uso de PrEP e diagnóstico de AIDS junto às Secretarias Estaduais de Saúde, a fase II com foco em contatos e pesquisa com profissionais do sexo sobre conhecimento e adesão da PrEP e a fase III com objetivo de visitas em Serviços de Atendimento Especializados (SAE) por representantes treinados pelo Ministério da Saúde.

Para além das pesquisas e estudos dentro das organizações, torna-se essencial saber se o público conhece e usa a PrEP e de que forma ocorre essa divulgação e disponibilidade dessa profilaxia. Nesse sentido, além de saber os dados de adesão ao uso da PrEP, o plano contará com a possibilidade de capacitação profissional com os trabalhadores de serviços especializados e distribuição de Kits de prevenção. Portanto, o desafio de pensar a ideia da prevenção ao HIV através do uso da PrEP é ter um novo olhar da epidemia, um olhar para Rafaelas, Marias e Josés que saem da ficção e que são reais e precisam de cuidado integral a saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como objetivo verificar as crenças e as avaliações que estes fazem desta medida profilática, lançando luz sobre o quão dispostos os profissionais estarão em indicar a PrEP aos usuários do serviço, bem como, o manejo realizado pelos mesmos para uma implementação efetiva. Este capítulo inicia apresentando a narrativa de Rafaela, partindo para um breve relato sobre HIV e a implementação da Profilaxia Pré-exposição (PrEP), compilando estudos publicados sobre profissionais de saúde e PrEP. Em seguida são apresentados e discutidos dados de uma pesquisa realizada no contexto brasileiro acerca das crenças dos profissionais de saúde no que diz respeito a intenção de indicar ou não a PrEP. Finalizando o capítulo tem-se a proposição de um plano de ação, que possa dar as respostas tanto para a situação fictícia apresentada, quanto para a realidade social.

## REFERÊNCIAS

ALCORN, K.; CORKERY, S.; HUGHSON, G. Anti- HIV Drugs. **Pan London HIV Prevention Programme**, v.2, p.1-70, 2013.

ARNOLD, E., HAZELTON, P.; LANE, T. A qualitative study of provider thoughts on implementing pre-exposure Prophylaxis(PrEP) in clinical setting to prevent HIV infection. **PLos One**, v.7, p.1-8, 2012.

PARKER, Richard. **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016** [online]. Disponível em: [http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf) [Acesso em 14.01.2020]

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos". In PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. 1ª ed. Curitiba: Juruá. págs-83-105, 2012.

BATISTA, A. T. **Prevenir ou Remediar? Atitudes dos profissionais de Saúde frente a Profilaxia Pré Exposição**. Dissertação, Universidade Federal da Paraíba, 2017.

BAETEN, J. *et al.* Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: where have we been and where are we going?. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v.63, n.2, p.122, 2013.

BELOQUI, J.; SEFFENER, F.; TERTO; J. "Pontos de tesão e tesão: Limites e possibilidades para a inovação da prevenção na quarta década da epidemia do HIV/AIDS". In PAIVA, V.; FRANÇA, J. R. I.; KALICHMAN, A. O. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos prevenção e promoção da saúde: Planejar, Fazer, Avaliar**. 4ªed. Curitiba: Juruá. pags-105-137, 2013.

CABRAL, T. **Intenção do Uso de Preservativo das Mulheres de João Pessoa: Aspectos Psicológicos e Sociais**. Dissertação, Universidade Federal da Paraíba, 2014.

CÁCERES, C. *et al.* As promessas e os desafios da profilaxia pré-exposição como parte do paradigma emergente da prevenção combinada do HIV. **Journal of the International AIDS Society**, v.18, p.01-09, 2015.

CENTER DISEASE CONTROL-CDC. **Preexposure Prophylaxis For The Prevention Of HIV Infection In The United States: A Clinical Practice Guideline.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2017.pdf> [Acesso 14.01.2020]

FIGUEIREDO, M. A. Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial". **Medicina.** v.26, n.3, p. 393-407, 1993.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. Belief, **Attitude, Intention, and Behavior:** An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

GALEA, J. Acceptability of pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: barriers and facilitators to pre-exposure prophylaxis uptake among at-risk Peruvian populations. **International journal of STD & AIDS**, v. 22, n.5, p. 256-262, 2011.

GRACE, D. *et al.* The pre-exposure prophylaxis-stigma paradox: learning from Canada's first wave of PrEP users. **AIDS patient care and STDs**, v.32, n.1, p. 24-30, 2018.

GRANT, R.; KOESTER, K. What People Want From Sex and PrEP. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v.11, n.1, p.3-9, 2016.

GRANT, R. *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men". **New England Journal of Medicine**, v. 363. N.27, p. 2587-2599, 2010.

KARRIS, M. Y. *et al.* Are we prepped for preexposure prophylaxis (PrEP)? Provider opinions on the real-world use of PrEP in the United States and Canada. **Clinical infectious diseases**, v. 58, n.4, p. 704-712, 2012.

KRAKOWER, D.; MAYER, K. H. Engaging healthcare providers to implement HIV pre-exposure prophylaxis. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v.7, n. 6, p. 593, 2012.

KRAKOWER, D. S. *et al.* Limited awareness and low immediate uptake of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men using an internet social networking site. **PloS one**, v. 7, n° 3, p.01-09, 2012.



KRAKOWER, D. S. *et al.* Knowledge, beliefs and practices regarding antiretroviral medications for HIV prevention: results from a survey of healthcare providers in New England. **PloS one**, v.10, n. 7, 2015.

MAZNAVI, K.; HARDY, D.; BREDEEK, F. "Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV: an online survey of HIV healthcare providers evaluating their knowledge, perception, and prescription of PrEP". In: 49th **Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America**, Boston, MA. 2011.

MINAYO, M. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: **Hucitec**, 2004.

PURO, V. *et al.* Attitude towards antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) prescription among HIV specialists. **BMC infectious diseases**, v. 13, n.1, p. 217, 2013.

RIBEIRO, K. C. S. **Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DST's e gravidez não planejada para adolescentes jovens**. Tese, Universidade Federal da Paraíba, 2013.

SALDANHA, A. A.W. **Aspectos Psicossociais de Prevenção da AIDS em Mulheres de Baixa Renda: Entre o Querer e o Poder**. Dissertação, Universidade Federal da Paraíba, 1988.

SCHAURICH, D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, v.4, n. 6, p.115-127, 2004.

SENN, H. *et al.* Knowledge of and opinions on HIV preexposure prophylaxis among front-line service providers at Canadian AIDS service organizations. **AIDS research and human retroviruses**, v. 29, n. 9, p. 1183-1189, 2013.

SUGARMAN, J; MAYER, K. H. Ethics and pre-exposure prophylaxis for HIV-infection. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**. v. 63, n.2, p. 135-139, 2013.

WHITE, J. M. *et al.* Evolution of Massachusetts physician attitudes, knowledge, and experience regarding the use of antiretrovirals for HIV prevention. **AIDS patient care and STDs**, v. 26, n. 7, p. 395-405, 2012.

WILTON, J. et al. Pre-exposure prophylaxis for sexually-acquired HIV risk management: a review. **HIV/AIDS**, v.7, p. 125-136, 2015.

YOUNG, I.; MCDAID, L. How acceptable are antiretrovirals for the prevention of sexually transmitted HIV?: A review of research on the acceptability of oral pre-exposure prophylaxis and treatment as prevention. **AIDS and Behavior**, v.18, n.2, p. 195-216, 2014.

## **ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO USO DE INIBIDORES DE LACTAÇÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE HIV POSITIVO**

Gláucia Guerra Benute

Rosa Maria de S. A. Ruocco

Rossana Pulcineli Vieira Francisco



O leite materno é indicado para o recém-nascido por apresentar propriedades nutricionais e imunológicas ímpares, permitindo o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, reduzindo riscos de doenças crônicas e tendo custo baixo/nulo, quando comparado a outros tipos de alimentações (JOHNSTON et al, 2012). Em mulheres portadoras do HIV o aleitamento materno não tem sido recomendado. (ZUPPA et al, 2010). No Brasil, a infecção pelo HIV é encontrada em aproximadamente 0,41% das gestantes com idade entre 13 a 24 anos (SZWARCOWALD et al, 2008). O aleitamento materno representa risco adicional de 7 a 22% de transmissão do vírus HIV (DELICIO et al, 2011).

Sabemos que o risco de transmissão do HIV pelo leite materno é maior nos primeiros meses de vida, embora exista um risco persistente de transmissão durante todo o período de aleitamento. O risco também é maior quanto maior for a carga viral plasmática (consequentemente no leite materno), contribuindo de forma substancial para aumento de novas infecções. (UNAIDS, 2019). Ainda existem evidências comprobatórias da transmissão pelo leite, que incluem a detecção do vírus no leite, altas taxas de transmissão em regiões onde as mulheres amamentam, quando comparadas às regiões onde isso não ocorre, estudos observacionais de maior taxa de contaminação em crianças amamentadas, comparadas àquelas que não foram na mesma região, casos onde o HIV foi adquirido por amamentação cruzada, ou por nutrizes que adquiriram o vírus no pós parto e o transmitiram durante o aleitamento. (JOHN ; KREISS, 1996; GOEDHALS et al, 2012; COUTSOU DIS et al, 2004; SHAPIRO et al, 2010).

A prevenção da transmissão vertical do HIV diminuiu com a adoção de medidas assistenciais e profiláticas, tais como o uso medicamentoso da Zidovudina (AZT), dos cuidados no parto e da não amamentação do recém-nascido (ZUPPA et al, 2010; SZWARCOWALD et al, 2008). Uma das medidas adotadas, no combate à transmissão do vírus para a criança, foi a recomendação de que os serviços de saúde ofereçam às mulheres, logo após o parto, inibidores de lactação e leite para o recém-nascido, além de proporcionarem seguimento contínuo, com vistas à orientar os cuidados ao recém-nascido e a dar apoio emocional para a não amamentação natural, discutindo os impactos da infecção pelo HIV tanto na saúde materna,

quanto na da criança (DELICIO et al, 2011; BRASIL, 2002; WHO, 2010). A exclusão da amamentação natural em mulheres infectadas reduz em até 20% as chances da contaminação por essa via, no pós-parto (BRASIL, 2004; SLATER et al, 2010).

A impossibilidade de amamentar pode desencadear na mulher sentimentos negativos, como culpa, frustrações, impotência e desejos não realizados. (BLANEY et al, 2004; SANDELOWSKI; BARROSO, 2004; SCHARFE, 2012; SLATER et al, 2010;). Na literatura científica, encontramos dados de que, as mulheres impossibilitadas de amamentar, podem vivenciar forte depressão, tristeza, angústia, ansiedade e desamparo, além de dúvidas relativas ao processo de maternidade (FARIA et al., 2010; PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010). Neste cenário penoso, a criança pode ser prejudicada frente às angústias e à culpa da mãe (LEVY, 2009; COUTSOUDIS, COOVADIA; WILFERT, 2008; KAPETANOVIC et al, 2009; PAIVA; GALVÃO, 2004; RIGONI et al 2008).

Além disso, a condição sorológica positiva durante a gestação, muitas vezes vem acompanhada por isolamento social e discriminação, decorrentes do medo de revelar a existência do vírus, e de retaliações dos familiares, dos colegas de trabalho e do convívio social em geral (MORENO; REA; FILIPE, 2006; SANDELOWSKI; LAMBE; BARROSO, 2004).

A impossibilidade de amamentar, muitas vezes é vivenciada como algo doloroso e punitivo, sendo que, para algumas mulheres a amamentação está relacionada diretamente à possibilidade de manter o bebê sadio, tanto em seus aspectos biológicos como emocionais. Estar grávida e descobrir-se portadora do vírus HIV traz mudanças psicológicas profundas às mulheres, incluindo aquelas geradas pelo impedimento de amamentar (PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010). Apesar do aleitamento ser por vezes abordado por um viés naturalista, essa prática se configura a partir não somente de determinantes biológicos, mas também da confluência de aspectos simbólicos oriundos do campo social e cultural (MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010; FARIA; PICCININI, 2010).

A amamentação e a condição de soropositividade possuem diferentes sentidos e significados para as mulheres, sendo assim, o presente estudo tem por objetivo investigar o significado do diagnóstico do HIV e da amamentação, em gestantes soropositivas.

Assim, foi desenhado este estudo transversal, descritivo e qualitativo. A amostra foi composta por 30 gestantes maiores de 18 anos, portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), que tiveram o parto na divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da



USP, em São Paulo. As participantes foram informadas desde o início sobre o propósito do estudo e consentiram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi previamente aprovado pelo comitê de ética da instituição (CAPPesq/ nº 095/2008).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores composto por três partes; a primeira contendo perguntas sobre dados sócio- demográficos (idade; estado civil; ocupação; renda pessoal e familiar) e informações relativas à gestação atual e pregressa. A segunda, abarcava questões relativas ao significado do diagnóstico do HIV e, a última englobava questões relativas à amamentação (significados e sentimentos atribuídos à amamentação e à impossibilidade de vivenciá-la). Para a análise das respostas do questionário foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Esta se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades discursivas buscando-se, a partir destas, os diferentes núcleos de sentido que se constituem na comunicação e, posteriormente, realizando-se um agrupamento de classes temáticas. As unidades discursivas foram codificadas e categorizadas, sendo que os tópicos temáticos não poderiam ser inclusos em mais de uma categoria, e nenhum elemento narrado e posteriormente categorizado poderia ser codificado duas vezes para o mesmo tema, deste modo os dados são passíveis de serem analisados de forma quantitativa e qualitativa (ELO; KYNGÄS, 2008).

A análise dos resultados sócio-demográficos obtidos mostrou que a idade média das participantes foi de 30,5 anos (+/- 6,7). Dezoito mulheres (60%) relataram possuírem relacionamento estável e 53% (n=17) das participantes afirmaram exercer trabalho remunerado, sendo a média da renda pessoal de R\$ 642,00 (+/- 851,65) e familiar de R\$ 1974,69 (+/- 1444,95). O número médio de gestações foi de duas (Desvio-padrão (DP) 1,0), sendo que 40% (n=12) eram primigestas. Nove mulheres (30%) das mulheres afirmaram ter planejado a gravidez atual, sendo que 53% (n=16) abortaram ao menos uma vez durante a vida.

Em relação ao significado do diagnóstico do HIV, 16,6% (n=5) das mulheres afirmaram que a doença afetava de algum modo a sua relação com o bebê e referiam a impossibilidade de amamentar como aspecto que alterava a interação mãe-bebê, conforme ilustrado pelo discurso pessoal de uma delas: "*O fato de não poder amamentar muda, sinto culpa e fico mal*" (C., 30 anos).

De acordo com as questões acerca do aleitamento materno por via natural, 83% (n=25) das participantes relataram ser uma experiência



positiva: *“Acho super importante. Se eu tivesse certeza que não corria risco de passar o vírus, eu já estaria amamentando”* (F., 29 anos)

Em relação sobre o que pensam sobre mulheres que não querem amamentar o bebê, 74% (n=22) das participantes descreveram como uma escolha ‘errada’: *“Acho errado, se tem a possibilidade, porque não amamentar? Acho ruim, acho uma pena”* (C., 30 anos); 26% (n=8) afirmaram ser uma opção e escolha que deve ser respeitada: *“Cada um escolhe o que pode. Eu respeito, não é fácil, mas algumas mulheres tem dificuldade de amamentar, não crucifico e não discrimino”* (E., 40 anos).

Antes de receber o diagnóstico de portadora do HIV, 80% (n=24) das mulheres afirmaram terem sentido o desejo de amamentar: *“Sim, eu tinha desejo de amamentar, achava que ia ser tudo lindo maravilhoso”* (S., 36 anos), enquanto que as outras participantes restantes disseram que não pensavam ou não amamentariam seus filhos por via natural, mesmo que o pudessem.

Quando questionadas sobre como vivenciavam a impossibilidade da amamentação 60% (n=18) das mulheres responderam ser ‘muito triste ou ruim’: *“É muito ruim... É muito triste. Seguro ele e vejo que ele está sentindo o cheiro, fica procurando, mas não posso fazer nada”* (N., 27 anos); 12 delas (40%) relataram ser ‘normal’ ou ‘suportável’ não poder amamentar: *“Me sinto normal, ela (o bebê) se alimenta do mesmo jeito com o outro leite”* (L., 27 anos).

Quanto às expectativas relativas se o bebê iria necessitar de mais cuidados, quando comparados com outras crianças, como consequência da soropositividade materna e da impossibilidade da amamentação, 76% (n=23) das participantes disseram que sim: *“O leite materno protege a criança, e sem ele, o bebê pode ficar doente mais cedo”* (S., 36 anos). Perguntadas sobre o significado de amamentar, 56% (n=17) das mulheres responderam que amamentar significa *“um ato de amor”* (L., 35 anos) e/ou *“fazer o bem”* (G., 34 anos); Nove delas (30%) referiram ser “importante” (R., 35 anos) e quatro (14%) disseram ser “uma questão de escolha” (L., 34 anos).

Em relação a não poder amamentar, 16% (n=5) das mulheres relataram *“faltar algo importante”* (C., 30 anos), 40% (n=12) referiram como *“uma situação a ser enfrentada”* (F., 36 anos) e 44% (n=14) disseram ser *“algo muito triste”* (S., 31 anos).

Para mães soropositivas a não amamentação acarreta culpa, frustrações, sofrimentos, impotência e desejos desfeitos. Além dessas situações, muitas delas vivenciam o medo, a vergonha, o estigma, o preconceito e o

isolamento em decorrência da doença (PADOIN, SOUZA; PAULA, 2010; PAIVA; GALVÃO, 2004).

Segundo alguns autores, frente à impossibilidade de amamentar, a mulher soropositiva poderá enfrentar diferentes problemas, principalmente de ordem psicológica (FARIA; PICCININI, 2010; MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010; PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010). De acordo com os relatos, as mulheres afirmaram que a condição de serem soropositivas pode afetar a relação mãe-bebê, bem como referiram a impossibilidade de amamentar como um aspecto que altera a interação mãe-bebê.

A amamentação pode se constituir em uma vivência significativa tanto para a mãe quanto para o seu bebê, tendo-se em vista que o contato do seio materno com a boca da criança favorece uma experiência de intimidade e união, propiciando assim satisfação, prazer e sensação de completude para a dupla envolvida (HEBLING; HARDY, 2007).

Mesmo que atualmente a infecção pelo HIV seja encarada, pela comunidade científica, como uma condição controlável e tratável, cada pessoa vivencia a presença do vírus de forma singular, e muitos conflitos são manifestos a partir do momento da descoberta da soropositividade, com destaque no que se refere à confrontação com o tema da morte e sentimentos de caráter depressivo e ansioso, além da tristeza profunda, autoestima reduzida, recriminações pessoais e sociais. O estar grávida e descobrir ser portadora do vírus HIV traz profundas mudanças psicológicas às mulheres.

Quando questionadas sobre como vivenciavam a impossibilidade da amamentação algumas mulheres responderam ser muito triste ou ruim; outras participantes relataram ser 'normal' ou 'suportável'. Dessas falas, o interessante foi que, antes de receber o diagnóstico de HIV, nem todas as mulheres entrevistadas afirmaram ter tido o desejo de amamentar.

A amamentação, segundo o senso comum, é considerada uma prática natural e de fácil execução, basta a mãe oferecer o peito, o leite sai e o bebê mama. Porém a prática de amamentar não é instintiva e, portanto, requer ser aprendida pela mulher, e recebe diferentes significados na visão da mulher, da família e da sociedade (HEBLING; HARDY, 2007; DÍAZ, 2013).

O aleitamento materno é um processo aparentemente fisiológico inerente à espécie, pode ser condicionado aos aspectos socioculturais e aos fatos históricos, e culturalmente, o sucesso da amamentação muitas vezes no imaginário social qualifica o desempenho materno e como uma das representações sociais mais importantes na vida da mulher (VAN et al, 2002; COSTA; LOCATELLI, 2008)

Por meio dos relatos neste grupo estudado, foi possível verificar sentimentos contraditórios frente à amamentação, parte das participantes julga ser extremamente necessário amamentar, enquanto outra parte afirma ser uma ação que deveria ser tida como uma escolha. Talvez tais configurações ambivalentes sejam decorrentes da própria condição que a doença traz, mas também conta com representações singulares, como por exemplo, em relação sobre o que pensam das mulheres que não querem amamentar o bebê: uma parte considera como uma escolha errada e condenável, enquanto outras acreditam que é uma opção e uma escolha que deve ser respeitada.

O trabalho ideal seria o apoio, o preparo e suporte psicológico e educativo integral, não só da gestante mas também de toda equipe de saúde, durante todo o pré-natal bem como o acompanhamento posterior, com enfoque informativo e terapêutico que vise elucidar os prós e contras do aleitamento materno e de sua impossibilidade frente à presença do HIV, enfatizando os ganhos da não amamentação para mãe e criança, desmitificando que só é mãe quem amamenta e adotando uma postura que não estigmatize essas mulheres (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006; CORDOVA et al, 2013).

O aleitamento materno por via natural foi caracterizado pelas participantes como uma experiência positiva, e quando questionadas se acreditavam que se sentir mal por não amamentar dificultava o processo de secar ou secretar o leite materno, algumas mulheres concordaram. A crença acerca da dificuldade do processo de aleitamento indica para a construção, há séculos estabelecida, de que sem o alimento “natural” o bebê certamente não crescerá sadio ou pode até mesmo perecer. É socialmente e culturalmente estabelecido que a amamentação resulta em benefícios para mulher, e traz vantagens para a relação mãe e filho, uma vez que, para amamentar, a mãe adquire o costume de oferecer aconchego à criança, promovendo o vínculo afetivo desejável na relação mãe e filho. Outros ganhos, com a amamentação, incluem a praticidade e a isenção de despesas com substitutos do leite materno. Os fatores culturais envolvidos na prática do aleitamento materno sempre se fazem presente e, variando em função de diversas outras circunstâncias, podem auxiliar ou mesmo interferir negativamente no vínculo. (CORDOVA et al, 2013)

Sobre o leite artificial, neste estudo, as mulheres afirmaram que este tipo de alimento é necessário, mas não é tão bom quanto o leite natural. Outras participantes relataram ter sentido alguma dificuldade em concordar com a alimentação artificial. Quase todas afirmaram que existe

diferença entre o leite materno e o artificial, sendo o natural melhor, em comparação com o artificial. Um número menor das outras participantes acreditava que ambos são iguais.

Os relatos apresentados no presente estudo apontam para a necessidade de orientações adequadas às lactantes, dentro de um sólido e eficiente programa de educação nutricional em saúde, que deve integrar permanentemente os programas de atendimento de Pré-Natal.

Segundo os relatos observados, amamentar é “um ato de amor” ou “fazer o bem”; “importante”; “uma questão de escolha” e não poder amamentar significa “faltar algo importante”; “uma situação a ser enfrentada”; “algo muito triste”. Os profissionais que atuam nos cuidados das gestantes portadoras do HIV, precisam conhecer que a imagem da amamentação, de alguma maneira, tem povoado o mundo das mulheres, enquanto símbolo representativo da maternidade, construído social e culturalmente ao longo dos tempos, paradoxalmente tido como determinação biológica da espécie. Que a amamentação não se esgota apenas em fatores biológicos, mas abrange dimensões construídas culturalmente, socialmente e historicamente.

Assim, ao longo da gestação a mulher portadora de HIV deverá ser acompanhada e receber orientações sobre a patologia, sobre as possíveis alterações na gravidez e sobre o risco da repercussão do vírus na sua saúde e na do seu bebê. Assim, a mulher precisa receber cuidado especializado no período gestacional, no parto e no puerpério, e ser orientada, por todos os profissionais, quanto ao uso imediato de medidas profiláticas para o recém-nascido logo após o parto, visando minimizar a transmissão vertical do HIV.

As participantes foram unânimes em afirmar que sim, quando questionadas sobre as expectativas de que o bebê precisaria de mais cuidados, quando comparado a outras crianças, isso em decorrência da soropositividade materna e da impossibilidade da amamentação.

É importante ressaltar que o aleitamento materno é permeado de períodos contraditórios, de valorização e não valorização, tanto historicamente, quanto no contexto social e familiar. Somado a isto, o período gestacional também é um momento de dúvidas, indecisões, em que surgem sentimentos como insegurança e medos por parte da mulher-mãe em relação aos cuidados com o bebê que está por vir. Isso a torna mais vulnerável às pressões de profissionais de saúde e membros da família, principalmente no que se refere ao ato de amamentar.

Quando avaliamos como foi ou estava sendo o processo para secar o leite materno, algumas puérperas afirmaram que estava sendo ou foi fácil e sem dor, enquanto para outras, o discurso era de ter sido uma experiência

muito ruim e dolorosa. Sabemos que após o parto, quando não há orientação profissional correta e intervenção adequada, a inibição da lactação pode gerar problemas mamários, como: ingurgitamento, mastite, abscesso mamário e galactocele. De acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem, logo após o parto, oferecer medicamento inibidor da lactação, em razão de não se recomendar o aleitamento natural. Deve-se, também, propiciar suporte emocional, pois essa mulher será privada do seu direito de amamentar e de realizar um ato que envolve interação complexa entre ela e o filho. A mulher deve ser orientada sobre a importância do seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como do acompanhamento da criança até a definição da sua situação sorológica. Ao mesmo tempo, é preciso reforçar a adesão do recém-nascido ao tratamento antirretroviral preventivo com AZT.

A exclusão da amamentação gera conflitos pessoais, e inegavelmente o HIV afeta a vida social da mulher, pois a questão de não poder amamentar acaba, muitas vezes, a identificando como soropositiva e traz algumas restrições impostas, não somente pela patologia, mas, também, pelo estigma social de ser portadora do HIV.

Em algumas situações pontuais, as mulheres soropositivas devem receber, além do suporte emocional, orientação sobre possível realização de ordenha mamária, se houver necessidade para alívio parcial da compressão por ingurgitamento, quando for necessária enquanto não há ação total dos inibidores da lactação. Dessa forma, evitam-se a dor intensa do ingurgitamento e o risco de evolução para a mastite. Mas também devem ser orientadas, enfaticamente, de que esse leite ordenhado não pode ser ofertado à criança, sob nenhuma hipótese.

O HIV é uma doença que pode afetar diretamente a identidade social das mulheres, sendo essa uma razão pela qual é em torno dos aspectos sociais e morais nela implicados que se estabelece uma identidade de mulher HIV positivo. A imagem da amamentação, de alguma maneira, tem povoado o mundo das mulheres, enquanto símbolo representativo da maternidade, construído social e culturalmente ao longo dos tempos, paradoxalmente tido como determinação biológica da espécie. A amamentação não se esgota apenas em fatores biológicos, mas abrange dimensões construídas culturalmente, socialmente e historicamente.

Na nossa sociedade a importância da amamentação foi incorporada, sendo comum questionar-se a mãe de um recém-nascido se ele é amamentado. No discurso das mulheres, a experiência da impossibilidade de amamentar foi penosa e emocionalmente desgastante. A não

amamentação é encarada pelas mulheres como uma situação de dor e padecimento e a recomendação sobre o não aleitamento materno confronta-se com seu desejo do papel social de “mãe”, causando sofrimento diante do fato de ser impedida de amamentar.

As restrições no estabelecimento do vínculo mãe-filho, as vivências anteriores à amamentação, o conhecimento prévio das vantagens do aleitamento natural, enfatizadas e divulgadas constantemente pelos meios de comunicação e nas instituições de saúde em países em desenvolvimento, dificultam a decisão pelo não aleitamento. Como estratégia preventiva as mulheres HIV positivas devem receber orientações dos serviços sobre como evitar a descida excessiva do leite nas mamas, a partir do uso precoce de fármacos inibidores da lactação, bem como medidas mecânicas, mediante o enfaixamento ou contenção mecânica das mamas pelo uso de “tops”. No entanto, essa medida deve ser precedida de esclarecimento e receber posterior acompanhamento, para evitar dor e sensação de punição.

Além da situação física da dor, o fato de essa mulher ter sido privada do direito de amamentar pode lhe trazer repercussões psicológicas. Assim, o profissional de saúde deve oferecer, também, suporte emocional. Elas devem ser alertadas sobre os procedimentos preventivos e de tratamento para evitar problemas com a mama puerperal. Desse modo, será possível proporcionar-lhes mais conforto e segurança, tanto física como emocional. Vale salientar a necessidade de propiciar o devido suporte emocional à mulher, que será privada de amamentar e de desfrutar de um ato que envolve interação complexa entre ela e seu filho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para mães soropositivas a não amamentação acarreta culpa, frustrações, sofrimentos, impotência e desejos desfeitos. Os profissionais de saúde devem alertar, as gestantes portadoras do HIV, sobre os procedimentos preventivos relacionados à não amamentação, oferecendo suporte emocional e psicossocial, proporcionando mais conforto e segurança a elas, tanto do ponto de vista físico quanto emocional.

## REFERÊNCIAS

BLANEY, N. T. *et al.* Perinatal Guidelines Evaluation Project Group. Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. **AIDS Patient Care STDS**, v.18, n.7, p.405-15, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança**: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORDOVA, F. P. *et al.* Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev. bras. enferm.** 2013; 66(1), 97-102.

COSTA, P. J.; LOCATELLI, B. M. E. S. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. *Mental.* 2008; 6(10):1-18.

COUTSODIS A. *et al.* Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. **J Infect Dis**, v. n.,1, p.189-2154, 2004.

COUTSODIS A.; COOVADIA, H. M.; WILFERT, C. M. HIV, infant feeding and more perils for poor people: new WHO guidelines encourage review of formula milk policies. **Bull World Health Organ**, v.86, n.3, p.210-214, 2008.

DELICIO, A. M. *et al.* Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a ten years period. **Reprod Health**, v., n.1, p.8-35, 2011.

DÍAZ-MENEZES, G. Breastfeeding: an emotional instinct. **Breastfeed Med**, v.8, p.191-7, 2013.

ELO S; KYNGÄS H. The qualitative content analysis process. *JAN: Research Methodology*. v.62, n.1, p.107-115, 2008.

FARIA, E. R.; PICCININI, C. A. Motherhood in the context of HIV/AIDS: pregnancy and the baby at three months. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n.2, p.147-159, 2002.

GOEDHALS D. *et al.* The tainted milk of human kindness. **Lancet**, v.380, n.9842, p.702, 2012.

HEBLING, E. M.; HARDY, E. Feelings related to motherhood among women living with HIV in Brazil: a qualitative study. **AIDS Care**, v.19, n.9, p.1095-100, 2007.



JOHN CG; KREISS J. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency vírus type 1. **Epidemiol Ver.**v.18, p.149, 1996.

JOHNSTON, M. *et al.* Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v.129, n.3, p.827-41, 2012.

KAPETANOVIC, S. *et al.*, Correlates of perinatal depression in HIV-infected women. **AIDS Patient Care STDS**, v.23, n.2, p.101-8, 2009.

LEVY, J. M. Women's expectations of treatment and care after an antenatal HIV diagnosis in Lilongwe, Malawi. **Reprod Health Matters**. v.17, v.33, p.152-61, 2009.

MACHADO, M. M. T.; BRAGA, M. Q. C; GALVÃO, M. T. G. Problems with the puerperal breast revealed by HIV-infected mothers. **Rev. esc. enferm**. v.44, n.1, p.120-125, 2010.

MORENO, C. C. G. S; REA, M. F; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.6, n.2, p.199-208, 2006.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O; PAULA, C. C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.1, p.77-83, 2010.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto contexto - enferm.**v.13, n.3, p.414-419, 2004.

RIGONI, E. *et al.* Seropositive mothers' feelings concerning the preventive treatment of the baby. **PsicoUSF**, v.13, n.1, p.75-83, 2008.

SANDELOWSKI, M.; LAMBE, C.; BARROSO, J. Stigma in HIV-positive women. **J Nurs Scholarsh.**, v.36, n.2, p.122-128, 2004.

SCHARFE, E. Maternal attachment representations and initiation and duration of breastfeeding. **J Hum Lact.**, v.28, v.2, p.218-225, 2012.

SHAPIRO, R. L. *et al.* Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. **N Engl J Med.**, v. n.; p.362-2282, 2010.

SILVA, N. E. K; ALVARENGA, A. T; AYRES, J. R. C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Rev. Saúde Pública.**, v.40, n.3, p.474-481, 2006.

SLATER, M.; STRINGER, E. M; STRINGER, J. S. Breastfeeding in HIV-positive women: What can be recommended? **Paediatr Drugs**, v.12, v.1, 1-9, 2010.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* HIV Testing During Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil. **The Braz J Infect Dis.**, v.12, n.3, p.167-172, 2008.

UNAIDS. **Start free stay free AIDS free-2019 report.** <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019>, último acesso em 25/01/21

VAN, S. G. *et al.* Differential predictors of emotional distress in HIV-infected men and women. **West J Nurs Res**, v.24, n.1, p.49-72, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001) **The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation.** Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). **Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.** Geneva: WHO.

ZUPPA, A. A. *et al.* Breastfeeding and infectious diseases: state of the art. **Minerva Pediatr.**, v.62, n.4, p.397- 409, 2010.

# 24

## PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DA VIDA FUTURA EM JOVENS QUE VIVEM COM HIV

Vinicius Contin Carabolante

Manoel Antônio dos Santos

Lícia Barcelos Souza



Iniciamos este capítulo convidando você, leitor, a fazer um exercício de imaginação. Vamos supor que você é jovem, talvez tenha 20, 25 ou 29 anos e acabou de ingressar em um programa de pós-graduação. No final do ano passado, concluiu a tão desejada graduação, na qual tanto se empenhou para alcançar a melhor qualificação profissional possível. Você cultivava inúmeros projetos e planos de futuro, frente aos quais seus olhos brilham com a perspectiva de torná-los realidade. Planeja ter sua casa, talvez constituir uma família ou até passar algum tempo viajando e descobrindo o mundo, com a possibilidade de descobrir a si mesmo nessa jornada de formação de seu ser. Sente-se feliz por suas conquistas até aqui e mais ainda pelos sonhos que projeta no futuro.

Sempre que pode, você vai a festas, ao cinema, e gosta de estar reunido com seus amigos. Já se apaixonou algumas vezes, viveu momentos felizes ao lado de algumas pessoas, com outras nem tanto. Gosta de praticar esportes, cuida da alimentação e tenta, na medida do possível, não cometer excessos. Certo dia você começa a sentir um mal-estar, muito cansaço, calafrios, perde o apetite porque tem aftas na boca e um pouco de dor de garganta, sente muito sono. Quando comenta com um colega, ele recomenda que você procure um médico para se cuidar, e que ele ouviu em algum lugar que esses sintomas podem estar relacionados a alguma doença mais grave.

Então, você decide procurar um serviço de saúde. Sente medo, mas tenta se tranquilizar: “não é possível”, “não deve ser nada”. Vai ao Centro de Testagem e Aconselhamento de sua cidade, submete-se ao exame, pede para que seja o teste rápido, desses que já atesta na hora o resultado. Espera... Espera... A demora parece uma eternidade e gera ansiedade. Finalmente o chamam. A enfermeira explica que fizeram o teste e que deu “uma alteração” e, em meio ao diálogo, diz que você é soropositivo ao HIV. Ela o acolhe nesse momento difícil e lhe explica muitas coisas, mas você se sente confuso e continua se questionando: “E agora, o que vai ser de mim? O que farei da minha vida? Como será meu futuro e minhas relações?”

Pedimos para que você se colocasse nesse lugar, em algum momento de sua juventude, para que experimentasse o percurso de um jovem pesquisador que foi ao encontro e ofereceu sua escuta aos participantes de um

estudo sobre as vivências de jovens frente ao diagnóstico de infecção pelo HIV e como repensaram suas perspectivas de vida em um tempo futuro.

Assim, este capítulo tem como objetivo discutir alguns aspectos do processo de subjetivação da experiência de viver com HIV, presentes nas trajetórias singulares de jovens homens. Para alcançar este objetivo analisamos entrevistas em profundidade, realizadas individualmente com oito participantes com idades entre 23 e 29 anos, que haviam completado no mínimo o Ensino Médio e que receberam o diagnóstico de HIV havia pelo menos um ano. O estudo foi realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de uma cidade do interior paulista.

## A TRAMA VIVA

O estudo teve início em 2018, tomando como referência os preocupantes dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), que apontavam nos últimos dez anos um aumento significativo do número de casos de infecção pelo HIV no Brasil entre jovens de 20 a 29 anos. No último boletim divulgado (BRASIL, 2019), os casos haviam evoluído de 7290 em 2007 para 17873 em 2019. O número de jovens homens entre 20 e 29 anos infectados pelo HIV havia aumentado cerca de 260%, um crescimento alarmante. Nesse mesmo período, o município assistiu ao crescimento de 1000% da prevalência de casos de homens com idades entre 20 e 24 anos e, o mais surpreendente, com elevada escolaridade (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

O cenário recente da epidemia permite levantar alguns questionamentos. Como será que esses jovens estariam convivendo com o HIV, considerando os avanços das terapias antirretrovirais das últimas décadas? Além disso, como estariam vivenciando um período considerado crítico do ciclo vital, no qual os planos futuros tendem a se delinear (JOHNSON; BLUM; CHENG, 2014). Como esses jovens estariam projetando seu futuro?

Essas perguntas iniciais me conduziram em meu percurso de jovem pesquisador que faz sua inserção no campo de investigação. No primeiro momento dediquei-me à familiarização com o cenário do estudo: o CTA do município, por meio do contato semanal com a equipe de saúde multidisciplinar, o que me permitiu perceber nuances que só uma imersão total no campo possibilita. Em meu diário de campo cravei a seguinte descrição:

[...] Não digo isso somente com base nas observações que fiz do funcionamento do serviço, mas também o modo como o local ecoava em mim. Em alguns momentos me surpreendi pensando: será que as



peças que me veem aqui pensam que sou paciente? Isso no início parecia me trazer algum grau de desconforto, mas conversando com os participantes passei a compreender que, sendo um pesquisador no campo da epidemia de HIV, o estigma me seguiria. E, sim, eu estava pronto para enfrentá-lo e, ainda melhor, tentar compreendê-lo (anotação do diário de campo).

Estava lançado o desafio para o jovem pesquisador em formação que eu era. Porém, antes de me lançar ao encontro dos participantes da pesquisa, precisava encontrar um modo de criar inteligibilidade na compreensão de suas experiências. Conhecer a história da epidemia do HIV e escolher uma abordagem teórico-metodológica para analisar os relatos das experiências singulares desses jovens foram os caminhos que percorri na preparação do cenário para a realização das entrevistas.

Recorri então à revisão da literatura. Mergulhei na história da epidemia do HIV, na qual pude perceber a infinidade de significados histórica e culturalmente construídos, que contribuíram para a construção social do que essa infecção é hoje. Esse itinerário me ajudou a compreender como a Aids ainda se mantém como um importante problema de saúde pública. No final da década de 1970 e início dos anos 1980, a infecção pelo HIV foi inicialmente identificada no que foi denominado “5H” (heroinômanos, homossexuais, *hookers*, haitianos e hemofílicos), o que alimentou a crença de que teria vindo para eliminar uma porção insignificante da população. A nova doença foi identificada inicialmente como uma “praga gay” ou “câncer gay”, e as pessoas acometidas eram estigmatizadas como pertencentes ao “grupo de risco”. A síndrome foi imediatamente associada com a morte, destino quase certo dos adoecidos no início da epidemia. No Brasil, uma das figuras públicas mais eminentes foi o jovem cantor e compositor Cazusa, então no auge de sua carreira profissional. O poeta cantou em uma de suas canções mais conhecidas: “meu tesão agora é risco de vida”, o que é compreensível no contexto da época, uma vez que a perspectiva dos tratamentos disponíveis até então não apontava a possibilidade de melhoras significativas no quadro sintomatológico e muito menos alimentava uma promessa de cura (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Não tardariam a aumentar as notificações dos casos em homens e mulheres que se autodeclaravam heterossexuais. Por outro lado, o investimento maciço que a comunidade científica empreendeu em pesquisas levou ao desenvolvimento das primeiras terapias antirretrovirais, os chamados “coquetéis” anti-HIV, que finalmente começaram a surtir resultados terapêuticos promissores no controle da carga viral e no incremento da qualidade de vida dos pacientes. Esse avanço biomédico pela primeira



vez trouxe alento frente ao sombrio e inóspito cenário que até então se desenhara desde a década anterior. Isso oportunizou a condição clínica de cronicidade da infecção. Afinal, com a adesão à terapia medicamentosa o indivíduo soropositivo ao HIV poderia não mais evoluir para um quadro de Aids, nem apresentar sintomas ou doenças oportunistas por um tempo prolongado.

Todavia, a construção dos significados da “doença” já havia capturado as pessoas soropositivas e doentes de Aids em um lugar de menos-valia e abjeção, os chamados “grupos de risco”, associando-os inevitavelmente a “portadores” de uma força destrutiva, incômodos mensageiros da morte prematura, sempre na perspectiva de sofrimento. Essa herança simbólica estende-se até a atualidade, quando se observa que o imaginário popular ainda preserva essas associações perturbadoras, levando os jovens que se descobrem soropositivos ao HIV a sofrerem com a estigmatização. Isso pode comprometer sua adesão ao tratamento e o engajamento na busca de comportamentos de saúde, podendo interferir negativamente na sua motivação para perseverarem em práticas sustentáveis de autocuidado, visando a preservar sua condição de saúde e qualidade de vida (CEZAR; DRAGANOV, 2014; KATZ et al., 2013).

Nesse percurso de familiarização com a construção histórica da Aids me deparei com a Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey (2003), que me auxiliou a integrar os aspectos culturais, sociais e individuais envolvidos nesse cenário. Esse referencial se propõe a articular a dialética existente entre o que o autor nomeia de “Subjetividade Social”, essa trama simbólica que é construída em meio às relações interpessoais na sociedade, e a “Subjetividade Individual”, que carrega as experiências vividas em suas nuances mais singulares (REY, 2005). Sobre essa concepção singular, o autor afirma: “a subjetividade é um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionados: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro” (REY, 2003, p. 141).

A possibilidade de fundamentar meu estudo na Teoria da Subjetividade proposta por Rey me pareceu promissora e me inspirou a compreender os discursos de jovens soropositivos ao HIV a partir de uma definição de “história” não como um amontoado de fatos que se sucedem e se acumulam ao longo do tempo, mas como a inter-relação complexa entre sentidos subjetivos que vão emergindo nas situações vividas, independentemente do tempo. Por conseguinte, a história, para cada um, é vivida de maneiras diferentes (REY, 2005).

Essa perspectiva ampliou meu olhar para a compreensão dos fios do tecido que compõem a trama das narrativas dos jovens soropositivos ao HIV. Narrativas e narradores se sobrepõem e se constituem mutuamente, costurando entre si possibilidades de subjetivação de suas vivências, que reverberam a construção imaginária da vida futura. De posse desse instrumental, desenhei e conceitualizei minha pesquisa, elaborando um projeto que foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. O estudo recebeu parecer favorável, com registro CAAE nº 92846718.7.0000.5407. Os nomes próprios referidos neste capítulo são fictícios, com vistas a preservar o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

## **DOS TECIDOS: A ABERTURA DO DIAGNÓSTICO E A CONTINUIDADE DO VIVER COM HIV**

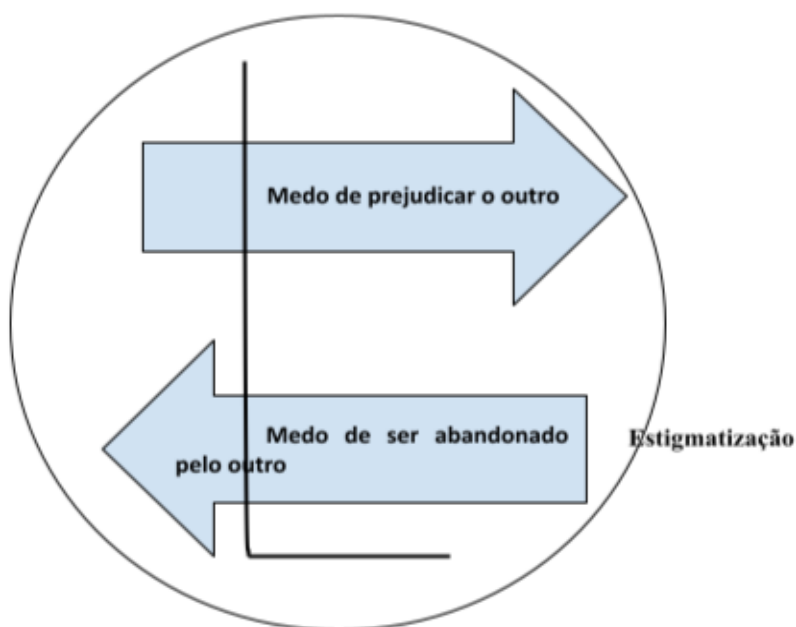
Frente ao diagnóstico da infecção pelo HIV, a oferta de apoio social é de suma importância. O suporte pode ser proveniente da família, parceiros/as, amigos/as, fontes religiosas, profissionais e serviços de saúde, grupos de apoio, conselheiros comunitários, entre outros (LYPEN et al., 2019). No entanto, o medo da morte social, conhecida por “mistanásia”, muitas vezes invade os sentidos de ser dessas pessoas, tensionando o aprisionamento em si mesmas, como se a abertura do diagnóstico fosse afastar a todos pela dificuldade de aceitação.

**Tenho muita amizade com as pessoas daqui** [referindo-se ao Centro de Testagem e Aconselhamento], **que me acolheram e me ajudaram em um momento bem...** A entender sobre a doença, sobre a minha vida, e aceitar que eu poderia ter uma vida normal e até me relacionar. Porque, no começo, e quando eu fiquei sabendo que eu tinha, eu tive tanto preconceito e falta de aceitação que **eu fiquei com medo de me relacionar com outras pessoas**, por dois pensamentos. Primeiro, pelo fato de que **eu não queria para ninguém o que já era meu**, e pelo fato também de achar que **as pessoas veem de uma forma muito preconceituosa**, e infelizmente a sociedade ainda é muito preconceituosa, então, assim... As pessoas de hoje em dia têm uma mente muito retrógrada, porque elas acham que o HIV é como se fosse uma gripe e se o portador der um espirro, ele já contaminou todo mundo que está no ambiente... E não é assim. (Lucas, 29 anos)

No depoimento de Lucas identificamos questões importantes na subjetivação da abertura do diagnóstico. Primeiramente, ao falar da equipe multidisciplinar, ele conta sobre a importância do apoio e acolhimento que recebeu para a aceitação de sua *status* sorológico. Logo em seguida, ele

discorre sobre o que nomeamos de “dialética da abertura do HIV”, baseado na noção de Subjetividade de Rey (2003). Na perspectiva de revelar ao outro seu diagnóstico, parecem coexistir dois movimentos opostos, que se compõem mutuamente: o medo de prejudicar o outro, **“eu não queria para ninguém o que já era meu”** e o medo de ser desamparado pelo outro, sentido subjetivo subjacente à afirmação: **“as pessoas veem de uma forma muito preconceituosa”**, uma dinâmica que ainda é atravessada pela estigmatização.

Essa dialética pode ser ilustrada na forma de uma representação gráfica.



O estigma, que orienta a conjuntura da “dialética da abertura do HIV”, define um conjunto de concepções e sentimentos desses jovens que recaem sobre si mesmos, associados à culpa, vergonha e inutilidade. Essa conjuntura, na qual o medo é articulado na configuração subjetiva de abertura do diagnóstico, pode comprometer a qualidade de vida de pessoas que convivem com HIV-Aids (PVHA) e impactar a formação de vínculos de cuidado que são vitais para o enfrentamento da infecção, além de diminuir a adesão ao tratamento e às estratégias de prevenção (PANTELIC; SPRAG; STANG, 2019).

O estigma pode ainda orientar a formação de um autoconceito baseado na ideia de periculosidade, mesmo que, racionalmente, compreendam que

o risco não existe ou pode ser minimizado, desde que tomadas as precauções e cuidados preconizados de forma contínua.

*Eu mesmo, na minha família, **não bebo no mesmo copo de água que a minha família**. No copo que eu bebo água, eu não dou nem para os meus primos, porque eu tenho tanto medo, às vezes por bobeira, deles contrair, sabe? Se às vezes a gente está com a boca machucada. Então, assim, **eu tenho esse receio** (Lucas, 29 anos).*

Além desses comportamentos, a dialética eu-outro na abertura do diagnóstico engendra questionamentos que atravessam as relações e que acompanham a vida das PVHA, evidenciando a vivência de um dilema moral, que pode ser superado por duas formas aparentemente óbvias, mas que carregam em si uma enorme complexidade.

O primeiro caminho é o do “contar”, que certamente não é o mais fácil, pois é necessário coragem e resiliência diante de tantos sentimentos ambivalentes que podem emergir em si e no outro, permeados pelas necessidades de aproximação e distanciamento. A busca pela aceitação e apoio do outro pareceu reposicionar os participantes de forma a se preparem para um possível abandono, mas também abriu a possibilidade de romper, mesmo que minimamente, o estigma associado a essa situação, produzindo novos sentidos subjetivos.

Quando eu peguei e já olhei pra ele e ele me olhou, **eu falei assim: “deu alteração”**, e aí, tipo, eu comecei a chorar, porque eu fiquei muito chateado, sem saber o que fazer, *ai ele já veio, me abraçou*, falou que nada vai mudar, que ele continuava comigo e tipo... Isso foi, tipo, **tudo que eu precisava de ouvir naquele momento** [...] e eu até ficava depois com aqueles negócios de, tipo assim, eu cheguei e falei assim: *“ó, eu não quero que você me trate diferente por causa disso”*, e com medo dele falar: *“ah, você está doente, não sei o quê”*, *“não, você precisa ser super-sincero comigo, se você não quiser mais, eu vou entender”*. E aí ele falou: **“não, você não está doente, você vai tomar remédio, sua vida vai continuar normal**, você sabe muito bem disso.” Aí eu falei: *“tá”*. Aí eu comecei a ler também e aí hoje eu, tipo, **eu sou bem tranquilo, bem resolvido com isso** (Pedro, 24 anos).

O relato de Pedro indica o sentido subjetivo que emerge no momento em que percebe o apoio diante da revelação de seu *status* sorológico. Esse sentido mobiliza uma emoção que proporciona uma nova unidade simbólico-emocional, distante da estigmatização, mesmo que em alguns momentos ainda possa se articular com ela por meio do receio. Percebemos, então, um desdobramento de uma experiência do passado que reverbera no futuro,

compondo a urdidura dos fios da teia de subjetividades que constitui a história do indivíduo (REY, 2003).

A outra forma de “resolução” do dilema moral é por meio do isolamento, do “não contar”, escolha apoiada em um autoconceito imutável de quem sempre se viu como uma pessoa “solitária”, reservada. Essa forma é amparada por elementos simbólicos associados a uma característica de personalidade, o que lhes permite “isolar” o vírus em suas relações interpessoais.

*É o que sempre falo para os meus amigos, nunca tive problema de ser sozinho, eu aprendi a ser assim.* Eu gosto de me cuidar, de não ter ninguém, já namorei, já foi casado, mas isso é uma coisa que, como que vou explicar, eu não tenho a necessidade (Mateus, 29 anos).

*É... Como eu sou uma pessoa muito introspectiva, muito fechada, então eu não falei nada pra ninguém. Só tenho uma amiga que sabe* (João, 23 anos).

Nos relatos expostos, parece estar presente uma unidade simbólico-emocional de si que possibilita uma articulação com a abertura do diagnóstico. Além de ser uma forma de defesa, ela proporciona a superação da Dialética por meio do auto-isolamento. Porém, deve ser levado em consideração que cada participante a subjetivou de uma maneira própria, como Mateus, que “não vê problema em ser sozinho” e João, que se percebe como “uma pessoa muito introspectiva”. Desse modo, a decisão pela eventual abertura do diagnóstico está assentada em dilemas atravessados por múltiplas e contraditórias emoções, que permeiam a subjetivação da vida com HIV, o que leva os participantes a buscarem maneiras de superação que são singulares dentro da historicidade de cada um.

## **DOS TECIDOS: CARGA VIRAL INDETECTÁVEL E O BORRAMENTO DAS DIFERENÇAS**

A emergência da epidemia do HIV na década de 1980 ceifou a vida de muitas pessoas, principalmente pela incipiência de conhecimento sobre o vírus e suas formas de transmissão e tratamento. Com o transcorrer do tempo, o avanço das pesquisas e das formas de compreensão da infecção possibilitaram que, atualmente, a maioria das pessoas consiga conviver com o vírus sem a iminência da morte, preservando sua qualidade de vida. O tratamento pode levar à condição de carga viral indetectável, ou seja, a uma quantidade reduzida de vírus nas células, chegando a não ser identificada por exames. É consenso, entre os pesquisadores, que pessoas com

carga viral indetectável não transmitem o vírus. Esses fatores vêm atribuindo ao HIV a característica de infecção crônica transmissível, ainda sem uma cura (ROLLAND-GUILLARD et al., 2019).

Ao longo da análise das entrevistas, percebemos indicadores de sentidos subjetivos por parte dos participantes nos quais a possibilidade de alcançar carga viral indetectável assumia uma função relevante para a vivência de suas relações e perspectivas futuras. É como se adquirissem um *status* de “normalidade”, permitindo que haja um borramento das diferenças entre o sujeito e outras pessoas que não convivem com o HIV.

Devido a **minha carga viral indetectável, eu tive um relacionamento**, que eu terminei há um tempo atrás, que eu terminei há dois anos inclusive, e... A pessoa sabia que eu tinha... **É... A gente podia até ter relação sexual** porque, quando a carga viral é indetectável, isso é possível (Lucas, 23 anos).

Percebemos que Lucas atribui à carga viral indetectável a possibilidade de manter relacionamentos tanto na esfera afetiva quanto sexual. Além de constituir um elemento que “igualava” o eu ao outro, essa questão também pode amenizar os sentimentos de culpa e medo que aparecem frequentemente entremeados às vivências dos jovens que vivem com HIV.

Recentemente, eu descobri que, **quando você se torna indetectável, a possibilidade de você transmitir o HIV é de 0,01**, então assim, é muito difícil **e isso me tranquiliza**, porque *às vezes você acha que só de beijar alguém você vai passar alguma coisa, e não é assim*. Mas, mesmo assim, me tranquiliza se, de repente, a camisinha romper, porque tem essa possibilidade. Então, quando a médica falou pra mim: “olha, é impossível você transmitir HIV hoje”, eu fiquei bem mais tranquilo (Fernando, 24 anos).

Fernando parece se beneficiar dos conhecimentos relacionados ao HIV, que adquirem em sua vida um sentido tranquilizador, reforçando sua convicção da possibilidade de não transmitir o vírus a outra pessoa, mesmo com aquelas com quem ele mantém relações sexuais. Isso funciona como um aval para dar continuidade aos relacionamentos íntimos. Percebe-se, assim, o medo de infectar e, assim, causar dano ao outro, mesmo que de modo não deliberado, uma ideia recorrente e que foi difundida desde o início da construção social da Aids. Esse temor, que se apresenta na dialética eu-outro, pode ser amenizado pela carga viral indetectável, o que infunde a possibilidade de manter vínculos mais duradouros e pautados em uma relação de confiança (SILVA; DUARTE; LIMA, 2020). Também é notável o papel da equipe multiprofissional em meio a esse processo, quando o participante

declara: “quando a médica falou pra mim: ‘olha, é impossível você transmitir HIV hoje’, eu fiquei bem mais tranquilo”. A equipe configura-se, assim, como uma fonte de apoio e segurança no percurso da convivência com a infecção, dirimindo dúvidas, orientando e veiculando informações confiáveis sobre a evolução do tratamento (LYPEN et al., 2015).

Nesse contexto nos deparamos com vivências marcadas por sentimentos de culpa, medo e ansiedade que, na verdade, estão relacionadas a uma realidade que já não está mais presente na vivência do HIV como nas primeiras décadas, mas que ainda assim persistem, ancoradas em um passado estigmatizante e naturalizado. O fantasma do passado parece persistir no presente, gerando vivências persecutórias que impactam o bem-estar subjetivo, da mesma forma que o presente ajuda a modelar as possibilidades de vivências futuras.

## DOS TECIDOS: A SUBJETIVAÇÃO DA VIDA FUTURA

Nas narrativas sobre o viver com HIV, os elementos de subjetivação pareceram não se sustentar em uma ordem cronológica linear. Assim, eventos passados, presentes e futuros se entrelaçaram uns aos outros e muitas vezes se confundiram. Dessa maneira, as experiências e conhecimentos prévios emergiram como possibilidade de subjetivação presente, da mesma forma que a vivência presente engendra futuros possíveis. A perspectiva de que a história de cada pessoa não é dada pelo suposto amontoado aleatório de fatos, e sim pela inter-relação entre os sentidos subjetivos que emergem no “viver” (REY, 2003), contempla a complexidade inerente à experiência dos jovens que vivem com HIV.

Diante das eventuais adversidades que atravessam o viver com HIV, relacionadas à exposição à estigmatização, preconceito e discriminação, à dificuldade de manter relações sociais e afetivas e de abrir o diagnóstico, parece que os jovens subjetivam seus futuros constantemente, mantendo planos profissionais e sonhando com suas realizações pessoais. Ao ser questionado sobre eventuais mudanças em seus planos de vida futura diante do viver com HIV, um participante refletiu: “**Não mudou em nada**, eu continuei na faculdade, eu comprei uma casa pra minha mãe; agora no final do ano ela vai pra casa e eu vou morar sozinho, vou concluir pós-graduação, pretendo abrir uma empresa” (Fernando, 24 anos).

Podemos perceber, na fala de Fernando, a presença do passado, presente e futuro na perspectiva de vida com HIV. Entretanto, todos os planos mencionados, de início, são relacionados às conquistas profissionais ou bens



materiais, excluindo aparentemente a perspectiva de projetos no âmbito da construção de vínculos afetivos. Outro participante compartilha que: “Digamos que não me afetou em muitos aspectos, **planos que qualquer pessoa vai ter**, de carreira, emprego, trabalho, continuaram os mesmos” (Mateus, 29 anos).

No caso de Mateus, apesar de vislumbrar a continuidade dos planos de vida futura, podemos perceber os desafios no percurso percorrido entre o “ser e o querer ser”, que tende a ser atravessado por preocupações e desafios (AYRES et al., 2006; MEYER; FELIX, 2014). A expressão “planos que qualquer pessoa vai ter” sugere um sentido subjetivo, no qual Mateus parece se igualar a outras pessoas, evidenciando um borramento da relação eu-outro e a possibilidade de perceber a si mesmo como “normal”. No entanto, a busca da “normalização” subjacente à fala de Mateus também não inclui a possibilidade de construir relações amorosas e vínculos duradouros em perspectiva futura.

Percebemos que, com relação à vida profissional, as expectativas de realização não passam por transformações substanciais, entretanto, uma vida em perspectiva que envolva a formação e manutenção de relacionamentos afetivos parece emergir com maior dificuldade, o que pode estar relacionado às questões inerentes ao movimento da dialética eu-outro, na qual persiste o medo de infectar, de prejudicar o outro, ou de representar uma sobrecarga emocional e de ser abandonado pelo outro. Esses temores são perpassados pelo dilema da abertura do diagnóstico, como processos atravessados pela estigmatização permanente que parece nunca ser completamente superada, exigindo constante negociação de sentidos.

Para ser bem sincero, **não mudou muita coisa** [sobre as perspectivas quanto ao seu futuro]. Porque eu **sempre fui uma pessoa que priorizei meu lado profissional**. Como o HIV não afeta diretamente o aspecto profissional, não mudou muita coisa. Claro que, **no começo, mudou algumas perspectivas sobre conseguir um parceiro**, algo assim, sabe? (João, 23 anos).

Ao refletir que “o HIV não afeta diretamente o aspecto profissional”, em contraponto com “no começo, mudou algumas perspectivas sobre conseguir um parceiro”, João ilumina a hipótese de que a vida profissional é projetada com mais facilidade diante da descoberta de infecção pelo HIV. No entanto, mesmo diante dessa perspectiva, podem surgir adversidades.

Eu trabalho em um laboratório em que eu trabalho com sangue, então, às vezes eles precisam de umas amostras e **eu fico com medo de eles me pedirem**. É a única dificuldade que eu sinto, assim, de: “ah,

eles estão precisando de uma medula”, e eu não posso doar (João, 23 anos).

O temor de ser interpelado a doar uma amostra de sua medula óssea parece desvelar um sentido subjetivo de medo de tornar conhecida sua soropositividade no local de trabalho, o que é percebido como uma ameaça frente à consideração de que sua condição sorológica pode se manter encapsulada diante da cronicidade da infecção. Percebemos, assim, que o viver com HIV é uma construção tecida por diversos nós e fios que unem as questões relacionadas à abertura do diagnóstico, a cronicidade da infecção e o estigma que atravessa essa experiência, que coexistem em realidades passadas, presentes e futuras.

Segundo Johnson, Blum e Cheng (2014), a orientação futura é influenciada pelo contexto histórico-cultural no qual o indivíduo está inserido. Dessa maneira, as questões políticas e de garantia de direitos também apareceram nas falas dos participantes, como componentes narrativos da trama vivida.

Ah, eu, ah, não mudou nada, eu continuo com os meus planos, eu tenho muito interesse eu fazer mochilão e tal, e sair pelo mundo conhecendo, e às vezes a única questão que talvez eu pense é: “como que eu vou lidar com isso viajando? Como que eu vou pegar remédios? Como que eu vou me consultar?” Que acaba sendo meio que periodicamente, eu tenho que vir aqui de três em três meses fazer o exame e tal, então às vezes eu fico pensando: “e aí, como você vai fazer isso?” (Pedro, 23 anos).

A preocupação de Pedro quanto à continuidade do tratamento torna patente uma das limitações que o viver com HIV impõem aos seus planos, relacionadas à necessidade de se submeter ao acompanhamento periódico por profissionais de saúde. O Brasil é um país que garante o acesso gratuito ao tratamento a todas as PVHA, o que facilita a possibilidade de projeção futura, no entanto, essa não é uma realidade em muitos países. Somado a isso, Paiva (2019) ressalta a importância de atentar para as políticas atuais retrógradas, que ceifam as garantias de tratamento e, conseqüentemente, podem impactar as projeções futuras de quem depende da disponibilidade desses recursos na rede pública de saúde.

A questão de ter sua saúde condicionada à continuidade do tratamento atravessa o planejamento da vida futura dos jovens, principalmente diante da perspectiva não totalmente assegurada de manter o acesso à medicação e aos profissionais durante toda a vida. Por outro lado, nota-se que suas perspectivas também são carregadas da esperança de que novos

medicamentos e outras possibilidades terapêuticas, atreladas à possibilidade de cura, possam emergir a partir do avanço da ciência médica.

Sou uma pessoa muito otimista, sou muito positivo, então, assim, penso bastante não só no tratamento, mas no **desenvolvimento da cura** (Lucas, 29 anos).

Bom, eu não tenho expectativa para relacionamento no momento, hoje eu quero ficar solteiro, e eu ainda sonho com a cura do HIV. Seria muito... Eu sonho ainda com isso, às vezes eu fico mais **pensando em esperar a cura para poder me relacionar com as pessoas** (Marcos, 25 anos).

As narrativas de Lucas e Marcos indicam o investimento na esperança pela descoberta de novos e revolucionários tratamentos, o que parece nutrir a criação futura de espaços nos quais eles não precisem mais conviver com o preconceito e a estigmatização. O futuro desenhado é um tempo-espaço livre do HIV, no qual suas vidas não estariam mais atravessadas pelos medos na dialética eu-outro. Marcos afirma “sonhar” com a cura, condicionando-a à possibilidade de voltar a se relacionar amorosamente com outras pessoas. Mesmo sabendo que o risco de contaminação do/a parceiro/a pode ser controlado, ele admite abrir mão ou não ter expectativa de relacionamento no momento. Acreditar no tempo da cura é apostar na possibilidade de uma vida não mais condicionada pelos circunscritores da doença e do estigma. A idealização desse tempo sem sofrimento ressalta a importância de se pensar, no presente, em políticas que efetivem medidas que possam auxiliar no combate ao preconceito relacionado ao HIV. Ainda que muitas vezes ele se manifeste de forma indelével e “indecível”, ainda está ativo e mais vivo do que nunca, como atestam as narrativas obtidas neste estudo, podendo gerar intenso sofrimento e limitar as perspectivas futuras de jovens que convivem com a infecção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de jovens soropositivos ao HIV sobre suas experiências atuais e suas perspectivas futuras remontam a sofrimentos semelhantes aos relatados pelas pessoas que vivenciaram o início da epidemia. O passado, presente e futuro entrelaçam-se, confundindo-se nas narrativas que costuram sofrimentos e esperanças dessas pessoas, cujas vidas são atravessadas pelos efeitos dos preconceitos e da estigmatização, heranças históricas da infecção que nem os extraordinários progressos obtidos no tratamento conseguiram dirimir.

Os jovens perspectivam seus futuros em tramas que são tecidas por suas histórias singulares e pelos recursos que encontram no contexto social, no campo do trabalho, da família, das relações afetivas e da vivência da sexualidade. Se no mundo do trabalho a continuidade dos projetos não sofrem muitas alterações, é no campo das relações sociais e afetivas que continuam naturalizados os sofrimentos cristalizados há décadas pelos preconceitos e estigmatização das pessoas que vivem com HIV. Em nossa discussão, apresentamos uma hipótese sobre os processos de subjetivação das relações afetivas, que denominamos “dialética eu-outro”, movimento que se dá pelo medo de se tornar e tornar os outros seres ininteligíveis, sem possibilidade de trocas afetivas genuínas, o que pode levar ao isolamento e privar os jovens de experiências tão importantes para a continuidade de seu desenvolvimento psicoemocional.

Outra discussão crucial que propusemos se refere às perspectivas de futuro para os jovens soropositivos ao HIV, que se assentam nos avanços da ciência e na importância dos vínculos que são construídos com os profissionais de saúde. A possibilidade de alcançar a carga viral indetectável e o apoio recebido dos profissionais no enfrentamento da cronicidade da infecção possibilitam a construção de relações significativas e transformadoras de sentidos das experiências vividas pelos jovens. Isso os fortalece e renova seu fôlego para que continuem projetando suas metas de futuro e sonhando com novos tempos e espaços utópicos, nos quais a vivência da infecção não seja mais tão cerceadora de possibilidades.

## **AGRADECIMENTOS**

Os autores agradecem aos participantes, que generosamente se disponibilizaram a compartilhar suas experiências, bem como aos profissionais da equipe de saúde, que colaboraram na viabilização das condições necessárias para a coleta de dados. Este estudo foi desenvolvido com apoio da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo, por meio do Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Apoio e Formação de Estudantes de Graduação (PUB-USP).

## **REFERÊNCIAS**

AYRES J. R. C. M.; PAIVA V.; FRANÇA I.; GRAVATO N.; LACERDA R.; NEGRA M. D.; MARQUES H. H. S.; GALANO E.; LECUSSAN P.; SEGURADO A. C.; SILVA M. H. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young

people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, pp. 1001-1006; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**, v. 49, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**, Número Especial. pp. 35-37, 2019.

ROLLAND-GUILLARD L.; de La ROCHEBROCHARD E.; SIRIRUNGSU W.; KANABKAEW C.; BRETON D.; Le COEUR S. Reproductive health, social life and plans for the future of adolescents growing-up with HIV: a case-control study in Thailand. **AIDS Care**; 31(1): 90-4, 2019.

CEZAR V. M.; DRAGANOV P. V. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 18, n. 3, 151-156, 2014.

JOHNSON S. R.; BLUM R. W.; CHENG T. L. Future orientation: a construct with implications for adolescent health and wellbeing. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 26, n. 4, pp. 459-468. doi:10.1515/ijamh-2013-0333, 2014.

Katz, I.T., Ryu, A.E., Onuegbu, A.G., Psaros, C., Weiser, S.D., Bangsberg, D.R., Tsai, A.C. Impacto do estigma relacionado ao HIV na adesão ao tratamento: revisão sistemática e meta-síntese. **Journal of the International AIDS Society**. 16 (3 Suppl 2): 18640, 2013.

LYPEN K. D.; LOCKWOOD N. M.; SHALABI F.; Harper G.W.; Ngugi E. (2015). "When we are together I feel at home": types and sources of social support among youth newly diagnosed with HIV in Kenya: implications for intervention. **Afr J AIDS Res**, v. 14, n. 3, pp. 275-284.

MEYER, D.; FÉLIX, J. Entre o ser e o querer ser... jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação. **Educação em Revista**, v. 30, n. 2, 181-206, 2014.

PAIVA A.; ANTUNES M. C.; SANCHEZ M. N. O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e180625, 2019.

REY, G. F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning; 2005

REY, G. F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning; 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. 2019. Recuperado em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J332/noticia-imprimir/42103>

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, (34), 25-45. Epub May 18, 2020.

# 25

## **A TRANSMISSÃO DOLOSA DO HIV-AIDS NO CONTEXTO DO DIREITO PENAL: DO OBJETO JURÍDICO ÀS SUBJETIVIDADES**

Michelle Saldanha de Lucena

Ana Carolina Cananéa Medeiros de Lucena



*“Uma mulher ajuizou ação de indenização contra o ex-companheiro – com quem manteve união estável durante 15 anos e teve três filhos – por ter sido infectada pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) nesse período. Ela pediu uma pensão mensal e danos morais. Tanto a sentença quanto o acórdão de segunda instância reconheceram a responsabilidade civil do ex-companheiro, seja por ter sido comprovado no processo que ele tinha ciência da sua condição, seja por ter assumido o risco com o seu comportamento. A indenização foi fixada, mas o acórdão negou o pagamento da pensão mensal. Em recurso apresentado ao STJ (Superior Tribunal de Justiça), o Ministro Relator salientou que não há precedente específico no STJ para o caso em julgamento, cabendo ao aplicador do direito a tarefa de reconhecer a ocorrência de eventual ilícito e o correspondente dever de indenizar. Segundo ele, no caso analisado, ficou provado que o requerido foi o efetivo transmissor do vírus para a companheira, assumindo o risco com o seu comportamento, seja porque já era sabedor de sua soropositividade no momento das relações sexuais com a sua companheira – sem informá-la de sua condição e sem adotar as devidas precauções –, seja porque adotava comportamento extraconjugal de risco (vida promíscua), devendo ser responsabilizado por sua conduta, restando evidente a violação ao direito da personalidade da autora, com lesão de sua honra, intimidade e, sobretudo, de sua integridade moral e física, a ensejar reparação pelos danos morais sofridos.”*

(Processo REsp 0361945-55.2013.8.13.0701 MG 2018/0118890-8; julgado em 19 de Março de 2019 e publicado em DJe em 06/05/2019, pelo Superior Tribunal de Justiça – Recurso Especial).

**A** tentativa de responder as indagações suscitadas acerca da transmissão voluntária do HIV é uma tarefa árdua que exige breves, porém, essenciais digressões pela teoria do Direito Penal. Segundo se observa, há uma tendência doutrinária em se considerar que aquele que transmite intencionalmente o vírus da AIDS responde por homicídio ou tentativa de homicídio, conforme a superveniência ou não do resultado morte, considerando a letalidade da patologia. Ressalve-se, contudo, que mesmo havendo a intencionalidade, tal conclusão não é ponto pacífico. Assim, surge uma questão de muito significado para dar um norte ao enquadramento penal do portador da AIDS que conscientemente passa o vírus para outrem. Pergunta-se: Como enquadrar criminalmente o portador da AIDS que de forma consciente de sua condição contamina outrem?

As discussões a respeito da criminalização das pessoas portadoras do HIV pela sua transmissão foram iniciadas em 2005, tomando destaque com a XVII Conferência Internacional da AIDS, realizada no México em 2008. Nesse evento, ponderou-se a respeito dos impactos negativos da criminalização da exposição sexual e transmissão do HIV. No entanto, até os dias atuais, o ordenamento jurídico brasileiro não possui norma específica para criminalizar a transmissão do vírus HIV, seguindo, assim, a recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU), conforme o relatório da Global Commission on HIV and the Law (2012).

Todas as doenças têm dimensões sociais, éticas e políticas. No caso da AIDS, contudo, houve uma acentuada extensão desses efeitos. Como destaca Weeks (1989, p. 18), “o que dá um poder especial a AIDS é a sua capacidade para representar uma série de medos, ansiedades e problemas em nossa atual sociedade pós-permissiva”, fato social este, denominado por Galvão (2000), como “pânico social”. Transportando o conceito de pânico moral ao campo jurídico, Wermuth (2011) destaca que fatos sociais que demandariam uma atuação positiva do Estado – no sentido de efetivação de políticas públicas, proteção às vítimas entre outros – acabam gerando, em virtude do medo social, uma pretensão punitiva desnecessária ao Estado. Parece que foi justamente nessa ordem de ideias que se buscou a tipificação da conduta em análise como homicídio, posição essa predominante na jurisprudência até a década passada. Importa salientar que se

trata aqui da conduta genérica de transmissão do vírus HIV por pessoa que sabia da sua condição de soropositivo. Isso porque, segundo o autor supracitado, não se pode punir o sujeito que desconhece tal fato, por ausência do dolo em virtude da não “consciência” do agente em incorrer nos termos do tipo legal.

A mudança de paradigma se deu pelo Habeas Corpus (HC) 98.712, de relatoria do Ministro Marco Aurélio de Mello do Supremo Tribunal Federal (BRASIL, 2010). Ainda que de forma tardia, já que só prolatada em outubro de 2010, a decisão serviu para elidir quaisquer interpretações favoráveis ao enquadramento da transmissão do vírus HIV como homicídio tentado. Com o julgamento do HC 98.712 pelo Supremo Tribunal Federal, essa questão restou pacificada na jurisprudência, não podendo mais se falar em tipificação como homicídio. Contudo, notou-se que a controvérsia ganhou contornos ainda mais nebulosos, notadamente por não ter sido dada uma especial atenção ao caso tanto pelos Tribunais superiores quanto pela doutrina. Desta forma, padeceram dúvidas sobre qual tipo penal era mais adequado à hipótese: se o do art. 129, §2º, II, do Código Penal (lesão corporal de natureza gravíssima pela contração de enfermidade incurável) ou se o tipo penal do art. 131 do mesmo Diploma (crime de perigo de contágio de moléstia grave).

Ressaltando a falta de uniformidade no tratamento da conduta supramencionada, visando à colheita e unificação dos diferentes ensinamentos dos grandes penalistas, Pacheco (2016) buscou fazer uma análise das diferentes correntes sobre a tipificação da conduta de transmitir dolosamente o vírus da Aids. O autor distingue quatro linhas de pensamento distintas: (1) perigo de contágio venéreo qualificado (art. 130, §1º, do Código Penal) ou perigo de contágio de moléstia grave (art. 131 do Código Penal), dependendo do enquadramento da AIDS como doença venérea ou não; (2) homicídio (art. 121 do Código Penal); (3) lesão corporal gravíssima (art. 129, §2º, II, do Código Penal); (4) o crime praticado dependente do dolo do agente.

A primeira corrente, de acordo com Pacheco (2016), onde a transmissão dolosa do vírus da AIDS deve ser capitulada como o crime de perigo de contágio venéreo (art. 130, §1º, do Código Penal), não logrou êxito, porquanto a AIDS pode ser transmitida de diversas formas, não somente através da prática de conjunção carnal ou outro ato libidinoso, não podendo ser considerada doença venérea. Em contraponto, outros doutrinadores entendem que o caso deve ser tratado como crime de perigo de contágio de moléstia grave (art. 131 do Código Penal), corrente esta que já foi defendida pelo Supremo Tribunal Federal.

Na segunda corrente, segundo Pacheco (2016), há o entendimento segundo o qual a transmissão dolosa da AIDS deve ser tipificada como homicídio (art. 121 do Código Penal) tentado ou consumado, a depender do caso. Seriam casos em que o agente buscar transmitir o vírus da AIDS, propositadamente, pela via da relação sexual ou outra admissível (ex.: atirando sangue contaminado sobre a vítima), devendo responder por tentativa de homicídio ou homicídio consumado (conforme o resultado atingido). Neste sentido, como explanado por Greco (2011), a Aids, mais do que uma enfermidade incurável, é considerada uma doença mortal, visto não ter cura, não obstante os medicamentos antiretrovirais. Dessa forma, mais do que uma enfermidade incurável, a transmissão dolosa do vírus HIV pode se amoldar, à modalidade típica prevista no art. 121 do Código Penal, consumado ou tentado. Segundo Silva (2005), em caso de morte da vítima, nada pode afastar a hipótese de homicídio doloso, porquanto esta morte foi “totalmente previsível pelo agente, que não teria qualquer razão para confiar na descoberta da cura ou outro fato científico ou milagroso, o que deslocaria o resultado para a esfera da culpa consciente”.

A terceira corrente, segundo Pacheco (2016) entende que o correto seria a capitulação no crime de lesão corporal gravíssima (art. 129, §2º, II, do Código Penal), devido ao fato de haver a transmissão de doença incurável. Pacheco explica que o critério a vigorar será o de que “o dolo, como vontade de realização da ação e do resultado, deve referir-se a uma ação imediata, e não a uma ação que, por sua cronicidade, conduza à morte. Portanto, só pode haver crime de lesão corporal grave e não homicídio”.

A quarta e última linha de pensamento exposta por Pacheco (2016), analisa o dolo do agente para se descobrir por qual crime ele deverá responder, tendo em vista que o direito penal brasileiro é finalista, analisando a vontade do agente. Para tanto traz o entendimento do Ex-ministro Ayres Britto ao afirmar que, “fosse o propósito do agente apenas transmitir o vírus do HIV, o crime seria o do art. 131 do CP; fosse a intenção do réu ofender a integridade física das vítimas, o delito seria o do inciso II do §2º do art. 129 do CP; enfim, fosse o intento do autor da ação matar as vítimas, estaria configurado o homicídio (tentado ou consumado)”.

Em suma, Pacheco (2016) conclui que o crime pelo qual o agente deverá responder dependerá de seu dolo. Assim, se ele pratica a conduta com o fim de causar a morte de outrem, deve responder por tentativa de homicídio ou por homicídio consumado (art. 121 do CP); se a sua intenção era lesionar a integridade física de outra pessoa, transmitindo-lhe a AIDS, deverá responder por lesão corporal de natureza gravíssima pela transmissão de

doença incurável (art. 129, §2º, II, do CP); se não possuía intenção de lesar a integridade física da pessoa nem causar a sua morte, tão somente querendo praticar atos libidinosos ou conjunção carnal com a mesma, mesmo que sabendo estar contaminado com o vírus da AIDS, deverá responder perigo de contágio de moléstia grave (art. 131 do CP). Não obstante, se a vítima consentir com a prática de ato libidinoso com o agente sabidamente soropositivo, não poderia ser aplicada a causa supralegal excludente de ilicitude do consentimento do ofendido, pois bem atingido é indisponível; não podendo, por isso, aplicar tal circunstância justificante.

Partindo do pressuposto de que, embora não seja concebível a justiça sem regras, também é verdade que a justiça não é uma atividade de cálculo, medição ou proporção, mas envolve tanto raciocínio como intuição, razão e emoção, luz da inteligência e calor dos sentimentos humanos (TOMAZ; GIUGLIANO, 1997). Desta forma, a neutralidade é incompatível com a natureza essencialmente valorativa do ser humano e, tendo em vista que todas as pessoas valoram tudo o que as rodeiam, também os juristas não estão imunes à realidade social nem escapam da política e das pressões ideológicas, consciente ou inconscientemente.

Sendo assim, com o objetivo de analisar as atitudes acerca da Aids por juristas, foram distribuídos 100 questionários, com taxa de retorno de 25% constituídos pela Escala de Atitudes frente a AIDS (MORIYA; GIR; HAYASHIDA, 2004), analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média), de variabilidade (Desvio Padrão) e distribuição de frequências; e a Técnica de Apresentação de Dilemas, constituídos por 03 histórias reais enfocando tópicos tais como o uso do sangue contaminado, a contaminação sexual proposital e o curandeirismo, para cujas respostas utilizou-se análise categorial de conteúdo. Para melhor explicitação dos resultados, os participantes foram divididos em dois grupos, de acordo com sua categoria profissional:

- Um grupo com 10 participantes, constituído por 04 Juízes (Magistrados), 04 Procuradores e 02 Promotores (Ministério Público), denominado doravante de Mag/MP. Este grupo tem média de idade de 49,3 anos (DP=10,9), variando de 34 a 66 anos, com tempo médio de atuação de 18,4 anos (DP=8,9), variando de 8 a 32 anos. Destes, 04 participantes afirmaram já terem atuado em casos envolvendo pessoas soropositivas para o HIV/AIDS.
- Outro grupo com 15 participantes, constituído pelos Advogados Criminalistas, com média de idade de 35,9 anos (DP=9,4), variando

de 24 a 52 anos, com tempo médio de atuação de 9,6 anos (DP=9,01), variando de 1 a 22 anos. Destes, 04 participantes afirmaram já terem atuado em casos envolvendo pessoas soropositivas para o HIV/AIDS. Doravante, este grupo será denominado **Adv.**

## CRENÇAS E CONHECIMENTOS ACERCA DA AIDS

De forma geral, os resultados apontam para um nível de conhecimento mediano, com atitudes favoráveis acerca do portador do HIV/AIDS. Embora sem diferença estatisticamente significativa, pode-se observar que o grupo formado por integrantes do Magistério e Ministério Público (Mag/MP) apresenta maior média em relação ao conhecimento sobre a origem da AIDS, no entanto, menores médias no que se refere ao conhecimento sobre a doença, além de avaliação do portador mais negativa. Dentre os resultados encontrados, destaca-se:

- Em relação às crenças sobre a origem da AIDS, obteve-se média de frequência maior para causas religiosas, seguido das causas científicas e valores morais.
- Embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa, os Juízes, Procuradores e Promotores (Mag/MP) imputaram a origem da Aids mais às causas científicas, enquanto os advogados (Adv) atribuem mais às causas religiosas.
- Em relação às formas de transmissão da AIDS, manteve-se um padrão elevado de respostas corretas, embora o número de respostas erradas em uma amostra considerada de alto nível intelectual não pode ser desprezado.
- Ainda que seja reconhecido pela maioria da amostra o direito à cidadania e ao respeito para as pessoas que vivem com a AIDS, ainda observa-se a manutenção de crenças oriundas do início da epidemia, como a responsabilização de “grupos de risco”, no caso os homossexuais e profissionais do sexo, a imposição do isolamento social das pessoas soropositivas para o HIV e a admissão no emprego perante teste anti-HIV, bem como a quebra da privacidade e do sigilo do diagnóstico com a divulgação dos nomes de pessoas com diagnóstico siropositivo.



## DILEMAS

Em relação aos dilemas, para a discussão da transmissão heterossexual da Aids, foram apresentados três casos, sintetizados e explanados no quadro a seguir:

1. uma pessoa que não informa sua condição e continua mantendo relações sexuais desprotegidas com parceira de longa data.
2. retrata o curandeirismo, ou seja, a cura pela religião, onde uma pessoa soropositiva para o HIV, acreditando estar curado pela religião, transmite o HIV para a esposa e o filho;
3. uma pessoa sabedora de seu diagnóstico soropositivo para o HIV, de porte de uma seringa, tentou deliberadamente contaminar pessoas.

### Quadro 1. Respostas aos Dilemas

<b>Caso 1 – Transmissão Heterossexual</b>	
Um homem, mesmo sabendo ser portador de HIV, teria por três anos mantido relações sexuais, sem preservativos, e contaminado a amante. A justiça entendeu haver dolo, pois ele tinha consciência de sua condição e assumiu o risco de causar dano à parceira. O advogado do acusado, J. C., negou a intenção de contaminar, pois o acusado mantinha relacionamento antes de saber-se portador do HIV.	
Mag/MP	<p>O crime é de perigo e não exime doloso contra a vida.(Pmt 18)</p> <p>... não se caracteriza como crime doloso contra a vida e, portanto, não pode ir a julgamento no tribunal do júri. (Pmt 19)</p> <p>Houve dolo, pois, tinha consciência da doença [...]. (Jz10)</p> <p>Deve ser analisado de acordo com as provas se existia dolo ou não por parte do agente. Contudo, deve responder por crime de homicídio caso haja dolo.(Pcd16)</p> <p>...não vejo o dolo necessário para caracterizar um crime de tentativa de homicídio, poderia até ser culposo se soubesse e assumiu o risco. O que caracteriza o dolo é a intenção e no caso, se ele só soube depois não há como caracterizar um crime doloso.(Jz9)</p> <p>... duas versões. [...] Prevalecendo a versão do MP, pouco há o que se discutir, pois o crime está tipificado. Prevalecendo a versão da defesa, igualmente não vislumbro a ocorrência de dolo, daí não ser possível atribuir a prática do crime ao militar.(Jz4)</p> <p>... ao continuar omitindo tal informação [diagnóstico], configura-se má fé. (Pcd15)</p> <p>Concordo com as alegações ministeriais. (Jz11)</p>



<p>Advs</p>	<p>...o que determinará essa questão é a prova de que tinha consciência do HIV.(Adv13)          ...deveria ver a data do exame para determinar...(Adv1)          ...só deveria ser acusado de homicídio doloso caso fosse do seu conhecimento ser portador do vírus as AIDS, porque daí ele tinha a intenção de transmitir...(Adv6)          ... houve dolo do militar para com sua esposa.(Adv12)          ...descobriu ser portador do vírus, age com dolo por tal atitude, logo, deve ser punido por tentativa de homicídio, caso não tenha havido a morte da vítima.(Adv 8)          E a amante sabia? Caso bastante polêmico, mas pode ser condenado.(Adv2)          Ainda não há consenso se a pessoa que transmite voluntariamente o vírus da AIDS deve ser responsabilizado por tentativa de homicídio ou pelo crime de perigo de contágio de moléstia grave. A maioria entende que deve ser tipificada a conduta em tentativa de homicídio, mas há posições divergentes. (Adv5)          ... descobriu ser portador e continua tendo relações, está agindo de má fé e por isso precisa ser processado. (Adv 7)          A proposição faz duas afirmações contraditórias. Para o primeiro não vejo configurado a tentativa, mas a lesão grave. Na segunda, a culpa, mas não o dolo.(Adv14)</p>
<p><b>Caso 2– Curandeirismo</b></p>	
<p>Um agente de saúde com diagnóstico de HIV converteu-se evangélico e acreditou-se curado. Casou-se com uma moça da igreja, para quem transmitiu o vírus e ao filho que os dois tiveram juntos.</p>	
<p>Mag/MP</p>	<p>...não tem amparo legal, podendo o agente de saúde ser responsabilizado.(Pmt18)          ...não isenta o agente de saúde das penas descritas em lei. (Pmt19)          Se deu conhecimento a parceira, apenas comportamento irresponsável. Se não, tentativa de homicídio. (Jz11)          Totalmente errônea a situação de acreditar estar curado do vírus da AIDS pela fé divina.(Pcd16)          Um grande absurdo, falta de discernimento e de uma maior visão acerca da gravidade desse vírus e das consequências irreversíveis...(Pcd15)          ... apesar da fé na cura, deveria ter tido mais prudência para evitar maiores problemas.(Jz10)          ...ele teria que ter comprovado a cura.(Jz9)          A ignorância não exime ninguém da culpa. Não podemos culpar a fé pelo ato criminoso [...]. A certeza de sua cura não dispensaria o exame específico. (Jz4)</p>

Advs	<p>... deveria responder pela contaminação.(Adv13)</p> <p>... age de forma criminoso,era dever fazer uma avaliação médica. (Adv12)</p> <p>Agiu errado[...]agiu de má fé[...] deve responder judicialmente por duas vezes, a mãe e o filho contaminados por ato irresponsável.(Adv1)</p> <p>Tem que responder a processo. (Adv2)</p> <p>Irresponsável. Deve ser responsabilizado judicialmente... (Adv5)</p> <p>Se realmente acreditou na cura, não pode ser processado por isso.(Adv7)</p> <p>...deveria fazer os exames necessários para certificar que realmente estava curado, mas mesmo assim, não agiu com dolo. Deve responder pelo crime na sua forma culposa. (Adv8)</p> <p>... caso de leviandade... (Adv6)</p> <p>A religião pode ser um instrumento danoso quando extremada... (Adv14)</p>
<b>Caso 3 – Transmissão Proposital – Vingança</b>	
<p>Uma pessoa de 36 anos, com pós-graduação no exterior, sabedora de sua condição soropositiva para o HIV, portando uma seringa com seu sangue, picou pelo menos dez passageiros num ponto de ônibus. Confessou ter por objetivo a contaminação do maior número possível de pessoas.</p>	
Mag/MP	<p>Trata-se de conduta socialmente reprovável e penalmente punível nos termos da legislação penal em vigor.(Pmt18)</p> <p>Conduta penal agravada que deve ser combatida. (Pmt19)</p> <p>...deve ser processado e julgado criminalmente por este ato, sendo no fim condenada. (Pcd16)</p> <p>Tentativa de homicídio caracterizada. (Jz11)</p> <p>Atitude homicida, com dolo, assumindo todos os riscos. (Jz10)</p> <p>Criminoso insensível. Se existisse no Brasil pena de morte, teríamos o primeiro candidato. (Jz4)</p> <p>Falta de humanidade, de solidariedade e de amor ao próximo. (Pcd15)</p> <p>...pessoas que tem doenças contagiosas e não aceitam, tendem a querer transmitir a terceiros como forma de extravasar a sua ira. (Jz9)</p>
Advs	<p>Deverá responder com os benefícios de crime continuado. (Adv13)</p> <p>...é doloso, portanto, merece ser condenado penalmente pelo seu comportamento criminoso. (Adv12)</p> <p>...ato de loucura, devendo ser punido judicialmente. (...) Em caso de confirmação de da contaminação de outros, a lei deve aplicar uma lei mais nociva, aumentando a pena(Adv1).</p> <p>Tem que ser preso, processado e condenado com a agravante de querer contaminar o maior número de pessoas. (Adv2)</p> <p>É crime. Deve ser punido. (Adv5)</p> <p>... praticou homicídio doloso [...] pois sabia ser portador do vírus da AIDS... (Adv6)</p> <p>Louco. Deve ser processado e condenado. (Adv7)</p> <p>Além de responder pelo crime, deve ser internado num manicômio para a verificação de sua aptidão mental, pois certamente tem problemas mentais.(Adv8)</p> <p>A drogadição reduz a consciência e responsabilidade...(Adv14)</p>

Em relação ao caso 1, onde a pessoa sabia de sua condição soropositiva e não comunicou ao parceiro, existe um consenso entre os juristas, ficando a discussão em relação a presença ou não de dolo. Sabendo o agente que era portador do vírus HIV, de pronto se atesta que assumiu o risco de produção do resultado “morte”. Esse dolo é eventual, pois nunca se constata efetivamente que o sujeito pretende a morte da vítima, ou seja, a ausência da intenção de matar.

O Caso 2 retrata o curandeirismo, ou seja, a cura pela religião, onde uma pessoa soropositiva para o HIV, acreditando estar curado pela religião, transmite o HIV para a esposa e o filho. A esse respeito, observa-se um discurso mais leve por parte dos juízes, procuradores e promotores, ancorado na irresponsabilidade e imprudência. Já o discurso dos advogados criminais está mais voltado para a responsabilização criminal, ainda que reconheçam que não agiu com dolo.

Estudo realizado por Figueira (2003) com pessoas que vivem com a AIDS, frequentadores de igrejas pentecostais, mostra como a doença passa a ser um caminho para a conversão religiosa, com o encontro de conforto, apoio e força para levar adiante o tratamento médico, fundamentados de que quanto mais caminhassem em direção ao auge da fé, mais próximos estariam da cura. A força do discurso religioso está em prometer salvação para uma doença que, pela ciência, ainda não tem cura. Além disso, existe uma visão de que os que seguem fielmente os preceitos religiosos não se contaminam. O curandeirismo, segundo previsto no Código Penal Brasileiro, é a prática de prescrever, ministrar ou aplicar, habitualmente, qualquer substância, bem como usar gestos, palavras ou qualquer outro meio (não inserido na prática médica) para cura ou fazer diagnósticos sem ter habilitação médica, previsto no artigo 284, com pena de detenção de seis meses a dois anos e ainda, se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito à multa.

Por fim, foi abordado o Caso 3, onde uma pessoa é acusada de efetivamente ter espetado vítimas indefesas com agulhas supostamente contaminadas com sangue na tentativa deliberada de contaminar pessoas. Este foi o único caso que obteve consenso entre os participantes do estudo – juízes, procuradores, promotores e advogados criminalistas – assumido como conduta penal agravada.

Na literatura jurídica esta falta de consenso também se faz presente. Segundo se observa, há uma tendência doutrinária em considerar que aquele que transmite intencionalmente o vírus da AIDS responde por homicídio ou tentativa de homicídio, conforme a superveniência ou não do resultado

morte, considerando a letalidade da patologia. Ressalve-se, contudo, que mesmo havendo a intencionalidade, tal conclusão não é ponto pacífico. Apesar de alguns doutrinadores tipificarem como tentativa de homicídio, STF (Supremo Tribunal Federal) e STJ (Superior Tribunal de Justiça) entendem não ser mais possível tipificar como crime doloso desde 2012. Todavia, para o STJ é lesão corporal gravíssima do artigo 129, parágrafo 2, inciso II (enfermidade incurável) CP e não mais tentativa. Já para o STF pode configurar a depender do caso concreto, perigo de contágio de moléstia grave ou lesão corporal gravíssima pela enfermidade incurável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram apresentados aos juristas 3 dilemas que remetem a questão da transmissão do vírus a outrem. Apenas um dilema, tratando de transmissão deliberada por vingança obteve consenso dentre os magistrados, assumido como conduta penal agravada. Nos outros dois há embate entre os especialistas ao afirmar que, havendo a intenção, a vontade de matar, ou seja, presente o elemento subjetivo do agente, por meio da transmissão da AIDS, ficará tipificado o crime de homicídio ou de tentativa de homicídio, se a transmissão não ocorrer (BEVILACQUA, 1976). Nos casos em que a intenção não é a de matar, o Código Penal tipifica em seus artigos 130 e 131, respectivamente, os crimes de “perigo de contágio venéreo” e de “perigo de contágio de moléstia grave”. Contudo, à título de exemplo da ambiguidade existente, observa-se que a AIDS não é considerada uma doença (somente) venérea, porque poderá ser transmitida também por outras vias que não a sexual. Desta forma, a aplicação da lei fica à deriva da interpretação dada aos fatos e ao local de quem fala, se acusação ou defesa.

Originariamente o Judiciário foi idealizado como um poder neutro, politicamente inerte e socialmente irresponsável. No entanto, de acordo com Cunha (2006), para falarmos em justiça, é preciso admitir que tal palavra é detentora de forte carga emocional, o que a torna possuidora de tantos sentidos quanto os valores que simboliza, sendo pacífico que as diversas concepções de justiça variam conforme dê razão aos interesses de cada definidor. Sendo assim, os magistrados solucionam as questões com maior ou menor rigor e praticidade, seguindo a força de sua própria personalidade e de acordo com a sua noção de mundo. A área de atitude tem sempre uma referência ao aspecto emotivo, valorativo e pragmático da ideologia adotada pelo agente. Assim, além de seguir a noção de mundo que possui, o julgador é influenciado pela atitude que adota diante dessa noção,

assumindo uma posição de indiferença ou atenção diante dos fatos sociais. Ao definir o que entende ser a conduta correta em um determinado processo, o magistrado sempre escolhe uma noção e, de outra parte, exclui as demais, transmitindo suas crenças e valores.

Os valores, portanto, de acordo com Rokeach (1981), servem como padrões ou critérios que orientam as ações, escolhas, julgamentos, atitudes e as explicações sociais estão entre as crenças avaliativas mais importantes e ocupam uma posição central na rede cognitiva que fundamenta as atitudes. Tendo em vista que as pessoas valoram tudo o que as rodeia, os juristas não estão imunes à realidade social nem escapam da política e das pressões ideológicas, consciente ou inconscientemente.

Os resultados aqui apresentados, expressam a notória dificuldade de punição do agente transmissor do vírus visto que, é quase impossível identificar o elemento subjetivo resultando com isso, grande dificuldade em enquadrar sua conduta num tipo penal, ou seja, identificar se agiu com dolo ou culpa. Além disso, a dificuldade de punição se dá principalmente ante a inexistência de um artigo específico e eficaz para o caso. O único consenso que se pode chegar, é que a conduta (dolosa ou culposa) do agente transmissor não poderá ficar impune. Observa-se assim, a necessidade de um amplo trabalho de informação e reflexão, além da criação de um tipo específico para o caso da transmissão dolosa da Aids, necessários para combater a discriminação, o preconceito e um julgamento mais justo, evitando condenações diferentes para casos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

BEVILACQUA, C. **Teoria geral do direito civil**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BRASIL. **Código Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 98.712**. Relator: Min. Marco Aurélio de Mello. Brasília, 17 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=617972>>.

CUNHA, D. F. S. **Da Formação e Capacitação de Juizes Humanos Federais**, In: Revista CEJ, Brasília, n. 32, p. 26-39, 2006.

FIGUEIRA, S. **Relação entre religião e ciência em portadores de HIV. 2003.** Disponível em: <http://www.usp.br/agen/bols/2003/rede1257.htm>

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda da construção de uma epidemia.** 34. ed. São Paulo: ABIA, 2000.

GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado.** 5. Ed. Niterói, RJ: Impetus, 2011

KRÜGER, H. **Psicologia das crenças: Perspectivas teóricas.** Tese de Concurso para professor titular de Psicologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

MORIYA, T. M.; GIR E.; HAYASHIDAM. Escala de atitude frente à aids: uma análise psicométrica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 37-53, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Global comission on HIV and the law: risks, directors and disease.** 2012. Disponível em: <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-PT.pdf>.

PACHECO, TM. Dolo de transmitir HIV e sua tipificação. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 05 jul 2021. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/45854/dolo-de-transmitir-hiv-e-sua-tipificacao>.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores, uma teoria de organização e mudança.** 1º ed. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.

SILVA, D. M. **O crime doloso.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, **Recurso Especial No 1.760.943-MG.** Revista Eletrônica de Jurisprudência, Brasília-DF, 06 de maio de 2019.

TOMAZ, C.; GIUGLIANO, L.G. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano, de António R. Damásio. Resenhas. **Estud. psicol.** (Natal) 2 (2), 1997.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi. **Medo e direito penal: reflexos da expansão punitiva na realidade brasileira.** Porto alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.



# AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Juliana Gomes Nattrodt Barros

Renata Karine Pedrosa Ferreira

Cristianne da Silva Alexandre

Pablo Rodrigues Costa Alves.



No plantão noturno de terça-feira, na clínica, Dr. Paulo encontra a paciente Heloisa em mais uma de suas sessões de hemodiálise. Heloisa, 40 anos, casada, portadora de diabetes mellitus tipo 1, insulino dependente desde a infância. Apresenta como complicação a nefropatia diabética há 5 anos resultando na Doença Renal Crônica (DRC) atualmente no estágio 5 dialítico. Além dessas complicações, Heloisa apresenta ainda retinopatia diabética com grave comprometimento da acuidade visual, gastroparesia diabética grave e dor crônica por neuropatia diabética.

Em seu programa regular de hemodiálise, foi percebido que Heloisa apresentava-se mais triste que o usual, não sentia prazer em realizar as atividades de antes, além de referir dificuldade para se concentrar nas atividades da pós-graduação em turismo. Durante a conversa a paciente relatou como é difícil a relação com o tratamento regular de hemodiálise, necessitando se deslocar para a clínica 5 vezes na semana, não conseguindo seguir normalmente com as suas ocupações. Além disso, informa que durante a hemodiálise com frequência tem intercorrências como hipotensão, câibras, hipoglicemia, cefaléia, náuseas e vômitos.

Heloisa ainda relata um sentimento de culpa em relação ao envolvimento familiar necessário ao tratamento. Percebe que sua família anda bastante preocupada e às vezes sobrecarregada por ter muitas vezes que ajudá-la em aspectos relacionados à sua saúde. Com todos esses pontos apresentados, Dr. Paulo percebeu que Heloisa vem apresentando prejuízos no que diz respeito a sua saúde mental e qualidade de vida relacionada à doença, além de dificuldade para lidar com os aspectos relacionados ao seu contexto social.

Dr. Paulo ao observar que Heloisa é apenas mais um dos pacientes portadores de DRC em terapia hemodialítica que apresentam tais características, resolve juntamente com seus alunos e a equipe multidisciplinar mudar esse quadro.

**E**ste capítulo tem como objetivo demonstrar a importância da atenção integral à população portadora de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico, atentando que além do impacto físico da patologia, há comprometimento da esfera psicossocial, caracterizando-a como uma população vulnerável. Assim, é fundamental avaliar a importância de estratégias voltadas à promoção de saúde desses indivíduos, considerando especialmente sua relação com saúde mental, qualidade de vida e adesão ao tratamento.

## **O QUE É A DOENÇA RENAL CRÔNICA E QUAL SUA IMPORTÂNCIA?**

As doenças crônicas aliadas ao envelhecimento populacional se configuram entre os principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atualmente. A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia que se destaca no cenário epidemiológico mundial, devido a sua alta prevalência, sendo assim considerada um problema de saúde pública. Essa doença apresenta uma evolução clínica desfavorável para os indivíduos afetados e custo com tratamento elevado, afetando diferentes aspectos da saúde das pessoas, como o físico, social e psíquico. (MOURA et al., 2015).

Projeções de prevalência de DRC nos EUA para 2020 e 2030, entre indivíduos maiores de 30 anos, estimam que a doença passará de 13,2% em 2010 para 14,4% em 2020 e para 16,7% em 2030 (HOERGER et al., 2015). No Brasil, o número de pacientes em programa de diálise mais que quintuplicou no período de 1994 a 2016, passando de 24.000 para 122.825 pacientes (SBN, 2016). A prevalência global é de 11 a 13%, estando a maioria dos pacientes no estágio 3 (BARRETO et al., 2016).

A DRC ocorre quando há desequilíbrio homeostático do organismo, levando posteriormente a uma condição progressiva denominada de Doença Renal Terminal (DRT) (MAHDAVI-MAZDEH et al., 2010), ou seja, na DRC acontece a perda progressiva, lenta e irreversível das funções renais. É definida através da presença de lesões renais parenquimatosas, de etiologia diversificada que podem ser detectadas por exames de urina, de sangue, imagens ultrassonográficas ou alterações histopatológicas observadas em biópsias renais e/ou quando houver diminuição da Taxa de Filtração

Glomerular (TFG) por um período de 3 meses ou mais, independentemente de diagnóstico já existente (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002; SESSO et al., 2008; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Por ser uma doença assintomática, muitas vezes os indivíduos desconhecem a sua existência até o diagnóstico, podendo ocorrer apenas quando o quadro clínico apresenta-se bastante avançado. Quando a patologia alcança o estágio 5 de sua evolução é necessário para o seu tratamento a realização de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) (SILVA et al., 2011), esse estágio é conhecido como Insuficiência Renal Crônica (IRC).

Nos pacientes com IRC, a hemodiálise é considerada o tratamento mais comumente adotado para a substituição da função renal. Este é um processo mecânico e extracorpóreo, que consiste na remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo. Em geral, esse tratamento é realizado na unidade hospitalar, 3 vezes por semana, durante 3 a 4 horas. Além dos referidos cuidados, a pessoa em tratamento deve seguir dietas e ingerir medicamentos (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

O indivíduo que realiza hemodiálise apresenta comprometimento de diversas esferas de vida: saúde física e mental, bem-estar, convívio em sociedade, funcionalidade e independência, gerando, na maioria dos casos, limitações para realizar as atividades de vida diária em decorrência das alterações impostas pela doença e também pelo tratamento (FRAZÃO et al., 2014; FASSBINDER et al., 2015). Neste sentido, o indivíduo fica constantemente exposto a fatores adversos, inerentes à terapêutica da síndrome renal, como o tempo gasto nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, os exames laboratoriais, as dietas e a expectativa de transplante, que, associados à frequente permanência em contextos hospitalares, contribuem para o surgimento da sintomatologia depressiva em tais pacientes e em seus cuidadores (FERREIRA e ANES, 2010; MIYASHITA et al., 2009).

O impacto do diagnóstico e o tratamento da hemodiálise podem levar os indivíduos a redimensionar tudo o que era vivido anteriormente, em um processo de revisão de si e de suas relações. Neste processo de readaptação biopsicossocial, utilizam o saber comum na busca de respostas para as novas vivências, durante esse processo, as pessoas passam por etapas de reelaboração e reformulação contínua, que são trasladadas no seu modo peculiar de vivenciar a nova realidade (SANTOS et al., 2005). O paciente passa a conviver com uma doença de caráter crônico, que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações

e alterações de grande impacto. Essas limitações repercutem tanto em sua própria vida, quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano (COSTA RAMOS et al., 2008).

Durante a fase de tratamento, os indivíduos que realizam a terapia hemodialítica podem ter a qualidade de vida relacionada à saúde alterada, devido a uma série de fatores, como a ansiedade prévia e no momento do tratamento, a perda da autonomia, a dificuldade em lidar com uma doença irreversível e incurável, o deslocamento diário ou semanal para hospitais e unidades de hemodiálise, a queda dos níveis de vitalidade, a limitação para a realização das atividades da vida diária, em muitos casos a falta de suporte por parte dos familiares e amigos. Dessa forma, tanto a saúde física quanto a saúde psíquica do paciente são prejudicadas (ÁLVARES et al., 2013).

Assim, entende-se que a condição DRC e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse permanente, que podem levar o indivíduo ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à dificuldade parcial de locomoção e lazer, à diminuição da atividade física, à perda de autonomia e a alterações da imagem corporal (VALLE et al., 2013). Sendo assim, as pessoas submetidas a hemodiálise podem apresentar como consequência a presença de sintomas depressivos e ansiosos, além de possuir prejuízos relacionados à sua qualidade de vida (MADEIRO et al., 2010).

Percebendo a necessidade de conduzir os pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico na sua integridade, considerando-os além de um corpo com doença, Dr. Paulo e sua equipe decidiram avaliar os componentes psicossociais que influenciam a vida desses indivíduos, através de uma pesquisa transversal com a aplicação de questionários demográfico, socioeconômico, de depressão e de qualidade de vida. Ao todo 28 pacientes responderam adequadamente os questionários aplicados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Entre os participantes 53,6% eram do sexo feminino e 46,4% era do sexo masculino. A idade média encontrada foi de 57,3 anos (DP 15,09) e 85,7% dos indivíduos era procedentes de João Pessoa - PB. Em relação a trabalho, 71,4% afirmaram não exercer atividade remunerada, sendo aproximadamente 50% aposentados.

Em relação a religião, 92,8% dos pacientes declararam possuir alguma religião, destes 65,38% eram católicos e 19,2% evangélicos. Além disso, cerca de 42,8% informaram realizar atividades físicas regulares, destes, 66,6% afirmaram realizar exercícios 3 vezes por semana. Apenas 25% dos pacientes informaram realizar algum tipo de atividade artística.

Em relação a DRC, foi observada uma média de 6,1 anos (DP 6,67) de diagnóstico da doença crônica, estando há 27 meses (DP 24,67) em média em tratamento hemodialítico. O tempo médio gasto com o tratamento diariamente, incluindo o deslocamento para o serviço, foi de aproximadamente 4,96 horas (DP 2,92), variando pela frequência que os pacientes realizam as sessões sendo mais frequente aqueles que realizam hemodiálise 3 vezes na semana (57,1%). A maioria dos pacientes (71,4%) ainda informaram utilizar o transporte particular como meio de locomoção para as sessões de hemodiálise. A via de acesso mais utilizada para a realização da diálise foi a Fístula Arteriovenosa (FAV) em 14 (50%) pacientes, seguida pelo cateter de longa duração 11 (39%) e cateter de curta duração 2 (7,1%). Apenas 32,1% dos pacientes afirmaram estar inscritos na fila de transplante renal.

As queixas de intercorrências durante a terapia foram relatadas por todos os pacientes, dentre elas podemos destacar por ordem decrescente de frequências: hipotensão (67,8%); câimbras (53,5%); hipertensão (53,5%); hipoglicemia (46,4%); náuseas/vômitos (32,1%); cefaleia (39,2%); coceira (28,5%); infecção de CDL ou FAV (10,7%); dor torácica (7,1%). Quando abordados sobre a frequência das intercorrências, cerca de 64,2% afirmaram apresentar em menos de um episódio por mês, 10,7% das pessoas afirmaram ter menos de um episódio por semana, 3,5% relataram pelo menos uma intercorrência por semana e cerca de 10,7% pelo menos uma vez por diálise.

Em relação aos antecedentes patológicos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes e ansiedade foram as mais prevalentes, alcançando taxas de 67,8%, 32,1 % e 28,5%, respectivamente. Foram relatados pelo menos uma internação no último ano por 15 (53,5%) pessoas, com média de 8,2 (DP 12,5) dias de internação. O uso de drogas foi observado em 17,8% das pessoas, sendo o álcool e o tabaco os mais prevalentes com 14,2% e 7,1% respectivamente. De uma maneira geral, os pacientes apresentaram uma média de consumo de 6,4 (DP 3,9) comprimidos por dia.

Apenas 7 (25%) pacientes informaram ter contato com profissionais de saúde mental, aproximadamente 4 (14%) declararam possuir algum diagnóstico psiquiátrico. O uso de substâncias psicotrópicas foi relatado em 32,1% dos participantes, desses 67% fazem uso de benzodiazepínicos e 44% de inibidores seletivos da recaptção de serotonina.

## **QUAL A RELAÇÃO DA DRC COM A PRESENÇA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA?**

A depressão é uma condição médica com alta prevalência na população geral, podendo ser associada a incapacidade funcional, comprometimento do bem-estar e grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. Dados da Organização mundial de Saúde estimam que cerca de 350 milhões de pessoas em todo mundo sofram com essa patologia.

Um paciente com depressão caracteristicamente se apresenta mais triste que o habitual, podendo ser percebido através da face de tristeza ou melancolia, postura “cabisbaixo”, voz monótona, alterações na postura, redução dos gestos e, outra característica importante, é perda de interesse ou prazer nas atividades diárias por um período prolongado (DALGALARRONDO, 2018). Além disso, o paciente pode se apresentar com perda ou ganho de peso, insônia ou excesso de sono, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, redução da capacidade de concentração e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014).

Atualmente sabe-se que os transtornos depressivos estão muito presentes em doenças crônicas, como a DRC, que cursam com redução da qualidade de vida e mudanças no hábitos de vida, tanto em decorrência do tratamento como do próprio curso da patologia.

A qualidade de vida relacionada à saúde está diretamente vinculada a doença do paciente e às intervenções em saúde necessárias para o seu tratamento, e refere-se às incapacidades ou limitações ocasionadas (SEIDL; ZANNON, 2004). De maneira geral, a qualidade de vida está relacionada à saúde física, psicossocial e à capacidade funcional do indivíduo para desempenhar suas atividades diárias. Assim, as mudanças que ocorrem no convívio social, no núcleo familiar, na manutenção do trabalho e até mesmo na imagem corporal, influenciam o paciente, e pode afetar a adesão ao tratamento e o prognóstico da doença (HERBIAS et al., 2016).

A convivência com a DRC exige um processo de adaptação e mudanças na rotina e nos hábitos de vida, as quais desafiam a percepção que o indivíduo tem de si, de suas capacidades e de seu meio (FARIAS; MARTINS, 20016). Dessa forma, avaliar a qualidade de vida e identificar os principais pontos possíveis de serem alterados e/ou melhorados em um paciente submetido a terapia hemodialítica, contribui na melhoria do tratamento, bem como acarreta na diminuição de gastos em saúde.

Pensando nisso, Dr. Paulo juntamente com a equipe da clínica decidiram estudar mais sobre essas patologias no mesmo grupo de pacientes



que realizavam hemodiálise utilizando o Inventário Depressão de Beck (BDI), e também buscaram avaliar a qualidade de vida através do questionário KDQOL-SF™1.3.

Para a avaliação de sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), onde foi constatado que aproximadamente 36% dos pacientes apresentaram algum sintoma depressivo. Destes 8 (80%) apresentavam sintomas depressivos leves a moderados, 1 (10%) sintomas depressivos graves a severos e 1 (10%) sintomas depressivos severos.

Entre os pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico que apresentaram sintomas depressivos observamos 8 (80%) do sexo feminino, com média de idade de 57,9 anos (DP 16,9), aproximadamente 6 (60%) com ensino superior completo. As médias de diagnóstico da DRC e tempo de hemodiálise foram de 6,4 (DP 6,5) anos e 27,9 (DP 22,4) meses, respectivamente, nos pacientes com sintomas depressivos. O uso de comprimidos por dia foi em média de 7,0 (DP 5,7).

Desta forma, podemos perceber que a presença de sintomas depressivos na população com DRC em terapia substitutiva renal é bastante prevalente. No estudo realizado observamos a prevalência de aproximadamente 36%, semelhante a outros trabalhos presentes na literatura, em torno de 20% - 40% (STASIAK et al., 2014; SHIRAZIAN et al., 2017; HEDAYATI et al., 2009; KIMMEL et al., 2008).

No grupo dos pacientes com DRC e sintomas depressivos observamos que o sexo feminino é majoritário (80%), com 3,7 (IC 95% 0,96 - 14,37) mais risco e o sexo masculino pode ser considerado fator de proteção (RP 0,5 IC 95% 0,26 - 0,98). Além disso, estar inserido na fila de transplante foi observado como um fator de proteção entre os indivíduos para depressão (RP 0,81 e IC 95% 0,27 - 2,39). Assim, podemos perceber que possui uma significativa prevalência de sintomas depressivos em paciente com DRC em hemodiálise, majoritariamente sintomas leves. O sexo feminino representa maioria, semelhante da população em geral. Nessa população, a depressão é altamente prevalente e pode estar associada a qualidade de vida reduzida e um aumento da mortalidade entre os adultos portadores dessa patologia crônica, incluindo aqueles com doença renal em estágio terminal (DRT).

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes estudados foi possível através do questionário KDQOL-SF™1.3. Este questionário abrange 19 dimensões da saúde do indivíduo, possui 43 perguntas específicas da DRC e 36 perguntas do foro genérico, além de uma pergunta de identificação



geral de saúde. Os dados obtidos em relação a QV através da utilização deste instrumento estão presentes na tabela 1:

**Tabela 1.** Dimensões KDQOL-SFTM

<b>Dimensões KDQOL-SFTM 1.3 (n° de questões das dimensões)</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>N</b>
Sintomas/problemas (12)	68,60	75,00	19,81	28
Efeitos da doença renal na vida diária (8)	68,42	71,88	22,67	28
Peso da doença renal (4)	50,89	50,00	23,68	28
Atividade profissional (2)	60,71	50,00	31,50	28
Função cognitiva (3)	83,57	90,00	18,10	28
Qualidade da interação social (3)	75,71	80,00	20,22	28
Função sexual (2)	92,71	100,00	11,25	12
Sono (4)	68,39	70,00	17,50	28
Apoio social (2)	58,93	58,33	39,41	28
Incentivo do pessoal da diálise (2)	81,25	75,00	21,11	28
Satisfação do paciente (1)	67,26	66,67	20,53	28
Função física (10)	61,61	60,00	23,92	28
Desempenho físico (4)	36,61	25,00	35,67	28
Dor (2)	67,41	73,75	26,13	28
Saúde em geral (5)	51,79	52,50	21,57	28
Bem-estar emocional (5)	49,71	52,00	9,76	28
Limitações de papel emocional (3)	57,14	66,67	43,37	28
Função emocional (2)	76,34	87,50	24,85	28
Energia/fadiga (4)	62,50	62,50	21,54	28

A tabela 1 demonstra que as dimensões em que os pacientes obtiveram menor pontuação são a função física, bem-estar emocional, peso da doença renal e saúde em geral. Os níveis obtidos no domínio da “saúde em geral” foram diminuídos/intermediários, o que vai de encontro a outros estudos (GUIMARÃES, 2011; ZANESCO, 2017; DUARTE, 2005; BARBOSA, 2007; CAVALCANTE, 2013). Aparentemente indivíduos submetidos a essa modalidade de tratamento sentem-se doentes o tempo todo, o que determina uma percepção negativa associada a menções frequentes de restrições nutricionais, uso de medicações e cuidado com o acesso vascular (CAVALCANTE, 2013).

O pior escore encontrado na pesquisa está relacionado ao domínio “desempenho físico”, que leva em consideração que o estado de saúde

atual interfere na realização de algumas atividades, tais como: subir um/ vários lances de escada; caminhar; tomar banho ou vestir-se; atividades que requerem grandes esforços como correr, levantar objetos pesados, praticar esportes; atividades que requerem moderados esforços como varrer o chão ou jogar boliche. Em relação ao domínio “bem-estar emocional” foi obtido um escore abaixo de 50, o que demonstra um considerável comprometimento nesse sentido, já que se encontra entre um dos menores escores desse estudo.

Foi possível observar através do estudo de Dr. Paulo e sua equipe que os pacientes portadores de DRC submetidos à terapia hemodialítica apresentam um considerável prejuízo em sua qualidade de vida, assim como elevada prevalência de sintomas depressivos, o que contribui de forma negativa no prognóstico do indivíduo e consequente melhoria na morbimortalidade decorrente de complicações da DRC.

## **SURGE O PROJETO: SEU RIM CLARIM, PROMOVENDO SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES PORTADORES DE DRC EM TERAPIA HEMODIALÍTICA**

O objetivo geral da iniciativa proposta por Dr. Paulo e sua equipe é de promover saúde, qualidade de vida e educação em saúde para pacientes portadores de DRC submetidos à terapia hemodialítica, e seus cuidadores. Para isso foram utilizados métodos lúdicos educativos em forma de dinâmicas e oficinas, colocando o paciente como sujeito ativo das ações em saúde.

O uso de estratégias voltadas à promoção da saúde e bem-estar, na construção de um ambiente humanizado capaz de promover socialização e interação entre indivíduos, além de fornecer cuidado para os pacientes portadores de DRC e seus cuidadores, foi fundamental para minimizar os impactos gerados pela doença no contexto biopsicossocial desses pacientes.

Dentre as iniciativas realizadas podemos destacar: Sarau das Artes, ações educativas em saúde, plantão de dúvidas e elaboração da biblioteca comunitária. A ideia do Sarau das Artes surgiu como uma forma de empoderar e evidenciar o paciente utilizando o espaço físico em que é realizado o seu tratamento hemodialítico, assim poderia ocorrer a ressignificação do espaço e do tempo de tratamento investido. A realização do Sarau das Artes foi possível através de um conjunto de apresentações artístico culturais de autoria dos pacientes, profissionais da clínica, familiares, cuidadores e convidados. É fundamental ressaltar, que durante o processo de construção e execução do Sarau das Artes, as atividades foram inteiramente propostas

pelos usuários, familiares, cuidadores e profissionais do serviço, com organização da equipe do projeto para atender a esta demanda. Diversas dinâmicas foram realizadas com o intuito de tornar o ambiente de cuidado mais acolhedor e atrativo. As principais dinâmicas foram: apresentação de cordel e poesias, apresentações musicais, exposição artística de quadros, fotografias e desenhos e karaokê. Além disso, as reuniões tinham comidas típicas dos eventos para facilitar a interação entre os participantes.

Ao longo do projeto, foi disponibilizado uma caixa de dúvidas, onde os pacientes e cuidadores depositaram seus questionamentos e sugestões de temas para serem discutidos em atividades interativas de educação em saúde. Os temas foram discutidos ao longo das ações do projeto, à luz das evidências científicas, de forma simples e interativa com inclusão de oficinas relativas a cada tema abordado.

Além disso, foram realizadas ações educativas em saúde em que buscou-se abranger temas com importante impacto na saúde pública da população geral como saúde da mulher, incluindo a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo do útero e a saúde do homem com objetivo de promover uma mudança de paradigma em relação à ida do homem ao médico para realizar exame preventivo de câncer de próstata. Para realização dessas atividades os alunos realizaram palestras educativas e momentos de tira-dúvidas com o público-alvo da clínica, utilizando folders informativos e dinâmicas em grupo para tratar da temática em questão.

Durante o decorrer do projeto, a equipe promoveu uma campanha local de doação de livros para a construção de um acervo literário, todas as obras em bom estado de conservação, para que pacientes e acompanhantes possam utilizar como entretenimento ao longo das horas de diálise, juntamente com os pacientes e profissionais do serviço, em um momento de descontração e harmonia. Os livros estão disponíveis para todo o público usuário.

Desta forma, após as ações e intervenções realizadas pelo grupo pode-se perceber que o uso de estratégias voltadas à promoção da saúde e bem-estar, na construção de um ambiente humanizado é capaz de promover socialização e interação entre indivíduos, além de fornecer cuidado para os pacientes portadores de DRC e seus cuidadores, exercendo papel fundamental para minimizar os impactos gerados pela doença no contexto biopsicossocial desses pacientes.

Outro ponto importante observado foi a capacidade de estimular o autocuidado do doente renal crônico por meio da educação em saúde e

participação das ações realizadas durante o projeto, assim como, promover esclarecimento em torno da saúde mental e da importância do bem-estar psicológico e físico do indivíduo. Por meio das ações desenvolvidas, pode-se contribuir para uma maior adesão do paciente ao tratamento, através da ressignificação do ambiente do cuidado, que deixa de apresentar-se com a objetividade fria de uma clinica de diálise, tornando-se um local acolhedor com maior integração entre os profissionais de diversas profissões, com funcionários, pacientes e familiares, podendo contribuir para a eficiência do serviço prestado ao indivíduo e, sobretudo, para uma redução na taxa de abstenção ao tratamento. Vale salientar que a abstenção do tratamento se encontra associada a piores taxas de morbimortalidade nesta população e, até o presente momento, poucas propostas efetivas têm sido apresentadas para a resolução deste problema.

Assim, o projeto se mostrou de baixo custo e acessível, demonstrando ser possível de implementar em diversos locais, cidades e estados, que necessitem de intervenção. Além disso, a população alvo demonstrou boa aceitabilidade das propostas e iniciativas do projeto, se tornando sujeito ativo das ações à medida que interagia de forma a contribuir com o planejamento de intervenções futuras e na dinamicidade e interação das ações presentes.

Iniciativas como a de Dr. Paulo e sua equipe evidenciam a importância de colocar o indivíduo como centro do cuidado, levando em consideração tanto sua individualidade como o contexto biopsicossocial em que está envolvido. Dessa forma, entende-se que práticas de promoção à saúde voltadas especificamente para a saúde mental dos indivíduos que realizam hemodiálise, interferem positivamente em sua qualidade de vida com conseqüente diminuição das complicações relacionadas a DRC e suas modalidades terapêuticas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado para com o paciente renal deve considerar comorbidades e condições de acesso ao serviço de saúde. É importante que tanto aos profissionais quanto os cuidadores que lidam com pacientes portadores de DRC em terapia hemodialítica, entender o mesmo como singular, reconhecer suas reais potencialidades e fragilidades, para desta forma traçar cuidados e planos direcionados diante da real situação do indivíduo.

No contexto clínico-assistencial, iniciativas que busquem traçar estratégias de promoção à saúde em cima das vulnerabilidades desse público

são capazes de promover uma resignificação do tempo e ambiente de cuidado, gerando impactos significativos na adesão ao tratamento e saúde mental do público-alvo, o que pode, a longo prazo, contribuir com a redução da morbimortalidade.

Heloísa, apresentada na abertura deste capítulo, apresentava depressão grave. O uso das ferramentas apresentadas neste capítulo auxiliou o Dr. Paulo e sua equipe a identificar sintomas depressivos e redução da qualidade de vida nesta paciente. Também, auxiliou a paciente a perceber enquanto respondia as perguntas, que ela não estava bem. Com a abertura deste canal de diálogo, a paciente sentiu-se à vontade para compartilhar ideiação suicida. Encaminhada para assistência conjunta com um médico psiquiatra e recebendo auxílio mais frequente da psicóloga da clínica, Heloísa foi – aos poucos, se recuperando e hoje encontra-se melhor.

## REFERÊNCIAS

ALVARES, Juliana et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1903-1910, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BARRETO, Sandhi M. et al. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n. 4, p. 380-389, 2016.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, 2011.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Chronic kidney disease patients in the productive phase: perception of limitations resulting from illness. **Rev Med Minas Gerais [Internet]**, v. 25, n. 4, p. 484-92, 2015.

COSTA RAMOS, Islane; OLIVEIRA QUEIROZ, Maria Veraci; BESSA JORGE, Maria Salete. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2018.

FASSBINDER, Tânia Regina Cavinatto et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise-Um estudo transversal. **J bras nefrol**, v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015.

FERREIRA, Pedro Lopes; ANES, Eugénia J. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 31-39, 2010.

FRAZÃO, C.M.F.Q.; SÁ, J.D.; MEDEIROS, A.B.A.; FERNANDES, M.I.C.D.; LIRA, hemodialysis patients at a university hospital. **J Bras Nefrol**, 2015.

HEDAYATI, S. Susan et al. Prevalence of major depressive episode in CKD. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 54, n. 3, p. 424-432, 2009.

HERBIAS, Leslie et al. Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. **Enfermería nefrológica**, v. 19, n. 1, p. 37-44, 2016.

KIMMEL, Paul L.; COHEN, Scott D.; PETERSON, Rolf A. Depression in patients with chronic renal disease: where are we going?. **Journal of renal nutrition**, v. 18, n. 1, p. 99-103, 2008.

LEVEY, Andrew S. et al. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. 2 SUPPL. 1, 2002.

MAHDAVI-MAZDEH, Mitra et al. Screening for decreased renal function in taxi drivers in Tehran, Iran. **Renal failure**, v. 32, n. 1, p. 62-68, 2010.

MIYASHITA, Mitsunori et al. Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. **Journal of the neurological sciences**, v. 276, n. 1-2, p. 148-152, 2009.

MOURA, Lenildo de et al. Prevalence of self-reported chronic kidney disease in Brazil: National Health Survey of 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 181-191, 2015.

SANTOS, André Faro et al. Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 6, n. 1, p. 57-67, 2005.

SESSO, Ricardo et al. Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. **J Bras Nefrol**, v. 30, n. 4, p. 233-8, 2008.

SHIRAZIAN, Shayan et al. Depression in chronic kidney disease and end-stage renal disease: similarities and differences in diagnosis, epidemiology, and management. **Kidney international reports**, v. 2, n. 1, p. 94-107, 2017.

SILVA DA SILVA, Alessandra et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo 2016**. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo 2018**. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>.

STASIAK, Camila Edith Stachera et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 325-331, Sept. 2014.

THOMAS, Caroline Venzon; ALCHIERI, João Carlos. Quality of life, depression and personality characteristics in hemodialysis. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005.



## IMPORTÂNCIA DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Heloisa Helena Pinho Veloso

José Manuel Peixoto Caldas

Isla Camilla Carvalho Laureano



**E**ste capítulo tem o objetivo de apresentar a importância da condição bucal na qualidade de vida de pacientes com câncer.

## **CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

O câncer na região de cabeça e pescoço compõe um grupo de neoplasias malignas que atingem a cavidade bucal, lábios, faringe, laringe, seios da face, tireoide e glândulas salivares (SBOC, 2020), sendo o carcinoma de células escamosas o tipo histológico mais comum, presente em mais de 90% dos casos (OLIVEIRA et al., 2014). Essas neoplasias malignas causam elevada morbidade e mortalidade, configurando-se como um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento (STEWART; WILD, 2015), como resultado do crescimento e do envelhecimento da população, bem como a adoção de estilo de vida associado ao câncer (INCA, 2019).

Em 2018, o câncer de cabeça e pescoço foi o sétimo câncer mais comum em todo o mundo, responsável por mais de 700.000 novos casos e 350.000 mortes (BRAY et al., 2018). A estimativa para o Brasil, triênio de 2020-2022, aponta a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos da doença, 11.180 deles em cavidade bucal em homens e 4.010 em mulheres. O câncer da cavidade bucal em homens é o quinto mais frequente na Regiões Sudeste (13,58/100 mil), Centro-Oeste (8,94/100 mil) e Nordeste (7,65/100 mil), e nas Regiões Sul (13,32/100 mil) e Norte (3,80/100 mil), ocupa a sexta posição (INCA, 2019).

Os fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento do câncer na região de cabeça e pescoço são o tabaco, o álcool e o vírus do papiloma humano (HPV) (STEWART; WILD, 2015). Outros fatores como higiene bucal precária, exposição ocupacional à indústria civil, metalúrgica, têxtil, cerâmica e de alimentos, além do refluxo gastroesofágico estão associados ao risco aumentado de desenvolver esse tipo de câncer (STEWART; WILD, 2015).

No momento do diagnóstico, a maioria dos indivíduos com câncer na região de cabeça e pescoço encontram-se nos estádios III e IV da doença, após o início dos sintomas (GUIZARD, 2017). Cerca de 5% desses pacientes

podem apresentar metástase no momento do diagnóstico, e cerca de um terço deles podem desenvolver metástase à distância no curso evolutivo da doença (KALAVREZOS; BHANDARI, 2010). As principais causas do diagnóstico tardio são a falta de informação, o descaso com relação aos sintomas por parte dos pacientes e a falta de realização de exames de rotina por profissionais da saúde. Esse contexto leva à escolha de tratamentos mais severos que podem reduzir a qualidade de vida dos pacientes (GALBIATTI et al., 2013).

A escolha do método de tratamento para as neoplasias malignas depende de sua localização, do seu grau de diferenciação, do seu estadiamento clínico e das condições físicas do paciente. Os cânceres da região de cabeça e pescoço podem ser tratados com cirurgia, com radioterapia, com quimioterapia ou com terapia combinada. A terapia única geralmente é utilizada para pacientes em estágios iniciais - estágios I, II e casos selecionados de estágios III), enquanto a terapia multimodal é utilizada em estágios mais avançados (HUANG; O'SULLIVAN, 2013).

Apesar do avanço terapêutico, o câncer de cabeça e pescoço apresenta prognóstico ruim para estágios avançados (CARVALHO et al., 2005). Esse fato é observado principalmente em países em desenvolvimento, onde os pacientes são diagnosticados tardiamente devido à dificuldade de acesso à assistência médica de qualidade, desinformação da população, do medo do diagnóstico, do despreparo dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce e da falta de programas odontológicos preventivos de abrangência nacional (SANTOS et al., 2009). Esse quadro repercute em tratamentos mais agressivos, mutiladores, com elevado custos para todos os envolvidos, e finalmente, com diminuição das expectativas de sobrevivência (KOWALSKI et al., 1994).

Devido às estruturas anatômicas específicas envolvidas, o tratamento do câncer na região de cabeça e pescoço tem um impacto negativo na respiração, na alimentação, na deglutição, na fonação e na aparência. Os pacientes têm de conviver com deficiências funcionais e estéticas, que são uma carga considerável e causam graves problemas psicossociais (KANATAS et al., 2015).

Alterações bucais podem ser evitadas ou, ao menos, controladas, se os médicos e cirurgiões-dentistas trabalharem juntos. Uma avaliação odontológica e o tratamento com um regime de cuidados bucais a longo prazo são reconhecidos como aspectos importantes a serem considerados antes, durante e após o tratamento (ROSALES et al., 2009).

Os efeitos deletérios das terapias oncológicas podem ocorrer durante o tratamento e/ou anos após o término. Os efeitos e sintomas agudos mais

presentes são a mucosite, a disfagia, a presença de infecções oportunistas, como candidíase, a xerostomia, a disgeusia e o emagrecimento (GERALDES; JARDIM JÚNIOR; CAMPOS, 2009). Como efeitos tardios, destacam-se as cáries de radiação, o trismo, as ulcerações de pele e/ou mucosa, as infecções, a necrose de cartilagens, as fístulas, as alterações na audição e na visão, as alterações hormonais, o edema da face e do pescoço, a dor, a queda de cabelo, e a osteorradionecrose (NIEHOFF et al., 2008).

A mucosite pode ser definida como uma reação inflamatória por exposição a agentes quimioterápicos ou radiação ionizante (SANTOS; FERNANDES, 2006). No tratamento com radioterapia e quimioterapia, as células epiteliais reparam-se em proporção insuficiente à descamação do epitélio devido à redução de células da camada basal. Dessa maneira, a superfície da mucosa torna-se delgada e ulcerada, provocando um processo inflamatório (GARDEN, 2003). Clinicamente, a mucosite se apresenta com vários sintomas complexos. Ela começa com uma vermelhidão sintomática e eritema e progride através de manchas brancas solitárias descamativas, dolorosas ao entrar em contato com pressão. Depois disso, grandes lesões pseudomembranosas dolorosas e contíguas desenvolvem-se associadas com disfagia e diminuição da ingestão oral. A mucosa não queratinizada é a mais afetada. Os locais mais comuns incluem a mucosa labial, jugal e mucosa do palato mole, bem como o assoalho da boca e a superfície ventral da língua (KUMAR et al., 2009).

O sintoma mais comum da mucosite é a dor, que afeta significativamente a nutrição, o tratamento bucal e a qualidade de vida. Medidas adequadas de higiene bucal reduzem significativamente essa condição (KUMAR et al., 2009) e, para evitar danos na mucosa, fatores irritantes, como obturações em excesso ou ásperas devem ser polidas antes do tratamento antineoplásico e as próteses devem ser cuidadosamente avaliadas (ENGELMEIER; KING, 1983).

A radiação ionizante pode causar danos irreparáveis para as glândulas salivares que estão incluídas nos campos de radiação. Efeitos reversíveis podem ocorrer em doses de 20 a 30 Gy; efeitos irreversíveis ocorrem em doses totais maiores de 50 Gy, resultando em alterações inflamatórias e degenerativas das células acinares, alteração do epitélio e fibrose do tecido conjuntivo (FRANZÉN et al., 1992).

A diminuição efetiva da quantidade do fluxo salivar é denominada hipossalivação, enquanto a xerostomia é a sensação relatada pelo paciente de boca seca, como consequência ou não da diminuição da função das glândulas salivares, com alterações tanto na quantidade, quanto na qualidade



da saliva (VISSINK et al., 2003). Em algumas situações, existe correlação entre fluxo salivar reduzido e queixa de boca seca (DE LIMA et al, 2004).

Sem os efeitos de lubrificação de saliva, tecidos intrabucais podem tornar-se friáveis e susceptíveis à irritação e à inflamação, e as próteses dentárias são muitas vezes mal toleradas. Sequelas da hipossalivação também incluem eritema dos tecidos moles bucais, língua fissurada e ressecada, mudanças na microflora bucal para organismos cariogênicos, resultando em cárie dentária, doença periodontal e infecções fúngicas (ATKINSON; FOX, 1992).

Os pacientes em tratamento radioterápico podem sofrer com alterações na composição da saliva, como viscosidade aumentada, reduzida capacidade de tamponamento, concentrações de eletrólitos salivares alterados, e mudanças no sistema imune. O pH médio pós-irradiação cai de 7,0 a 5,0, o qual é definitivamente cariogênico. Devido à capacidade de pH e de tamponamento reduzido, os minerais do esmalte e da dentina facilmente se dissolvem e, como consequência, a capacidade de remineralização da saliva é prejudicada (KIELBASSA et al., 2006).

As alterações, tais como mucosite, atrofia das mucosas bucais, hipossalivação e perda de sabor resultam na mudança da dieta para alimentos pegajosos, macios e ricos em carboidratos. Juntamente com uma ingestão muito frequente, esta dieta vai promover o aparecimento de cárie (KIELBASSA et al., 2006). A cárie de radiação pode evoluir rapidamente e é difícil de ser controlada (SPECHT, 2002). Orientação dietética e instrução de higiene bucal são medidas preventivas que devem ser promovidas.

A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento oncológico é acometida pela disgeusia, com perda parcial ou total do paladar, resultante da degeneração da arquitetura histológica normal dos botões gustativos. Além disso, o aumento da viscosidade da saliva e a alteração bioquímica da mesma dificultam o contato físico entre a língua e os alimentos. Dessa forma, implica em perda de apetite e de peso, sendo a complicação mais desagradável para muitos dos pacientes irradiados (SPETCH, 2002). A perda do paladar está relacionada com a hipossalivação, pois a redução do fluxo salivar inibe o transporte e solubilização de estimulantes gustativos, assim, leva à diminuição de estímulos e reduz a excitabilidade das papilas gustativas (KIELBASSA et al., 2006).

Pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço são susceptíveis a infecções oportunistas na cavidade bucal e na orofaringe, em consequência da diminuição do fluxo salivar, associada à imunossupressão provocada pelo tratamento oncológico ou pelo estado debilitante dos mesmos (LASHOF et al., 2004). Pacientes irradiados apresentam maior predisposição

à candidose, devido à uma atividade fagocítica reduzida dos granulócitos salivares contra estes microrganismos (UETA et al., 1993).

A candidose se manifesta clinicamente pela presença de placas brancas removíveis a raspagem, podendo apresentar-se tanto em suas formas pseudomembranosa e eritematosa. Os pacientes queixam-se de dor e/ou sensação de queimação (SILVERMAN; LUANGJARMEKORN; GREENSPAN, 1984). A manutenção da saúde bucal e o acompanhamento odontológico regular podem reduzir e prevenir, de forma considerável, a ocorrência dessa condição (FREITAS et al., 2011).

O trismo é outra alteração causada pela terapia antineoplásica e é definido como a grave restrição da abertura bucal (GOLDSTEIN et al., 1999). Ocorre com maior frequência em pacientes com tumores na faringe, em áreas retro-molares e regiões posteriores do palato. A Articulação Temporomandibular e os músculos mastigatórios, quando inseridos no campo de radiação, acarretam edema, destruição celular e fibrose da musculatura mastigatória (RODRIGUEZ, 1996). O trismo provoca um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, pois a limitação da abertura bucal dificulta a alimentação, a fonação, o exame odontológico e seu tratamento, compromete a higienização e causa intenso desconforto (SALAZAR, 2008).

A radiação também resulta em danos irreversíveis ao osso tornando-o hipóxico, hipocelular e hipovascularizado. A osteorradionecrose é resultado do osso não cicatrizado que necrosa, com ou sem a presença de infecções. O quadro clínico é caracterizado por dor, sequestros ósseos, formação de fístula, ulceração da pele com exposição da cortical e fraturas patológicas (LIMA et al., 2001). A mandíbula é mais afetada que a maxila. O diagnóstico é com base em avaliação clínica e radiográfica, com a presença de áreas de reabsorção óssea e neoformação (CARDOSO et al., 2005). Os fatores de risco, associados à osteorradionecrose, são o tratamento odontológico invasivo antes e depois da irradiação, a introdução da mandíbula no campo irradiado e os fatores específicos relativos à radiação, o uso abusivo de álcool e fumo, os fatores nutricionais e as precárias condições de higiene bucal (SPECHT, 2002).

A partir desses aspectos, percebe-se que o cirurgião-dentista desempenha uma função importante em todas as fases terapêuticas do tratamento do câncer, seja na fase que antecede a cirurgia, em que uma avaliação antecipada poderá reduzir as complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios de origem bucal, que podem intensificar após o tratamento, até na prevenção das sequelas bucais que ocorrem durante e após o tratamento oncológico (CARDOSO et al., 2005).



## QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A saúde bucal integra parte da saúde geral e é considerada primordial para a qualidade de vida (CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997). A qualidade de vida é um conceito multidimensional e, segundo a OMS (WHOQOL, 1995), pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, princípios e relacionamentos”.

Considerada um indicador de saúde, a qualidade de vida é significativamente influenciada pela satisfação ou insatisfação dos pacientes com a saúde bucal (MOVSAS, 2003). Em pacientes com tumores malignos na região de cabeça e pescoço, é diretamente afetada por consequências da doença e seus tratamentos, como a dor, alterações no paladar, saliva, fala e comunicação, deglutição e mastigação (GOMES et al., 2020). A qualidade de vida pode contribuir na decisão sobre a eficácia do tratamento, melhorar a tomada de decisão sobre o tipo de tratamento pelo paciente através do esclarecimento dos efeitos colaterais, servir como fator prognóstico para analisar os sintomas e/ou as necessidades de reabilitação, verificar o impacto na sobrevida dos pacientes, considerar o custo-efetividade, melhorar a qualidade do cuidado, o emprego de medicações e conhecer as prioridades dos pacientes (MOVSAS, 2003).

O cirurgião-dentista apresenta grande responsabilidade na prevenção do câncer bucal, atuando na eliminação de fatores locais traumáticos, no reconhecimento de lesões cancerizáveis, na orientação para a diminuição de exposição a fatores carcinogênicos, e no diagnóstico precoce das neoplasias; no tratamento e na preservação do paciente, garantindo ao mesmo uma melhor qualidade de vida (SANTOS et al., 2013).

O tratamento odontológico deve estar presente na equipe multidisciplinar do paciente com câncer na região de cabeça e pescoço, incluindo uma série de procedimentos pré e pós-tratamento. Deve-se iniciar com uma explanação da importância da saúde bucal não apenas durante a terapia antineoplásica, mas também após seu término. Orientações de higiene bucal devem ser demonstradas ao paciente, como técnica de escovação, uso correto do fio dental, limpeza de próteses, para que sejam incorporadas às suas rotinas (CARDOSO et al., 2005). Após, realizam-se procedimentos como controlar as doenças cárie e periodontal, remoção de restos radiculares, realizar as restaurações necessárias, com o objetivo de minimizar e até

evitar quadro clínico doloroso e de difícil solução, após as alterações decorrentes do tratamento das neoplasias (SANTOS et al., 2010).

O tratamento odontológico, realizado anteriormente ao início da terapia antineoplásica, otimiza esse tratamento, evitando interrupções durante sua realização (GHELARDI et al., 2008). Dessa maneira, possibilita ao paciente a oportunidade de reintegração familiar e social, resgata a cidadania e permite a manutenção de sua saúde geral, o que, conseqüentemente, eleva a sua expectativa de vida.

Durante o tratamento oncológico, os pacientes devem ser examinados rotineiramente pela equipe multidisciplinar para que haja um acompanhamento do surgimento de prováveis alterações na cavidade bucal (ALMEIDA et al., 2004). Para tratamento da mucosite, soluções salinas, pedaços de gelo e o uso de soluções tópicas contendo anestésico, como lidocaína 2%, podem proporcionar alívio a curto prazo aos pacientes. Aqueles com mucosite grave requerem analgésicos sistêmicos, frequentemente os opioides, para alívio da dor. Medidas adequadas de higiene bucal reduzem significativamente a mucosite oral (KUMAR et al., 2009). A utilização de bochechos, com chá de camomila, teve participação importante quanto ao grau e ao alívio dos sintomas da mucosite, fato que pode estar associado à ação antiinflamatória da referida substância (KÖSTLER et al., 2001).

Para evitar danos na mucosa, fatores irritantes, como obturações em excesso ou ásperas, devem ser polidas antes da radioterapia, e as próteses devem ser cuidadosamente avaliadas (ENGELMEIER; KING, 1983). O tratamento com laser, em baixa intensidade, realizado pelo cirurgião-dentista, auxilia no tratamento de lesões bucais, como as de mucosite, e no controle da dor (SIMÕES et al., 2009). A laserterapia estimula a atividade celular, aumenta a população e a degranulação de mastócitos, favorece a liberação de fatores de crescimento por macrófagos e a proliferação de queratinócitos, e promove a angiogênese (KELNER; CASTRO, 2007).

Bochechos com nistatina, para a prevenção contra fungos, também são recomendados pelos cirurgiões-dentistas, antes de se iniciar o tratamento, três vezes ao dia por sete dias e fluoreto de sódio (gel) 0,05%, diariamente. O gluconato de clorexidina 0,12% também é um recomendado antimicrobiano (FREITAS et al., 2011). Para infecções fúngicas severas, o uso de medicamentos antifúngicos sistêmicos, tais como o fluconazol ou a anfotericina B são recomendados (CARL, 1993). A manutenção da saúde bucal e o acompanhamento odontológico regular podem reduzir e prevenir de forma considerável a ocorrência da candidose em pacientes que passam por radioterapia em área de cabeça e pescoço (FREITAS et al., 2011).

Para tratamento do trismo, a fisioterapia com exercícios dos músculos mastigatórios envolvidos, com o uso de abridores dinâmicos de boca, é eficaz para aumentar a abertura bucal. Os anti-inflamatórios não esteroidais e relaxantes musculares são recomendáveis para reduzir os sintomas de dor (SILVERMAN, 1999).

Diversas medidas de prevenção e tratamento da hipossalivação podem ser escolhidas, como substitutos de saliva, estimulação salivar por meio de medicações, fracionamento e delimitação do campo irradiado e auto-transplante de glândulas para locais que não serão irradiados (EISBRUCH et al., 2003). A estimulação de qualquer função residual das glândulas salivares é possível com a utilização de sialogogos (por exemplo, pilocarpina). Infelizmente, esse tratamento tem pouco efeito, porque o ganho funcional cessa quando a droga é interrompida (HORIOT et al., 2000).

Os pacientes devem ser orientados a evitar o consumo de alimentos condimentados, picantes, açucarados, álcool e fumo para evitar lesões na mucosa desprotegida (CERCHIETTI et al., 2003). Outras recomendações incluem hidratação da boca em pequenos goles, borrifos de água ou saliva artificial, lubrificação dos lábios e orientação quanto à ingestão de líquidos (SWEENEY; BAGG, 1995).

Para tratamento da cárie de radiação, orientação dietética e instrução de higiene são algumas medidas preventivas. O tratamento restaurador é indicado para o controle dessa condição. Também são alternativas para reduzir a flora cariogênica as salivas artificiais que contêm flúor e os sialogogos, a profilaxia com flúor, a aplicação de gel de fluoreto de sódio 1% neutro, uso de solução fluoretada 1,0% a 1,1% e a prescrição de clorexidina gel a 1% ou a 0,2%, ou clorexidina em solução 0,12% (RANKIN; JONES; REDDING, 2008).

O tratamento da osteorradição deve ser de acordo com a gravidade da doença, compreendendo desde modalidades conservadoras, como irrigação com soluções salinas, prescrição de antibióticos, aplicação de antissépticos tópicos, remoção de sequestros ósseos e tratamento com oxigênio hiperbárico até ressecção radical da lesão (JERECZEK-FOSSA; ORECCHIA, 2002).

Ao final do tratamento, os pacientes devem continuar os cuidados com a saúde bucal, sendo necessário o reforço das orientações de higiene (CARDOSO et al., 2005). A exodontia, após a radioterapia, deve ser evitada devido ao risco de desenvolver osteorradição (ASSAEL, 2004), portanto, a decisão de recomendá-la tem de ser cuidadosa.

A reabilitação protética é de grande importância para melhorar a qualidade de vida de pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço após a conclusão do tratamento oncológico (KAMSTRA et al., 2011), permitindo ao paciente recuperar a função mastigatória, a fonética e a estética (DHOLAM et al., 2013). A reabilitação mandibular pode ser feita com implantes endósseos para retenção de próteses (SCHOEN et al., 2004), próteses dentárias parciais removíveis implantadas ou sobredentaduras mandibulares retidas por implante (KUMAR; SRINIVASAN, 2018). Para a reabilitação maxilar, podem ser realizadas a reconstrução cirúrgica com retalhos de partes moles (VOSSELMAN et al., 2020), prótese obturadora (ARAMANY, 2001), próteses obturadoras implantossuportadas (BUURMAN et al., 2020) e implantes zigomáticos (BUTTERWORTH, 2019).

Sem a colaboração do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, as consequências para a dentição dos pacientes oncológicos são extremas, com implicações na qualidade de vida, como também em impacto financeiro para o serviço de saúde. Portanto, os cuidados com a saúde bucal, estimulados por esses profissionais, são imprescindíveis, uma vez que uma condição bucal livre de infecções e sintomatologia dolorosa viabiliza uma melhor qualidade de vida aos pacientes oncológicos (JALES, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou uma visão geral sobre a definição do câncer de cabeça e pescoço e seus aspectos epidemiológicos. Identificamos os fatores etiológicos relacionados à doença e as modalidades de tratamento. Foram descritas as principais alterações bucais que afetam o paciente com câncer na região de cabeça e pescoço e o impacto dessas condições na qualidade de vida. Finalmente, explicitamos a importância do cirurgião-dentista para preservar as estruturas bucais dos pacientes antes, durante e após o tratamento, minimizando e reparando as sequelas provocadas, promovendo uma melhora na qualidade de vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.C.S.D.; VACCAREZZA, G.F.; CAZAL, C.; BENEDETTE, A.P.F.; PINTO JUNIOR, D.D.S.; TAVARES, M.R.; SILVA, D.P.D.; DURAZZO, M.D. Avaliação Odontológica de Pacientes com Câncer de Boca Pré e Pós Tratamento Oncológico - Uma Proposta de Protocolo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 25-31, jan./abr. 2004.

ARAMANY, M.A. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Design principles. 1978 [classical article]. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 86, n. 6, p. 562-8, 2001.

ASSAEL, L.A. New foundations in understanding osteonecrosis of the jaws. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 62, p. 125–126, 2004.

ATKINSON, J.C.; FOX, P.C. Salivary gland dysfunction. **Clin Geriatr Med**, Philadelphia, v. 8, n. 3, p. 499-511, 1992.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, New York, v. 68, p. 394-424, 2018.

BUURMAN, D.J.M.; SPEKSNIJDER, C.M.; ENGELLEN, B.H.B.T.; KESSLER, P. Masticatory performance and oral health-related quality of life in edentulous maxillectomy patients: A cross-sectional study to compare implant-supported obturators and conventional obturators. **Clin Oral Implants Res**, Copenhagen, v. 31, n. 5, p. 405-416, 2020.

BUTTERWORTH, C.J. Primary vs secondary zygomatic implant placement in patients with head and neck cancer – A 10-year prospective study. **Head Neck**, New York, v. 41, n. 6, p. 1687–1695, 2019.

CARDOSO, M.D.F.A.; NOVIKOFF, S.; TRESSO, A.; SEGRETO, R.A.; CERVANTES, O. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.38, n. 2, mar/abr. 2005.

CARL, William. Local radiation and systemic chemotherapy: preventing and managing the oral complications. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 124, n. 3, p. 119-123, 1993.

CARVALHO, A.L.; NISHIMOTO, I.N.; CALIFANO, J.A.; KOWALSKI, L.P. Trends in incidence and prognosis for head and neck cancer in the United States: a site-specific analysis of the SEER database. **Int J Cancer**, Genève, v. 114, n. 5, p. 806-816, 2005.

CERCHIETTI, L.C.; NAVIGANTE, A.H.; KORTE, M.W.; COHEN, A.M.; QUIROGA, P.N.; VILLAAMIL, E.C. et al. Potential utility of the peripheral analgesic properties of

morphine in stomatitis-related pain: a pilot study. **Pain**, Amsterdam, v. 105, n. 1-2, p. 265-73, 2003.

CIBIRKA, R.M.; RAZZOOG, M.; LANG, B.R. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v.78, n.6, p.574-81, 1997.

DE LIMA, A.A.S.; DE FIGUEIREDO, M.A.Z.; KRAPF, S.M.R.; DE SOUZA, F.R. Velocidade do fluxo e pH salivar após radioterapia da região de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 287-293, 2004.

DHOLAM, K.P.; BACHHER, G.K.; YADAV, P.S.; QUAZI, G.A.; PUSALKAR, H.A. Assessment of quality of life after implant-retained prosthetically reconstructed maxillae and mandibles postcancer treatments. **Implant Dent**, Baltimore, v. 20, n. 1, p. 85-94, 2013.

DOSSANTOS, C.C.; NORO-FILHO, G.A.; CAPUTO, B.V.; DE SOUZA, R.C.; DE ANDRADE, D.M. R.; GIOVANI, E.M. Conduas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 4, p.368-72, 2013.

EISBRUCH, A.; RHODUSB, N.; ROSENTHALC, D.; MURPHYD, B.; RASCHE, C.; SONISF, S.; SCARANTINOG, C.; BRIZELH, D. The prevention and treatment of radiotherapy-induced xerostomia. **Semin Radiat Oncol**, Philadelphia, v.13, n.3, p. 302-308, julho 2003.

ENGELMEIER, R.L.; KING, G.E. Complications of head and neck radiation therapy and their management. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 49, n. 4, p. 514-522, 1983.

FRANZÉN, L.; FUNEGÅRD, U.; ERICSON, T.; HENRIKSSON, R. Parotid gland function during and following radiotherapy of malignancies in the head and neck: A consecutive study of salivary flow and patient discomfort. **Eur J Cancer**, Oxford, v. 28, n. 2, p. 457-462, 1992.

FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; PEREIRA, M.M.; OLIVEIRA, S.K.M.; SILVA, G.P.E.; HERNÁNDEZ, C.I.V. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 13, n. 6, p. 1103-1108, 2011.

GALBIATTI, A.L.S.; PADOVANI-JUNIOR, J.A.; MANÍGLIA, J.V.; RODRIGUES, C.D.S.; PAVARINO, É.C.; GOLONI-BERTOLLO, E.M. Câncer de cabeça e pescoço: causas,

prevenção e tratamento. **Braz J Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239-247, abril 2013.

GARDEN, A. Mucositis: current management and investigations. **Semin Radiat Oncol**, Philadelphia, v.13, n.3, p.267-273, julho 2003.

GERALDES, A.M.; JARDIM JÚNIOR, E. G.; CAMPOS, M.J.A. Ocorrência de *Porphyromonas gingivalis* na microbiota bucal de pacientes submetidos à radioterapia para tratamento de lesões malignas de cabeça e pescoço. **Rev Odontol Araçatuba**, v. 30, Supl. 1, 2009.

GHELARDI, I.R.; JUNIOR, L.A.V.S.; DA SILVA SANTOS, P.S.; DE SOUZA TEIXEIRA, S.; MATSUSHITA, C.M.; CARRILLO, C.M.; ANTEQUERA, R.; DE MELO PERES, M.P.S.A. Necessidade da Avaliação e Tratamento Odontológico Pré-Radioterapia. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 10, n. 58, p.149-51, 2008.

GOLDSTEIN, M.; MAXYMIW, W.G.; CUMMINGS, B.J.; WOOD, R.E. The effects of antitumor irradiation on mandibular opening and mobility: a prospective study of 58 patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 88, n. 3, p. 365-373, 1999.

GOMES, E.P.A.A.; ARANHA, A.M.F.; BORGES, A.H.; VOLPATO, L.E.R. Head and Neck Cancer Patients' Quality of Life: Analysis of Three Instruments. **J Dent (Shiraz)**, Shīrāz, v. 21, n. 1, p. 31-41, 2020.

GUIZARD, A.N.; DEJARDIN, O.J.; LAUNAY, L.C.; BARA, S.; LAPÔTRE-LEDOUX, B.M.; BABIN, E.B.; LAUNOY, G.D.; LIGIER, K.A. Diagnosis and management of head and neck cancers in a high-incidence area in France: A population-based study. **Medicine (Baltimore)**, Hagerstown, v. 96, n. 26, e7285, 2017.

HORIOT, JEAN-CLAUDE, LIPINSKI, F.; SCHRAUB, S.; MAULARD-DURDUX, C.; BENSADOUN, R. J.; ARDIET, J. M.; BOLLA, M.; COSCAS, Y.; BAILLET, F.; COCHEDÉQUÉANT, B.; URBAJTEL, M.; MONTBARBON, X.; BOURDIN, S.; WIBAULT, P.; ALFONSI, M.; CALAIS, G. Post-radiation severe xerostomia relieved by pilocarpine: a prospective French cooperative study. **Radiother Oncol**, Amsterdam, v. 55, n. 3, p. 233-239, 2000.

HUANG, S.H.; O'SULLIVAN, B. Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Valencia, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2013.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

JERECZEK-FOSSA, Barbara A.; ORECCHIA, Roberto. Radiotherapy-induced mandibular bone complications. **Cancer Treat Rev**, London, v. 28, n.1, p. 65-74, 2002.

KALAVREZOS, N.; BHANDARI, R. Current trends and future perspectives in the surgical management of oral cancer. **Oral oncology**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 429-432, 2010.

KAMSTRA, J.I.; JAGER-WITTENAAR, H.; DIJKSTRA, P.U.; HUISMAN, P.M.; VAN OORT, R.P.; VAN DER LAAN, B.F.; ROODENBURG, J.L. Oral symptoms and functional outcome related to oral and oropharyngeal cancer. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 19, n. 9, p. 1327-1333, 2011.

KANATAS, A.; SINGH, P.; LOWE, D.; ROGERS, S.N. How will I be after my operation for oral cancer? **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 53, n. 6, p. 538-545, 2015.

KELNER, N.; CASTRO, J.F.L. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 53, n.1, p. 29-33, 2007.

KIELBASSA, A.M.; HINKELBEIN, W.; HELLWIG, E.; MEYER-LÜCKEL, H. Radiation-related damage to dentition. **Lancet Oncol**, London, v. 7, n. 4, p. 326-335, 2006.

KÖSTLER, W. J.; HEJNA, M.; WENZEL, C.; ZIELINSKI, C. C. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. **CA Cancer J Clin**, New York, v. 51, n. 5, p. 290-315, 2001.

KOWALSKI, L. P.; FRANCO, E. L.; TORLONI, H.; FAVA, A. S.; SOBRINHO, J. D. A.; RAMOS, G.; OLIVEIRA, B. V.; CURADO, M. P. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. **Eur J Cancer B Oral Oncol**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 167-73, 1994.

KUMAR, P.S.; BALAN, A.; SANKAR, A.; BOSE, T. Radiation induced oral mucositis. **Indian J Palliat Care**, Mumbai, v. 15, n. 2, p. 95, 2009.

KUMAR, V.V.; SRINIVASAN, M. Masticatory efficiency of implant-supported removable partial dental prostheses in patients with free fibula flap reconstructed mandibles: A split-mouth, observational study. **Clin Oral Implants Res**, Copenhagen, v. 29, n. 8, p. 855–863, 2018.

LASHOF, A.M.L.O.; DE BOCK, R.; HERBRECHT, R.; DE PAUW, B.E.; KRCMERY, V.; AOUN, M.; AKOVA, M.; COHEN, J.; SIFFNEROVÁ, H.; EGYED, M.; ELLIS, M.; MARINUS, A.; SYLVESTER, R.; KULLBERG, B.J. An open multicentre comparative study of the efficacy, safety and tolerance of fluconazole and itraconazole in the treatment of cancer patients with oropharyngeal candidiasis. **Eur J Cancer**, Oxford, v. 40, n. 9, p. 1314-1319, 2004.

LIMA, A.A.S.D.; FIGUEIREDO, M.A.Z.D.; LOUREIRO, M.S.; DUARTE, R. Radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço-o que o cirurgião-dentista precisa saber. **Rev. Odonto Ciênc**, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 156-65, 2001.

MOVSAS, B. Quality of life in oncology trials: a clinical guide. In: Seminars in radiation oncology. WB Saunders, 2003. p. 235-247.

NIEHOFF, P.; SPRINGER, I.N.; AÇIL, Y.; LANGE, A.; MARGET, M.; ROLDÁN, J.C.; KÖPPE, K.; WARNKE, P.H.; KIMMIG, B.; WILTFANG, J. HDR brachytherapy irradiation of the jaw—as a new experimental model of radiogenic bone damage. **J Craniomaxillofac Surg**, Stuttgart, v. 36, n.4, p. 203-209, 2008.

OLIVEIRA, K.G.; VON ZEIDLER, S.V.; PODESTÁ, J.R.V.; SENA, A.; SOUZA, E.D.; LENZI, J.; BISSOLI, N.S.; GOUVEA, S.A. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. **BMC cancer**, London, v. 14, n.1, p. 39, 2014.

RANKIN, K.V.; JONES, D.L.; REDDING, S.W. Oral health in cancer therapy. A guide for health care professionals. 3rd ed. 2008.

RODRIGUEZ, C.S. Programmed Instruction: Cancer therapy: Associated Late Effects. **Cancer Nurs**, New York, v. 19, p. 320-328, 1996.

ROSALES, A.C.D.M.N.; ESTEVES, S.C.B.; JORGE, J.; ALMEIDA, O.P.D.; LOPES, M.A. Dental needs in Brazilian patients subjected to head and neck radiotherapy. **Braz Dent Journal**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 74-77, 2009.

SALAZAR, M.; VICTORINO, F.R.; PARANHOS, L.R.; RICCI, I.D.; GAETI, W.P.; CAÇADOR, N.P. Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de interesse ao cirurgião dentista: revisão da literatura. **Odonto (São Bernardo do Campo)**, São Bernardo do Campo, v. 16, n. 31, p. 62-68, 2008.

SANTOS, L.C.O.D.; CANGUSSU, M.C.T.; BATISTA, O.D.M.; SANTOS, J.P.D. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. **Braz J Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 75, n. 4, p. 524-529, 2009.

SANTOS, P.S.S.; FERNANDES, K.S. Complicações bucais da quimioterapia. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 44, p. 29-31, 2006.

SBOC, 2020. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Informações ao Paciente. Disponível em: <https://sbo.org.br/guias-e-infograficos/item/1991-cancer-de-cabeca-e-pescoco> Acesso em: 29. nov. 2020.

SCHOEN, P.J.; REINTSEMA, H.; RAGHOEBAR, G.M.; VISSINK, A.; ROODENBURG, J.L. The use of implant retained mandibular prostheses in the oral rehabilitation of head and neck cancer patients. A review and rationale for treatment planning. **Oral Oncology**, Oxford, v. 40, n. 9, p. 862–871, 2004.

SILVERMAN, S. Oral cancer: complications of therapy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 88, n.2, p. 122-126, 1999.

SIMÕES, A.; EDUARDO, F.P.; LUIZ, A.C.; CAMPOS, L.; SÁ, P.H.R.N.; CRISTÓFARO, M.; MARQUES, M.M.; EDUARDO, C.P. Laser phototherapy as topical prophylaxis against head and neck cancer radiotherapy-induced oral mucositis: Comparison between low and high/low power lasers. **Lasers Surg Med**, New York, v. 41, n. 4, p. 264-270, 2009.

SPECHT, L. Oral complications in the head and neck radiation patient: introduction and scope of the problem. **Support Care Cancer**, Berlin, v.10, p.36-39, 2002.

STEWART, B.W.K.P.; WILD, C.P. World cancer report 2014. World, 2015.

SWEENEY, M. P.; BAGG, J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. **Dent Update**, London, v. 22, n. 10, p. 424-427, 1995.

UETA, E.; OSAKI, T.; YONEDA, K.; YAMAMOTO, T. Prevalence of diabetes mellitus in odontogenic infections and oral candidiasis: an analysis of neutrophil suppression. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, v. 22, n. 4, p. 168-174, 1993.

VISSINK, A. et al. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. **Crit Rev Oral Biol Med**, Boca Raton, v. 14, n. 3, p. 199-212, 2003.

VOSSelman, N.; ALBERGA, J.; WITJES, M.H.J.; RAGHOEBAR, G.M.; REINTSEMA, H.; VISSINK, A.; KORFAGE, A. Prosthodontic rehabilitation of head and neck cancer patients—Challenges and new developments. **Oral Diseases**, 2020.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-10, 1995.

# 28

## **EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES E OS DESAFIOS NA HUMANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM ODONTOPEDIATRIA**

Luiza Loredanna Moraes Stedile

Carmen Lúcia Cardoso

Lícia Barcelos de Souza





A história de Pedro, que ilustramos no início desse capítulo, foi relatada em uma das entrevistas realizadas na pesquisa de Mestrado da qual esse capítulo é um recorte. E quantos “Pedros” conhecemos nesse percurso. Vários estudantes que se viram diante de demandas que exigiam deles muito mais do que aquilo que aprenderam nos livros. Necessidades que emergiam de encontros que suscitavam o que há de mais humano e ambivalente nas relações de cuidado: por um lado medo, insegurança e incertezas e por outro a necessidade de acolhimento e empatia desses mesmos sentimentos em si mesmo e no outro. Situações como a descrita através dessa história foram vivenciadas por vários dos estudantes entrevistados no estudo, que relataram a diversidade de desafios que enfrentaram nos atendimentos de crianças, a partir dos relatos de suas vivências no contexto da clínica-escola.

Para entendermos as dificuldades envolvidas nas relações de cuidado com os pacientes no contexto de formação na clínica odontopediátrica, é preciso voltarmos nosso olhar à origem dessa ciência, que se deu com base na abordagem tecnicista e organicista, que levou à reprodução em suas práticas do modelo biomédico de atenção à saúde (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013). Esse modelo está assentado na concepção de que a saúde está relacionada à ausência de doenças, valorizando a dimensão biológica em detrimento dos aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença (KOIFMAN, 2001; BARROS, 2002; PINHEIRO; CARDOSO, 2019).

O modelo biomédico propiciou avanços científicos em uma época onde havia um predomínio de mortes por causas infecciosas, possibilitou a cura de muitas doenças e o desenvolvimento de tecnologias e medicamentos capazes de salvar vidas (KOIFMAN, 2001). Entretanto, esse modelo de atenção passou a não oferecer respostas à complexidade do campo de atuação, das ações e relações de cuidado em saúde, inclusive no que diz respeito à interação entre profissional da saúde-paciente.

Temos assim, de acordo com Finkler e Negreiros (2018) dois modelos de formação, que coexistem e se retroalimentam, um mais atrelado ao Modelo Biomédico que prioriza a eficácia e a eficiência no processo formativo, e está a serviço do mercado e outro que valoriza a excelência profissional e pessoal através de uma “formação humanística”, vinculada ao Modelo



Biopsicossocial visando o “desenvolvimento de cidadãos, pessoas plenas, íntegras, autônomas, responsáveis e prudentes” (p.38).

Nesse sentido, vivemos um processo de transição paradigmática no campo da saúde e da formação na área, com avanços e retrocessos, sendo imperativo compreender como se dá o processo ensino-aprendizagem para que possamos caminhar cada vez mais em direção à integração entre as dimensões técnica-objetiva e relacional-afetiva, visando alcançar um equilíbrio.

Retomando o diálogo com a nossa experiência no decorrer da pesquisa, pudemos perceber que mesmo após diversas reformulações na grade curricular dos cursos de Odontologia, bem como mudanças em relação ao que é esperado de conduta desses futuros profissionais, ainda ocorre o atravessamento das concepções do modelo biomédico no processo de formação para o cuidado integral no âmbito da saúde e para o desenvolvimento de práticas humanizadas.

Para uma melhor compreensão do que se trata a humanização das práticas em saúde, enquanto estratégias gerais para a superação do modelo biomédico, vamos retomar algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004), implementada pelo Ministério da Saúde em 2004. As práticas em saúde, nos diversos campos de atuação, passaram a ser norteadas pela valorização de ações voltadas ao cuidado pautado numa visão global, tanto sobre os contextos de cuidado quanto das pessoas neles inseridas.

Assim, aponta-se a necessidade de que todos os membros da coletividade sejam beneficiados e beneficiários das ações ofertadas pela equipe de saúde. Desse modo, busca-se estimular a manutenção de condições de cuidado humano que envolvam gestão, trabalhadores e usuários de modo que todos cuidem e sejam cuidados (PEREIRA et al., 2010).

Para avançarmos nessa discussão vamos apresentar alguns elementos que foram trazidos à luz, a partir de um recorte da análise dos resultados obtidos através da pesquisa de mestrado intitulada: “*A humanização na disciplina de odontopediatria a partir das vivências dos estudantes na clínica-escola*”, realizada com base em entrevistas com dez estudantes do quarto ano de Odontologia que iniciaram o atendimento de crianças na clínica-escola. Os nomes utilizados nesse texto são fictícios e o projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa CAEE nº 60219816.6.0000.5407. Os resultados apontaram a existência de especificidades inerentes ao atendimento odontopediátrico e descreveram situações que evocaram a necessidade de um preparo diferenciado para o manejo do cuidado, visto

que a simples transposição da experiência prévia adquirida nos atendimentos de adultos para o atendimento pediátrico, na maioria das vezes, não foi suficiente para o exercício de uma prática humanizada com as crianças.

Dessa forma, o estudo lançou um olhar compreensivo sobre a articulação dos vértices envolvidos no processo de formação dos estudantes de Odontologia, no que se refere à humanização das práticas experienciadas nos atendimentos em odontopediatria. A discussão versará, a partir da análise dos relatos dos participantes, sobre a ênfase dada à dimensão técnica e objetiva do conhecimento no processo de ensino-aprendizagem, em detrimento da dimensão relacional e subjetiva e as contradições suscitadas a partir das tentativas de realizar um atendimento humanizado. Desse modo, o presente capítulo apresenta ao leitor uma síntese dessas análises, visando possibilitar um olhar ampliado e comprometido com o enfrentamento dessas contradições.

Um primeiro aspecto a ser discutido se refere às dificuldades inerentes ao contexto de uma clínica-escola que, segundo os estudantes entrevistados, contribuem para o distanciamento de uma conduta humanizada. Muitos deles descreveram sentir uma pressão para atingirem uma meta quantitativa de realização de procedimentos, para obterem aprovação na disciplina, trazendo implicações para a realização dos procedimentos levando em consideração os princípios da humanização das práticas em saúde. Os relatos de alguns entrevistados dão visibilidade a essa questão:

*Não tem muito (humanização)! É bem teórico o que a gente tem sobre isso. A prática não bate com a teoria, por que a gente veio pra clínica e a gente teria que gastar uma ou duas seções pra conhecer o paciente, pro paciente te conhecer também (...) no mesmo dia a gente tem que fazer o exame que é pra ver se precisa de algum tratamento ou não. Então eles mesmos (professores) falam 'viu, acelera!'. A prática deveria ser fiel à teórica. Eu acho que a gente aprende a humanização aqui em outras disciplinas também, por isso que a gente já traz na bagagem um pouquinho do que deveria ser o atendimento, mas ela (humanização) não existe! (...) Nem o professor sabe nada sobre humanização (risos!). Na endodontia não dá tempo de ter isso, tem que bater meta também. E na pediatria que é um dos que mais deveria ter, não tem. (Júlia, estudante).*

*Sempre que eu precisei atender os pacientes a gente tentou ser o mais humano possível. E isso acho que nunca poderia deixar de acontecer. Talvez falte tempo na clínica pra gente conseguir conversar com o paciente, com os pais, fazer uma melhor adaptação dele ao ambiente. Mas eu vejo também as dificuldades, por que eles precisam ter produção, eles querem que a gente saia com um bom treinamento. (Jorge, estudante).*

A avaliação da aprendizagem referida pelos estudantes revela a permanência da racionalidade biomédica reiterando a centralidade conferida à dimensão técnica instrumental, biológica e objetiva do saber. Neste contexto, atravessados por tal racionalidade, os estudantes se veem em um dilema: se investem no número de procedimentos ou no tempo necessário à preparação das crianças. Tal visão promove uma fragmentação e cisão entre técnica e cuidado, teoria e prática, objetividade e subjetividade, pessoa e profissional. Assim, Jorge reproduz essa lógica ao naturalizar a perspectiva de que para se ter bons cirurgiões dentistas é preciso o foco na produção, em detrimento da formação relacional-afetiva e do encontro humano no processo de produção do cuidado em saúde, e não questiona outras possibilidades de ações que integrem o aprendizado técnico e relacional.

Em diálogo com Finkler e Negreiros (2018) apontamos que a avaliação desconsidera ou banaliza valores e atitudes como o respeito, a empatia, a compreensão, a responsabilidade, o encontro terapêutico e a solidariedade, estando centrada na questão instrumental e técnica, contribuindo para uma formação marcada por certo distanciamento entre profissional e paciente.

Julia explicita a cisão entre teoria e prática e aponta para a questão da falta de tempo, tendo em vista a necessidade de execução de muitos procedimentos, o que é reiterado por outros participantes e, também, por Jorge. Desse modo, a falta de tempo vai se tornando um argumento para uma conduta mais técnica, objetiva e produtivista. Num mundo acelerado nos distanciamos de uma temporalidade humana e, perdemos o contato com a experiência, com o sentido do próprio trabalho, passamos a desenvolver condutas mecânicas e mecanizadas. Covian (2007) afirma que a nossa humanidade pode se desenvolver ou se atrofiar dependendo do contexto no qual estamos imersos e de como nos posicionamos diante desse.

Nessa perspectiva, a análise das entrevistas realizadas com os estudantes indicou que o sistema de avaliação e o processo de ensino-aprendizagem explicitam as contradições vivenciadas no percurso da graduação, no que se refere às dificuldades de articulação entre a qualificação técnica e o comprometimento com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH):

*Então, se a gente ficasse usando algumas clínicas pra ficar só conversando, a gente atenderia menos pacientes, a gente atenderia menos casos, a gente poderia sair daqui sem ter feito uma endodontia, por exemplo. Aí isso seria uma coisa ruim. Então acho que eu atribuiria (as dificuldades de humanização) à clínica mesmo, né?! A quantidade*

*de pacientes que a gente tem e a quantidade de coisas que a gente tem que fazer.* (Lucas, estudante)

*A gente tenta. Eu acho que fora daqui a gente consegue, entendeu?! Mas aqui a gente precisa ser rápido, ser mais dinâmico pra entregar alguma coisa no fim do semestre. (...) Aqui, é mais, assim, uma questão de pontuação mesmo. De ter que entregar, por exemplo, um isolamento (procedimento odontológico) não vale nenhum ponto. (...) você tinha uma cobrança, ali, de entregar ponto e tal e ... não tinha humanização nenhuma!* (Júlia, estudante).

A PNH, conhecida como HumanizaSUS, trata das diretrizes para implementação da humanização nos serviços e consiste em um programa para ofertar, no setor da saúde, um atendimento de qualidade que articule os avanços tecnológicos com o acolhimento pessoal e a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Assim, conforme explicitado anteriormente, um dos objetivos centrais da PNH é tentar promover mudanças nos modos de gerir e cuidar em saúde que tenham como foco a humanização dos atendimentos (Brasil, 2004).

Retomando as questões levantadas pelos estudantes, visamos compreender melhor os aspectos envolvidos nas situações relatadas, afim de que possamos contribuir para os avanços nas discussões e condutas. Entender o contexto e as necessidades é o primeiro passo no sentido de uma mudança que acolha todas as partes envolvidas nesse processo: tanto estudantes que precisam se qualificar adequadamente integrando a questão relacional-afetiva ao processo de ensino-aprendizagem; quanto às crianças e seus pais/acompanhantes, que têm direito a um tratamento eficaz e digno, que abranja a excelência técnica e o olhar integral e humanizado.

Foi nesse contexto que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia foram reestruturadas e passaram a destacar a Humanização da Educação como um dos aspectos fundamentais para a concretização de novas bases para a educação superior. Essa reestruturação colocou o homem como o centro do processo de construção da cidadania comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada com os reais problemas brasileiros e a busca de soluções que possam transformar as condições de saúde (BRASIL, 2007).

Ao pesquisarmos o contexto de uma Instituição de Ensino Superior, foi possível observar que construir projetos pedagógicos e implementar disciplinas práticas comprometidas com a humanização segue sendo um desafio para essas instituições, responsáveis pela formação dos profissionais de saúde. Mesmo compreendendo as dificuldades que caracterizam

esse percurso, não se pode deixar de esperar que o atendimento de pacientes nas clínicas-escola responda à necessidade de formação e treinamento prático e técnico dos estudantes, sem se dissociar do ideal ético de suprir as necessidades de saúde e demandas pessoais dos usuários, bem como a formação humanizada dos profissionais.

O cuidado em saúde acontece no encontro com o outro, numa relação intersubjetiva e de alteridade, com potência para romper com processos e procedimentos padronizados, sendo encontrado na própria realidade elementos para a transformação. A análise aponta que os estudantes experimentam e enfrentam sentimentos despertados pelas relações que estabelecem com os pacientes e com professores, buscando significar o que ocorre. Contribuir para uma significação que desvele a condição humana, ou seja, de um ser que se constitui na relação com o outro e é aberto para a própria interioridade, às emoções e sentimentos favorece a realização de práticas que oportunizam o desenvolvimento humano, de si e do outro. Nesse sentido, o olhar para a singularização que se dá no processo de formação, contém elementos que possibilitam mudanças em direção a uma maior integração e conseqüentemente humanização do ensino.

A análise efetuada corrobora com Pinheiro, Ishara e Cardoso (2019) que afirmam a predominância dos aspectos técnico-científicos na formação dos profissionais de saúde e enfatizam o pouco espaço para o acolhimento das questões emocionais dos estudantes no contexto da aprendizagem, bem como para problematizar e compreender a vivência de encontro com outro. Desse modo, a subjetividade e intersubjetividade parecem ser vistas como obstáculos, não sendo reconhecidas como dimensões fundamentais do cuidado em saúde. O relato de Lucas explicita tal questão, uma vez que o estudante desvaloriza o encontro, e o diálogo é percebido como um entrave para o aprendizado da técnica vista como fundamental para a sua formação.

Por outro lado, a análise aponta que os estudantes destacam a necessidade de se colocarem diante da criança numa relação de alteridade em que possam enxergar o outro como semelhante, desse modo compreender e fortalecer *in loco* tais percepções é fundamental para a humanização em saúde. As vivências emocionais dos estudantes quando reconhecidas e legitimadas possibilitam ao mesmo experimentar o autocuidado e o cuidado ao outro de forma ampliada.

Um passo rumo a uma mudança nesse âmbito é a internalização de que todas as partes envolvidas no contexto em saúde têm sua responsabilidade no desenvolvimento de relações de suporte e apoio à construção de práticas humanizadas entre professores, supervisores e estudantes. Nossos

entrevistados apontaram que seus supervisores desenvolviam conteúdos acerca da humanização dos atendimentos, mas observavam que em suas práticas também tinham dificuldades para integrar o ensino dos procedimentos técnicos com o cuidado mais ampliado.

Diante das observações realizadas em suas experiências na clínica-escola de odontopediatria, cotejando o que é praticado em relação ao que é desenvolvido como base teórica nas disciplinas, alguns de nossos entrevistados apresentaram uma visão crítica acerca da conduta de alguns de seus supervisores, o que, de certa forma, indica que os alunos conseguem diferenciar e identificar possibilidades de exercerem práticas humanizadas através do “antimodelo”, ou seja, observando condutas que avaliam como inadequadas realizadas por professores no atendimento clínico às crianças. Assim, mesmo vivenciando as contradições entre teoria e prática, os estudantes pensam em alternativas para exercerem um cuidado integralizado, conforme pode ser visto no recorte abaixo:

*Que tinha muito professor que sentava lá na cadeira, nem falava oi pro paciente, falava assim ‘Ai, abre a boca!’ e já ia fazendo o procedimento, sabe?! Não se apresentava, não falava o nome, não perguntava o nome da mãe ou do responsável que tava do lado, e isso é importante, né?! Falar com a pessoa ‘Olha, a gente vai fazer tal procedimento agora, tá, ela te explicou, a aluna te explicou direitinho como é que é?’. (Ana, Estudante).*

As relações estabelecidas entre professores, supervisores e pacientes podem ser apreendidas pelos estudantes como um modelo de atuação, visto que eles estão em processo de formação profissional e, em muitos casos, buscam uma ampliação de repertório para lidar com suas experiências de atendimento. Estudos na área da Odontologia apontam o professor como figura essencial dentro do processo de ensino-aprendizagem, podendo esse contribuir positiva ou negativamente na formação profissional de seus alunos, a depender das posturas adotadas e das experiências compartilhadas (RALDI; MALHEIROS; FRÓIS, 2007; LAZZARIN et al., 2007).

No atendimento à criança, Monteiro et al. (2012) apontam que o primeiro contato com o profissional e sua vivência dessa experiência pode contribuir ou dificultar sua cooperação com o tratamento e que o cuidado voltado a essa clientela sofre o impacto da escassez de ambientes adequados e das relações hierarquizadas, que contribuem para uma desvalorização da criança enquanto ser integral. Ainda, percebe-se nesse contexto que as consultas são voltadas às queixas, ficando em segundo plano a acolhida aos pacientes.



Conforme apontado anteriormente um enfoque predominantemente tecnicista do cuidado pode incorrer na destituição dos aspectos subjetivos e relacionais presentes no adoecimento, o que, de acordo com Goulart e Chiari (2010), promove a negação do sujeito, reduzindo sua relação com o profissional à dimensão biológica de seu adoecimento. Uma perspectiva que reduz a pessoa à sua doença, a partir de uma ênfase na objetividade e competência técnica e desvalorização das manifestações subjetivas existentes na relação entre profissional/estudante e paciente, promove uma negação das experiências de sofrimento vivenciadas tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais da área da saúde.

O campo da Odontologia busca avançar ao encontro de um modelo biopsicossocial de atenção em saúde e diversas mudanças têm sido empreendidas. O ensino na área passou a ser orientado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), instituída através da Lei N° 9394 de 20 de dezembro de 1996, que regulamenta as bases conceituais, filosóficas, políticas e metodológicas que devem permear os projetos pedagógicos. O ensino se fundamenta nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Odontologia – Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 que propõe, em consonância com a LDB, que os cursos de graduação em Odontologia estejam comprometidos com a formação de profissional generalista, crítico-reflexivo, com formação técnico-científica e ético-humanista para atuar em todos os níveis da atenção (Brasil, 2002).

Assim, é esperado da formação desses profissionais, além dos saberes técnicos, que ela aborde as questões referentes aos determinantes sociais, culturais, psicológicos, éticos e legais envolvidos nos níveis individuais e coletivos do processo saúde-doença. Ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, apontam a importância de se trabalhar não apenas os conteúdos técnicos, objetivos e cognitivos, mas integrar com o desenvolvimento de habilidades emocionais, motoras e sociais. Desse modo, recomendam a utilização de estratégias educacionais ativas, centradas no aluno como sujeito do processo de ensino/aprendizagem e a diversificação desse cenário visando a articulação entre teoria e prática, bem como entre ensino, pesquisa, extensão e assistência (COSTA; BORGES, 2015; HORA; SOUZA, 2015; MOREIRA; DIAS, 2015; SILVA; SANTANA, 2015).

O estímulo ao desenvolvimento de uma postura autônoma e crítica dos estudantes, de modo que estes possam se colocar enquanto seres ativos no contexto de ensino-aprendizagem, visando transformar as experiências vividas em um processo constante de reflexão que favoreça a abertura para as emoções que emergem no contato com outro, incorporando os



princípios e os valores humanos ao contexto de atendimento clínico. Que possam, assim, apreender e compreender a complexidade que é o campo de produção do cuidado, subvertendo a lógica tradicional que visa a conformação a um determinado tipo de profissional, sobre o qual recaem os projetos pedagógicos, para uma lógica que valorize a singularidade, o encontro, a integralidade do cuidado, a capacidade criativa e crítica diante dos desafios da prática clínica.

A proposta desse capítulo nos fez seguir reflexões que podem contribuir para a melhoria do processo ensino-aprendizado no campo da saúde, mais especificamente da Odontologia, ao valorizar e promover a pessoa, o cuidado e a formação integral do profissional de saúde. Lançar um olhar crítico-reflexivo sobre os dados científicos apresentados é fundamental para que as transformações se materializem no fazer em saúde. Ao dispor a escuta aos estudantes encontramos caminhos, a partir das experiências vividas, o que possibilita a construção de práticas que respondam às necessidades dos atores envolvidos nesse contexto, a saber, estudantes, crianças, acompanhantes e professores.

Consideramos, desse modo, que o “fazer” em saúde acontece no e pelo encontro e que as pessoas são o principal recurso nesse campo, sendo imprescindível a adoção de práticas que valorizem os relacionamentos e as interações sociais, através do reconhecimento da condição humana e de suas necessidades, como a empatia, a afetividade, a consideração, o respeito, a solidariedade, o acolhimento, a sensibilidade, entre outros.

Retomando a questão proposta no início desse capítulo: “E agora?”, acreditamos que Pedro precisava da companhia de um outro (Tu) para ajudar-lhe a enfrentar seus medos, inseguranças, que pudesse acolhê-lo em seu sofrimento, reconhecendo e valorizando seus sentimentos, ajudando-o a dar os primeiros passos como futuro profissional da saúde. Ao experimentar, em primeira pessoa, o olhar e a companhia de um Tu é possível desenvolver a capacidade para o encontro e a acolhida de seus pacientes, efetivando assim, as premissas da humanização em saúde, que se operacionaliza nas relações entre pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apresentamos um recorte da análise dos dados de uma pesquisa de mestrado para embasar a discussão sobre a experiência de estudantes de Odontologia em relação à humanização do atendimento odontopediátrico. Retomamos os princípios de humanização das práticas em saúde como

norteadores centrais e necessários para a compreensão das necessidades de reformulação das práticas no contexto do ensino-aprendizagem.

Abordando o conceito de cuidado integral a partir das diretrizes curriculares que regem os cursos de Odontologia, bem como das experiências relatadas pelos entrevistados, foi possível fazer uma análise crítico-reflexiva da realidade encontrada no contexto pesquisado, vislumbrando possibilidades de melhorias no processo de ensino-aprendizagem e também nos atendimentos prestados pelos profissionais às crianças e suas famílias.

Ainda, pensamos que o diálogo aberto nesse Capítulo pode contribuir na consolidação de uma formação orientada pelo modelo biopsicossocial, baseada em uma proposta humanista, centrada na pessoa, no cuidado, com o compromisso ético de reafirmar os valores humanos, oferecendo assim sustentação para uma atenção integral à saúde.

## AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo financiamento do estudo. Aos participantes que contribuíram na construção dos dados analisados. À Universidade de São Paulo, pelo suporte e estrutura concedida.

## REFERÊNCIAS

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v.11, n.1, p.67-84, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL, MEC ME. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COVIAN, M. R. Ciência, técnica e humanismo. (1975). *In* HOFFMANN, A; MASSIMI, M. (Orgs.). **A universidade pensada e vivida por Miguel Rolando Covian**. São Paulo: Funpec, 2007.

FERREIRA, N. P., FERREIRA, A. P., FREIRE, M. C. M. Mercado de trabalho na odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev Odontol UNESP**, v.42, n.4, p.304-309, 2013.

GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.255-268, 2010.

FINKLER M.; NEGREIROS D. P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Revista ABENO**, v.18, n.2, p.37-44, 2018.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.8, n.1, p.48-70, 2001.

LAZZARIN H. C.; NAKAMA L.; CORDONI JÚNIOR L. O papel do professor na percepção dos alunos de odontologia. **Saúde Soc.**v.16, n.1, 90-101, 2007.

RALDI, D. P.; MALHEIROS, C. F.; FRÓIS, I. M.; *et al.* O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. **Revista ABENO**, v.3, n.1, p.15-23, 2003.

PEREIRA, A. D. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.55-61, 2010.

PINHEIRO, B. C.; CARDOSO, C. L. Formação profissional em uma atividade vivencial em saúde mental: Grupo Comunitário de Saúde Mental. **Estudos de Psicologia, Natal**, v. 24, n.3, p.317-327, 2019.

PINHEIRO, B. C.; ISHARA, S.; CARDOSO, C. L. Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional. **Revista de Medicina**, v.98, n.2, p.120-131, 2019.

# 29

## FORMAÇÃO DECOLONIAL EM ODONTOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERAÇÃO DE VULNERABILIDADES DÁ SAÚDE INDÍGENA

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro

Regina Célia de Souza Bereta

Wilson Mestriner Junior



**O** Brasil sempre foi um país multiétnico. Dos cinco milhões de indígenas calculados em 1500, o censo de 2010 revelou uma população de apenas 896 mil, pertencentes a 305 etnias ou povos e falantes de 274 línguas diversas - um percentual de 0,42% de toda a população do país (IBGE, 2010). Esta redução da população indígena ao longo da história, de acordo com Ribeiro (2006), foi decorrente do próprio contato com a civilização europeia, da retirada dos mesmos de seu território e de políticas e práticas excludentes e sinaliza uma dívida sócio-histórica para com estes grupos.

Compreender o percurso percorrido por estes povos desde a chegada da dita civilização europeia, possibilita verificar que apesar de uma série de mudanças sociais, suas condições socio-políticas podem ser justificadas por uma propagação do padrão eurocêntrico em todos os âmbitos da sociedade; um padrão hegemônico construído historicamente como superior e embasado no eurocentrismo.

Assim, o contato e a interação dos diversos povos indígenas com a sociedade provocaram transformações sócio-culturais, econômicas e ambientais diversas, gerando em sua maioria impactos negativos à estas populações e colocando-os, por suas particularidades, como grupos vulneráveis principalmente em saúde. Uma vez que a visão unidimensional eurocêntrica não leva em conta os valores tradicionais indígenas e suas contribuições sociais para a cultura brasileira, estas populações foram e são alvo de preconceitos e discriminações; permanecendo distantes da equidade e integralidade, tanto em saúde como nos diversos âmbitos da sociedade (CRUZ; JESUS, 2013).

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), mais especificamente da Universalidade, a participação de profissionais não indígenas com o intermédio de lideranças indígenas e agentes indígenas de saúde, garantiu que estes grupos tivessem acesso aos serviços de saúde no país (BRASIL 2010). Entretanto, em uma estrutura colonizadora dos diversos setores, este também ainda possui um pensamento cartesiano ocidental e necessita em sua praxis de uma formação profissional diferenciada para atuar nas especificidades étnicas.

A Política de Educação Permanente em Saúde elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) e implantada pelo



Ministério da Saúde (MS) em 2004 é considerada uma estratégia que contribui com a integração entre as políticas públicas e instituições da saúde e da educação. Ela favorece a intersetorialidade e a resolução dos problemas resultantes do contato intercultural, caracterizando-se por uma opção político-pedagógica, para a promoção da saúde indígena, como meio de modificar padrões hegemônicos institucionalizados (ENSP, 2014).

Segundo Sastre (2009) as instituições e o processo de ensino-aprendizagem, não se dão de maneira independente da sociedade, pelo contrário, se apresentam como uma parte da mesma que reproduz o todo das relações sociais. O desafio neste setor também envolve o reconhecimento da existência de outras visões de mundo, da validade de outros conhecimentos e outras formas de construir conhecimentos. Sendo em uma visão mais ampla, também o papel das instituições de ensino trabalhar as injustiças sociais, para que se resignifiquem as relações sociais e de poder e não se reproduzam estruturas perversas.

Em premissas mundiais sobre estes aspectos, em 2009 a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), com o relatório intitulado “Investir na diversidade cultural e no diálogo Intercultural” ressaltou a complexidade dessa proposta, não estabelecendo uma solução simplesmente pela vontade política, mas na adoção de diretrizes comuns em diversos âmbitos da sociedade, como seria o setor da educação.

No Brasil, na tentativa de se estabelecer ações que contribuam para a redução das desigualdades do preconceito e corroborando com a inclusão destes grupos, historicamente excluídos, nas diretrizes de diversas políticas, foi sancionada a Lei N° 11.645, de 10 Março de 2008 **que** estabeleceu que fosse incluída no currículo oficial da rede de ensino da educação nacional a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. O estudo cultural destes povos nos estabelecimentos de ensino, públicos e privados, deveria contemplar inclusive aspectos que caracterizem a formação da população brasileira a partir desses dois grupos étnicos, com suas contribuições nas áreas social, econômica e política, pertinentes à história do Brasil.

Nos outros setores, e neste texto, principalmente nos espaços das Instituições de Ensino Superior (IES) e da educação profissional formal, embora não estivessem incluídas na obrigatoriedade da lei, e fossem também perpetuadoras de uma visão reacionária e restrita ( não coerente com a construção pluriétnica de nossa sociedade), em facetas de uma colonialidade, houveram iniciativas e repercussões para esta abordagem decolonial (FARIAS; FALEIROS, 2018).



A genealogia do pensamento decolonial é pluriversal (não universal). Assim, cada nó da rede desta genealogia é um ponto de partida e abertura que reintroduz idiomas, memórias, economias, organizações sociais, subjetividades, esplendores e misérias dos legados imperiais. Hoje, reclama-se um pensamento decolonial que articule genealogias espalhadas pelo planeta (MIGNOLO, 2007 *apud* HERBETTA; NAZARENO, 2020, p. 21).

## OBJETIVO

Este capítulo tem o objetivo de apresentar o relato **de uma experiência** para possibilitar uma ressignificação do papel da formação para e na diversidade, corroborando com a proposta da promoção da saúde indígena, em vistas do atual panorama brasileiro. Uma necessidade de se trabalhar com o profissional de saúde temas de saúde coletiva que envolvam assuntos de cunho social como a discussão das temáticas: a relação do homem em sociedade; diferentes culturas e o contato social; o estudo de raças no Brasil; conceitos de cidadania e política; humanização da saúde; sociologia, antropologia, promoção de saúde e políticas públicas; saúde indígena as políticas de atenção à saúde indígena.

## O PROJETO

Por meio do atual relato, mais especificamente da experiência da formação superior no setor da saúde com ênfase na diversidade étnico-cultural, se pretendeu explanar sobre como estas premissas globais e do setor da educação contribuíram com a formação de recursos humanos para o subsistema de atenção à saúde indígena, em projetos que já contemplavam tais populações, mas que a despeito do foco das políticas educacionais, tiveram maiores incentivos do Ministério da Educação e da Saúde.

A formação dos profissionais de saúde, dentre eles o cirurgião-dentista, ficou por muito tempo dissociada da realidade brasileira, não se comprometendo com a promoção da saúde e necessidades reais da sociedade. Um exemplo disto foi a escassa inclusão e desenvolvimento de propostas que reduzissem desigualdades injustas em saúde, envolvendo os determinantes sociais de saúde, que também estão relacionados à realidade dos diversos povos indígenas do país.

Por estas razões, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vem dialogando com normativas dos vários documentos elaborados pelo Ministério da Educação e da Saúde, desde 2004, por meio de vários projetos dentre eles o Projeto acadêmico “HukaKatu”.

Com o objetivo de envolver estes apontamentos sociais por meio de “Novos Cenários de Aprendizagem” como um conceito amplo, que dizem respeito não somente ao local em que se realizam práticas, mas também ao cuidado em saúde e as trocas possíveis com as populações nela envolvida.

Em parceria com o Projeto Xingu da Universidade Paulista de Medicina e o Ministério da Educação e Saúde, esta iniciativa contribuiu (e contribui) para o processo de formação, universitária e de pós-graduação de profissionais de saúde indígenas e não indígenas, descrito neste relato. Suas premissas de construção social e conceitual de novas práticas integrais e interprofissional, na ótica da diversidade cultural, em uma prática colaborativa onde o “Investir na diversidade cultural e no diálogo Intercultural”, guardam coerência também com aos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde Indígena, e das Diretrizes Curriculares para os cursos de Saúde.

Além de corroborar com as políticas de formação e atenção à saúde, a experiência do projeto de formação de profissionais da saúde “Huka Katu” fortalece as premissas da lei N° 11.645/2008, na inserção da temática indígena nos diversos âmbitos do setor educacional. Estes alinhamentos, na relação entre sociedade e escola, fortalecem mesmo que indiretamente a redução do preconceito instalado nas relações sociais e valorização das contribuições culturais indígenas, inclusive na saúde. Como experiência, o projeto pode ser considerado um exemplo de intersetorialidade entre educação e saúde e do papel de uma formação transformadora.

## A EXPERIÊNCIA

Relatar a experiência de uma estudante de odontologia contemplada pelo Programa PROEXT – MEC/SESU (convênio n° 011-2010), em 2011, para a melhoria da qualidade de educação brasileira no contato direto com realidades concretas, envolve muito mais o que o estágio ocorrido no subsistema de atenção à saúde indígena.

Os projetos já existentes, Huka-Katu: a FORP-USP no Xingu da Universidade de São Paulo, em parceria com o Projeto Xingu da Universidade Paulista de Medicina, desenvolveram metodologias ativas (teórico-práticas) para uma atuação em saúde na perspectiva da diversidade cultural nouseu todo, por meio do viver de uma experiência na temática sócio-cultural indígena.

Neste relato, os incentivos para o estágio prático no território do Xingu ocorreram um ano após a formulação da lei para incentivo da temática

indígena na educação, contemplando o projeto “Huka Katu” pelo Edital PROEXT 2009 do Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Cultura; Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional pelo convênio nº011 744061/2010 (proposta 84982/2009).

Apesar disso, é preciso relatar que as atividades vivenciadas pela estudante ocorreram ao longo de toda a sua formação com a oferta de disciplina optativa sobre a saúde bucal das populações indígenas. As reflexões acerca da interculturalidade em saúde foram teóricas de 2008 a 2011 e culminaram na atividade vivencial junto às comunidades no ano de 2011. Esta etapa vivencial se caracterizou por atividades preparatórias e de campo do ensino superior em odontologia presentes no currículo oficial da instituição.

Na disciplina, a etapa preparatória propôs a noção de competência humana do cuidado, em sua dimensão ética como um ato social de assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas e culturais. Desenvolveram-se encontros temáticos extracurriculares utilizando-se de recursos de ensino como textos, documentários, filmes e seminários, sugeridos e listados previamente, pela equipe de docentes. De forma complementar foram utilizadas as ferramentas presentes na plataforma digital da Universidade de São Paulo, com cursos para acesso a produção presente na literatura sobre as temáticas de saúde bucal coletiva e cultura indígena.

Em 2011 ocorreram quatro “Etapas de Campo”, nas quais, cinco estudantes e um docente coordenador do projeto desenvolveram atividades nas aldeias presentes no território dos Pólos de Saúde do Baixo, Médio e Leste Xingu, atingindo em média, cinco aldeias em cada etapa em um período aproximado de dezoito dias.

O modelo de atenção à saúde bucal dos povos indígenas assistidos nas etapas de campo, contou com o compromisso da integralidade em saúde, desenvolvendo ações de promoção de saúde, preventivas e reabilitadoras. A comunidade foi atendida pela equipe no seu próprio território (aldeias) e no pólo de saúde local. Após a identificação das necessidades, por meio de um diagnóstico individual e coletivo das condições de saúde bucal, com uma cobertura de 2/3 da área correspondente, sendo toda a produção (indicadores de saúde e assistenciais) contribuintes para o aprimoramento do próprio subsistema de saúde indígena local.

Ainda como ação programática, desenvolveu-se acompanhamento, treinamento e capacitação dos agentes indígenas de saúde bucal nas atividades de promoção, assistência e trabalho protético, durante todas as entradas.

No total do período contemplado pelo Edital do Ministério da Educação, juntamente com a estudante deste relato, inscreveram-se dezesseis estudantes, dos quais, cinco concluíram as duas etapas (preparatória/campo) no primeiro semestre, enquanto que no segundo semestre, a disciplina contou com vinte e oito inscritos e quatorze deles concluíram as duas etapas. Independente da conclusão das duas etapas, a sensibilização intercultural e o contato com a realidade indígena atingiu seu objetivo, proporcionando novos olhares sobre estas populações à quarenta e cinco profissionais da saúde, apenas no ano de 2011. Sendo que ao longo do projeto cerca de cento e cinquenta estudantes participaram das duas etapas e 10% (dez por cento) atuaram como profissionais cirurgiões-dentistas em algum Distrito Especial Indígena (DSEI) depois de formados.

Dos estudantes contemplados e sensibilizados para a questão indígena no curso de odontologia, a autora deste trabalho participou das etapas preparatórias e de campo. Ao concluir sua formação, devido à experiência no projeto e ao novo olhar a respeito dos povos indígenas, se sentiu impulsionada a trabalhar com tais comunidades.

Foi contratada para atuar como cirurgiã-dentista do subsistema de saúde indígena, onde atuou no Distrito Especial de Saúde Indígena do Xingu como profissional de saúde bucal, responsável por um pólo-base de saúde, na promoção, prevenção e assistência à saúde de cinco etnias diversas.

Esta experiência também possibilitou que a autora pudesse após alguns anos, desenvolver pesquisas na área da Promoção da Saúde Indígena, em relação às vulnerabilidades das populações indígenas e trabalhar na formação também de novos profissionais de saúde nesta perspectiva decolonizadora.

## **INTERSETORIALIDADE PARA O ATUAL PANORAMA DA SAÚDE INDÍGENA**

A obrigatoriedade do estudo da história e cultura indígena nos estabelecimentos de ensino públicos e privados em todo o país é uma tentativa de se transformar padrões históricos de colonização e eurocentrismo. Este processo é uma parte de diversas ações que devem compor políticas públicas, sensíveis às questões étnicas, o preconceito e as diferenças raciais no país, que exigem uma abordagem intersetorial.

O “dilema promocionista” (COSTA; MISOCZKY; ABDALA, 2018), em uma perspectiva ampliada da prevenção em saúde, também discorre sobre as necessidades intersetoriais para a abordagem das questões que envolvem

vulnerabilidades no campo da saúde. O atual contexto da saúde indígena, com perdas de direitos constitucionais, inequidades de acesso e assistência, entre outros, dialoga com tais premissas, gerando novas demandas em inúmeros setores e exacerba situações de risco e vulnerabilidades.

Pode-se elencar que esta experiência revela caminhos para o desenvolvimento de recursos humanos, para o contato direto e assistência respeitosa aos valores tradicionais dos povos indígenas, ou para a preparação de novos cursos de extensão e novas formações que abordem a história e cultura indígenas.

Moreira e Motta em 2016 discorreram sobre a necessidade da formação profissional diferenciada para atuação no subsistema de atenção à saúde indígena, enfatizando o desenvolvimento da competência cultural na própria graduação em saúde, com uma necessidade de adequação das grades curriculares para esse fim. As políticas educativas que envolveram este relato tiveram efeito multiplicador e reflexos positivos na formação e atuação profissional de indivíduos e comunidades indígenas assistidas ao interagirem com profissionais capacitados.

A modificação de padrões culturais já estabelecidos passa pela capacitação de profissionais para atuarem no contexto da saúde, ou em qualquer outro, de forma a reduzir estruturas perversas ligadas às raças e grupos. Contextualizando de uma forma mais clara essa ausência de profissionais que compreendam sobre os determinantes sociais que afetam a população indígena, as especificidades étnicas e vulnerabilidades do contexto da Saúde Indígena, pode-se citar o atual perfil epidemiológico destas populações frente a pandemia do novo Sars-Cov-2, com perdas irreparáveis e aumento de débitos históricos para com estes grupos.

Em uma contribuição para a redução de violências e violação de direitos, e promoção da cidadania, além de possibilitar experiências no empoderamento da população indígena e das equipes de saúde, gerando novas formas de participação social e promoção de saúde, a decolonialidade nos diversos setores, incluindo a formação superior, é uma possibilidade de resgate em meio à retrocessos e perdas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As mudanças na abordagem da temática indígena desencadeadas pela Lei N°11.645/2008 tiveram repercussões positivas, em inúmeras instituições de ensino, inclusive na universitária, contribuindo na formação de

recursos humanos e na atenção à saúde indígena, com o fortalecimento de iniciativas já existentes.

A ampliação da abordagem sobre o tema mobilizou um maior número de experiências de formação profissional para atuação neste contexto. Porém, em seu desdobramento observa-se um retrocesso decorrente das políticas públicas educacionais na área. Esta apresentação tem por objetivo relatar a experiência de uma estudante de odontologia contemplada pelo Programa PROEXT – MEC/SESU (convênio nº 011-2010), em 2011, para a melhoria da qualidade de educação/saúde brasileira no contato direto com realidades concretas, ocorrida no subsistema de saúde indígena na parceria entre os projetos já existentes: Huka-Katu: a FORP-USP no Xingu da Universidade de São Paulo, Projeto Xingu da Universidade Paulista de Medicina e PROEXT – MEC/SESU.

As etapas acadêmicas preparatórias e de campo no ensino da temática indígena com metodologias ativas, contribuíram para a aquisição de competências e habilidades, possibilitando um novo olhar e uma sensibilidade intercultural, que culminou com um compromisso ético, com tais comunidades e resultou na contratação da mesma como cirurgiã-dentista do subsistema. O ensino da temática indígena, como realidade concreta, possibilita desdobramentos em inúmeros contextos. Ele é imprescindível uma vez que o contato intercultural é quase que inevitável e existem dívidas sócio-históricas para com estas populações. O retrocesso do ensino da temática, precisa ser reconsiderado uma vez que as políticas educativas, promovem reflexos positivos na formação e atuação profissional, em destaque o da saúde, enfrentando preconceitos e corroborando para o exercício da cidadania indígena.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 11.645**, de 10 de março de 2008. Dispõe sobre a inclusão no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm)> Acesso em:2018-06-10

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional De Promoção Da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CRUZ, C.S.; JESUS, S.S. **Lei 11.645/08: A escola, as relações étnicas e culturais e o ensino de história- algumas reflexões sobre essa temática no PIBID**. XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento Histórico e Diálogo Social. Natal, Rio Grande do Norte, 22-26 de julho de 2013.

BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). **Formação de Facilitadores de educação permanente em saúde**. In BOTELHO, M. C. et al. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

HERBETTA, A. F.; NAZARENO, E. *Sofrimento acadêmico e violência epistêmica: considerações iniciais sobre dores vividas em trajetórias acadêmicas indígenas*. **Tellus**, v.20, n. 41, p. 57-82, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2010. **Folder Brasil Indígena**. Em :<<http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf>>acesso em maio 2018.

MESTRINER, JÚNIOR, W. **Relatório Final Projeto “HukaKatu”**. Apresentado à Secretaria de Educação do Ministério da Educação em cumprimento ao Edital PROEXT 2009 do Ministério da Educação / Ministério do Trabalho e Emprego / Ministério da Cultura / Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, convênio 744061/2010 - proposta 84982/2009.

MOREIRA, G. O, MOTTA, L. G. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.1, p.164-171, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **2º Relatório Mundial da UNESCO: Investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural**. Paris: ONU, 2009.

RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.



SASTRE, E. **Panorama dos estudos sobre violência nas escolas no Brasil:1980–2009**. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015503.pdf>>. Acesso em: 2018-06-11

COSTA, R. P; MISOCZKY, M. C; ABDALA, P. R. Z. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Saúde Debate**, v. 42, n.119, p.990-1001, 2018

# SOBRE OS AUTORES

## SOBRE OS AUTORES



**ADIR FÁTIMA DA ROSA ANDRADE**

Graduação em Enfermagem e Mestrado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenou o Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Paulistano-UniPaulistana e foi docente na UniPaulista, no Centro Universitário João Pessoa/UNIPÊ, na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (João Pessoa-PB). Atuou como Gerente de Enfermagem do Hospital Geral de Itapevi, bem como no Hospital de São Paulo (Unifesp). Atualmente é enfermeira no Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB) onde coordenou a Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU/UFPB e o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar.

**ADRIANA GAIÃO BARBOSA**

Graduação e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestrado em Desenvolvimento Humano pela UFPB e Doutorado em Psicologia Social pela UFPB. Atualmente é professora Associado II da Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Transtornos do Desenvolvimento, Aprendizagem e Comportamento/NESMEP/UFPB. Especialista em Psicopedagogia e integrante da Comissão de Avaliação Psicológica do Conselho Regional de Psicologia do Estado da Paraíba.

**AMANDA TRAJANO BATISTA**

Amanda Trajano Batista- Doutora em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB). Residente em Saúde mental (RESMEN) pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/CCS/UFPB). Membro do Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde. (NPVPS/UFPB/CNPq).

**ANA ALAYDE WERBA SALDANHA**

Pós-doutorado e Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Graduação em Psicologia (UNIPÊ). Especialização em Saúde Coletiva (UNAERP). Professora Associado IV e pesquisadora no Programa de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Psicologia Social (UFPB) e do SAE do HULW. Compõe o GT Relações Intergrupais, Preconceito e Exclusão Social da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. Coordenadora do grupo de pesquisa “Vulnerabilidades e Promoção da Saúde” (PPgPS/UFPB, CNPq).

**ANA CAROLINA CANANÉA MEDEIROS DE LUCENA**

Graduação em Direito pelo Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). Pós-graduação em Ciências Penais pela Universidade Anhanguera (UNIDERP). Advogada com atuação na área criminal.

**ANA ELISA RODRIGUES ALVES RIBEIRO**

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo - USP e em Pedagogia pela Universidade Federal de Lavras - UFLA. Especialista em Etnologia Indígena, atuou como cirurgiã-dentista no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, DSEI-XINGU, junto a diversos povos da região. Mestre em Ciências com ênfase em Biologia Oral pela Universidade de São Paulo – USP. Realizou aperfeiçoamento profissional em Educação Permanente pela Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FioCruz. Doutora em Promoção de Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, membro do grupo de pesquisa CNPq “Populações Vulneráveis e Promoção da Saúde” desta mesma instituição. Docente do curso de Odontologia da Universidade de Franca, UNIFRAN, nas áreas de Saúde Coletiva e Extensão Universitária e Docente temporária do Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal (DESCOL) da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP).

**ANA JANAINA JEANINE M. DE LEMOS JORDÃO**

Professora Adjunta da Unidade Acadêmica de Medicina da UFCG. Doutorado em Biociência Animal na Área de Morfofisiologia pela UFRPE, Membro do Núcleo Docente Estruturante - NDE. Líder do grupo de pesquisa Educação em saúde.

**BRUNO MEDEIROS**

Bruno Medeiros received his Ph.D. in Psychology at the University of Cambridge in 2018. He works as an Assistant Professor at Universidade Cruzeiro do Sul. He teaches and supervises students at clinical and social psychological training. His research interests involve public understandings of ageing, mental health and well-being.

**CARMEN LÚCIA CARDOSO**

Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada do Departamento de Psicologia e orientadora junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP, USP. Coordenadora do Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/FFCLRP-USP). Tem experiência com pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde.

**CELESTINO JOSÉ MENDES GALVÃO NETO**

Professor na Faculdade de Macapá (FAMA), Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/PE). Membro do Núcleo de Pesquisas Feministas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE)

**CLEDY ELIANA DOS SANTOS**

Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Portugal - Especialidade Cuidados Paliativos. Possui graduação em Engenharia de Operação (PUC-RS), graduação em Medicina pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Mestrado em Community Health in Developing Countries - University of London e Mestrado em AIDS pela Universidade de Barcelona. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. É Médica Geral Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/ Grupo Hospitalar Conceição (HNESC/GHC) e atuou no Serviço

de Dor e Cuidados Paliativos do GHC. Áreas de interesse: Medicina Comunitária, Ensino Médico, e Cuidados Paliativos.

### **CLÓVIS PEREIRA DA COSTA JÚNIOR**

Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia (área de concentração em Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba. Servidor público (Psicólogo Hospitalar) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Pesquisador em temáticas relacionadas à Psicologia Social e da Saúde, com enfoque na Psicologia Hospitalar; Psicologia Organizacional; Representações Sociais; Identidade Social e Gestão em Saúde.

### **CRISTIANNE DA SILVA ALEXANDRE**

Médica nefrologista pelo HCFMUSP. Doutora em nefrologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Nefrologista do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB

### **CRISTIANNE DA SILVA ALEXANDRE**

Médica nefrologista pelo HCFMUSP. Doutora em nefrologia pela FMUSP. Nefrologista do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB

### **DANIEL KLUG**

Doutorando em Ciências da Saúde (UFCSPA), Mestre em Educação em Ciências e Matemática pela PUCRS. Graduação em Licenciatura em Matemática (UFRGS). Integrante da equipe do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa Tecnológica em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) exercendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão, incluindo o planejamento, acompanhamento e avaliação, a realização de orientações de trabalhos de conclusão e a proposição de atividades de educação aplicadas na área da saúde. Atua como docente na Faculdade de Ciências da Saúde do GHC.

### **DANIELA HEITZMANN AMARAL VALENTIM DE SOUSA**

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades



e Promoção da Saúde; Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), na linha de pesquisa em Família e Interação Social.

### **DÉBORA PRISCILA FERREIRA DA SILVA GOMES**

Psicóloga pela Universidade Estadual da Paraíba, Mestre em Psicologia Social, membro do Laboratório Longevidade (Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano e tecnologias em Saúde, UEPB).

### **DÓRIS FIRMINO RABELO**

Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia - UFBA e do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Prof Saúde-UFRB. Compõe o GT Relações Intergrupais, Preconceito e Exclusão Social da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. Faz parte da Diretoria da Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Gestão 2020-2022). Coordena o GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice do CRP03.

### **EDILANE NUNES RÉGIS BEZERRA**

Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui experiência docente no Ensino Superior e em Pesquisa em Psicologia. Principais temas e áreas de interesse: Psicologia Social e Saúde; Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Promoção e Prevenção em Saúde; Vulnerabilidades em Saúde em Contextos Rurais e Urbanos.

### **ELLEN CLARA GERMANO BISPO:**

Discente de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Integrante do Núcleo de Pesquisa em Psicologia e Intervenções Psicossociais (NUPSI).

**EUNICE ARISTIDES DE ARAÚJO**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da UFPB, enquanto integrante do Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde

**FLÁVIO LÚCIO ALMEIDA LIMA**

Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Doutorado em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB). Pesquisador responsável pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde e Intervenções Psicossociais (NUPSI/UFCG). Membro do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS).

**FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO**

Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Especialização em Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA. Mestrado e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba -UFPB, Bolsista PDSE CAPES no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) do Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE/IUL em Lisboa/Portugal. Atualmente é psicóloga hospitalar do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande/PB (EBSERH/HUAC/UFCG) e pesquisadora colaboradora do núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS/UFPB).

**GABRIEL MEDEIROS ANDRADE**

Discente de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande. Presidente da Liga de Pediatria e Neonatologia da UFCG e Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica CNPq 2021/2022.

**GENÁRIO ALVES BARBOSA**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Doutorado em Psiquiatria Infantil pela Universidade de Sevilla. Professor aposentado Associado II de Psiquiatria Infantil do Departamento de Medicina Interna

da UFPB. Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE e Coordenador e preceptor da Residência Médica em Psiquiatria da FAMENE. Professor de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM). Realizou várias pesquisas na área da epidemiologia psiquiátrica infantil.

### **GLÁUCIA GUERRA BENUTE**

Pós doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP, Doutora pela FMUSP, Coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário São Camilo-SP. Orientadora de Pós-Graduação Stricto-Sensu pela Disciplina de Obstetrícia da FMUSP.

### **GLÓRIA TAMIRES DE SOUSA MACIEL**

Psicóloga. Mestrado em Psicologia da Saúde e Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

### **HELOISA HELENA PINHO VELOSO**

Doutora em Endodontia e em Medicina Dentária; Professora Associada do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba; Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família-UFPB e Pós-doutoranda no ISPUP, Universidade do Porto. Áreas de interesse: Câncer Bucal; Reabilitação Oral em Pacientes Oncológicos; Restauração do Dente Tratado Endodonticamente; Cuidados Paliativos; Saúde Pública; Gerontologia.

### **IRIA RAQUEL BORGES WIESE**

Professora do Instituto Federal da Paraíba - Campus Avançado João Pessoa Mangabeira. Doutorado em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB). Membro do Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde.

### **ISABELLE TAVARES AMORIM**

Isabelle Tavares Amorim - Professora dos cursos de Psicologia e Medicina do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Doutora em Psicologia Social pelo Programa de

Pós-graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Psicóloga Clínica CRP-13/6430. Membro do Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde.

### **ISLA CAMILLA CARVALHO LAUREANO**

Mestre e Doutoranda em Odontologia, pela Universidade Estadual da Paraíba. Áreas de interesse: Epidemiologia, Saúde Coletiva, Odontologia Preventiva e Social, Odontopediatria e Metodologia Científica.

### **JOÃO MARÇAL MEDEIROS DE SOUSA**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Presidente da Liga Acadêmica de Dermatologia da UFPB e membro da Liga Acadêmica de Clínica Médica da UFPB e da Liga Acadêmica de Infectologia da UFPB. Atualmente extensionista dos projetos “Promovendo a conscientização acerca da psoríase e a melhora na qualidade de vida de seus portadores - ano 2020”, “Reunião de Dermatopatologia - Ano 2020” e “Educação popular na atenção às mulheres atendidas no Serviço de Assistência Especializada do Hospital Universitário Lauro Wanderley”. Projeto de Iniciação Científica da pesquisa “Estudo Multicêntrico de Avaliação do impacto do Programa Mais Médicos no Brasil 2020”.

### **JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS**

Doutor em Sociologia e em Saúde Pública e Investigação Biomédica, Professor Titular de Cuidados Paliativos e Bioética da Universidade Federal da Paraíba e Professor Titular do Máster Universitario Oficial en Políticas de Salud y Bienestar del Instituto de Humanidades y Ciencias de la Salud de la Fundación Ortega y Gasset. Áreas de interesse: Cuidados Paliativos, Promoção e Educação para a Saúde, Comportamentos Sexuais e DSTs, Violência de Gênero, Políticas de Saúde Pública e Cidadania e Antropologia Social e Sociologia da Saúde.

### **JOSÉ VICTOR DE OLIVEIRA SANTOS:**

Psicólogo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Humano, Psicologia Educacional e

Queixa Escolar – PSIQUEDE. Tem interesse em Psicologia do Desenvolvimento, Representações Sociais, Psicologia Social, Terapia Cognitiva Comportamental e grupos LGBT.

### **JOSEVÂNIA DA SILVA**

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pós-graduação em Gerontologia. Docente Adjunta do Departamento de Psicologia. Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (Mestrado) da Universidade Estadual da Paraíba. Líder do Grupo de Pesquisa LongeViver - Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano e Tecnologias em Saúde.

### **JOSINALDO FURTADO DE SOUZA**

Psicólogo pela Universidade Federal de Campina Grande, Mestre em Psicologia da Saúde (UEPB), Professor do Centro Universitário de João Pessoa.

### **JULIANA GOMES NATTRODT BARROS**

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal da Paraíba, com interesse nas áreas de saúde mental e nefrologia.

### **JULIANA RODRIGUES DE ALBUQUERQUE**

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia (área de concentração em Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Integrada de Patos. Servidora pública (Psicóloga Hospitalar) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Pesquisadora em temáticas relacionadas à Psicologia Social e da Saúde, com enfoque em Saúde Pública; Terapia Cognitiva Comportamental; Gênero; Violência e Adolescência.

### **JULIET FOSTER**

is Dean of Education and Professor of at the Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London. She is a social psychologist, specialising in sociocultural theories of knowledge and understanding. Her research interests include understandings of health, and in particular mental health. She is Academic Lead for King's College

London on student mental health and wellbeing, and much of her current work concerns this topic.

### **KÍSSILA SANTOS DE FARIAS**

Mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), desenvolvendo estudos em torno da temática corpo, saúde e envelhecimento. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

### **LÍCIA BARCELOS DE SOUZA**

Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Atua como psicóloga e pesquisadora junto ao Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, nas áreas de Psicologia da Saúde e Processos Clínicos. Pesquisadora junto ao Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde – (LaProSUS/FFCLRP-USP).

### **LIDIANNY BRAGA DE SOUZA**

Professora Substituta do Instituto Federal da Paraíba/Campus Cabedelo Centro. Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Psicóloga Clínica. Membro do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS).

### **LORENA LAUANA CIRILO SILVA**

Graduanda de Medicina na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista voluntária na Liga Acadêmica de Nefrologia da Paraíba. Bolsista voluntária no Projeto de Extensão Capital Saúde: Vetor Básico na Educação e no Desenvolvimento Humano da UFPB. Bolsista voluntária na Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da Paraíba. Bolsista Programa Jovens Talentos para a Ciência no Laboratório de Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia (LAPEN) da UFRN.

### **LUCAS COSTA MACEDO**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**LÚCIA ROBERTTA MATOS SILVA DOS SANTOS**

Mestre e Doutora em Psicologia, especialista em Saúde Pública, Psicologia Hospitalar e Gestão do SUS. Psicóloga no Centro de Especialidades Médicas de Aracaju e no Hospital de Sergipe. Atuou como docente na Universidade Federal de Sergipe, na graduação e pós-graduação da UNIFIP (PB). Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Hospitalar, Saúde Pública e Psicologia Social.

**LUCIANO APARECIDO PEREIRA JUNIOR**

Psicólogo; Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN). Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Populações Vulneráveis e Promoção da Saúde (GPPVPS) e do Laboratório de Inclusão e Proteção Social (Labprosocial), ambos vinculados ao CNPq.

**LUDGLEYDSON FERNANDES DE ARAÚJO**

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade de Granada (Espanha) com período sanduíche na Università di Bologna (Itália). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPa). Bolsista de Produtividade PQ-2 em pesquisa pelo CNPq. Tem pautado sua atuação nos seguintes temas: Psicologia Social, Psicologia do Envelhecimento e Psicogerontologia, Idosos, Aspectos Psicossociais das Drogas, Aspectos Psicológicos da Prevenção ao HIV/AIDS, Homoparentalidade, Homofobia e Resiliência.

**LUIZA LOREDANNA MORAES STEDILE**

Luiza Loredanna Moraes Stedile - Psicóloga Clínica e da Saúde, Palestrante, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP e integrante do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaproSUS - USP).

**MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS**

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Livre Docência em Psicoterapia Psicanalítica pela



Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, nível 1A. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-FFCLRP-USP/CNPq e do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VIDEVERSO (FFCLRP-USP). Membro Titular da Academia Paulista de Psicologia (cadeira 33).

### **MARIA DE FÁTIMA DE SOUZA SANTOS**

Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE. Doutorado em Psicologia na Universidade de Toulouse II, Pós-doutorado em Psicologia em Psicologia Social na UnB. Realiza pesquisa na área da Psicologia Social e Psicologia do Desenvolvimento, com ênfase nos estudos em representações sociais. Bolsista de Produtividade do CNPq.

### **MARIA DO CARMO EULÁLIO**

Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. Mestrado em Psicologia pela UFPB, Doutorado em Psicopatologia Clínica pela Université Paul Valéry, Montpellier, França. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde (GEPES).

### **MARIA RENATA FLORÊNCIO DE AZEVEDO**

Psicóloga Cognitivo-comportamental e Especialista em Psicologia Perinatal; Mestrado e Doutorado em Psicologia Social pela UFPB. Experiência e interesse em pesquisas nas áreas de Psicologia social, Psicologia Feminista, Psicologia Perinatal e Parental.

### **MARISTELA VARGAS LOSEKANN**

Doutora e Mestre em Educação pela UFRGS. Curso Enfermagem na UFSM. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), atua na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Atuou como docente em Cursos de Especialização da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Curso de Enfermagem da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul. Membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do COREN-RS, do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e da Sociedade Internacional de Ergologia. Áreas de interesse: Urgência e Emergência, Trabalho e Educação e Cuidados Palitativos.

**MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA**

Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia (área de concentração em Psicologia Social), Especialista em Educação em Direitos Humanos e Bacharel em Direito pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisador em temáticas relacionadas à Psicologia Social e da Saúde, com enfoque na Diversidade Sexual; Direitos Sociais; Vulnerabilidades em Saúde; Promoção da Saúde; Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Humanos.

**MICHELLE SALDANHA DE LUCENA**

Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), com ênfase na área criminal. Atualmente, exerce atividades no Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos, vinculado à Prefeitura Municipal de João Pessoa, Paraíba.

**NILZIMAR FERREIRA DA SILVA**

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Fundação de Ensino Superior de Olinda, especialista em Auditoria em Serviço de Saúde. Tem experiência na área de Enfermagem Infectocontagiosa, com ênfase em Cuidados a paciente convivendo com HIV. Atualmente lotada no Núcleo Interno de Regulação/NIR, do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW.

**NÍVEA VILAR CARDOSO**

Estudante do curso de bacharel em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Possui interesse na área obstétrica e saúde materno-infantil. Foi monitora da disciplina de farmacologia e bolsista CAPES/CNPq na vigência 2019/2020.

**OTAVIO SOARES DE PINHO NETO**

Possui Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Ginecologia e Obstetrícia. Especialização em IST pela Sociedade Brasileira de DST, Mestrado em Desenvolvimento Humano pela Universidade Federal da Paraíba e Doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Member of Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship e integrante do Comitê Editor do Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Member of European Association of Palliative Care. Fundador

do SAE Familiar Materno Infantil em HIV/Aids do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

### **PABLO RODRIGUES COSTA ALVES**

Médico especialista em Medicina Interna e Nefrologia. Atualmente é professor da Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal da Paraíba e Coordenador da Disciplina de Nefrologia da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Tem como áreas de interesse: Lesão Renal Aguda, Distúrbios Hidroeletrólitos e Ácido-Base. Ultrassonografia *Point-Of-Care* e Coordenação do cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica.

### **POLLYANA LUDMILLA BATISTA PIMENTEL**

Graduação em Psicologia, Mestrado e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui experiência no âmbito das medidas socioeducativas, bem como na psicologia da saúde. Professora do Instituto Federal da Paraíba. Pesquisadora colaboradora do núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS/UFPB/CNPq).

### **PRISCILA QUEIROZ ALVES DE SOUSA**

Discente de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Presidente da Liga de Cirurgia Pediátrica da UFCG.

### **REGINA CÉLIA DE SOUZA BERETTA**

Assistente Social; Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP/FRANCA); Docente e pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN); Coordenadora do Grupo de Pesquisa Populações Vulneráveis e Promoção da Saúde (GPPVPS) e do Laboratório de Inclusão e Proteção Social (Labprosocial), ambos vinculados ao CNPq.

### **REGINA LÍGIA WANDERLEI DE AZEVEDO**

Psicóloga e Especialista em Psicologia Cognitivo-comportamental - CINTEP e em Psicologia Perinatal - UNYLEYA, Mestre e Doutora em Psicologia Social – UFCG,

Pós-doutora em Psicologia da Saúde – Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE – Iul. Experiência em Psicologia Clínica Cognitivo-comportamental e Esquemas, Psicologia Social da Saúde e Psicologia Perinatal. Professora do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

### **RENATA KARINE PEDROSA FERREIRA**

Graduanda de Medicina pelo Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Membro diretor de extensão e pesquisa da Liga Acadêmica de Reumatologia da UFPB (LAREU); diretora de extensão da Liga Acadêmica de Nefrologia da Paraíba (LANEF) e diretora de extensão e estágios da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia da Paraíba (LAORT). Participa dos projetos de extensão “Telemedicina: Orientação e monitoramento de pacientes atendidos no ambulatório de reumatologia de um serviço de saúde terciário do SUS” e “Nefrovirtual: teletriagem de pacientes portadores de doenças renais atendidos no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley” e do projeto de pesquisa: “avaliação da saúde mental de pacientes portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico de clínicas satélites em João Pessoa- Pb.

### **RENATA LIRA DOS SANTOS ALÉSSIO**

Doutora em Psicologia, professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Atua nas áreas de Psicologia Social e Psicologia do Desenvolvimento, com interesse em representações sociais, bioética, saúde, psicologia da vida adulta e da velhice.

### **ROSA MARIA DE SOUZA AVEIRO RUOCCO**

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP-SP, Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia no Hospital das Clínicas da FMUSP, Preceptora de Médicos Internos e Residentes da Disciplina de Obstetrícia do HCFMUSP, Médica Assistente da Clínica Obstétrica do HCFMUSP, Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, Consultora do Departamento de DST/AIDS do Ministério da Saúde até 2014.

**ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO**

Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Mestrado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo, Doutorado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo. Livre-Docência na Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP. Atualmente é Professora Associada da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Chefe da Divisão de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da USP, Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP e Presidente da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Presidente da SOGESP (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo) Desenvolve pesquisas em gestação de alto risco com ênfase a Diabetes e gravidez e Vitalidade Fetal.

**SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS**

Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Integrante do GT da ANPEPP “Família e Comunidade”. Trabalha como temas relacionados à Psicologia da Saúde e Psicologia Social, como: família, gestação, parto, parentalidade, *coping*, representações sociais e rede social pessoal.

**VINICIUS CONTIN CARABOLANTE**

Psicólogo, mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Maia (ISMAI), Porto, Portugal. Graduado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

**WILSON MESTRINER JUNIOR**

Professor Titular do Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal (DESCOL) da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) - Coordenador do Projeto “Huka Katu” a FORP/USP no Xingu - Professor Pleno do Programa de Biologia Oral da FORP/USP - Membro da Comissão Permanente de Integração Ensino - Serviço do Nordeste Paulista.