



Temas em
Saúde

VOLUME 18

NÚMERO 4

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2018

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Fernanda Shizue Nishida
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da
Costa Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte -
MG

Dr. Luciano Augusto de
Araújo Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel
Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues
de Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda
Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de
Albuquerque Pinheiro
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima
FAST - Nazaré da Mata -
PE

Comissão editorial

Carlos B. de Lima
Júnior
Ana Karla B. da Silva
Lima

Contatos

www.temasensaude.com
contato@temasensaude.com



Temas em Saúde

Índice

- 1** REFLEXÕES DE UMA RODA DE CONVERSA ACADÊMICA SOBRE AUTORREGULAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS **5**
- 2** A EXPERIÊNCIA DO DÈJÁ VU ENTRE A DOENÇA MENTAL E A METAPSICOLOGIA DE FREUD **28**
- 3** O SUJEITO E O ADOECIMENTO NO TRABALHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA OBRA DE DEJOURS **44**
- 4** PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DO CICLO SONO-VIGÍLIA NO ENVELHECIMENTO: ESTUDO DE CASO **59**
- 5** A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E A MORTE INDIGNA À LUZ DA NORMATIVA DO CFM **84**
- 6** ABORDAGEM DOS TEMAS TRANSVERSAIS NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA **101**
- 7** ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PRINCIPAIS AEROALÉRGENOS NO AMBIENTE DOMÉSTICO E PERSPECTIVAS DE PROFILAXIA **111**
- 8** A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO **122**
- 9** CURRÍCULO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA À LUZ DAS METODOLOGIAS ATIVAS: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA **143**
- 10** DIREITO FUNDAMENTAL DE ACESSO À SAÚDE PÚBLICA À LUZ DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **161**
- 11** A ESPIRITUALIDADE COMO MECANISMO DE AUXÍLIO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA **186**



Temas em Saúde

12 FUNÇÕES COGNITIVAS E OS IMPACTOS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA MEMÓRIA **197**

13 LITERATURA E AUTOBIOGRAFIA: IMAGENS DA DEPRESSÃO NOS DIÁRIOS DE LIMA BARRETO **218**

14 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE **237**

15 TOMADA DE DECISÃO APOIADA: INSTRUMENTO PROTETIVO DO EXERCÍCIO DA CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA **270**

16 ÚTERO SUBROGADO A LA LUZ DE LA BIOÉTICA Y DE LA BIOÉTICA JURÍDICA **290**

17 OCCUPATIONAL RISK OF SKIN CANCER, DUE TO PHOTOEXPOSITION, IN ROCK EXTRACTION WORKERS **310**

18 FATORES DE RISCO E TESTES NEUROPSICOLÓGICOS NO APOIO AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DEMENCIAIS: IDENTIFICAÇÃO DE ASPECTOS RELEVANTES ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE APRENDIZAGEM DE MÁQUINA **323**



Artigo

**REFLEXÕES DE UMA RODA DE CONVERSA ACADÊMICA SOBRE
AUTORREGULAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

**REFLECTION AN ACADEMIC DIALOGUE CIRCLE ABOUT SELF-
REGULATION AND SUBJECTIVE WELL BEING OF UNIVERSITY
STUDENTS**

Vera Lúcia Deps
Cecilia Calabaide
Elizangela Tonelli
Flávia da Cunha Pereira
Gisele Pessin
Gláucio Roberto Bernardo de Cara

RESUMO - Este estudo visa a analisar a relação entre comportamento autorregulado e bem-estar subjetivo no ambiente acadêmico. Para tal recorreu-se a uma roda de conversa entre cinco estudantes e uma professora do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem, da Universidade Estadual Norte Fluminense (UENF) que possibilitou a identificação de autores e conceitos relevantes para fundamentar este trabalho sob uma abordagem exploratória e qualitativa. O ponto de partida para as reflexões da roda de conversa pautou-se na seguinte questão: de que modo as dimensões do construto da autorregulação relacionam-se com o bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, com a qualidade de vida de estudantes universitários? Inicialmente analisou-se os conceitos de autorregulação e de bem-estar subjetivo, concluindo haver convergência entre eles. As reflexões do grupo focalizaram duas variáveis do comportamento autorregulado relacionadas ao bem-estar subjetivo: a definição de objetivos – que integra a dimensão metacognitiva – e as estratégias volitivas de controle da motivação – que integram as dimensões motivacional/comportamental. As evidências presentes na literatura especializada sugerem que comportamentos autorregulados podem contribuir positivamente para o bem-estar subjetivo, e, por conseguinte, afetam a qualidade de vida. Ressalta-se as possibilidades de prevenção e redução de riscos à saúde a partir de intervenções para a autorregulação de estudantes, frente aos desafios do cotidiano acadêmico.



**REFLEXÕES DE UMA RODA DE CONVERSA ACADÊMICA SOBRE
AUTORREGULAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

Páginas 5 a 27

Artigo

Palavras-chave: Autorregulação; Bem-estar; Qualidade de vida; Saúde; Cotidiano acadêmico

ABSTRACT - This study aims to analyze the relationship of self-regulation, as well as the processes and dimensions that constitute it, with the subjective well-being and the quality of life in the academic scope. To that end it was used a dialogue circle between five students and a teacher of the postgraduate program in Cognition and Language of Northern Fluminense State University, (UENF), that allowed the identification of authors and relevant concepts that ground this work under an exploratory and qualitative approach. The starting point for the reflections on the dialogue circle was based on the following question: how do the dimensions of the self-regulation construct relate to subjective well-being, and consequently to the quality of life of university students? Initially the concepts of self-regulation and subjective well-being were analyzed, concluding that there is convergence between them. The group's reflections focused on two variables of self-regulated behavior related to subjective well-being: goal-setting – which integrates the metacognitive dimension and volitional motivational control strategies – which integrate the motivational/behavioral dimensions. The evidence in the specialized literature suggests that self-regulated behaviors may contribute positively to subjective well-being, and therefore affect quality of life. We highlight the various possibilities for prevention and reduction of health risks from interventions for self-regulation of students, in face of the challenges of daily academic life.

Keywords: Self-Regulation; Well-being; Quality of life; Health; Academic daily life

INTRODUÇÃO

A autorregulação consiste em um conjunto de processos conscientes e deliberados, utilizada pelas pessoas para que atinjam suas metas. Diferentes estudos acerca dos processos que constituem a autorregulação comumente têm demonstrado o quanto o comportamento autorregulado pode favorecer diferentes aspectos da vida (BANDURA, 1997; 2005; ZIMMERMAN, RIDDER E FUJITA, 2013; FERREIRA; AZZI, 2017; MCCLELLAND *et al.*, 2018).



REFLEXÕES DE UMA RODA DE CONVERSA ACADÊMICA SOBRE
AUTORREGULAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

Páginas 5 a 27

Artigo

A aplicabilidade da autorregulação tem se expandido em diferentes campos do conhecimento, principalmente na educação, no que diz respeito aos processos de aprendizagem. Em decorrência dos inúmeros desafios vivenciados por estudantes universitários, observa-se na comunidade científica internacional um número expressivo de pesquisas no meio acadêmico (SIMON; DURAND-BUSH, 2009; SAMPAIO; POLYDORO; ROSÁRIO, 2012; TODD; MULLAN, 2013; DUBUC-CHARBONNEAU; DURAND-BUSH, 2015; PLUUT; CURSEU; ILIES, 2015; GRUNSCHHEL; STEINMAYR, 2016).

Partindo de inquietações e questionamentos sobre as pressões e tensões experimentadas por estudantes nos cursos de graduação (CHICKERING; SCHLOSSBERG, 2002), bem como os frequentes casos de adoecimento entre esses sujeitos na universidade (HOFER; BUSCH; KARTNER, 2011; PARK; EDMONDSON; LEE, 2012), este texto decorre de uma roda de conversa acerca dessa temática, realizada por estudantes e por uma professora do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Integrados nos cursos de mestrado ou doutorado, esses estudantes realizam pesquisas sob a perspectiva da autorregulação da aprendizagem, que, por sua vez, norteou suas reflexões.

Trata-se de um trabalho limitado em seu escopo, no entanto, espera-se, com este estudo, instigar a ampliação desse conhecimento, visando a contribuir com a implementação de ações que possam evitar ou reduzir os efeitos nocivos causados por comportamentos típicos de estudantes com baixos níveis de autorregulação.

As contribuições dos integrantes do grupo se deram em dois momentos. No primeiro, as discussões pautaram-se numa prévia revisão da literatura, na qual foram destacados os trabalhos de autores considerados de maior relevância no campo da Autorregulação. Para se pensar na relação da autorregulação com bem-estar subjetivo, ressaltou-se a conceituação dada pela literatura especializada, tal como se descreve neste estudo. Já no segundo momento, apresentam-se reflexões sobre o modo como as dimensões metacognitiva, motivacional e comportamental da autorregulação relacionam-se com o bem-estar subjetivo, e, conseqüentemente, com a qualidade de vida dos estudantes universitários. Considera-se, desse modo, suas implicações na saúde psicológica e física dos sujeitos. Por fim, são apresentadas as considerações decorrentes da análise da literatura e dos debates possibilitados pela roda de conversa.



Artigo

CONCEITUANDO BEM-ESTAR

Ao longo da história, pesquisas e políticas públicas investiram no tratamento de doenças, em detrimento de ações voltadas para a qualidade de vida e para a promoção da saúde. Nesse cenário, a saúde foi concebida sob conceitos que expressam a mera ausência de doenças. Entretanto, mudanças no contexto social e no enfoque das pesquisas científicas têm produzido transformações significativas nesses conceitos, ampliando seu escopo sob novas definições, incluindo estudos sobre a qualidade de vida.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), o conceito de qualidade de vida refere-se à suposição que o sujeito tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto cultural no qual está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa referência ressalta a importância substancial do bem-estar psicológico na sua interação com os diversos aspectos pessoais, sociais e ambientais que condicionam a saúde. Para Keyes (2006), o bem-estar subjetivo é uma importante faceta da qualidade de vida.

Há uma tendência na literatura especializada para conceituar bem-estar psicológico sob a perspectiva da Psicologia Positiva (DIENER; SELIGMAN, 2004; TAUB *et al.*, 2006), que valoriza o potencial das pessoas em vez das suas limitações. Como seguidores dessa linha teórica, Ryff e Keyes (1995) postularam um quadro de referência multidirecional do bem-estar psicológico, decorrente de um múltiplo quadro de referências teóricas derivado da convergência entre as teorias do desenvolvimento do curso de vida. Esse quadro de referência envolve seis dimensões inter-relacionadas, quais sejam: (1) o sentimento de crescimento continuado e de desenvolvimento como pessoa (crescimento pessoal); (2) a avaliação positiva de si e da vida pessoal passada (autoaceitação); (3) a crença de que a própria vida tem propósito e significado (ter propósito na vida); (4) o estabelecimento de relacionamento de qualidade com os outros (relação positiva com os outros); (5) a capacidade para dirigir efetivamente a própria vida; e (6) o mundo ao redor (domínio do ambiente). Ressalta-se que esse modelo subsidiou vários estudos relacionados ao bem-estar psicológico, demonstrando aceitação pelos pesquisadores dessa temática.

Ainda como Ryff e Keyes (1995) apresentam, o sentimento de bem-estar psicológico resulta da experiência dessas dimensões pelos indivíduos. Para os autores, as teorias em que se basearam para a construção do modelo de bem-estar psicológico



Artigo

fazem pouca referência à felicidade ou ao afeto positivo como características que definem o bem-estar.

Filósofos têm interpretado que a felicidade não é um fim, mas um subproduto de uma notável realização (MILL, 2010). Para Ryff e Keys (1995), uma descrição compreensiva da necessidade psicológica de bem-estar deve ser mais ampla, investigando se a pessoa tem percepção de que sua vida tem um propósito; se ela sente controle sobre sua própria vida; e se inclui a qualidade dos laços afetivos estabelecidos com os outros.

CONCEITUANDO A AUTORREGULAÇÃO

A autorregulação se refere à capacidade do indivíduo de planejar e implementar pensamentos, sentimentos e ações desejados, e adaptá-los às exigências e transformações do meio, a fim de alcançar seus objetivos (ZIMMERMAN, 2000). Na perspectiva da autorregulação os seres humanos têm o potencial para se autodirigirem e para serem autônomos, a menos que sofram alguma interferência, seja de natureza física ou psicológica, que impossibilite ou dificulte o exercício da autonomia e da agência pessoal. Sob esse entendimento, vê-se que simples ações em diferentes situações do cotidiano evidenciam a autodeterminação de uma pessoa. A exemplo disso, pode-se observar a ida de um estudante à instituição de ensino. Suas ações implicam um conjunto de decisões e comportamentos, tais como a escolha da roupa a vestir, do meio de locomoção que será utilizado, bem como da maneira pela qual o tempo pode ser gerenciado para evitar atrasos.

Desse modo, pode-se questionar a relevância da autorregulação, uma vez que, em alguma medida, todas as pessoas são autorreguladas. Entretanto, estudos sobre os processos que constituem a autorregulação (BANDURA, 1997, 2005; ZIMMERMAN, 2000; PINTRICH, 2000a; 2000b; HATTIE; TIMPERLEY, 2007) comumente têm demonstrado que as pessoas consideradas satisfatoriamente autorreguladas apresentam características que as diferenciam qualitativamente e quantitativamente das que não são, o que resulta em melhor performance no desempenho, sobretudo na execução das tarefas. Verifica-se que os indivíduos bem autorregulados apresentam crescimento continuado; avaliação realística de si; aceitam o erro como estratégia de aprendizagem; e procuram ajuda quando percebem essa necessidade. As pessoas autorreguladas também possuem maior autoaceitação, e essa característica, como afirma Rogers



Artigo

(2009), resulta em maior aceitação do outro, o que contribui para lhes facilitar o relacionamento interpessoal. Além disso, estabelecem objetivos realísticos, de modo que os possibilitam crer que a própria vida tem um propósito, apresentando também maior capacidade de dirigir efetivamente a própria vida e o contexto ao seu redor.

O comportamento autorregulado, por exigir autorreflexão, requer que o indivíduo tenha alcançado um estágio de amadurecimento cognitivo compatível com a possibilidade de autorreflexão realística, por conseguinte, embora hoje se perceba maior estimulação às crianças – o que favorece o seu desenvolvimento cognitivo – em princípio o comportamento autorregulado só se inicia quando, segundo Piaget (1967), a criança atinge o estágio de operações concretas, por volta dos sete anos. Entretanto, isso não significa que antes as crianças não possam adquirir comportamentos adequados utilizando-se da modelação ou da educação.

Partindo desse pressuposto, cabe evidenciar quais são as características do comportamento autorregulado. A clareza do objetivo pretendido constitui a primeira condição para a ocorrência do comportamento autorregulado desejável. É em função desse objetivo que ocorre o planejamento das ações, em especial a determinação das estratégias a serem utilizadas, bem como o monitoramento das ações pretendidas. Conforme Veiga Simão (2005), as estratégias podem ser entendidas como operações ou atividades mentais conscientes e intencionais que favorecem a realização de ações em função de um determinado objetivo.

No processo de autorregulação, o indivíduo analisa se as estratégias escolhidas lhe estão possibilitando caminhar em direção ao objetivo pretendido. Esse monitoramento envolve a constante reflexão sobre o comportamento e constitui a dimensão metacognitiva, que vai mais além, incluindo os metaconhecimentos. Estes referem-se ao conhecimento pela pessoa de suas capacidades e limitações; ao conhecimento pela pessoa das características implícitas na tarefa a ser executada e das características pessoais necessárias para bem executá-la; e à escolha de estratégias adequadas, tendo em vista o alcance da meta pretendida.

Ainda como apresentado por Zimmermann (2000), o processo de autorregulação ora mencionado também inclui sentimentos e ações. Os sentimentos envolvem a dimensão motivacional, e as ações, a dimensão comportamental. Considera-se que ambas as dimensões estão relacionadas ao bem-estar subjetivo.

Especificamente, a dimensão motivacional tem vínculo com as crenças pessoais, principalmente com a crença de autoeficácia. De acordo com Bandura (1997), a autoeficácia refere-se à crença na própria capacidade de se realizar bem determinada



Artigo

tarefa. Além disso, a dimensão motivacional também está relacionada ao valor que se atribui ao objetivo estabelecido, à adoção de orientação à meta, às crenças referentes ao retorno favorável do empenho nas ações, dentre outras.

A dimensão comportamental, por sua vez, diz respeito ao aspecto volitivo do comportamento, às estratégias utilizadas para o controle da emoção, da motivação e da atenção, dentre outros. A essa dimensão também importa o esforço e a persistência utilizados na realização de uma tarefa, assim como saber desistir de satisfações momentâneas, principalmente as que conduzem à procrastinação, em busca de recompensas futuras. Implica também o planejamento, o controle do tempo e o manejo do ambiente, de forma a alcançar os resultados pretendidos.

Ainda sobre a dimensão contextual, cabe considerar que a adaptação do indivíduo se dá por meio de fatores dos ambientes social e físico, tais como: saber a quem pedir ajuda, bem como assim fazer, e utilizar estratégias para tornar o ambiente mais favorável ao alcance do objetivo pretendido. O comportamento autorregulado é cíclico, uma vez que inclui reflexões e ações de monitoramento antes, durante, e após a realização das tarefas em função do objetivo pré-estabelecido.

Portanto, as pessoas que apresentam comportamento autorregulado satisfatório possuem características que convergem para as dimensões apresentadas por Ryff e Keyes (1995) nas quais integra-se o sentimento de bem-estar psicológico, quais sejam: crescimento pessoal, autoaceitação, autonomia, propósito na vida, relações positivas com os outros e bom manejo do ambiente.

De modo consensual, diferentes autores também consideram que a autorregulação apresenta implicações importantes para o curso de vida das pessoas, tanto no bem-estar e conseqüentemente na saúde (FIRTH-COZENS, 2001; GARDNER *et al.*, 2004; BANDURA, 2005; SANDERS; MAZZUCHELLI, 2012; MCCLELLAND *et al.*, 2018). O comportamento autorregulado é cíclico, pois inclui reflexões e ações de monitoramento antes, durante e após a realização das tarefas em função do objetivo pré-estabelecido. Sob esse aspecto, vale ressaltar que o comportamento autorregulado é preventivo e não corretivo, no sentido de que a pessoa bem autorregulada antecipa-se os acontecimentos previsíveis, buscando criar situações que favorecem o seu desempenho.



Artigo

IMPLICAÇÕES DO COMPORTAMENTO AUTORREGULADO PARA A SAÚDE

Albert Bandura, grande expoente da Teoria Social Cognitiva, enfatizou a interação recíproca entre os determinantes pessoais, comportamentais e ambientais das ações humanas (BANDURA, 1997). Nesse mesmo sentido, a perspectiva da autorregulação compreende o ser humano como um ser capaz de se autogerenciar e se autodeterminar, conquanto não haja interferências, quer seja de natureza física ou psicológica, que dificultem ou impossibilitem essa autonomia.

A partir da perspectiva sociocognitiva, Bandura (2005) considera que a saúde é fortemente influenciada pelos hábitos de vida e que, por conseguinte, as pessoas podem também exercer certo grau de controle sobre seu estado nesse aspecto. Mann, Ridder e Fujita (2013) ressaltam que a adequação de estratégias pode ajudar as pessoas a definirem e atingirem metas relacionadas à saúde de maneira mais eficaz. Sob esse entendimento, Ferreira e Azzi (2017) consideram que o comportamento da autogestão da saúde envolve a interação entre fatores pessoais internos, ambientais, bem como as próprias ações dos indivíduos. Esse processo produz reações que podem alterar as relações do sujeito com o meio e com as suas condições de saúde.

Para Bandura (2005), a adesão a comportamentos saudáveis – como hábitos de saúde – conduz a resultados favoráveis, todavia requer o exercício de habilidades motivacionais e autorregulatórias, como

[...] automonitoramento do comportamento relacionado à saúde e as condições sociais e cognitivas sob as quais se engajam; adoção de metas para guiar os esforços e estratégias de uma pessoa para realizá-las; e influências auto-reativas que incluem o engajamento de incentivos automotivadores e apoios sociais para sustentar práticas saudáveis (BANDURA, 2005, p. 296).

No âmbito dessa abordagem, a autorregulação tem sido conectada a uma variedade de resultados positivos e negativos (SANDERS; MAZZUCHELLI, 2012). Preliminarmente, podem ser mencionados os estudos de Firth-Cozens (2001) e Gardner *et al.* (2004), os quais demonstram que, em suma, habilidades autorregulatórias estão relacionadas ao bem-estar e a baixos níveis de depressão e de estresse. Simon e Brush (2009) afirmaram que estudantes universitários com habilidades autorregulatórias



Artigo

apresentam altos níveis de bem-estar (HOFER; BUSCH; KARTNER, 2011) e baixos níveis de depressão e estresse (PARK; EDMONDSON; LEE, 2012).

Pesquisadores da autorregulação e da personalidade reconhecem também que a obtenção de objetivos desejados favorece o bem-estar subjetivo e a saúde física (WROS; SCHEIER; MILLER, 2013). Como mencionam Ryff (1989) e Heeckhausen (1999), isso decorre do fato de que o objetivo é determinante para a realização de uma variedade de tarefas de desenvolvimento, e a sua obtenção tem efeito sobre o desenvolvimento bem-sucedido.

A partir do exposto, considera-se que os desafios vivenciados por estudantes universitários no início da vida adulta requerem o cultivo de recursos de autorregulação para reduzir a vulnerabilidade a comportamentos prejudiciais à saúde (SINOIS, 2015). A partir da perspectiva da autorregulação, acredita-se que esses comportamentos nocivos podem ser adequadamente evitados e que os recursos pessoais empregados para o enfrentamento dos desafios da vida adulta podem ser potencializados.

Sabe-se que a autorregulação é um processo multidimensional, que envolve várias fases e dimensões (PINTRICH, 2000b). Neste trabalho, focaliza-se aspectos relacionados às dimensões metacognitiva, motivacional e comportamental, que exercem influência sobre o bem-estar e a qualidade de vida de estudantes universitários. Elas serão abordadas no tópico a seguir.

RELAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO AUTORREGULADO E O BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Durante o processo de ingresso e de permanência na universidade, os estudantes são confrontados com uma série de situações sociais e intelectuais desconhecidas que decorrem, quer das exigências que o novo contexto educativo lhes coloca, quer das implicações que esta transição acarreta nos vários domínios da sua existência (CHICKERING; SCHLOSSBERG, 2002). Estes desafios se apresentam desde a escolha da profissão, até a expectativa para a entrada no mercado de trabalho.

Considerando a amplitude do tema da autorregulação, serão destacados dois aspectos importantes relacionados à autorregulação, que podem interferir no bem-estar subjetivo de estudantes até nos mais altos níveis de ensino: o estabelecimento de objetivos (relacionado à dimensão metacognitiva do comportamento) e as estratégias



Artigo

volitivas de natureza motivacional (relacionadas à dimensão motivacional/comportamental).

Um componente destacado pelos teóricos da autorregulação diz respeito à existência de um objetivo, que pode servir para avaliar a ação de uma tarefa acadêmica e orientar os processos de autorregulação, através de processo ativo e construtivo por meio do qual os alunos monitoram, regulam e controlam sua cognição, motivação e comportamento (PINTRICH, 2000a, 2000b). Os objetivos são representações cognitivas de um acontecimento futuro e que influenciam a motivação.

De acordo com a literatura, o envolvimento em uma tarefa acadêmica pode decorrer de dois tipos de metas de realização: meta de aprender e meta de desempenho. O estudante que tem meta de aprender busca o crescimento intelectual, valoriza o esforço pessoal, enfrenta os desafios e tem por hábito utilizar-se de estratégias cognitivas e metacognitivas de aprendizagem (ZENORINI; SANTOS, 2010). O aluno orientado à meta de desempenho demonstra preocupação em fazer melhor para demonstrar sua capacidade para o professor e para os seus pares (PINTRICH, 2000a), não percebe o erro como estratégia de aprendizagem, tornando-se mais vulnerável aos resultados que não correspondem às suas expectativas, podendo comprometer a sua aprendizagem e o bem-estar psicológico.

No que se refere ao ingresso em um curso de nível de graduação ou pós-graduação, bem como sua conclusão, como metas pessoais a serem alcançadas, conforme as teorias da autorregulação, tais experiências também possuem veemente relação com os aspectos motivacionais. Essa condição pode desencadear uma cadeia de *feedback* por meio da qual a percepção da pessoa é comparada a um valor de referência. Esse *feedback* refere-se ao processo de comparação em que a pessoa é motivada a engajar-se em comportamentos específicos a fim de reduzir eventuais discrepâncias entre o objetivo pretendido e o alcançado (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Essa resposta do comportamento é subsequentemente recomprada com a referência de valor, resultando num contínuo processo de regulação do objetivo.

Nessa mesma perspectiva, Wrosh, Scheier e Miller (2013) salientam que a determinação do objetivo tem importante papel na motivação, pois, quando os indivíduos confrontam dificuldades, podem então persistir adequando as estratégias e resolver o problema em questão. Conforme os autores, essas estratégias englobam também aspectos da qualidade de vida, tanto nas implicações positivas quanto nas negativas, no sentido de nortear a implantação ou inibição de comportamentos nocivos que interferem no alcance do objetivo pretendido; e algumas vezes é impossível uma



Artigo

pessoa fazer progresso em direção a um importante objetivo se ele for inatingível. Essa impossibilidade, se não adequadamente trabalhada pelo indivíduo, afeta o seu bem-estar, porque o fracasso tem o potencial de iniciar um processo de sofrimento, acarretando riscos à saúde. Desse modo, é imprescindível que as pessoas estabeleçam objetivos que tenham possibilidade de serem atingidos ou que sejam condizentes com a sua realidade. Conforme a literatura especializada também preconiza (WROSH *et al.*, 2003), a adaptação a um objetivo inatingível requer o abandono do objetivo estabelecido e a busca por outro objetivo possível de ser atingido, um compromisso com ele e a utilização de estratégias adequadas para alcançá-lo. A capacidade de ajustar com flexibilidade as metas pessoais pode auxiliar as pessoas a lidarem com as adversidades, contribuindo de forma positiva para o seu bem-estar (HANSSEN *et al.*, 2015).

Worthman e Brehm (1975) mencionam que o abandono de objetivos inatingíveis afeta favoravelmente o padrão de secreção de um hormônio que tem ampla influência regulatória no corpo, influenciando positivamente sobre a saúde. Os autores também relatam que há evidências em estudos longitudinais que associam o abandono de objetivos inatingíveis à redução do estresse e depressão. Isso não significa desistir da primeira dificuldade a encontrar, mas em se ter senso de realidade ao decidir continuar ou desistir de um objetivo anteriormente escolhido. Também não significa deixar de se ter um objetivo na vida, visto que essa ausência também pode desencadear um estado psicológico de desadaptação, gerando apatia e depressão (WORTHMAN; BREHM, 1975).

Na observação no contexto universitário, percebe-se estudantes que têm objetivos atingíveis para suas vidas, mas que se tornam inatingíveis em decorrência da quantidade de objetivos que desejam alcançar simultaneamente. Isso muitas vezes desencadeia procrastinação na realização das tarefas, que também interfere em seu bem-estar físico e psicológico, conforme abordado posteriormente. O estabelecimento de objetivos possíveis de serem alcançados, mas que se tornam inatingíveis devido à simultaneidade de outros objetivos escolhidos, requer a definição de prioridade entre eles. O problema que se constata é que muitas vezes as pessoas querem fazer tudo ao mesmo tempo, em decorrência das urgências da sociedade contemporânea. Entretanto, é importante desacelerar, ou seja, manter um ritmo de vida saudável que possa favorecer a qualidade de vida e o equilíbrio pessoal.

Outras vezes, o alcance do objetivo estabelecido é atingível a longo prazo e os jovens – talvez os mais influenciados pela sociedade tecnológica – percebem os objetivos de longo prazo como desmotivadores, por não se sentirem recompensados de



Artigo

imediatos como desejariam (MISCHEL, 1996). Tal situação muitas vezes os leva ao abandono dos estudos e à perda de um propósito na vida. Sabe-se que esse propósito é um importante componente das dimensões do construto de bem-estar subjetivo, conforme o modelo de Ryff e Keyes (1995).

Estudos sobre a autorregulação sugerem o estabelecimento de etapas para o alcance de objetivos de longo prazo, possibilitando o recebimento de recompensas em prazo menor, o que contribui para reforçar a motivação em prosseguir em direção ao alcance do objetivo final (SAMPAIO; POLYDORO; ROSÁRIO, 2012).

Refletir sobre si mesmo ou manter-se focado em um objetivo auxilia os sujeitos na realização de tarefas desafiadoras. Por outro lado, solucionar problemas pode aumentar os níveis de bem-estar e contribuir de modo favorável para a formação da identidade (HOFER; BUSCH; KARTNER, 2011).

Em suma, diferentes teóricos da autorregulação compartilham a crença de que os objetivos pessoais são importantes determinantes da qualidade de vida, visto que possibilitam propósito ao existir, dirigem o comportamento individual, e contribuem para o desenvolvimento de padrões bem-sucedidos. Entretanto, para que isso ocorra, os objetivos pessoais devem ser submetidos a um contínuo processo de autorregulação, no qual o controle volitivo desempenha papel fundamental.

É importante considerar que a inadequação da estratégia volitiva de natureza motivacional pode ocasionar a procrastinação, afetando o bem-estar subjetivo. A motivação é necessária para o desencadeamento das ações, mas ela, por si só, não é suficiente para a persistência frente ao alcance dos objetivos pretendidos. Para isso, faz-se necessário manter a atenção concentrada e recorrer a estratégias que mantenham a motivação durante todo o processo da realização das tarefas. São as estratégias de controle motivacional que auxiliam o estudante a lidar com o sucesso e o fracasso, com a ansiedade e com possíveis desmotivações (LOPES DA SILVA; VEIGA SIMÃO; SÁ, 2004).

Muitas vezes, quando os estudantes são questionados sobre o interesse pelos estudos, frequentemente afirmam que gostam de estudar, no entanto, quando indagados se efetivamente estudam, geralmente apresentam uma resposta negativa ou afirmam que não estudam tanto quanto deveriam. Isso pode explicar o fato de que, embora o estudante esteja motivado pelos estudos, ele nem sempre tem a persistência e o esforço necessário para dar continuidade ao seu trabalho, ou seja, não tem controle volitivo de sua motivação. A obtenção do diploma, fruto de seu trabalho como estudante e que lhe possibilitará melhores condições de ingresso no mercado de trabalho, só é alcançada



Artigo

após longos anos de estudo. As matérias que estuda nem sempre são de seu interesse e, sob a influência de outros condicionantes, acaba procrastinando as tarefas acadêmicas, influenciado pela necessidade de trabalhar, pelas distrações de cunho recreativo, dentre outros.

Altos níveis de cobrança quanto ao sucesso ou fracasso referentes ao desempenho acadêmico de estudantes e, conseqüentemente, uma exacerbada e precoce responsabilização deles pelos resultados que necessitam obter, podem ter efeitos negativos nas crenças de autoeficácia do aluno, afetando seus estados motivacionais e afetivos (LOPES DA SILVA; SIMÃO; SÁ, 2004). Em contrapartida, aprendizes com baixo índice de autorregulação em suas atividades acadêmicas, considerados procrastinadores em suas tarefas, segundo estudos de Tice e Baumeister (1997), tendem a sofrer com estresse e doenças na fase final do semestre, mostrando que a procrastinação pode estar associada a variáveis negativas que se referem à saúde mental de estudantes (SOLOMON; RUTHBLUM, 1984; FERRARI, 2001; STEEL, 2007). Por outro lado, os elementos estressores levam o estudante a vivenciar maior conflito entre as oportunidades de lazer e os estudos. Esse conflito, por sua vez, diminui a satisfação acadêmica e o desempenho (PLUUT; CURSEU; ILIES, 2015).

Em pesquisa realizada com estudantes universitários, Kroese *et al.* (2014) sinalizaram que a procrastinação também pode levar a resultados prejudiciais à saúde, sobretudo por meio da procrastinação na hora de dormir, quando não existem circunstâncias externas impeditivas. Esse comportamento tem levado estudantes a obterem uma quantidade de sono insuficiente, afetando seu bem-estar individual. Os autores consideram a importância da autorregulação para a manutenção de uma rotina saudável, sobretudo frente às ininterruptas distrações disponíveis nos aparelhos eletrônicos e na indústria de entretenimento.

A procrastinação reflete falta de planejamento, falta de persistência ou baixo comprometimento com a ação a ser executada. Além disso, pode decorrer da não utilização de estratégias volitivas do controle da motivação (GRUNSCHE; SCHWINGER; STEINMAY, FRIES, 20016). A procrastinação tem sido apontada por autores como deficiência em autorregulação (COSTA, 2007; STEEL, 2007; KLASSEN; KRAWCHUK; RAJANI, 2008; KLASSEN; KUZUCU, 2009; KLINGSIECK, 2013).

As estratégias de controle volitivo da motivação podem assumir diferentes formas, e constituem procedimentos utilizados pelo indivíduo para que encontre significado no trabalho que realiza ou se sinta recompensado pelas “renúncias” que o cumprimento da tarefa impõe, de modo que o estado afetivo é favorecido. Algumas



Artigo

dessas estratégias focalizam em aumentar o interesse do indivíduo, modificando uma atividade não interessante de modo a torná-la mais excitante. Outros procedimentos podem ser implementados: falar para si próprio sobre a importância em realizar tal tarefa e sobre os seus benefícios; tornar o ambiente ao redor mais agradável ou menos propício à distração; reutilizar procedimentos anteriores que possibilitaram sucesso, dentre outros.

De acordo com as evidências de pesquisas, as utilizações de estratégias motivacionais têm efeitos benéficos sobre a procrastinação e, conseqüentemente, no bem-estar dos sujeitos. A literatura especializada tem demonstrado que as utilizações de estratégias de controle volitivo da motivação possibilitam a diminuição da procrastinação causadas por motivos sócio emocionais ou outras distrações (CORNO, 1993; LOURENÇO; NOGUEIRA, 2014). Segundo Zimmermann e Shun (2008), também aumentam a satisfação pessoal, diminuindo estados emocionais adversos como a ansiedade.

Para Grusnchel *et al.* (2016), a relação entre o uso de estratégias de regulação emocional e desempenho acadêmico de estudantes é indireta, sendo a procrastinação uma variável intermediária que afeta o bom desempenho acadêmico e, conseqüentemente, o bem-estar.

Há indivíduos que se sentem mais motivados a trabalhar sob pressão (CHU; CHOI, 2005), ou que, por perfeccionismo, adiam a finalização de seus trabalhos (SOLOMON; ROTHBLUM, 1984). Ambos os casos ultrapassam o objetivo deste trabalho, que adota uma posição baseada em evidências empíricas. A procrastinação afeta ou pode afetar o bem-estar dos indivíduos como variável intermediária, que atua desfavoravelmente no resultado final por ocasionar ansiedade, sentimento de culpa, baixo autoconceito, medo de falhar, estresse, dentre outros (FERRARI, 2001; STEEL, 2007).

Um estudo realizado com estudantes universitários atletas apresentou evidências de que um conjunto de intervenções em autorregulação lhes possibilitou o desenvolvimento de habilidades para o gerenciamento de si mesmo e do próprio ambiente, aumentando o bem-estar e a capacidade de autorregulação, e reduzindo os níveis de estresse e *burnout* (DUBUC-CHARBONNEAU; DURAND-BUSH, 2015).

O uso de estratégias de regulação motivacional pode evitar a procrastinação entre estudantes, o que lhes facilita o cumprimento das tarefas no prazo determinado, resultando em melhor desempenho e bem-estar subjetivo. Por conseguinte, ensinar



Artigo

estratégias para regular a motivação deve ser parte de intervenções que objetivam a redução da procrastinação acadêmica.

Os hábitos de deixar para estudar na véspera da prova ou de realizar os trabalhos acadêmicos próximo à data de entrega também estão diretamente ligados a problemas como o estresse e a ansiedade. Todd e Mullan (2013) constataram que esses hábitos são comuns na vida de estudantes e que isso pode desencadear problemas de saúde. Seu estudo focaliza o impacto a despeito do sono e demonstra comportamentos autorregulados, tais como: tornar o ambiente do quarto mais repousante; deitar-se sempre nos mesmos horários; evitar ir para a cama com fome ou com sede; e não realizar atividades antes de dormir. Tais práticas contribuem para a qualidade do sono.

O estabelecimento do objetivo de aprendizagem pode também contribuir para a redução da procrastinação por facilitar ao sujeito direcionamento e avaliação de suas ações. Vê-se assim que a regulação da motivação e o estabelecimento do objetivo são aspectos importantes na autorregulação da aprendizagem, podendo contribuir para o bom desempenho e o bem-estar pessoal dos estudantes.

Para além do êxito acadêmico e do êxito nos relacionamentos, a autorregulação pode contribuir para a adesão aos comportamentos saudáveis em estudantes universitários, tais como a prática de atividades físicas e alimentação adequada (MCCLELLAND *et al.*, 2018). Por outro lado, comportamentos de risco, como a adição de substâncias, obesidade, entre outros, estão associados a baixos níveis de autorregulação desses sujeitos (GOLDSTEIN *et al.*, 2015). Desse modo, considera-se que os desafios vivenciados por estudantes universitários equerem o cultivo de recursos de autorregulação para reduzir a vulnerabilidade a comportamentos prejudiciais à saúde (SINOIS, 2015), uma vez que eles podem ser evitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As capacidades autorregulatórias envolvem subprocessos controláveis, tais como: estabelecimento de metas pessoais desejadas; estabelecimento de expectativas e objetivos realísticos; planejamento estratégico; automonitoramento e autoavaliação; dentre outros. Assim, o comportamento autorregulado pode inibir condutas que interferem desfavoravelmente no bem-estar do indivíduo, já a autorregulação envolve processos sob o próprio controle do indivíduo, podendo ser desenvolvida por meio de



Artigo

práticas deliberadas e de intervenções sistemáticas, contribuindo para a saúde do indivíduo.

Quanto mais a pessoa for capaz de se autodirigir no seu ambiente, maior o seu sentimento de bem-estar. Portanto, é necessário que os estudantes adquiram essas habilidades autorregulatórias para que possam manter um nível mais alto de saúde e bem-estar. Esse treinamento pode ocorrer por meio de workshops, seminários ou por meio da educação formal, tanto no ingresso dos estudantes na Universidade, quanto anterior a essa etapa, o que é o mais desejável. Dentre as inúmeras intervenções que podem ser realizadas para favorecer a autorregulação dos estudantes universitários, pode-se destacar a disponibilização de disciplinas eletivas com conteúdo sobre o tema, a constituição de um serviço de apoio aos estudantes, bem como a realização de intervenções sistematicamente planejadas para o desenvolvimento de estratégias.

Embora os estudantes frequentemente tenham pouca possibilidade de controle sobre certos aspectos da vida acadêmica, o desenvolvimento de habilidades, tais como: agir proativamente, ou seja, fazer as coisas acontecerem em vez de esperar que aconteçam; focalizar a atenção; e dirigir a motivação para os objetivos acadêmicos. Tais ações podem auxiliá-los a ajustar seus interesses às suas responsabilidades.

Este texto não apresenta uma abordagem extensa relacionada à teoria da autorregulação da aprendizagem, e até mesmo em relação aos dois aspectos destacados aqui –estabelecimento de objetivos e a utilização de estratégias volitivas de controle da motivação. Buscou-se apresentar os aspectos preconizados por essa teoria, que muitas vezes depende de procedimentos que já fazem parte do conhecimento cotidiano, porém não recebem a devida atenção, ou não são colocados em prática. É essa mudança de comportamento que todos os estudantes necessitam para que possam ter melhor desempenho e uma vida mais saudável. Quanto mais forem capazes de se autodirigirem eficazmente, e de criarem situações favoráveis no contexto em que vivem, maior será o seu bem-estar e saúde física e psicológica, o que também se refletirá na sua qualidade de vida e no seu sucesso acadêmico.

REFERÊNCIAS

BANDURA, Albert. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: Freeman, 1997. 604p.



REFLEXÕES DE UMA RODA DE CONVERSA ACADÊMICA SOBRE
AUTORREGULAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

Páginas 5 a 27

Artigo

BANDURA, Albert. The primacy of self - regulation in health promotion. **Applied Psychology**, Stanford, v. 54, n. 2, p. 245-254, 2005. Disponível em: <<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2005AP.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

CHICKERING, Arthur W.; SCHLOSSBERG, Nancy K. **Getting the Most Out of College**. 2 ed. Massachusetts: Pearson, 2002. 271p.

CHU, Angela Hsin Chun; CHOI, Jin Nam. Rethinking procrastination: positive effects of "active" procrastination behavior on attitudes and performance. **The Journal of Social Psychology**, v. 145, n. 3, p. 245-264, 2005. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c1b1/f754fd7b9e285529943d8657341413c1c7cf.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2018.

COSTA, Marta Daniela Silva. **Procrastinação, Autorregulação e Gênero**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Especialização em Psicologia Escolar, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6961>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

CORNO, Lyn. The best-laid plans: Modern conceptions of volition and educational research. **American Educational Research Association**, v. 22, n. 2, p. 14-22, 1993. Disponível em: <<http://www.iapsych.com/articles/corno1993.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

DIENER, Edward; SELIGMAN, Martin. Beyond money: toward an economy of well-being. **Psychological Science in the Public Interest**, v. 5, n. 1, p. 1-31, 2004.

Disponível em: <

[https://www.viacharacter.org/www/Portals/0/Relationships/Beyond%20money%20-%20economy%20of%20wellbeing%20\(social\)%20-%20Diener%20%20Seligman%20\(2004\).pdf](https://www.viacharacter.org/www/Portals/0/Relationships/Beyond%20money%20-%20economy%20of%20wellbeing%20(social)%20-%20Diener%20%20Seligman%20(2004).pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2018.

DUBUC-CHARBONNEAU, Nicole; DURAND-BUSH, Natalie. Moving to Action: The effects of a self-regulation intervention on the stress, burnout, well-being, and self-regulation capacity levels of university student-athletes. **Journal of Clinical Sport Psychology**, v. 9, n. 2, p. 173-192, 2015. Disponível em:



Artigo

<<https://journals.humankinetics.com/doi/pdf/10.1123/jcsp.2014-0036>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

FERRARI, Joseph R. Procrastination as self - regulation failure of performance: effects of cognitive load, self - awareness, and time limits on working best under pressure. **European Journal of Personality**, v. 15, n. 5, p. 391-406. 2001. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/per.413>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

FERREIRA, Luiza Cristina Mauad; AZZI, Roberta Gurgel. Autoeficácia em contexto de saúde: achados da literatura brasileira. In: IAOCHITE, Roberto Tadeu; AZZI, Roberta Gurgel (Orgs.). **Autoeficácia em contextos de saúde, educação e política**. Porto Alegre: Letra1, 2017. p. 29-48.

FIRTH-COZENS, Jenny. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. **Social Science and Medicine**, v. 52, n. 2, p. 215-222, 2001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600002215>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

GARDNER, Maria et al. Physician you can heal yourself Cognitive behavioural training reduces stress in GPs. **Family practice**, v. 21, n. 5, p. 545-551, 2004.

GOLDSTEIN, Carly M. et al. Reducing risk for cardiovascular disease: negative health behaviors in college students. **Emerging Adulthood**, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2015.

GRUNSCHEL, Carola; Schwinger, Malte; STEINMAYR, Ricarda; Fries, Stefan. Efeitos do uso de estratégias de regulação motivacionais sobre a procrastinação acadêmica dos alunos, desempenho acadêmico, e bem-estar. **Learning and individual differences**, v. 49, [s.n.], p.162-170, 2016. Disponível em: <<https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2905974>> Acesso em: 01 de julho 2018.

HATTIE, Jhon; TIMPERLEY, Hellen. The power of feedback. **Review of Educational Research**, v. 77, n. 1, p. 81-112, 2007. Disponível em: <<http://education.qld.gov.au/staff/development/performance/resources/readings/power-feedback.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2018.



Artigo

HANSSEN, Marjolein. M. et al. Optimism, motivational coping and well-being: Evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. **Journal of Happiness Studies**, v. 16, n. 6, p. 1525-1537, 2015. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9572-x>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

HOFER, Jan; BUSCH, Holger; KÄRTNER, Joscha. Self - regulation and well - being: The influence of identity and motives. **European Journal of Personality**, v. 25, n. 3, p. 211-224, 2011. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/e4a4/78f358bbfc054a9be48d9d6ead417e6dda29.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

KEYES, Corey L. M. Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. **Social indicators research**, v. 77, n. 1, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/a/spr/soinre/v77y2006i1p1-10.html>>.

Acesso em: 25 mai. 2018.

KROESE, Floor et al. Bedtime procrastination: introducing a new area of procrastination. **Frontiers in psychology**, v. 5, p. 611, 2014. Disponível em:

<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.00611/full>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

LOURENÇO, Abílio Afonso; NOGUEIRA, Carla Maria Leite. Percepções sobre as abordagens à aprendizagem: estudo de variáveis psicológicas. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 28, n. 55, p. 323-372, 2014. Disponível em:

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/viewFile/21649/15265>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

LOPES da SILVA, Adelina; SIMÃO, Ana Margarida Veiga; SÁ, Isabel. A

Autorregulação da Aprendizagem: Estudos Teóricos e Empíricos. **Intermeio: Revista do Mestrado em Educação**, Campo Grande, v. 10, n. 19, p. 58-74, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufms.br/index.php/intm/article/view/2592>>. Acesso em: 19 mai. 2018.



Artigo

MCCLELLAND, Megan et al. Self-regulation. **Handbook of Life Course Health Development**. Springer, 2018. p. 275-298. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-47143-3_12.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MILL, John Stuart. **Autobiography**. 9 ed. United Kingdom: Wildside Press, 2010. p. 458.

MISCHEL, Walter. From good intentions to willpower. In: GOLLWITZER, Peter M.; BARGH, John A. (Eds.). **The Psychology of Action: Linking Cognitions and Motivation to Behavior**, New York: Guilford Press, 1996. p. 197-218.

MANN, Traci; RIDDER, Denise; FUGITA, Kentaro. Self-regulation of health behavior: Social psychological approaches to goal setting and goal striving. **Health Psychology**, v. 32, n. 5, p. 487-498, 2013. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2013-14977-003>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

PINTRICH, Paul Robert. The role of goal orientation in self-regulated learning. In: BOEKAERTS, Monique; PINTRICH, Paul Robert; ZEIDNER, Moshe (Orgs.). **Handbook of self-regulation**. San Diego: Academic Press, 2000a. p. 452-502.

PINTRICH, Paul Robert. Multiple goals, multiple pathways: The role of goal orientation in learning and achievement. **Journal of educational psychology**, v. 92, n. 3, p. 544, 2000b. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/buy/2000-12129-013>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

PLUUT, Helen; CURSEU, Petru Lucian; ILIES, Remus. Social and study related stressors and resources among university entrants: Effects on well-being and academic performance. **Learning and individual differences**, v. 37, [s.n], p. 262-268, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1041608014002180?via%3Dihub>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

PIAGET, Jean. **Seis estudos de psicologia**. Trad. Maria A. M. D'Amorim; Paulo S. L. Silva. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1967. 146p.



Artigo

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. 6 ed. São Paulo. Martins Fontes. 2009. p. 342.

RYFF, Carol Diane. Happiness is everything, or is it? Exploration of the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, p. 1069-1081, 1989.

RYFF, Carol Diane; KEYES, Corey Lee M. The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 4, p. 719-727, 1995. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/1996-08070-001>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

SAMPAIO, Rita Karina Nobre; POLYDORO, Soely Aparecida Jorge; ROSÁRIO, Pedro Sales Luís da Fonseca. Autorregulação da aprendizagem e a procrastinação acadêmica em estudantes universitários. **Caderno de Educação**, Pelotas, v. 42, [s.n], p. 119-142, 2012. Disponível em:

<<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28087/1/2012,%20Autorregula%C3%A7%C3%A3o%20da%20aprendizagem%20e%20a%20procrastina%C3%A7%C3%A3o%20acad%C3%AAmica%20em%20estudantes%20universit%C3%A1rios,%20Cadernos%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o,%20Sampaio%20et%20al.pdf>> Acesso em: 21 mai. 2018.

SANDERS, Matthew R.; MAZZUCHELLI, Trevor G. Erratum To: the promotion of self-regulation through parenting interventions. In: BARKOUKIS, Vassilis (Ed.). **Psychology of self-regulation** (Psychology of Emotions, Motivations and Action), Reino Unido: Nova Science, 2012, p. 103-109.

SIMON, Christopher R.; DURAND-BUSH, Natália. Learning to self-regulate multi-dimensional felt experiences: the cases of four female medical students. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 4, n. 4, p. 228-244, 2009. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/17482620903116206?needAccess=true>>. Acesso em: 22 mai.2018.



Artigo

SILVA, Adelina Lopes; SIMÃO, Ana Margarida Veiga; SÁ, Isabel. A Autorregulação da Aprendizagem: Estudos Teóricos e Empíricos. **Intermeio: Revista do Mestrado em Educação**, Campo Grande, v. 10, n. 19, p. 58-74, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufms.br/index.php/intm/article/view/2592>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

SOLOMON, Laura. J.; ROTHBLUM, Ester. D. Academic procrastination: Frequency and cognitive behavioural correlates. **Journal of Counselling Psychology**, v. 31, n. 4, p. 503-509, 1984. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c6c0/e7efca11e0b59d76fd50790bbd8a7e2f21ed.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

STEEL, Pier. The nature of procrastination: A Meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. **Psychological Bulletin**, v. 133, [s.n], p. 65-94, 2007. Disponível em: <https://studimetro.au.dk/fileadmin/www.studimetro.au.dk/Procrastination_2.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2018.

TAUB, Sara et al. Physician health and wellness. **Occup Med (Lond)**, v. 56, n. 2, p. 77-82, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/occmed/article/56/2/77/1396559>>. Acesso em 02 jun. 2018.

TICE, Diane; BAUMEISTER, Roy. Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The Costs and Benefits of Dawdling. **Psychological science**, v. 8, [s.n], p. 454-458, 1997. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00460.x>>. Acesso em 02 jun. 2018.

TODD, Jemma; MULLAN, Barbara. The role of self-regulation in predicting sleep hygiene in university students. **Psychology, Health & Medicine**, Sydney, v. 18, n. 3, p. 275-288, 2013. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2012.701756>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

VEIGA SIMÃO, Ana Margarida. Estratégias de aprendizagem e aconselhamento educacional. In: MIRANDA, Guilhermina. Lobato; BAHIA, Sara. (Orgs.). **Psicologia**



Artigo

da Educação: temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino. Lisboa: Relógio D'água, 2005. p. 263-287.

WORTMAN, Camille B.; BREHM, Jack W. Responses to uncontrollable outcomes: an integration of reactance theory and the learned helplessness model. In: LEONARD, Berkowitz (Ed.). **Advances in Experimental Social Psychology**, New York. Academic Press, v. 8, [s.n], p. 277-336, 1975.

ZENORINI, Rita da Penha Campos; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos. Teoria de metas de realização: fundamentos e avaliação. In: BORUCHOVITCH, Evely; BZUNECK, José Aloyseo; GUIMARÃES, Suely E. R. (Orgs.) **Motivação para aprender:** aplicações no contexto educativo. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 43-70.

ZIMMERMAN, Barry J. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In: BOEKAERTS, Boekaerts, Monique; PINTRICH, Pintrich, Paul Robert; ZEIDNER, Zeidner, Moshe (Orgs.) **Handbook of self-regulation**. San Diego: Academic Press, 2000. p. 13-39.

ZIMMERMAN, Barry J.; SCHUNK, Dale H. Motivation. An essential dimension of self-regulated learning. In: SCHUNK, Dale H.; ZIMMERMAN, Barry J. (Org.). **Motivation and self-regulated learning, Theory, research, and applications**. New York: Routledge, 2008. p. 1-30.



Artigo

**A EXPERIÊNCIA DO DÉJÀ VU ENTRE A DOENÇA MENTAL E A
METAPSICOLOGIA DE FREUD**

**THE EXPERIENCE OF THE DÉJÀ VU BETWEEN MENTAL ILLNESS
AND FREUD'S METAPSYCHOLOGY**

Ítallo Wigand Auatt
Germano Quintanilha Costa

RESUMO - Esta pesquisa tem por objeto de estudo o enigmático fenômeno chamado de déjà vu, buscando apresentar esse tema dentro de uma linguagem científica e psicológica, a motivação de nosso estudo é compreendê-lo a partir da teoria psicanalítica, especificamente, a partir das investigações de Sigmund Freud. Sendo uma pesquisa bibliográfica, abordaremos num primeiro momento o modo como o déjà vu é descrito enquanto fenômeno no cenário científico. Apresentaremos também alguns dados que relacionam o déjà vu com uma dimensão da neurologia e da psicopatologia. Por fim, iremos abordar o déjà vu pelo viés da teoria psicanalítica e para que tal tarefa possa ser possível vamos abordar alguns dos principais conceitos psicanalíticos necessários à compreensão do nosso objeto de estudo.

Palavras-chave: Psicanálise. Inconsciente. Recalque

ABSTRACT - The purpose of this research is the study of the enigmatic phenomenon called déjà vu, craving to present this topic in a scientific language and psychological, our study's motivation is to understand it from the psychoanalytic theory, specifically, from the investigations of Sigmund Freud. Being a literature search, we will discuss at first how the déjà vu is described as a phenomenon in the scientific field. We will also present some data that relate déjà vu with a dimension of neurology and psychopathology. Finally, we discuss the déjà vu by the bias of psychoanalytic theory and, that such might be possible, we will explore some key psychoanalytic concepts necessary to understand the object of our study.

Keywords: psychoanalysis, unconscious, repression



Artigo

INTRODUÇÃO

Uma série de pesquisas recentes sugere que grande parte das pessoas, pelo menos em algum momento da sua vida, já experimentaram o fenômeno do *déjà vu*. Nestas experiências o sujeito é tomado de repente de uma forte sensação de que ele já esteve em um determinado lugar ou de que ele já viu uma cena específica anteriormente. No entanto, essa sensação é impossível de ser verídica, porque de fato o sujeito nunca esteve antes naquele lugar ou nunca viu aquela determinada cena. Reduzindo este fenômeno a seu estado mais simples, pode-se dizer que o *déjà vu* representa o choque entre duas avaliações mentais simultâneas e opostas: uma avaliação objetiva de não familiaridade juxtaposta com um julgamento subjetivo de familiaridade (D'AGORD e TRISKA, 2012).

Uma vez que o objetivo principal desta pesquisa é compreender o tema do *déjà vu*, sob a luz da teoria psicanalítica de Freud, nosso estudo será realizado através de uma metodologia bibliográfica. Dentro da amplitude da teoria psicanalítica, adotaremos a postura de nos concentrarmos nos conceitos e formulações propostas por Freud, o que será viabilizado e enriquecido pela exploração de obras de importantes psicanalistas e pesquisadores que se aprofundam e comentam a obra freudiana.

Sem perder de vista a complexidade do tema escolhido, metodologicamente conduziremos nossa questão de pesquisa pelo viés da teoria psicanalítica. No entanto, justamente para poder defender nossa hipótese de cunho psicanalítico, e também para combatermos o reducionismo dentro do cenário da ciência psicológica, consideramos de fundamental importância compreender o que outras abordagens científicas afirmam em suas pesquisas. Assim tentaremos apresentar e justificar a necessidade de sustentarmos também dentro do campo de discussões científicas, uma explicação psicodinâmica para um fenômeno que necessariamente precisa ser entendido como um fenômeno complexo e que, portanto, não se esgota no discurso da ciência empírica e experimental.

Nesse propósito, nosso estudo realizará o trajeto, inicialmente, de apresentar o modo como o *déjà vu* é descrito enquanto fenômeno no cenário científico. Apresentaremos também alguns dados que relacionam o fenômeno com a neurologia e da psicopatologia. Por fim, iremos abordá-lo pelo viés da teoria psicanalítica, especificamente a teoria freudiana, e para que tal tarefa possa ser possível vamos abordar alguns dos principais conceitos psicanalíticos necessários à compreensão do nosso objeto de estudo.

O interesse pelo *déjà vu* não é um fato recente, ele desperta curiosidade da inteligência humana já há bastante tempo, tanto que é possível encontrar referências no



Artigo

campo da filosofia e da medicina que datam do início do século XIX. A escola francesa, por exemplo, já estava nessa época engajada fortemente na tentativa de compreender se o *déjà vu* era um reflexo de uma patologia mental ou uma disfunção da memória temporal presente em pessoas normais (BROWN, 2004).

O que poderia motivar então o interesse por uma pesquisa que se dedique a este tema? Em primeiro lugar, é um fenômeno extremamente difundido em nossa vida cotidiana e cultural. Trata-se de um tema profundamente experimentado pelo público geral e frequentemente citado na literatura popular. Trata-se de uma das experiências mais bem conhecidas sobre as anomalias da memória. Considerando que poucos fenômenos de memória são conhecidos pelo público leigo, é um fato notável que dentre as mais conhecidas está o *déjà vu*. Portanto, faz parte do pensamento popular, porém, ainda assim ele porta uma dimensão intrigante de mistério e estranhamento. Em segundo lugar, ele é um fenômeno extremamente complexo do ponto de vista científico e apesar das inúmeras pesquisas já realizadas, assim como no senso comum, ele ainda engendra um mistério. No campo da psicologia, esse fenômeno aparece tanto em situações corriqueiras e banais da vida de uma pessoa psiquicamente considerada como “saudável”, quanto em situações clinicamente mais graves como em quadros relacionados a patologias neurológicas e psiquiátricas. (SNO et al., 1992)

Desta forma, o *déjà vu* constitui um grande desafio para toda ciência, no sentido que ele oferece uma grande dificuldade de poder ser abarcado numa única e consistente explicação, por esta razão é que o *Déjà Vu* pode ser explicado cientificamente de maneiras muito diferentes. Dependendo da abordagem teórica que se utiliza para explicá-lo, poderemos ter explicações que vão desde a psicanálise, neuropsicológica, neurofisiologia, psicopatologia até mesmo a filosofia.

O DÉJÀ VU NO CONTEXTO GERAL DA PSICOLOGIA.

As teorias científicas levaram quase um século para estabelecer um termo comum com relação às experiências de *déjà vu*, uma dificuldade mais do que compreensível dada à natureza estranha desse fenômeno. Uma das primeiras razões para o uso contínuo do termo em francês introduzido no final do século XIX é que não existe uma descrição adequada em outras línguas para esta experiência (BROWN, 2004). Uma série de termos tem sido apresentados, porém, eles geralmente são alternativas complicadas quem tendem a trazer mais confusão do que o esclarecimento. Um problema com o uso precoce dos termos “falsa memória”, “falso reconhecimento”,



Artigo

“reminiscência” e “paramnésia”, é que isso acaba por sugerir que o fenômeno se trata de uma disfunção da memória, desse modo, outras possibilidades etiológicas são descartadas, tais como a dimensão neurológica, perceptual, de atenção ou emocional.

Apesar das inúmeras definições para o *déjà vu*, o termo “paramnésia” quase se tornou a definição padrão, mas o uso inconsistente deste termo pelos pesquisadores acabou levando a sua própria extinção: alguns a consideraram como sinônimo de *déjà vu*, enquanto outros conceituaram-na como um subtítulo de “paramnésia”.

Ao longo do século XIX e XX, uma ampla gama de definições se concentraram em aspectos concernentes aos sentimentos, ao invés das cognições, enquanto outros enfatizaram as qualidades súbitas e estranhas. Segundo Brown, uma definição proposta por Neppe em 1983 tornou-se o padrão mais aceito, a saber, toda e qualquer impressão subjetivamente inadequada de familiaridade de uma experiência presente com um passado indefinido. O significado do termo *déjà vu* mudou recentemente para se que se pudesse incluir uma repetição mais genérica de uma experiência episódica, e não o estado de confusão em que uma recordação episódica está perdida ou faltando.

INCIDÊNCIA GERAL DO DÉJÀ VU

Segundo Brown (2004), as avaliações subjetivas tem enquadrado consistentemente o *déjà vu* como uma experiência universal e muito comum. Por outro lado, avaliações objetivas sugerem que a incidência do *déjà vu* não é universal. As estimativas variam amplamente entre os estudos, mas parece que cerca de dois terços dos entrevistados tiveram uma experiência do *déjà vu* em algum momento de suas vidas. Os fatores que provavelmente influenciam essa variabilidade na estimativa são a composição etária da amostra (amostras mais jovens gera maior incidência), o ano da pesquisa (amostras mais recentes geram maior incidência), e do tipo de questões que são feitas aos entrevistados.

Pesquisas recentes realizadas no contexto da psicologia cognitiva, experimental e da psicopatologia tentaram estabelecer uma ligação entre o *déjà vu* e fenômenos psicopatológicos graves. No entanto, não parece haver qualquer associação específica entre o *déjà vu* e a esquizofrenia ou outras condições neuróticas. Outras perturbações cognitivas que são relacionadas ao *déjà vu* são únicas e específicas aos casos de esquizofrenia e de danos cerebrais, tal como a “paramnésia reduplicada”. Existe também uma indicação de uma relação entre o *déjà vu* e os processos de despersonalização, mas essa relação não é forte o suficiente para relacionar diretamente



Artigo

o déjà vu às experiências dissociativas. Para que o déjà vu possa ser relacionado diretamente a uma variedade de condições psicopatológicas seria necessário uma exploração científica muito mais sistemática (Brown, 2004).

Explicações neurológicas do déjà vu afirmam que existe uma alteração momentânea no processo normal de transmissão neural. Isso pode assumir uma forma de uma pequena convulsão, considerando a suposição de que existe uma relação entre o déjà vu e as convulsões epiléticas. É possível também que um ligeiro atraso ou aceleração na velocidade da transmissão neural possa provocar uma falsa impressão de familiaridade. Este atraso, ou aceleração, pode ser em uma única via, violando assim as expectativas temporais normais para transmissão da mensagem (ibid.).

A TEORIA PSICANALÍTICA

Para que possamos explorar o tema do déjà vu dentro de um enfoque da teoria psicanalítica será necessário adotarmos uma estratégia metodológica específica. Como o déjà vu é um fenômeno que Freud considera como pertencente ao campo dos fenômenos lacunares da consciência (fenômenos que acontecem quando o pensamento consciente apresenta lacunas e falhas), ele acabou por aplicar ao déjà vu a mesma base conceitual e etiológica dos sintomas histéricos, dos sonhos, das parapraxias e dos chistes.

Considerando, portanto, à complexidade dos conceitos freudianos consideramos mais adequado apresentarmos uma visão introdutória e resumida da teoria freudiana – mais especificamente sobre o conceito de inconsciente e sua relação com o mecanismo do recalque –, para que daí então possamos demonstrar o fenômeno do déjà vu sob o viés de uma teoria do inconsciente.

Uma das maneiras de começa a falar em inconsciente freudiano pode ser a de se apontar o que ele não é, ou seja, a de se destacar a sua diferença com relação a concepção de subjetividade que era reinante até o surgimento do pensamento de Freud. Estas concepções anteriores a Freud estão baseadas numa visa de subjetividade na qual a consciência está identificada e dominada pelo pensamento racional consciente. Trata-se de uma subjetividade de caráter monolítico que admite, em algumas ocasiões “franjas inconscientes, e em alguns casos, manifestações psíquicas que permanecem abaixo do umbral da consciência” (GARCIA-ROZA, 1998). Sendo assim, o termo “inconsciente” era empregado de forma adjetiva para se referir aos conteúdos mentais que não eram



Artigo

conscientes, mas jamais para designar um sistema psíquico autônomo e distinto dos demais.

Um outro aspecto importante, que é ressaltado por Garcia-Roza (1998), é o da identificação do inconsciente com a dimensão daquilo que é caótico, misterioso, inefável, ilógico, e esta identificação ocorreu tanto antes do trabalho de Freud como também no interior da própria construção do saber psicanalítico. Por isso, é importante escutarmos o aviso que Lacan nos dá: “o inconsciente de Freud não é de modo algum o inconsciente romântico da criação imaginante. Não é o lugar das divindades da noite” (LACAN, 1979 apud GARCIA-ROZA, 1998).

Sustentado por uma forte aposta no determinismo psíquico, Freud declara enfaticamente ao longo de sua obra que não existe nada de arbitrário nos acontecimentos psíquicos, pois todos eles são determinados. A diferença está no fato de que não existe uma determinação única em nossa vida psíquica. Sendo assim, a sintaxe do Inconsciente não é a mesma do sistema pré-consciente, porém isso não significa eu ele não possua uma sintaxe própria. Tal tese freudiana é defendida por Lacan quando ele nos afirma que o Inconsciente possui uma ordem, uma sintaxe, porque ele é estruturado como uma linguagem.

Em seu texto *O Inconsciente* (1915), Freud assinala que é nas lacunas das manifestações conscientes que devemos procurar o caminho para o inconsciente, e é por esta razão que Lacan define essas manifestações como constituindo as “formações do inconsciente”, a saber, o sonho, o lapso, o ato falho, o chiste e os sintomas. Lacan afirma que o que nos chama a atenção nesses fenômenos lacunares não é apenas a descontinuidade que eles produzem no discurso consciente, mas sobre tudo um sentimento de ultrapassagem que os acompanha (LACAN, 1979 apud GARCIA-ROZA 1998).

É essa perplexidade e essa ultrapassagem que funcionaram como indicadores para o sujeito, de um outro sujeito oculto que trabalha em oposição a ele próprio, por isso encontramos em Freud a seguinte afirmação “todos os atos e manifestações que noto em mim mesmo e que não sei ligar ao resto de minha vida mental devem ser julgados como se pertencessem a outrem” (ibid.).

Os fenômenos lacunares são, portanto, indicadores de uma outra ordem, irreduzível a sintaxe e a lógica da consciência e que se insinua nas lacunas e nos tropeços desta última. Garcia-Roza (1998) nos adverte, então, que o inconsciente não é o mais profundo, nem o mais instintivo, nem o mais tumultuado, nem o menos lógico, mas, antes de tudo, uma outra estrutura, diferente da consciência, mas igualmente inteligível.



Artigo

A questão fundamental para compreendermos com maior profundidade a teoria do inconsciente é aquela surge diante da evidência da existência de uma outra cena. Diante dessa outra sintaxe, que é prova de um discurso de um sujeito do inconsciente, é questão é compreendermos o porquê desses conteúdos mentais surgirem a partir dessa outra produção discursiva inconsciente e não através do pensamento que seria mais óbvio, isto é, o pensamento inconsciente. Dizendo de outra maneira: o que acontece em nosso psiquismo para certos conteúdos mentais deixem de serem apresentados a nós através de nosso pensamento consciente? Por qual razão esses conteúdos teriam que ser expressados numa sintaxe tão diferente e desconcertante? É aqui que entraremos num conceito extremamente importante que é o conceito de recalque.

Segundo o dicionário de psicanálise de Roudinesco & Plon (1998), na linguagem comum, a palavra recalque designa o ato de fazer recuar ou de rechaçar alguém ou alguma coisa. Assim, ela é empregada a pessoas a quem se quer recusar acesso a um país ou a um recinto específico. Contudo, para os autores, na teoria psicanalítica de Freud, “o recalque designa um processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas as pulsões, e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico, transformando-se em fonte de desprazer.” (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.647). Freud modificou por diversas vezes a definição e o campos de ação desse conceito, mas ainda assim considera que ele é constitutivo do núcleo original do inconsciente.

Sobre a teoria do recalque, é necessário considerarmos que trata-se de uma teoria complexa, e que devido a amplitude dos objetivos de nossa pesquisa, não poderemos abranger com profundidade toda a dimensão deste conceito. Contudo, nos esforçaremos para abarcar de um modo sucinto aquilo que é essencial para a compreensão deste mecanismo. Freud divide o processo do recalque em três momentos: o recalque originário, o recalque secundário e o retorno do recalado. Como já foi dito, por razões metodológicas, nos concentraremos no segundo e terceiro momento do processo de recalque, ao tempo que abordaremos de forma breve o primeiro momento.

O recalque originário é o responsável pela clivagem do psiquismo em instancias diferenciadas. Segundo Roudinesco & Plon (1998), o recalque originário foi explicado por Freud em termos de uma fixação, resultante de uma recusa inicial do inconsciente a se encarregar do representante de uma pulsão. Nas palavras dos autores: “O representante assim recalado acaba por permanecer presente de maneira inalterada e principalmente ligado à pulsão.” (ibid., p.649).

O recalque secundário é um processo que pressupõe uma clivagem. Ele é o efeito do conflito do sistema inconsciente e o sistema pré-consciente/consciente, sendo



Artigo

que a partir deste último que ele é exercido. A função do recalçamento é a de impedir que certas representações pertencentes ao sistema inconsciente tenham acesso ao sistema pré-consciente/consciente. Portanto, é preciso ressaltar o que Garcia-Roza afirma:

Aquilo sobre qual o recalçamento incide é o representante psíquico da pulsão e não a pulsão ela mesma(...) No entanto, a pulsão tem dois representantes psíquicos: o representante ideativo (*Vorstellungrepar-sentanz*) e o afeto (*affekt*). O recalçamento incide apenas sobre o representante ideativo e não sobre o afeto (GARCIA-ROZA, 1998, p.163)

Uma vez recalçado, o representante ideativo continua a ter existência independente, produzindo derivados e estabelecendo novas conexões. Freud afirma que esse conteúdo mental prolifera no escuro e “assume formas extremas de expressão, que uma vez traduzidas e apresentadas a um neuróticos irão não só lhe parecer estranhas, mas também assusta-lo” (FREUD, 1915 apud GARCIA-ROZA, 1998). Conforme foi dito anteriormente, devido a delimitação metodológica de nossa pesquisa, não abordaremos os destinos que Freud demonstrou com relação ao representantes ideativos da pulsão e os afetos. No entanto, queremos deixar registrado que esses destinos são diferentes e que possuem importância crucial para a compreensão dos mais variados processos de nosso psiquismo. Abordaremos, então, o terceiro momento do recalque que é o retorno do recalçado.

No livro *Fundamentos da psicanálise de Freud à Lacan vol.2: a clínica da fantasia*, Jorge (2010) se propõe a fazer uma diferenciação teórica entre o esquecimento e o recalque. Neste primeiro, não consiste na passagem de uma instância psíquica para outra, sendo pré-consciente/consciente. Já o segundo, o recalque, implica a passagem do consciente/inconsciente. O recalçamento seria um duplo esquecimento, onde o sujeito não só esquece, como esquece que esqueceu (JORGE, 2010).

Para a compreensão do retorno do recalçado, é preciso considerar que se trata de um processo que tem seu suporte na hipótese freudiana da indestrutibilidade dos conteúdos inconscientes. Isto quer dizer que os representantes recalçados não somente mantêm sua indestrutibilidade como também lutam permanentemente pelo acesso ao sistema pré-consciente/consciente, obrigando este último a um dispêndio constante de energia para fazer face à ameaça que tais conteúdos representam (GARCIA-ROZA, 1998).



Artigo

O INCONSCIENTE FREUDIANO E O ESTRANHO

No texto *O estranho de 1919*, Freud fala do autor Jentsch, que acreditava que a origem da sensação de estranheza era causada por uma incerteza intelectual, ou seja, algo na qual o sujeito não tem conhecimento. Logo, o que nos aparece como estranho, seria aquilo que não nos é familiar, o desconhecido.

Porém, Freud em algumas de suas análises, exemplifica a variação do significado da palavra no idioma germânico: heimlich (doméstico, familiar) e o seu oposto unheimlich (estranho). Em alguns casos, essas palavras podem ter um significado idêntico, onde numa colocação, a palavra aparentemente segue um desenvolvimento seguindo uma ambivalência, até que por fim, confunde-se com a que representa o seu oposto. Freud afirma que esse conteúdo estranho não é nada novo ou alheio, porém é familiar e há muito estabelecido na mente e que somente se alienou desta através do processo de recalcamto.

Esse conteúdo, a que chamamos de estranho, que nos parece ser algo de uma incerteza entre algo familiar e algo desconhecido, na verdade é algo que originalmente pertenceu à consciência. Este contraste feito pela ruptura, algumas vezes percebido como algo que nos parece suspeito, é a que damos muitas vezes o nome de estranho.

O DÉJÀ VU NA OBRA DE FREUD

Feito esta breve incursão por alguns dos principais fundamentos da teoria psicanalítica, desejamos neste momento introduzir a nossa verdadeira questão de pesquisa. Percorremos este caminho justamente para que pudéssemos sustentar a partir de agora, a nossa hipótese de que o fenômeno do déjà-vu, dentro de uma perspectiva freudiana, encontra-se na posição similar àquelas que Lacan chamou de formações do inconsciente. Dito na linguagem freudiana, essas “formações do inconsciente” constituem os representantes ideativos da pulsão, representantes estes que por algum momento sucumbiram ao mecanismo do recalque, e que pelo fato de que nenhum recalque pode ser completamente bem-sucedido, acabam por buscar um retorno ao sistema pré-consciente/consciente.

De agora em diante, portanto, iremos nos concentrar nas passagens da obra de Freud em que ele se referiu aos fenômenos de déjà-vu, sendo necessário já informarmos



Artigo

que estas passagens são em quantidade muito inferior quando comparados às outras formações do inconsciente.

A primeira vez que o tema do *déjà vu* aparece na obra de Freud foi em *A Interpretação dos Sonhos (1900-1901)*, obra que foi considerada como uma das obras mais importantes da psicanálise, onde o autor propõe um método científico de interpretar o sonho através do simbolismo expressado nele através de imagens. Partindo do conteúdo manifesto, o sonho é analisado a fim de chegar ao conteúdo latente que fora deformado pela censura.

No capítulo XII, da referida obra, depois de ter avaliado a importância do simbolismo nos sonhos, Freud propõe que existem razões para dividirmos os sonhos em duas classes: os que realmente tem sempre o mesmo sentido, os sonhos típicos, e os que, apesar de terem conteúdo idêntico, devem ser interpretados de maneira variada. Neste ponto, Freud introduz a temática do Complexo de Édipo, apresentando a hipótese de que na estrutura desses sonhos típicos existe um conteúdo edipiano que se encontra disfarçado.

Os sonhos típicos se referem a conteúdos diversos que aparecem com certa frequência, tais como: subir escadas, apunhalar, atirar, facas, cigarros, entre outros. Para ele, essas situações frequentemente estão relacionadas a conteúdos envolvidos no Complexo de Édipo do sonhador. Dando prosseguimento, ele afirma que em alguns sonhos com paisagens, ou outras localidades, dá-se ênfase, no próprio sonho, a um sentimento convicto de que já se esteve lá antes. É aqui, portanto, que Freud vai introduzir o tema do “*déjà vu*”, afirmando que essa sensação quando aparece nos sonhos sempre aponta para um significado especial, pois:

Esses lugares são, invariavelmente, os órgãos genitais da mãe de quem sonha; não existe, de fato, nenhum outro lugar sobre o qual se possa asseverar com tal convicção que já se esteve lá antes (FREUD, 1900-1909, p. 432).

Para Freud, portanto, o existe uma boa indicativa de que são muito frequentes os sonhos nos quais existe a relação sexual com a própria mãe, porém, estes sonhos são sempre disfarçados. Este tipo de sonho é mais frequente do que os sonhos que remetem de forma direta à relação sexual (ibid.).

Com relação a estas primeiras passagens, o importante para nosso estudo é compreendermos que o *déjà vu* é introduzido por Freud, em *A Interpretação dos Sonhos*, na tentativa de explicar que o sentimento de familiaridade, acompanhado de estranheza, é uma forma, através da qual, certos conteúdos do inconsciente conseguem ter acesso à consciência. O sujeito tendo a sensação de já ter visto uma determinada cena, ou de já ter estado em certo lugar, mesmo que não possa conscientemente



Artigo

assegurar a veracidade total desta impressão, é na verdade, um encontro com um conteúdo, de fato, já familiar ao sujeito, mas que por razões do recalque, são mascaradas e distorcidas, dando assim a sensação de estranhamento.

Um segundo momento em que o *dèjá vu* aparece na obra freudiana é no artigo *Psicopatologia da Vida Cotidiana (1901)*, como parte da discussão sobre a superstição que pode estar associada ao sentimento peculiar no qual o sujeito tem a sensação de já ter vivido aquela experiência. Aqui, Freud se refere as tentativas de certos psicólogos em explicar o referido fenômeno, porem demonstra estar insatisfeito com suas conclusões, porque nenhuma delas leva em consideração “os processos psíquicos que, de acordo com minhas observações, são os únicos responsáveis pela explicação do *dèjá vu* – a saber, as fantasias inconscientes – ainda são geralmente negligenciados pelos psicólogos” (FREUD, 1901, p.260).

Freud prossegue afirmando que no seu entender é equivocado chamar de ilusão o sentimento de já se ter vivenciado alguma coisa antes, pois nesses momentos realmente o sujeito está em contato com algo que já se vivenciou, só que isso não pode ser lembrado conscientemente porque nunca chegou a se tornar consciente. Nas suas palavras: “a sensação do ‘*Dèjá Vu*’ corresponde à recordação de uma fantasia inconsciente. Existem fantasias (ou devaneios) inconscientes, assim como existem criações conscientes do mesmo tipo, que todos conhecem por experiência própria” (ibid., p.261).

É importante sublinharmos que ao discutir sobre o *dèjá vu*, em termos de uma psicopatologia da vida cotidiana, Freud acaba por remove-lo do contexto da psicose e o relaciona aos fenômenos comuns na vida psíquica “normal”. Adentrando no campo da clínica, ele nos oferece uma interpretação de um caso de *dèjá vu* experimentado por uma de suas pacientes. A paciente que contava na ocasião do tratamento com 37 anos afirmou ter a mais nítida lembrança de, aos 12 anos, ter visitado pela primeira vez alguns colegas de escola no campo e, ao entrar no jardim, ter experimentado a sensação imediata de já ter estado ali antes, sensação esta que se repetiu também nos aposentos da casa. Apesar da paciente acreditar que essa experiência era uma indicação profética da importância dessas amigas na sua vida futura, Freud propõe uma outra explicação:

Na época em que fez essa visita, ela sabia que as meninas tinham um único irmão, que estava gravemente enfermo. Durante a visita, de fato chegou a vê-lo, achou-o com uma aparência muito ruim e disse a si mesma que ele logo morreria. Ora, o próprio irmão dela estivera perigosamente enfermo, com difteria, alguns meses antes; durante sua doença, ela fora afastada da casa dos pais por várias semanas, indo morar com um parente. Ela acreditava que o irmão a havia acompanhado nessa visita ao



Artigo

campo; achava inclusive que essa fora a primeira viagem mais longa dele depois da doença; mas sua memória era estranhamente imprecisa nesses pontos, ao passo que de todos os outros detalhes, em especial do vestido que estava usando naquele dia, ela guardava uma imagem ultraclara. Para o conhecedor, não haverá dificuldade em concluir desses indícios que, naquela época, a expectativa de que o irmão morresse desempenhara um papel importante nos pensamentos da menina e nunca se tornara consciente, ou então, após o desfecho favorável da doença, sucumbira a um enérgico recalçamento. Se as coisas tivessem terminado de outra maneira, ela teria precisado usar um vestido diferente, ou seja, um traje de luto. Ela encontrou uma situação análoga na casa das amigas, cujo único irmão corria perigo de morte iminente, o que na verdade sucedeu pouco depois. Ela deveria ter-se lembrado conscientemente de que ela própria atravessara essa situação poucos meses antes: em vez de se lembrar – o que foi impedido pelo recalque –, transferiu sua sensação de recordar algo para o ambiente que a cercava, o jardim e a casa, e caiu presa da “fausse reconnaissance” de já ter visto tudo aquilo antes, tal como se mostrava (ibid., p.261).

Pelo fato de ter ocorrido o recalçamento podemos concluir que a expectativa anterior da morte do irmão da paciente não estivera muito afastada do caráter de uma fantasia desejante. Nesse caso, ela teria ficado como filha única. Em sua neurose posterior, ela sofria com a mais extrema intensidade a angústia de perder os pais, por trás da qual, como de costume, a análise pôde revelar um desejo inconsciente com o mesmo conteúdo.

Freud retornará ao tema do déjà vu no artigo *Fausse Reconnaissance (déjà raconté) no Tratamento Psicanalítico (1914)*. Neste artigo Freud fala do fenômeno chamado de Fausse Reconnaissance (falso reconhecimento), que acontece quando o sujeito, após contar alguma coisa, afirma com a mais absoluta certeza de que já havia dito isto antes, mas com o detalhe de não ter condições de comprovar esta convicção. Freud sugere a explicação de que o motivo deste fenômeno consiste no fato de que o paciente teve realmente a intenção de dar determinada informação a seu analista, e que até tenha dado indícios do assunto na análise, porém, aconteceu um bloqueio devido a sua resistência impedindo que esta informação fosse revelada. Então, “confundiu a lembrança da sua intenção com a lembrança de sua atuação” (FREUD, 1914, p.241). Este conteúdo no qual o paciente insiste em dizer que já foi dito parece conter uma importância peculiar em seu tratamento, portanto insiste com a ideia que aquilo seja familiar ao analista como é para si mesmo.

Neste artigo, Freud demonstra a existência de uma classe de fenômenos comparáveis ao déjà vu, tais como o ‘déjà raconté’ (já contei), ‘déjà entendu’ (já



Artigo

escutei), o ‘*déjà éprouvé*’ (já experimentei) e o ‘*déjà senti*’ (já senti), que demonstram na maioria das vezes um evento de paramnésia, onde o sujeito julga se lembrar de algo que não aconteceu.

Por motivos metodológicos não nos aprofundaremos nestes outros fenômenos semelhantes ao *déjà vu*, porém, queremos deixar registrado que reconhecemos a importância do estudo dessas manifestações, o que desejamos poder fazer numa pesquisa futura.

CONCLUSÃO

Vimos que o fenômeno acontece como uma formação do inconsciente, tal como os sonhos e o ato falho, isso implica dizer que não se trata de um sintoma ou resultante de adoecimento psíquico. O *déjà vu* não aparece com grande frequência e profundidade, apesar de ser um assunto bastante corriqueiro, intriga tanto a leigos como cientistas.

Focando na discussão que realizamos em cima das obras psicanalíticas consultadas, podemos concluir que dentro da teoria freudiana o *déjà vu* ocupa um espaço ao lado dos fenômenos que Freud considerou como indicadores para o acesso ao caminho do inconsciente. Isto quer dizer, que do mesmo modo que Freud compreendeu a causalidade inconsciente dos sonhos, dos atos falhos, dos sintomas e dos chistes, ele também compreendeu o *déjà vu*. Através da teoria do trauma, do complexo de Édipo e do recalçamento, Freud analisou uma série de manifestações psíquicas ocorridas dentro no sistema consciente, manifestações essas que significavam um tropeço da sintaxe da consciência, justamente para poder embasar e provar a existência de um sistema inconsciente.

Desse modo, o *déjà vu* para Freud está profundamente relacionado aos processos do nosso psiquismo, estando absolutamente comprometido com nossos desejos inconscientes e com os mecanismos presentes da estrutura do funcionamento da neurose. Nossa pesquisa chega à conclusão que a estranheza que o *déjà vu* causa ao sujeito é justamente porque ele é composto de um conteúdo mental que já é familiar ao sujeito. Porém, esse conteúdo familiar não parece ser reconhecido pelo sujeito, pois ele foi deformado pelos mecanismos da censura. Assim, o *déjà vu* não pode ser compreendido de forma literal, somente através de um acesso ao conteúdo latente é que poderíamos de fato compreender o verdadeiro conteúdo presente na experiência do sujeito. Nesse aspecto, a teoria freudiana representa uma luz dentro desse cenário, porque ela extrai o *déjà vu* do terreno do “fantástico” e do “supersticioso” e nos traz



Artigo

uma explicação psicodinâmica, uma explicação que aponta para a própria subjetividade do sujeito.

Com relação às pesquisas consultadas no campo da psicopatologia e da neurologia, a obra de Freud parece apresentar proximidades e distâncias. As pesquisas atuais não apresentam um consenso quanto à incidência do *déjà vu* em casos específicos de doença mental e nesse sentido parece haver uma proximidade com a investigação de Freud, uma vez que para ele trata-se de um fenômeno corriqueiro e presente em nossa vida psíquica normal. É preciso considerar que quando Freud inclui o *déjà vu* dentro do funcionamento psíquico comum a estrutura da neurose, essa compreensão inclui o reconhecimento de que trata-se daquilo que consideramos socialmente como “cotidiano”, “comum” ou “normal”. Sobre as teses neurológicas, de fato, Freud apresenta uma insatisfação, pois elas excluem a vida psíquica do sujeito e o significado que o *déjà vu* apresenta com os processos inconscientes.

REFERÊNCIAS

Antônio, M. J. C. (2017). **Freud com Lacan** : a psicanálise hoje. Reverso, Belo Horizonte. Ano 39, n. 73, p. 15 – 26. jun. 2017.

_____. **Fundamentos da psicanálise de Freud e Lacan** vol. 2: a clínica da fantasia. Editora: Zahar, coleção: transmissão da psicanálise. (2010)

Brown, Alan S. **The Déjà Vu Experience**. New York: Psychology Press, 2004.

Cunha, Eduardo Vieira da (2017) “O duplo de Laura Cattani: reflexões sobre as armadilhas de Narciso em um trabalho plástico.” **Revista Estúdio, artistas sobre outras obras**. ISSN 1647-6158 e-ISSN 1647-7316. 8, (18), abril-junho. 26-32

D’Agord, M. R., Triska, V.H.C., Sudbrack, R.P., Sippert, C.A. Da Inquietante Estranheza ao Estranhamento enquanto Método. **Revista Mal-estar e Subjetividade** - Fortaleza - Vol. XII - Nº 1-2 - p. 243 - 264 - mar/jun 2012



Artigo

Freud, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **A interpretação dos sonhos e sobre os sonhos**. Publicação original: 1900. In: Freud (1996), vol. IV e V.

_____. **Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana**. Publicação original: 1901. In: Freud (1996), vol. VI.

_____. **Fausse Reconnaissance (déjà raconté) no Tratamento Psicanalítico**. Publicação original: 1914. In: Freud (1996), vol. XIII.

_____. **O Estranho**. Publicação original: 1917. In: Freud (1996), vol. XVII.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

GOMES, A. J. (n.d.). Um comentário sobre a “experiência” na objetividade científica e no sintoma psicanalítico. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n.1, p. 115 – 128, 2018.

IENSEN, S. A. L., & Macedo, M. M. K. (2018). Impasses e alcances da psicanálise: o empreendedorismo do analista contemporâneo. **Contextos Clínicos**, 11(1), 106–121. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.09>.

OLIVEIRA, F. A. (2010). **Análise do discurso e psicanálise: a questão do sujeito**. Universidade do Estado da Bahia – UNEB. **ALED** 10 (2), pp. 77-85.

ROUDINESCO, ELIZABETH; PLON, MICHEL. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SILVA, M., SILVA, Q.; SOARES, F. **O gesto psicanalítico em Clarice Lispector**. **Odisseia, Natal**, RN, v. 3, n. 1, p. 90-110, jan.-jun. 2018;



Artigo

SBARDELOTTO, L.; FERREIRA, D.; PERES, M. I. L.; OLIVEIRA, A. M. M. de. A Constituição do sujeito na psicanálise. **Akrópolis Umuarama**, v. 24, n. 2, p. 113-129, jul./dez. 2016. Duarte, L., Silva, L., Igo, F., & Soares, L. (1983).

SNO, H., LINSZEN, D., & DE JONGHE, F. (1992). Déjà Vu Experiences and Reduplicative Paramnesia. **British Journal of Psychiatry**, 161(4), 565-568.
doi:10.1192/bjp.161.4.565

TAVARES, P. H. M. B. (2012). O vocabulário metapsicológico de Sigmund Freud: da língua alemã às suas traduções. **Pandaemonium Germanicum**, 15(20), 01-21.
<https://doi.org/10.1590/S1982-88372012000200002>



Artigo

**O SUJEITO E O ADOECIMENTO NO TRABALHO: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA DA OBRA DE DEJOURS**

**SUBJECT AND SICK AT WORK: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE WORK
OF DEJOURS**

Marianna Carvalho Ferreira Gomes¹
Karoline de Andrade Tavares Carvalho²
Denise Ribeiro Barreto Mello³

RESUMO - Este artigo pretende abordar a relação entre trabalho e sofrimento através da revisão sistemática da literatura dos livros de autoria de Christophe Dejours, publicados em português, operacionalizada mediante a busca eletrônica, a partir dos títulos referentes às obras. Compreende-se um movimento das organizações a um enquadramento dos sujeitos dentro dos padrões estabelecidos, assim se estabelece um maior controle desses membros e conseqüentemente o aumento da produtividade e necessidade de garantia do capital da organização. Torna-se necessário uma percepção abrangente do sujeito, que considere sua subjetividade, a expressão dos seus desejos e seu aparecimento meio às exigências organizacionais. Caso contrário busca-se compreender as conseqüências da ausência de liberdade e do contexto de renúncias na saúde física e psíquica do trabalhador, nas suas relações interpessoais, do trabalho e na sua vida social.

Palavras-chave: Trabalho; Sofrimento; Subjetividade.

¹ Mestranda em Cognição e Linguagem pela UENF, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela UCAM. E-mail: marianna_cf@yahoo.com.br

² Pós-Graduada em Gestão de Pessoas pela Universidade Estácio de Sá.

³ Doutora em Saúde Mental pela IPUB/ UFRJ, Mestra em Cognição e Linguagem pela UENF, Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia na UniRedentor, Itaperuna/RJ.



Artigo

ABSTRACT - This article deals with the relationship between work and suffering through the systematic literature review of books by Christophe Dejours, published in Portuguese. Since it was not possible to access information about the year of publication in French, operated by the electronic search, from titles related works. It is understood a movement of organizations with a framework of subjects within the established standards, so it provides greater control of these members and therefore increasing productivity and the need to guarantee the capital of the organization. It is necessary comprehensive insight into the subject, who consider their subjectivity, the expression of their desires and their appearance through organizational requirements. If contrary seeks to understand the consequences of lack of freedom and waivers in the context of physical and mental health worker, in their interpersonal relationships, work and social life.

Keywords: Work; suffering; subjectivity.

INTRODUÇÃO

O trabalho está inscrito na sociedade antes mesmo que se existissem formas de dominação, regras, procedimentos e um olhar voltado diretamente para a produtividade. Com a evolução das organizações muitas mudanças ocorreram tanto no aspecto tecnológico quanto na estrutura organizacional.

O homem trabalhador começa a vender a sua força de trabalho para algum proprietário dos meios de produção. O trabalho, então, começa a ser uma mercadoria. Essa é uma característica da influência do sistema capitalista, que tem como promessa uma reorganização social com a inclusão dos desfavorecidos na sociedade.

Assim como a necessidade de aprimorar os produtos, aumentar a produtividade e reduzir custos surgiu também novas demandas voltadas para a configuração interna das organizações, onde a emergência da produção e a exigência da eficiência trouxeram à necessidade de discutir as conseqüências que essa nova organização de trabalho trouxe ao trabalhador, mais precisamente as formas de poder a partir de um controle gerencial dos processos e da hierarquia rígida. Assim a desmotivação e alienação dos trabalhadores e essa nova configuração do trabalho demandaram um novo olhar sobre a saúde desse trabalhador.

Inicia-se então uma grande contradição, pois a partir do momento em que o trabalho passa a ser uma mercadoria, ele deixa de ter a característica de liberdade e



Artigo

igualdade, quando as mercadorias precisam satisfazer ao cliente, estando dentro de suas exigências. Nas idealizações e promessas do trabalho, acontece uma tentativa de ocultar esta contradição, quando é garantindo que o trabalho seria pago por um preço justo e, também, por um processo ideológico, escondendo a realidade.

O desenvolvimento do capitalismo industrial ocasionou muitas mudanças e melhorias nas condições de trabalho dos trabalhadores como, por exemplo, diminuição do tempo de trabalho e melhoria salarial, possibilitando o sustento da família, melhor higiene e cuidados com a saúde, “às condições de trabalho na época, e, sobretudo, aos acidentes, dramáticos por sua gravidade e número” (DEJOURS, 1949, p. 14).

O capitalismo afeta a classe trabalhadora em suas formas objetivas e subjetivas. O trabalhador considerado como “mercadoria básica no processo de produção capitalista”, mas é preciso ter saúde para estar em trabalho. Ou seja, se não tiver saúde, não serve mais para o trabalho.

Com o passar dos tempos percebemos que o controle do trabalho se modifica constantemente, o trabalhador não tem mais o comando do produto como um todo, ele é responsável por uma parte da produção apenas. Este controle de produção causa ao trabalhador uma alienação. Ou seja, seu interesse no trabalho não é mais o que está sendo produzido, mas o salário que recebe. Ele já não tem mais a responsabilidade por todo o processo produtivo, seu trabalho está limitado a uma linha de execução, não tem como mudar o meio para ter um bom resultado no final. Não pode mais fazer de sua forma particular. É mais controlado do que controlador.

Cada vez mais exige-se dos trabalhadores uma padronização no processo de produção. Uma exaltação do que é comum aos trabalhos, no coletivo. Já que permitir que a subjetivação apareça, é deixar fluir o sofrimento, as particularidades e a diferença do sofrimento dos trabalhadores.

Padronizar a produção e não permitir que as singularidades emergjam tornou-se um imperativo no contexto das organizações. Para Dejours (1949), é individualmente que o operário deve se defender dos efeitos penosos da organização do trabalho.

Esse condicionamento do comportamento, no trabalho e fora dele, é importante para que se consiga manter o comportamento produtivo no trabalho. Assim, o comportamento espontâneo não consegue aparecer em nenhum momento. Alguns sujeitos se forçam a este processo. Como parte deste condicionamento produtivo, porque de forma inconsciente ele não o quer, no entanto, se o quisesse não seria preciso forçar-se à. Dejours (1949) confirma que as organizações querem que o próprio operário se torne artesão de seu sofrimento.



Artigo

Por não conseguir de alguma forma colocar a sua subjetivação no processo de trabalhar, que o trabalhador se sente frustrado, e inútil. Inutilidade para Dejours (1949, p.49) “remete, primeiramente a falta de qualificação e de finalidade do trabalho”.

Sentimento experimentado maciçamente na classe operária: o da vergonha de ser robotizado, de não ser mais que um apêndice da máquina, às vezes de ser sujo, de ter mais imaginação ou inteligência, de estar despersonalizado etc. E do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade (DEJOURS,1949,p.49).

Segundo Dejours (1995, p.40), “trabalho é o que deve ser ajustado, renovado, imaginado, inventado”. Além de ser algo “essencial de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento”. Tal afirmação nos leva a pensar que a presença subjetiva de cada um no trabalho é algo que movimenta e constrói uma organização. Fazendo necessário a organização permitir que o trabalhador consiga fazer de seu trabalho um movimento de atividade, momento em que se tenta “atingir o mais perto possível, os objetivos fixados” junto as suas capacidades. Diferente do que temos presenciado atualmente nas organizações, quando “regidificam os modos operatórios e enclausuram os trabalhadores em um caminho único para executar a tarefa” (Dejours, 1993 p. 99).

Para Dejours (2004, p.42), “trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real”. A forma como preencher tal lacuna, este espaço, é descoberto, inventado e construído por cada um. Compreende-se por trabalho real “o que o mundo, se resalta pela sua resistência ao controle técnico e ao conhecimento científico”. Ou seja, é quando a técnica fracassa depois de ter tentado por todos os recursos técnicos corretamente. Dejours (1995, p.87), diz que real “é a parte da realidade que se opõe a simbolização”.

Todo esse processo proporciona um cansaço muscular e psicosensorial. Decorrente da execução de tarefas sem investimentos afetivos, com um grande esforço físico, sustentado pela motivação. O cansaço provoca ao sujeito uma insatisfação de natureza mental. São insatisfações concretas originadas do significado simbólico do trabalho. Esta insatisfação do trabalho do conteúdo simbólico é paralela a satisfação de estar com o corpo em movimento, de forma física e nervosa. A insatisfação relacionada ao significado do trabalho ocasiona conseqüências mentais que podem refletir no corpo: “A insatisfação em relação com o conteúdo significativo da tarefa engendra um



Artigo

sofrimento cujo ponto de impacto é, antes de tudo, mental, em oposição ao sofrimento resultante do conteúdo ergonômico da tarefa” (DEJOURS, 1949, p.61).

A insatisfação gera uma carga psíquica que podem originar desordens no corpo. Dejours (1949, p.61) nos mostra que esta “carga de trabalho psíquico representada pelo sofrimento proveniente de um desconforto do corpo”, coloca a personalidade do sujeito a prova.

Em todo esse processo de satisfação ou insatisfação no trabalho, acontecem adoecimentos a partir das inovações tecnológicas e a reprodução do capitalismo, adoecimentos relacionados ao trabalho como a LER/Dort (lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomoleculares), tenossinovite, tendinite, bursite e mionite. Além de estafas, fadigas, ansiedade, dores lombares e generalizadas, entre outros. Todos esses adoecimentos podem ser considerados como frutos de aceleração do mercado de trabalho. Se até as máquinas dão defeitos quando são usados em excesso ou quando fazem por muito tempo o mesmo trabalho, como o corpo do trabalhador em algum momento não sentiria os efeitos da rotina e intensidade de trabalho?

Pretende-se abordar a relação entre sofrimento psíquico e trabalho, a partir das pesquisas feitas sobre as obras de Dejours, publicadas no Brasil. Visto que numa perspectiva organizacional o trabalho exige um enquadramento do sujeito nas estruturas organizacionais, este abrange não apenas a divisão do trabalho numa perspectiva estrutural, mas ainda, suas normas, regras e procedimentos que devem ser cumpridos a todo o custo, seja para manutenção e crescimento do capital da organização, ou ainda para regulamentação e enquadramento do sujeito, como forma de controle e poder. Deste modo, busca-se compreender como o sujeito do trabalho se depara com essas formas de controle, uma vez que, em muitos momentos seja necessário renunciar seu próprio desejo e sua subjetividade para estar entre o padrão esperado. Caso o trabalhador não enquadre nesse contexto de renúncias através da resignificação e não manifeste suas insatisfações e sofrimento pela via da linguagem, este pode manifestar as pressões sofridas, através do corpo, o que acarretará não apenas prejuízo ao sujeito na sua subjetividade, mas ainda, no trabalho exercido e na sua saúde psíquica.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica, através de revisão sistemática da literatura, sendo esta uma forma consistente de revisar os livros de autoria de



Artigo

Christophe Dejours, publicados em português, permitindo, que outros autores possam avaliá-la de forma qualitativa e utilizá-la para uma pesquisa dos resultados.

A mostra compreendeu publicações de obras indexadas em periódicos, que seguiam os seguintes critérios de inclusão: 1- tema da obra: obras publicadas com o tema relacionado às questões do trabalho, sofrimento e subjetividade 2- idiomas de publicação: obras publicadas em língua portuguesa.

Não foi possível acessar informações sobre o ano de publicação em francês. Apresentam-se aqui as datas das publicações em português.

ADOCIMENTO NO TRABALHO POR DEJOURS

Foram realizadas pesquisas eletrônicas no Google Brasil, utilizando descritores como trabalho, sofrimento e subjetividade nas obras de Christophe Dejours. Com o descritor das obras de Dejours publicadas em português especificamente e com o tema abordado, foram encontradas 13 obras. Todas as obras encontradas apresentavam o critério de inclusão relacionado ao tema trabalho. Porém uma das obras, *Conferências Brasileiras: Identidade, Reconhecimento e Transgressão no Trabalho*, não foi possível ser abordada no trabalho aqui apresentado devido a dificuldade de encontra - lá.

O quadro abaixo demonstra maior visibilidade dos resultados obtidos:

Nº.	Autor	Título da Obra	Ano de publicação no Brasil	Tipo
1	Christophe Dejours	Repressão e Subversão em Psicossomática	1991	Livro
2	Christophe Dejours	A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho	1992	Livro
	Christophe	Uma nova visão do	1993	Livro



Temas em Saúde

Volume 18, número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

3	Dejours	sofrimento humano nas Organizações		
4	Christophe Dejours	Inteligência operária e organização do trabalho	1993	Livro
5	Christophe Dejours	Por um trabalho, fator de equilíbrio.	1993	Livro
6	Christophe Dejours	Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, sofrimento e trabalho	1994	Livro
7	Christophe Dejours	Fator humano	1997	Livro
8	Christophe Dejours	Banalização da Injustiça Social	2001	Livro
9	Christophe Dejours	Subjetividade, trabalho e ação	2004	Artigo



O SUJEITO E O ADOECIMENTO NO TRABALHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA OBRA DE DEJOURS

Páginas 44 a 58

Artigo

10	Christophe Dejours	Da Psicopatologia a Psicodinâmica do Trabalho	2004	Livro
11	Christophe Dejours	Trabalho, tecnologia e organização: avaliação do trabalho submetida a prova do real	2008	Livro
12	Christophe Dejours	Suicídio e trabalho: o que fazer?	2009	Livro

Christophe Dejours, autor das obras aqui apresentadas é um médico francês com formação em psicanálise e psicossomática, sendo ainda diretor do laboratório de psicologia do trabalho e da ação no CNAM (*Conservatoire National des Arts et Métiers*) em Paris. A escolha pela revisão sistemática da literatura de suas obras se deu pela consistência teórica dos temas abordados entre trabalho, sofrimento e subjetividade. E ainda pelas questões norteadoras e reflexivas quanto ao impacto do trabalho na saúde psíquica do trabalhador, sua relação com a contextualização histórica da evolução do trabalho e o posicionamento do sujeito perante aos atravessamentos do trabalho, sendo estas questões de extrema relutância para o campo da Psicologia do trabalho e saúde mental.

Em *Repressão e Subversão em Psicossomática* (1991), Dejours nos faz pensar sobre o que é o processo de somatização e como este acontece com o sujeito, a fim de compreendermos suas causas e efeitos. É possível, então, conseguirmos pensar como o trabalho pode adoecer e como acontece este processo. Somatizar vai muito além do corpo, é algo que atinge também o inconsciente, onde posiciona-se a libido e o chamado “corpo erótico”. Silva (apud Laplanche, 1994) O corpo erótico é construído na “colonização subversiva erótica do corpo biológico”, que acontece no órgão biológico. Cada sujeito é único, e assim, cada estrutura inconsciente é única.

No livro *A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (1992), o autor consegue fazer um estudo do segmento histórico do avanço do trabalho, a



Artigo

correlação de forças entre trabalhadores, patrões e Estado, tendo como objetivo avaliar o sofrimento e a doença provocada pelo trabalho e sua vicissitudes. A saúde do trabalhador e do homem de uma forma geral, era focada somente no físico, com o crescimento e desenvolvimento do processo de trabalho, é possível perceber que a vida mental do trabalhador é muito mais importante do que se imaginava. Pois se o sofrimento acontece no pensamento e o sujeito não consegue diminuí-lo ou aliviar-lo, de alguma forma, esse sofrimento é convertido para o corpo, que responde por um desgaste mental.

O autor consegue então, pensar sobre a psicopatologia do trabalho junto aos avanços psicanalíticos e aos da psicologia. O drama vivido pelos trabalhadores do desgaste físico e mental, gerados também pela falta de reconhecimento, causa-lhes insatisfação e sofrimento psíquico pela falta de oportunidade de manifestar-se. Já que não é possível verbalizar, resignificar pela fala, percebe-se que o trabalhador além de não conseguir verbalizar o que lhe causa sofrimento e dor, ele tem ainda que fazer com que seu trabalho possa ser comparado ao trabalho e a produção de máquinas. Sendo necessário mecanizá-lo, ou seja, neste processo de mecanização não é possível permitir que a produção subjetiva aconteça, dando espaço para que o sofrimento de incapacidade apareça diante da realidade.

Uma Nova Visão do Sofrimento Humanos nas Organizações (1993), é uma obra em que o autor atentou para o trabalho como não apenas responsável por beneficiar e gerar a produtividade, mas também, sendo este capaz de despertar sofrimento e angústia no trabalhador. Procurou distinguir os tipos de sofrimento: atual, singular, criativo e patogênico. Deste modo o olhar a respeito do sofrimento ultrapassa as perspectivas do concreto, ou seja, dos fatores que ocasionavam sofrimento ao trabalhador e se expande para a possibilidade de normalidade, onde se torna possível manter um equilíbrio entre os constrangimentos oriundos do trabalho e as defesas adotadas pelo sujeito. O autor pontua as interferências entre a organização do trabalho e a organização da personalidade e como estes estão diretamente relacionados ao imaginário do sujeito e a realidade do trabalho. Assim é colocada a capacidade de ressonância e suas possibilidades, numa compreensão onde o sofrimento e realização são identificados e analisados pelo trabalhador, possibilitando a sublimação, assim o sofrimento patogênico pode ganhar nova forma. Ainda no que se refere ao trabalho, o autor apontou para os efeitos psicopatológicos do sofrimento e a indissociação entre prazer e trabalho.

No trabalho *Inteligência operária e organização do trabalho* (1993), Dejours faz uma análise do processo psíquico dos trabalhadores, e como conseguem enfrentar as tantas dificuldades decorrentes do trabalho e da sua organização. Mesmo sem ter feito



Artigo

pesquisas diretamente com a população, o autor utiliza pesquisas de outros autores sobre o Japão e sua maneira de compreender o trabalho. Já a princípio consegue-se perceber que em muitas vezes, se não em todas, a subjetividade do trabalho fica oculta. Então, é possível questionar se em algum momento haveria um lugar (uma possibilidade) para esta subjetividade aparecer? A partir desta perspectiva de criação do trabalho sem permitir a interferência da subjetividade, o autor começa a refletir sobre o olhar da Psicopatologia do Trabalho.

No artigo *Por um trabalho, fator de equilíbrio* (1993) o autor traz reflexão sobre as várias questões que envolvem o homem e o trabalhador e, principalmente leva em consideração o que envolve o psiquismo. Dejours faz um paralelo entre o que é trabalho e o que é ter saúde, deixando claro que para se ter o trabalho como um fator de crescimento e desenvolvimento, é preciso que o trabalhador tenha saúde física e também mental, já que quando o psiquismo adoece, o corpo também sofre e adoece, por este motivo, assim como o corpo físico precisa estar em movimento, para manter-se com saúde, o psiquismo também precisa, para que consiga fazer a descarga de tensões e energias, proporcionando equilíbrio. Isso acontece a partir do momento em que o trabalho passa a ser permissor de flexibilidade, dando ao trabalhador a oportunidade de organizar e realizar as tarefas de acordo com seus desejos e necessidades de seu corpo.

Em *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (1994), Dejours apontou para a interferência da divisão de tarefas no trabalho, podendo ser este causador de interesse ou não na execução dessas atividades. Apontou ainda que já no que se refere à divisão da mão de obra, essa é capaz de transformar as relações interpessoais e afetivas, se presumindo na influência das organizações de trabalho no psiquismo. Ainda nesta obra o autor expõe os riscos enfrentados pelo trabalhador, devido às exigências determinadas, em que a liberdade de organização do trabalho torna-se limitada e os desejos são renunciados, ocasionando um aumento da carga psíquica por um desencadeamento de fenômenos neurofisiológicos e psicológicos e, conseqüentemente, acarretando o sofrimento no trabalhador. Deste modo a manutenção do equilíbrio da carga psíquica possibilita pelo escoamento da tensão, que trabalho se torna mais livre e o trabalhador compreenda as alternativas de amenizar o sofrimento. Uma vez que não é dado significado ao trabalho e este não é exercido de forma livre, a impossibilidade de descarga da energia psíquica acarretará em fadiga e desprazer, tornando o trabalho patológico. O trabalho e o sofrimento podem então ser compreendidos como fator de equilíbrio e fonte de prazer quando se é possível aliviar a carga psíquica. O autor coloca a necessidade de identificar os fatores do trabalho que impedem a descarga de energia e, conseqüentemente,



Artigo

provocam o distanciamento entre o bem estar psíquico e satisfação, o que preveniria danos a saúde mental do trabalhador.

Na obra *Fator humano* (1997), o autor analisa o fator humano em duas vertentes: sendo este capital de recursos humanos pelas ciências sociais e, ao mesmo tempo, representantes da falha humana quando compreendido pelas ciências exatas. Nessa percepção, o fator humano e sua relação com o trabalho adquiriram nessa obra um novo olhar que passa a abranger o homem, o trabalho e a tecnologia, surgindo então críticas voltadas para as ciências aplicadas. Deste modo suas pesquisas foram apresentadas nessa obra considerando as dimensões científica e técnica, e também psicológica. Essas dimensões são avaliadas por Dejours a partir do objetivo determinado para uma ação, à possibilidade de previsibilidade dos comportamentos humanos e as implicações normativas, assim apontando as causas do distanciamento e contradição entre o plano prático e teórico. Na compreensão do autor o fator humano deve considerar o homem a partir de suas dimensões sociais, biológica e subjetiva. Porém admite limitações teóricas e pesquisas que dêem conta de articular essas três dimensões. Nessa perspectiva, propõe um olhar sobre o fator humano considerando a cooperação do sujeito no gerenciamento da distância entre o trabalho prescrito e o real. Assim passa a ser dado maior confiabilidade no coletivo do trabalho e na importância da cooperação para a qualidade do trabalho, deste modo, o fator humano e a eficiência da cooperação, não mais podem ser compreendidos separadamente.

No texto *Banalização da Injustiça Social* (2001), Dejours procurou esclarecer algumas questões norteadoras de seu livro com tema: A loucura do trabalho. Dentre essas questões o autor apontou para as influências das questões econômicas no mundo do trabalho, sendo essas diretas ou indiretas. Não somente no trabalho, como também para o trabalhador, o autor trouxe contribuições quando pontua críticas relacionadas à necessidade da competitividade como forma de sobrevivência, sendo reafirmada pela primazia do individualismo, onde se propõe ao trabalhador que supere a si próprio e ao outro, tendo este que muitas vezes renunciar a seus princípios para manutenção de sua sobrevivência. O sistema econômico, a globalização e o mercado, são apontados nessa obra como provedor de crises no trabalho e agravamento dos problemas laborais, sendo confirmado pelo sofrimento experimentado pelo homem no trabalho. O sofrimento apontado traz consigo a descrença que impede o trabalhador de avaliar o resultado de sua dedicação profissional e relacional no trabalho, pela falta de equilíbrio entre o sofrimento e o prazer. Assim as questões que norteiam este sofrimento poderão ter interferências no desempenho do trabalhador, nas suas relações interpessoais do trabalho e na sua vida social, ou seja, poderá acarretar não só na saúde física como



Artigo

também psíquica. O autor propõe estratégias de defesa para o trabalhador, sendo estas coletivas e individuais, como forma de resistir e se proteger do sofrimento. O trabalho deve ser compreendido para além das tarefas estabelecidas, como uma reconstrução de sentidos, em busca do equilíbrio entre sofrimento e prazer, sendo o próprio trabalhador o maior responsável por ressignificar o trabalho, como forma de amenizar os danos que esse poderá causar e se posicionar como sujeito diante do seu próprio trabalho e sofrimento.

No artigo *Subjetividade, trabalho e ação* (2004), Dejours fez uma relação entre a ação do trabalho e seus atravessamentos na subjetividade do sujeito. Como o sujeito pode se implicar no trabalho, e o que é possível provocar nele esse processo. Trabalhar deve ser o momento de buscar de um objetivo, o sujeito procura formas de atingir seus objetivos, permitindo que seus pensamentos, atitudes e desejos, em algum momento interfira e complete o processo de trabalho. Dejours afirma também que o trabalho não é apenas produzir, mas viver com o outro e suas particularidades. Dejours deixa claro que o sofrimento possibilita ao sujeito que proteja a sua subjetividade, em confronto com o real e encontre formas, a partir de seu incômodo, de melhoria, de se fortalecer e de crescer. Neste momento, ele consegue também manifestar sua subjetividade e fortalece-la.

Em seu livro *Da Psicopatologia a Psicodinâmica do Trabalho* (2004), proveniente de 12 seminários interdisciplinares com o tema sofrimento e prazer no trabalho, que resultaram em 11 textos que compõem o livro em questão, Dejours procurou abordar o trabalho não apenas numa perspectiva negativa, e causadora de patologias, mas sim numa compreensão estruturante do psiquismo podendo ser este provedor de saúde e prazer. Ainda na sua abordagem negativa aponta para a questão da psicopatologia proveniente do desemprego e da modernização capitalista.

Trabalho, tecnologia e organização: avaliação do trabalho submetida a prova do real (2008), é um trabalho que tem como objetivo fazer com que as pessoas pensem mais e reflitam sobre os assuntos que intrigam muitos, porém ficam presos dentro das organizações. Foi através da psicologia do trabalho que o autor tenta pensar e propor a reflexão das questões que envolvem o trabalho. Assunto estes que interessam a todos os envolvidos na busca por melhores resultados da produção e do trabalho, além da saúde e desenvolvimento profissional. É possível pensar então, no que é o trabalho e o que significa para cada um, e qual a simbologia que damos a ele. Identifica-se que o trabalho a todo momento apresenta a todos desafios, que para uns são mais árduos e para outros quase não tem significado. A partir desta proposta conseguimos caminhar



Artigo

para o que tanto nos intriga hoje: a subjetividade no ambiente de trabalho. Nas organizações essa pode ser a base para muitos questionamentos.

Pensando sobre os inúmeros casos de suicídios nos trabalhos Dejours e Bègue tentam responder a pergunta do que por que isso vem acontecendo. Foi através dessa perspectiva que os autores formulam a obra *Suicídio e trabalho: o que fazer?* (2009). É percebida a falta de comprometimento e interesse de um trabalhador para com as questões de seu colega de trabalho, assim, dando espaço para uma profunda solidão no trabalho. Quando falamos em solidão, pensamos também em sofrimento mental, decorrente da organização do trabalho. Dejours, em *A loucura do trabalho*, quando percebe-se que a saúde mental tem suas relevâncias no desenvolvimento do trabalho. É compreendido que este sofrimento é também provocado pelo uso do poder na questão, e pela qualidade de vida no trabalho. Quando o trabalhador não se identifica e não se insere no trabalho que lhe é oferecido, causa a ele desconforto. O trabalho pode trazer ao sujeito o fortalecimento de sua subjetividade também pode provocar uma desestruturação de si. Por isso, durante toda a obra tem-se o objetivo de impossibilitar que o silêncio se instale através da fala do trabalhador. Já que para Dejours, falar é a melhor maneira de canalizar o pensamento. Sendo o momento em que o sujeito aparece e permite que na fala venham suas questões, pensamentos e criações (mesmo que não seja usado este pensamento, porém de alguma maneira já foi expresso).

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa feita baseada nas obras de Dejours, foi possível perceber que, de modo geral, em todas as obras analisadas, o autor procurou abordar a relação entre sofrimento e trabalho, assim como as interferências das exigências e pressões exercidas sobre a saúde mental do trabalhador e sua subjetividade. O trabalho pode trazer prazer e satisfação ao sujeito dependendo do modo como é conduzido e de como ele se posiciona diante das questões apresentadas, assim como ao significado dado ao mesmo. Caso o trabalho seja compreendido numa perspectiva de renúncias, onde o trabalhador se abdica dos seus próprios desejos para cumprir tarefas determinadas, este pode ser causador de doenças psíquicas e físicas, o que conseqüentemente influenciará não apenas no seu desempenho no trabalho, mas, nas suas relações interpessoais. O autor propõe como alternativa de defesa ao sofrimento, a busca pelo equilíbrio entre prazer e desprazer. O sujeito apresenta-se como maior responsável por se proteger e se posicionar diante das questões causadoras de angústia no trabalho, podendo torná-lo



Artigo

estruturante do psiquismo. Para que o organismo esteja vivendo normalmente de acordo com suas necessidades, é preciso a ele ser dado movimento, e não algo fixo e constante. Não diferente ocorre com o psiquismo que necessita de espaço e de oportunidade para se movimentar e criar junto ao corpo e as suas necessidades externas. Deste modo a garantia da integridade física e, mental do trabalhador quando nos referimos ao trabalho vai depender principalmente das possibilidades do aparecimento do sujeito e da sua subjetividade, onde a produtividade e a manutenção do capital da organização deixam de ser a principal prioridade e se tornam consequência do investimento libidinal decorrentes da satisfação no trabalho exercido.

REFERÊNCIAS

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRLAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, maio/junho. 1993.

DEJOURS, Christophe; BÈGUE, Florence. **Suicídio e trabalho: o que fazer?** Paralelo, Brasília. 2010.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, set/dez. 2004.

_____. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações, CHANLAT. **O Indivíduo na organização**, São Paulo: Atlas, 1996

_____. **A Banalização da Injustiça Social**. Fundação Getúlio Vargas. 1999.

_____. **Repressão e Subversão em Psicossomática**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. Uma Nova Visão do Sofrimento Humanos nas Organizações. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

_____. **Inteligência operária e organização do trabalho:** a propósito do modelo japonês de produção. São Paulo: Edusp, 1993.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho:** Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. **Da Psicopatologia a Psicodinâmica do Trabalho.** Brasília: Fiocruz, 2004.

_____. **Trabalho, tecnologia e organização:** avaliação do trabalho submetida a prova do real. São Paulo: Blucher, 2008.



O SUJEITO E O ADOECIMENTO NO TRABALHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA
OBRA DE DEJOURS

Páginas 44 a 58

Artigo

PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DO CICLO SONO-VIGÍLIA NO ENVELHECIMENTO: ESTUDO DE CASO

HEALTH EDUCATIONAL PROCESS FOR THE CARE OF THE SLEEP-VIGILY CYCLE IN AGING: CASE STUDY

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Rosalee Santos Crespo Istoe
Fernanda Castro Manhães

RESUMO - A participação da população idosa nos programas para a terceira idade cria oportunidades de aprendizagem, promoção de comportamentos saudáveis e de autocuidado, contexto onde se desenvolveu um processo educativo em saúde com uma metodologia participativa problematizadora para o cuidado do ciclo sono-vigília no envelhecimento. O objetivo do estudo foi analisar este processo educativo enquanto percepções, experiências e impacto dos participantes. Adotou-se a metodologia de estudo de casos múltiplos de tipo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, com unidade de análise dos participantes de dois programas para a terceira idade do município de Campos dos Goytacazes inscritos para o ano 2017. A coleta de dados foi feita com um questionário de dados sociodemográficos, um questionário de perguntas abertas de tipo perceptivo e de entrevistas semiestruturadas. Foram 8 idosas incluídas na pesquisa, com idades entre 62 e 74 anos, cinco delas com queixas subjetivas de sono. A análise temática de conteúdo mostrou a irregularidade nos horários do sono, o consumo de bebidas estimulantes como café e de grandes quantidades de comida antes de dormir, o uso de aparelhos eletrônicos na noite, uma alta intensidade das atividades físicas e mentais perto da hora de se deitar e ficar na cama sem sono como sendo os hábitos e comportamentos inadequados e que foram reeducados, obtendo melhoras significativas na sua qualidade de sono. A intervenção educativa motivou a três das participantes, usuárias de hipnóticos, a rever esta prática. Concluindo, esta abordagem dialógica possibilitou a reflexão-ação, mudança de hábitos e adoção de práticas saudáveis em relação ao ciclo sono-vigília.

Palavras-chave: Envelhecimento. Sono. Educação em Saúde.



Artigo

ABSTRACT - The participation of the elderly population in the programs for the elderly creates opportunities for learning, promoting healthy behaviors and self-care, a context in which an educational process in health was developed with a participative methodology for the care of the sleep-wake cycle in aging. The objective of the study was to analyze this educational process while the participants' perceptions, experiences and impact. We adopted the methodology of exploratory, descriptive and qualitative multi-case study, with a unit of analysis of the participants of two programs for the third age of the municipality of Campos dos Goytacazes enrolled for the year 2017. Data collection was made with a sociodemographic data questionnaire, a questionnaire of open questions of a perceptive type and semi-structured interviews. There were 8 elderly women included in the study, aged between 62 and 74 years, five of them with subjective sleep complaints. The thematic content analysis showed irregular sleep times, the consumption of stimulant beverages such as coffee and large amounts of food before bed, the use of electronic devices at night, a high intensity of physical and mental activities near the time of to lie down and stay in bed without sleep as being habits and behaviors inadequate and that were reeducated, obtaining significant improvements in their quality of sleep. The educational intervention motivated three of the participants, hypnotic users, to review this practice. In conclusion, this dialogic approach made possible the reflection-action, change of habits and adoption of healthy practices in relation to the sleep-wake cycle.

Keywords: Aging, Sleep, Health Education.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, característica de uma nova era demográfica, apresenta uma tendência ao declínio na proporção da população mundial juvenil, de adultos jovens e de adultos de meia idade, com proporção crescente de pessoas mais velhas, causadas por diminuição da fecundidade, aumento da esperança de vida e da longevidade (CEPAL, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2005) até o ano 2025, Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.

Este fenômeno de transição e mudança na estrutura por idades impõe uma reflexão do envelhecimento humano como processo natural, complexo, diverso, que se inicia desde o momento mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida, mas que apresenta diferenças individuais a nível biológico, psicológico, social e cultural; por



Artigo

tanto, carregado de desafios. Assim, a velhice é a última fase do ciclo vital e produto da ação concorrente dos processos de desenvolvimento e envelhecimento (NERI, 2013).

Biologicamente, o processo de envelhecimento é resultado de uma diminuição funcional ao longo do tempo, como fator determinante e por desgaste cumulativo, que causa degeneração gradual com um declínio em estrutura, função e organização (MELIS et al., 2013) e a uma velocidade e padrão de declínio que difere de pessoa a pessoa e é diferente em cada tecido e órgãos de um organismo. Várias das alterações fisiológicas da velhice começam na quarta década da vida e se acentuam com o passar dos anos; sendo a idade média considerada entre os 40-45 anos e os 60 anos, uma fase de transição para o idoso (RODRIGUEZ; HERNÁNDEZ, 2006).

Fatores ambientais como a dieta, o exercício, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a exposição a microrganismos e a contaminantes influem no envelhecimento (MURAKATA; FUJIMAKI; YAMADA, 2015); além dos fatores genéticos que determinam e regulam as modificações biológicas, sendo que geralmente o corpo na velhice sofre alterações fisiológicas intrínsecas que não geram incapacidade na fase inicial, mas que ao longo dos anos causam níveis crescentes de limitações no desempenho de atividades básicas da vida diária e até na qualidade de vida (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014), somado às condições patológicas adquiridas, antes e durante esta etapa, aumentando a vulnerabilidade do idoso.

Dentro das mudanças que acontecem no envelhecimento está a dessincronização do ciclo sono-vigília, um dos ritmos biológicos mais importantes no ser humano, regulado pelo sistema circadiano composto pelo núcleo supraquiasmático (NSQ) como o oscilador principal no cérebro e com uma localização estratégica para receber o estímulo luz-escuridão através da retina, informação visual direta e indireta até as vias do NSQ que forçam a periodicidade do relógio circadiano gerando uma ordem temporal interna para se adaptar às variações luminosas das 24 horas do ambiente (REPPERT, 2000; BURGESS et al., 2003).

O ciclo luz-escuridão é o sincronizador ambiental mais importante no sistema circadiano e, portanto, do ciclo sono-vigília que igualmente é regulado através de mecanismos homeostáticos que permitem manter o equilíbrio interno com outros sincronizadores como a secreção de melatonina, o ritmo da temperatura e o ritmo de excreção de cortisol (SIEGEL, 2005). Outros sincronizadores ambientais do sono são as normas, hábitos sociais, as tecnologias relacionadas à vida diária como luz elétrica, relógios, rádio e TV, internet, entre outros, como os sons e movimentos das cidades e dos animais, elementos condicionantes que demarcam os horários e as diferentes rotinas dos sujeitos (FERNANDES, 2006).



Artigo

Segundo De la Calzada (2000), Geib et al. (2003) e Ángeles-Castellanos et al. (2011) o ciclo sono-vigília apresenta variações ao longo da vida; assim, na velhice ocorre uma diminuição na amplitude do ciclo e um avanço na fase, produto de diversas mudanças geradas pelo envelhecimento, como são a perda neural, a perda da capacidade de resposta à informação do NSQ, a degeneração do nervo ótico, a aparição de cataratas e a alteração dos ritmos relacionados: o avanço de fase do ritmo circadiano da temperatura, o avanço da fase da secreção do cortisol e a diminuição da secreção da melatonina, hormônio indutor de sono, dando origem às mudanças qualitativas e quantitativas do sono no idoso.

Porém, várias alterações e queixas subjetivas de sono nos idosos, além de serem produzidas pelo processo de envelhecimento estão associadas com doenças como as que geram dor crônica ou condições patológicas cardíacas, pulmonares, depressão e uso de diversos medicamentos como betabloqueadores, antidepressivos, antiarrítmicos, esteroides, anti-hipertensivos, broncodilatadores, entre outros, que podem produzir insônia; adicionalmente, aos distúrbios de sono preexistentes, maus hábitos de sono e situações socioeconômicas adversas (DE LA CALZADA, 2000; ANCOLI-ISRAEL; AYALON; SALZMAN, 2008).

Durante a etapa da velhice, os sujeitos podem experimentar dificuldades para iniciar o sono noturno, que lhes é mais superficial e fragmentado, com maior taxa de despertares durante a noite e com uma diminuição global do tempo de sono, além de uma assincronia com o ambiente, indo para cama mais cedo e acordando mais cedo do que é socialmente comum (QUINHONES; GOMES, 2011; BUENO; WEY, 2012; CLAWSON; DURKIN; ATON, 2016). Estas queixas geram consequências desde um sono não reparador até sonolência diurna excessiva, sintomas depressivos, diminuição do rendimento cognitivo e psicomotor, aumento do risco de quedas e uso e abuso de medicamentos para dormir, que alteram a qualidade de vida do idoso (WOODWARD, 2012).

Costa, Ceolim e Neri (2011) referem que a percepção de apoio social exerce um fator protetor na qualidade do sono do idoso gerando sentimentos de pertencimento, ligação, bom estado de humor e um ambiente que induz a aprender e manter comportamentos de saúde positivos, incluindo hábitos saudáveis do sono. Neste sentido, parte das políticas públicas para a integração social do idoso são os programas para a terceira idade, espaços para desenvolvimento de atividades educativas, culturais e de lazer que promovem o apoio e valorização desta população, além de um envelhecimento saudável e ativo (CAMARANO; PASINATO, 2004).



Artigo

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) se requer um maior número de ações de saúde pública para o envelhecimento em todos os cenários; assim, os programas para a terceira idade constituem ambientes favoráveis para a população idosa, incentivando comportamentos saudáveis e de autocuidado; e igual cria oportunidades de participação social e aprendizagem, fortalecendo a autonomia dos idosos. Por sua vez, deve-se aproveitar sua potencialidade para acionar a educação em saúde como parte da aprendizagem permanente, um dos pilares para o envelhecimento ativo (WHO, 2005).

Neste panorama exposto, propõe-se a educação em saúde dentro dos programas para a terceira idade para o cuidado do ciclo sono-vigília no envelhecimento como estratégia de intervenção para melhorar a qualidade subjetiva de sono na velhice e, por tanto, contribuir a um envelhecimento ativo e saudável. Desde este ângulo, o objetivo do estudo foi analisar este processo educativo enquanto percepções e experiências dos idosos participantes; igualmente, compreender como esta estratégia de educação em saúde influenciou no ciclo sono-vigília da população abordada.

MÉTODOS

A pesquisa corresponde a um estudo de casos múltiplos de tipo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, com unidade de análise dos participantes dos programas para a terceira idade do município de Campos dos Goytacazes, RJ, inscritos para o ano 2017. A metodologia do estudo de caso possibilitou investigar o presente fenômeno dentro de seu contexto na vida real (YIN, 2001) por meio de uma leitura interpretativa e compreensiva das subjetividades como espaço configurador do conhecimento.

A pesquisa foi realizada com dois grupos deste município: Terceira Idade em Ação da UENF e Clube da Terceira Idade do Parque Tamandaré, nos quais os critérios de inclusão foram: (1) frequentar o programa para a terceira idade; (2) possuir 60 anos ou mais; (3) participar e concluir todas as atividades correspondentes à estratégia educativa e (4) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seleção dos casos foi feita através de convite aos idosos a participar na oficina “Dormir bem, Viver melhor” oferecida durante o primeiro semestre de 2017, a qual apresentou o objetivo de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem sobre o ciclo



Artigo

sono-vigília e o envelhecimento, incluindo estratégias para melhorar a qualidade do sono. Esta intervenção de educação em saúde foi desenvolvida em 12 encontros com uma metodologia participativa problematizadora (CACHIONI et al., 2015) onde cada sujeito trabalhou sobre suas experiências, necessidades e aprendizagens prévias e adquiridas; assim, o conteúdo discutido foi significativo e relevante para cada um dos participantes.

A estrutura da proposta educativa trabalhada foi dividida em quatro unidades temáticas para o estudo: (1) do processo do envelhecimento; (2) do ciclo sono-vigília no ser humano; (3) das mudanças deste ritmo no envelhecimento e, (4) das estratégias para diminuir as queixas subjetivas de sono e melhorar sua qualidade baseadas em evidências (PASSOS et al., 2007; ABS, 2013; MOLEN et al., 2014; OOMS; JU, 2016). As atividades cognitivas e recursos didáticos utilizados para a abordagem dos conteúdos foram: palestras, discussões temáticas, estudo de apostilas e atividades práticas. Através da intervenção educativa se desenvolveram atividades para avaliar o processo de aprendizagem de hábitos para o cuidado do sono e sua aplicação na cotidianidade, fortalecendo o estudo dos diferentes temas segundo a necessidade individual e coletiva.

A coleta de dados foi feita com um questionário de dados sociodemográficos, um questionário de perguntas abertas de tipo perceptivo desenvolvido através das atividades nos encontros como parte do trabalho exploratório e entrevistas semiestruturadas ao final do processo educativo para abordar os sentidos, significados e aprendizagens dos idosos em relação ao seu ciclo sono-vigília e ao impacto da intervenção educativa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Para a análise dos dados obtidos utilizou-se a análise temática de conteúdo (MINAYO et al., 2002) seguindo (1) uma fase pré-exploratória do material a ser analisado; (2) a seleção das unidades de significados e sua codificação; (3) o processo de categorização; (4) a descrição do resultado da categorização e, finalmente, (5) a inferência e interpretação da informação em relação à fundamentação teórica adotada e os achados da pesquisa. Produtos desta análise interpretativa emergiram diversas categorias, das quais se apresentam aqui as pertinentes aos objetivos do estudo.



Artigo

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com base na Resolução CNS nº 466/12, o estudo foi submetido ao e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Campos Fundação Benedito Pereira Nunes, sob parecer nº 2.173.349. Depois da leitura, interpretação e esclarecimento das dúvidas apresentadas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Dos participantes da intervenção educativa em saúde foram selecionados oito sujeitos que cumpriram os critérios de inclusão, mulheres, com idades entre 62 e 74 anos. Quanto à escolaridade, três delas tinha ensino médio completo, duas ensino superior, uma ensino técnico, uma ensino fundamental completo e uma ensino fundamental incompleto.

Em relação à sua situação socioeconômica, referente à renda mensal, sete idosas possuíam alguma remuneração proveniente de aposentadoria ou pensão, três delas ainda continuam no mercado laboral através do trabalho informal e uma não possuía renda. Quanto ao arranjo familiar, três correspondiam a tipo unipessoal, três de tipo nuclear e dois de tipo estendida.

Das idosas, duas pertenciam ao programa da Terceira Idade em Ação da UENF e seis pertenciam ao Clube da Terceira Idade do Parque Tamandaré. Seus tempos de participação eram variados: duas menos de 1 ano, uma 1 ano, três 2 anos, uma 5 anos e uma 10 anos. Todas participavam de mais de uma atividade por semana.

Cinco das participantes referiram experimentar queixas subjetivas de sono, entre as quais as mais frequentes foram as dificuldades para conciliar ou manter o sono, despertares noturnos frequentes e longos, dormir pouco tempo na noite, acordar mais cedo do que previsto, sono superficial e não reparador. Quatro delas consumiam medicação hipnótica.

Entre os motivos para participar na oficina foram referidos (1) a preocupação pelo cuidado da saúde na velhice; (2) as inquietudes sobre as mudanças ocorridas nesta etapa; (3) o interesse de compreender as mudanças no sono durante a velhice; (4) o



Artigo

desejo de aprender estratégias para dormir melhor; e, (5) a apreensão gerada por uso crônico de hipnóticos.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo, 2017

Características	Total (n)	Percentual (%)
Gênero		
Feminino	8	100
Idade (anos)		
60-64	3	37,5
65-69	3	37,5
70-74	2	25
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	12,5
Ensino fundamental completo	1	12,5
Ensino médio completo	3	37,5
Ensino técnico	1	12,5
Ensino superior	2	25
Arranjo familiar		
Unipessoal	3	37,5
Casal sem filhos	3	37,5
Estendida	2	25
Ocupação		
Ativo	3	37,5
Não ativo	5	62,5
Aposentado/Pensionista		
Sim	7	87,5



Artigo

Não	1	12,5
Queixas subjetivas de sono		
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Uso de hipnóticos		
Sim	4	50
Não	4	50
Tempo de participação nos programas da terceira idade		
Menos de um ano	2	25
De 1 a 3 anos	4	50
De 3 a 5 anos	1	12,5
Más de 5 anos	1	12,5

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos autores.

Percepções e experiências em relação ao processo educativo em saúde

A ação da educação em saúde para intervir na qualidade de sono dos idosos participantes do estudo foi apresentada como um processo, enfatizando seu caráter de construção coletiva através do compartilhamento de suas experiências de vida e conhecimento em relação ao ciclo sono-vigília e que junto aos conhecimentos desenvolvidos nos encontros serviriam de ferramenta para se apropriar e transformar suas práticas. Por isso, se enfatizou o trabalho com sua própria realidade e o compromisso com seu autocuidado a fim de cumprir os objetivos propostos.

Parte inicial da oficina foi indagar sobre conhecimentos prévios em relação ao sono e a origem desses aprendizados que orientaram suas práticas atuais. As idosas referiram que aprenderam sobre o tema ao longo da vida através dos ensinamentos de suas famílias desde crianças, na transmissão oral dos discursos frequentes relacionados, de suas próprias experiências e, na atualidade, com a Internet.



Artigo

Quanto às abordagens pelos profissionais de saúde, relataram que seus médicos perguntam usualmente se elas estão dormindo bem; mas que da parte educativa, o tema é inserido em palestras para o cuidado da saúde com predomínio de falas em torno a: “o sono é muito importante para a saúde”, “se deve ter 8 horas de sono por noite”, “se deve dormir bem”, “o sono descansa o corpo e a mente”. Por isso, a intervenção educativa foi valorada pelas idosas como um aporte ao cuidado de sua saúde e ao acréscimo em seus conhecimentos, ressaltando que é necessário conhecer mais dos temas para compreender sua importância, redirecionar seus saberes e conseguir as mudanças para “se cuidar melhor”.

O curso passou muita coisa que a gente achava que sabia e não sabia mesmo...enriqueceu meu conhecimento em relação à saúde, à necessidade de tomar cuidados para dormir. (P1).

Eu sei quanto o sono é importante, depois comecei a valorizar mais depois desse trabalho... Se na minha época tiveram trabalho preventivo, tal vez agora não tivessem tantas pessoas dependentes do remédio. (P8).

As atividades desenvolvidas dentro da metodologia utilizada constituíram uma via para a reflexão-ação dos hábitos, comportamentos e condutas em relação ao ciclo sono-vigília. Assim, o preenchimento de um Diário de Sono ao início e ao final da oficina constituiu-se numa ferramenta de autodiagnóstico e posterior ação de mudança para melhorar a qualidade de sono, especialmente na regularidade dos horários.

Esse diário fez com que a gente passara a observar, para ter uma sequência, foi muito bom para a gente despertar. (P2).

A atividade que me fez mais atenta ao sono da noite foi o diário de sono. (P3).

Igualmente, o preenchimento de um questionário em forma de atividades prévias ao desenvolvimento do tópico de cada encontro contribuiu ao trabalho reflexivo, da expressão de subjetividades e no qual se focou a importância do reconhecimento de que cada sujeito tem seu processo de saúde.

O que eu mais gostei na oficina de sono foram essas perguntas... eu escrevi muita coisa, que eu sinto, que eu acho que é e que eu não tinha com quem falar, escrevi então meus depoimentos. Gostei muito da dinâmica. (P5).



Artigo

A oficina ofereceu às idosas a constituição de um grupo de discussão, uma aprendizagem colaborativa que valorou os discursos da coletividade.

O que mais chamou a atenção foram os depoimentos das outras meninas, foi uma alerta para mim, apesar de que eu já tenho um bom sono, mas melhorou ainda. (P5).

Gostei da maneira como foi conduzido o trabalho... não tem aquela barreira. Se dá abertura às pessoas, abertura a perguntas, se é ou não é, concorda, não concorda. (P8).

Apresentou-se um processo de aprendizagem através do qual a informação tornou-se conhecimento ao conseguir transformar hábitos existentes de acordo a suas necessidades e potencialidades em práticas saudáveis no ciclo sono-vigília.

Eu não dormia, eu aprendi a dormir, eu uso todas as estratégias, tudo foi uma aprendizagem. (P3).

Eu comecei mudando tudo depois dessa terapia de sono... Depois que eu comecei com essas atividades da terceira idade, esse trabalho teu... me libertei muito. (P8).

Um dos motivos da permanência das participantes foi conhecer seu potencial de contribuir ao cuidado dos outros, fortalecido pela cultura de promoção da saúde dos ambientes comunitários, como são os programas da terceira idade. Neste sentido, o idoso aprende a aprender e aprende a ensinar e se valoriza sua função social.

Eu sempre falo para as pessoas, eu aprendi como dormir, eu sempre passo isso para as pessoas. (P4).

Aprendi muita coisa e que depois posso passar a muita gente, porque quando eu cheguei aqui, eu não dormia e depois eu comecei a dormir sem precisar tomar remédio... De tudo o que a oficina me ensinou eu aprendi um pouco e tento passar para o povo... tem muita coisa que a gente não sabe. (P6).



Artigo

Construção de práticas saudáveis do ciclo sono-vigília no envelhecimento

Das idosas participantes, três não apresentavam queixas subjetivas de sono; porém, referiram mudança de hábitos e melhora na sua qualidade. Das queixas de sono, duas adotaram alguns hábitos saudáveis, mas, persistiram, e as três restantes referiram apresentar uma melhora significativa. A participação no processo educativo motivou a três das participantes consumidoras de hipnóticos - duas em forma crônica - a rever suas práticas medicamentosas.

Me liberei... quando fiz a oficina, ainda tomava alguns remédios para dormir, mais agora não estou precisando não. (P2).

Eu tinha insônia, eu deitava e não conseguia dormir, desde jovem, o médico passou remédio para mim, só que eu não comprei... agora a insônia acabou... essa aula foi muito boa para mim. (P3).

Depois que eu comecei a oficina larguei o remédio... eu consigo dormir até de dia, coisa que eu não fazia, antes não dormia nem de dia, nem de noite. (P6).

Comecei a tomar remédio para dormir desde 1971, desde ai já foi direto... eu acho que eu estava tão acostumada ao remédio e com vontade de achar solução para isso, que quando eu comecei e percebi que realmente podia... não vou dizer que os primeiros dias surtiu aquele efeito, que não tomei remédio e dormi logo, não, foi melhorando... até que chegou o ponto que eu não precisei mais... Eu acho que com um mês eu já comecei a dormir bem mesmo... O médico dizia você tem que aprender a dormir, agora eu aprendi a dormir mesmo. (P8).

A abordagem do cuidado do ciclo sono-vigília permitiu às idosas reconhecer que algumas de suas queixas de sono estavam relacionadas com práticas não saudáveis. Um dos hábitos com maior dificuldade para elas e, portanto, mais trabalhados, foi a regularidade dos horários de sono. Como estratégia para não acordar na madrugada por ter diminuído seu tempo total de sono ou por apresentar problemas na sua conciliação, elas adiam o horário para ir dormir. Outras não tinham um horário de rotina para se deitar. Sempre acordam cedo.

Gostei muito daquele ensinamento da gente prestar mais atenção no horário de dormir e depois da aula de sono eu fico mais ligada a isso,



Artigo

porque eu sei que a gente tem que dormir tantas horas, ai não posso demorar muito em dormir ou mesmo ficar fazendo muita coisa até tarde. (P7).

Um dos temas mais significativos para as idosas foi relacionado à “nutrição e sono”. Entre os hábitos não saudáveis para o sono em relação à alimentação estava o consumo de café e grande quantidade de comida à noite. Além disso, algumas estratégias para dormir melhor como os alimentos que promovem a produção de melatonina ou aqueles que contribuem para o sono como alguns chás foram adaptados na sua rotina.

Eu tinha uma mania de deitar na cama com um pacote de biscoito, comer muito açúcar, tudo isso eu cortei. (P1).

Eu gostei da orientação em relação à alimentação... tomo chá de camomila ou leite morno... assim estou conseguindo voltar a dormir com muita facilidade. (P2).

Um hábito não saudável em relação ao sono nas participantes era o uso de aparelhos eletrônicos à noite. O uso não racional da tecnologia afeta o sono, o celular está se transformando em uma estratégia para conciliar ou paliar sua falta. Igualmente, foi referido, como prática comum, o uso da TV no quarto e usada como método para conciliar o sono.

Eu ficava vendo TV, comecei diminuindo a TV, eu levava o celular para o quarto, agora eu não levo mais... eu só fico com o celular até a hora que eu acho que quero ficar e deixo lá na sala e vou dormir. (P6).

Uma das reflexões feitas pelas idosas como motivo frequente que “*atrapalha o sono*” era a preocupação e “*ficar ligada*” perto do horário de dormir, sendo necessário introduzir a estratégia de praticar um processo de desaceleração das atividades físicas e mentais como preparação para o sono. As idosas aprenderam a “*desligar a mente e o corpo*”.

Aprendi que à hora que a gente dorme, desliga a mente... o cérebro tem que descansar. (P3).

Eu aprendi que você não tem que trabalhar até tarde, você tem que relaxar, tem que ter hora. (P4).



Artigo

Agora quando vai caindo a noite, eu já começo me preparando, eu já começo entrando nesse estado de oração, agora estou fazendo esse preparo. (P8).

Uma das maiores dificuldades entre as idosas que apresentavam insônia era não conseguir conciliar ou perder o sono e ficavam na cama “*brigando com o sono*”; assim, a estratégia que foi direcionada na oficina lhes permitiu afrontar os despertares noturnos prolongados.

Quando tenho dificuldade para dormir já não fico mais na cama rolando de um lado para outro. Levanto, procuro uma atividade que me interesse, como: ler, meditar, orar, tomo chá de camomila ou leite morno, ouço uma musica, procuro não brigar com o sono e assim estou conseguindo voltar a dormir com muita facilidade. (P2).

Se demoro em dormir, agora... sento, saio do quarto, vou para sala e começo a rezar. (P6).

Igualmente, foi constatado o caráter permanente e transformador da aprendizagem através de um dos casos, no qual uma das participantes com insônia voltou a tomar hipnóticos por 20 dias e logo depois retomou os aprendizados, melhorando sua qualidade de sono novamente.

Eu tive uma recaída, voltei a tomar remédio porque eu estava muito preocupada... então resolvi, tenho que voltar a dormir... resolvi retomar os hábitos que eu estava fazendo... estou novamente tirando o remédio... eu não quero voltar mais a tomar remédio para dormir... eu não vou deixar ter recaída mais não, já sei que fazer. (P6).

Por último, parte das atividades da oficina com as idosas foi refletir sobre sua percepção em relação à sua saúde e como sua participação nos programas da terceira idade tem contribuído na aprendizagem e suas práticas de autocuidado, além de sua influencia na experiência de envelhecer. Assim, na sua autoavaliação da saúde, duas idosas referiram estar “regular”, quatro delas referiram estar “bom” e as duas restantes referiram estar “muito bom”. Além disso, relataram:



Artigo

Depois que eu vim para as aulas do programa, melhorou minha qualidade de vida...me faz bem, se eu parar se atrofia tudo. (P3).

Eu participo para estimular a mente... sempre gostei de fazer estas atividades, gosto das palestras porque é muita coisa que é bom para mim, aprendi muito sobre muita coisa. (P5).

Participar lá me ajudou... para minha qualidade de vida e a preparação para envelhecer. (P8).

DISCUSSÃO

Cabe destacar inicialmente a participação da população feminina na intervenção educativa. A feminização da velhice e a tendência da mobilização deste público nos programas para a terceira idade deixa em evidência o entusiasmo, habilidade e flexibilidade da mulher idosa por empreender atividades em prol de sua saúde, bem-estar e afrontamento das mudanças da etapa da velhice (CAMARANO; PASINATO, 2004; COUTINHO; BRITTES; ASSMANN, 2012).

Os programas para a terceira idade exercem função de apoio social ao idoso, possibilitando sua convivência com membros da sua própria geração e o desenvolvimento de ações educativas, culturais e de lazer, úteis para a superação de imagens negativas que permeiam a velhice, na promoção de mudanças comportamentais e na sua saúde física e mental (COUTINHO; BRITTES; ASSMANN, 2012).

Uma das ações destes programas é a prática educativa onde o idoso, sujeito do processo de ensino-aprendizagem, participa de atividades de educação não formal segundo suas necessidades, gostos, desejos de realização e inclusão sob o princípio de educação permanente (CACHIONI et al., 2015), reafirmando o caráter da aprendizagem ao longo da vida segundo a OMS (WHO, 2005) como parte dos pilares para um envelhecimento ativo e a educação para a saúde a fim de ensinar as pessoas sobre como cuidar delas mesmas e de outros, à medida em que envelhecem.

Diversos estudos como aqueles desenvolvidos por Peixoto e Pereira (2004), Victor et al. (2007) e Zea (2009) documentam o movimento dos programas da terceira idade através da educação na promoção da saúde física, mental e social das pessoas idosas, portanto, ferramenta para o cuidado e o autocuidado, além de seu impacto positivo no seu processo de envelhecimento e sua qualidade de vida, ação desenvolvida em ambientes comunitários, superando o paradigma tradicional de atenção centrada na doença.



Artigo

No estudo, a educação em saúde para o cuidado do ciclo sono-vigília no envelhecimento permitiu promover a saúde e o bem-estar por meio da aquisição e aprimoramento de práticas saudáveis para melhorar a qualidade do sono e contribuir na diminuição das queixas subjetivas das idosas participantes, algumas delas derivadas de hábitos não saudáveis para dormir.

O desenvolvimento desta prática educativa, por meio de uma abordagem pedagógica dialógica e significativa, transformou saberes existentes, democratizando o conhecimento do tema e, portanto, como instrumento emancipatório para fazer do idoso, um sujeito consciente, comprometido e atuante dentro de sua própria realidade (FREIRE, 1987), e segundo refere Alves (2005) só assim é possível assegurar que as mudanças de hábitos e de comportamentos para a saúde sejam duradouras pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos.

Igualmente, o apoio social gerado por meio destes programas pode potencializar os resultados da intervenção educativa desenvolvida, sendo que uma pior qualidade de sono nos idosos está associada ao meio sociocultural em que se desenvolvem, a saúde geral auto-percebida, ao isolamento e à uma recepção menor de estímulos durante a vigília (Oliveira et al., 2010). As idosas do estudo referiram, em geral, uma percepção “boa” de sua saúde e relacionaram sua participação nas atividades dos programas da terceira idade como fator que contribuiu para sua saúde e qualidade de vida.

Em relação à educação para o cuidado do ciclo sono-vigília, estudos realizados por Sun et al. (2013), Alessi et al. (2016), Leal-Grimaldo et al. (2017) e Martin et al. (2017) aplicaram uma intervenção educativa de higiene de sono em conjunto com outras intervenções como terapia de conduta ou medidas de auto relaxamento e meditação em um grupo de idosos da comunidade com insônia, obtendo benefícios importantes na qualidade de seu sono.

A intervenção do estudo foi desenvolvida retomando diversas práticas documentadas na literatura científica referida por autores como Passos et al. (2007), Woodward (2012), ABS (2013), Molen et al. (2014), Ooms e Ju (2016) que incluem: higiene de sono, controle de estímulos, técnicas de relaxamento, orientações de intenção paradoxal, diminuição da excitação cognitiva, as crenças e as atitudes disfuncionais em relação ao sono; além de outras recomendações como a prática de atividade física e cuidados com alimentação; assim como indicações para diminuir alguns fatores de risco, como o isolamento social e a insuficiência de estímulos cognitivos.

Um fator que piora as queixas subjetivas de sono na velhice são os hábitos de sono inadequados. Na população abordada, a irregularidade nos horários do sono, o consumo de bebidas estimulantes como o café e de grandes quantidades de comida



Artigo

antes de dormir, o uso de aparelhos eletrônicos na noite, a intensidade das atividades físicas e mentais perto da hora de se deitar e ficar na cama sem sono foram os hábitos e comportamentos que eles perceberam errados e, em consequência, susceptíveis de intervenção.

Secundário a um avanço de fase circadiana os idosos dormem cedo e acordam cedo (DE LA CALZADA, 2000; ÁNGELES-CASTELLANOS et al., 2011). Entre as participantes, nenhuma dormia cedo, algumas, para evitar acordar na madrugada, e outras, por ter maus hábitos de sono e não ter horário de rotina para dormir. Como consequência, existe uma diminuição global do tempo de sono noturno associado à sonolência diurna excessiva e ao aumento de cochilos diurnos que pioram a qualidade de sono na noite (OLIVEIRA et al., 2010) em algumas delas, outras referiram não ter sonolência diurna, mas apresentaram alterações de humor e cansaço no dia seguinte a uma noite ruim de sono.

Como prática saudável foi inserida a importância da consistência e regularidade dos horários de sono - igual hora de se deitar, igual hora de acordar - evitando ficar na cama mais tempo para dormir, em nenhum dia da semana (WOODWARD, 2012). Uma das ferramentas apropriadas na aquisição deste hábito pelas idosas foi o Diário de Sono relatando que conscientizou a ação de se deitar no mesmo horário, pois, para elas, a hora de acordar não tem variação; porém para três das idosas esta regularidade lhes permitiu dormir até mais tarde. Uma das idosas, apesar de demonstrar ter consciência da importância deste hábito, não conseguiu mudá-lo, devido às cargas de trabalho em casa e com a família.

Em relação ao consumo de café foi indicado evitar seu consumo 4 a 6 horas antes de dormir. Esta bebida psicoestimulante antagoniza os receptores de adenosina, neuromodulador que promove o sono, e produz alterações como aumento da sua latência e despertares noturnos, reduz a eficiência do tempo total de sono e piora a percepção na sua qualidade. Ainda que a sensibilidade a esta substância tenha variações individuais, os idosos apresentam maior vulnerabilidade aos transtornos do sono induzido por altas doses de cafeína (CLARK; LANDOLT, 2017).

A recomendação em relação à alimentação se referiu a evitar comidas copiosas, além da ingestão abundante de líquidos antes de dormir, adotando fazer um lanche leve na final da tarde ou início da noite para evitar ter fome durante a noite (ABS, 2013). As idosas relataram a ingestão de comidas abundantes perto do horário de se deitar, algumas delas comem quando não podem conciliar o sono ou durante os despertares noturnos prolongados.



Artigo

A falta de sono produz risco de obesidade por efeitos metabólicos que incluem anormalidades nos hormônios reguladores do apetite, como diminuição da leptina (supressor do apetite) e aumento da grelina (estimulante do apetite) acrescentando o consumo de alimentos que geralmente são carboidratos. Igualmente, sujeitos com excesso de peso e obesidade têm maiores perturbações do sono (FRANCKLE et al., 2015).

Com frequência, os idosos usam aparelhos eletrônicos à noite, inclusive quando apresentam despertares noturnos. Celulares, computadores e TV possuem uma iluminação LED com maior quantidade de luz azul artificial que diminui a produção de melatonina alterando a qualidade de sono, piorando em função do tempo de exposição e da intensidade luminosa (GREEN et al., 2017; HATORI et al., 2017). Esta prática comum da vida moderna foi referida como o hábito não saudável mais difícil de eliminar, incluso porque as idosas usam estes aparelhos quando não podem conciliar o sono.

Adicionalmente, é necessário realizar uma desaceleração gradual das atividades físicas e mentais ao aproximar-se da hora de dormir (PASSOS et al. 2007; OOMS; JU, 2016). Segundo Molen et al. (2014) sujeitos com queixas de sono como a insônia apresentam uma ativação fisiológica e uma hiper-excitação crônica aumentando a temperatura corporal e a ação do sistema nervoso autônomo, atrasando a iniciação do sono; ao igual que acontece com a atividade física intensa.

Nas participantes, a dificuldade no manejo das emoções e preocupações somada à realização de serviços domésticos perto de horário de dormir dificultavam a conciliação do sono por desconhecimento da importância ou falta de ferramentas para um preparo mental e corporal para o sono noturno, hábito estabelecido através da intervenção educativa.

As idosas que apresentaram queixas subjetivas de sono referiram dificuldades de iniciar o sono noturno, despertares prolongados durante a noite e acordar mais cedo do que o previsto; porém, as idosas restantes relataram as mesmas dificuldades em forma não constante quando tinham uma preocupação; então, ficavam na cama tentando dormir, com sentimentos de ansiedade, usavam aparelhos eletrônicos ou levantavam da cama a fazer tarefas domésticas. Portanto, elas adaptaram a estratégia de sair da cama e do quarto procurando fazer uma atividade relaxante e monótona até sentir sono, repetindo se é necessário e evitando esses comportamentos descritos segundo recomendações documentadas (ABS, 2013).

Por último, Woodward (2012) e Min et al. (2016) referem que o uso de hipnóticos aumenta com a idade, apresentando preocupações importantes no seu uso



Artigo

pela associação com alterações cognitivas como o menor tempo de reação e coordenação, dependência e tolerância, risco de quedas potencializado pela ruim qualidade de sono; além do abuso e uso inadequado por falta de conhecimentos da população idosa.

Similar ao estudo de Mendonça et al. (2015), as percepções das quatro participantes usuárias de medicamentos para dormir, três delas em forma crônica, foram diversas. Uma delas referiu precisar usá-los indefinidamente; outra idosa denominava seu uso como necessário para se relaxar, enquanto outras duas idosas apresentaram sentimentos de ansiedade pelo uso de hipnóticos, configurando-o como “um vício”. Nestas três últimas participantes, as aprendizagens adquiridas na intervenção educativa contribuíram a rever suas práticas medicamentosas fornecendo ferramentas importantes para colaborar no processo de diminuição e eliminação de seu uso.

CONCLUSÃO

O envelhecimento humano é um processo que gera diversas mudanças a nível biológico, psicológico e social apresentando desafios na sua abordagem, orientados a diminuir a vulnerabilidade do idoso, buscando a promoção de um envelhecimento ativo. Um dos caminhos que permite ao sujeito adquirir estratégias de enfrentamento na etapa da velhice é a educação ao longo da vida como ferramenta emancipatória e de apropriação em sua experiência individual e coletiva de envelhecer.

Das necessidades de cuidado que podem surgir do envelhecimento, estão aquelas derivadas das modificações do ciclo sono-vigília somadas às alterações de sono estabelecidas, as quais requerem intervenção por apresentar consequências significativas na saúde física, na saúde mental e na qualidade de vida do idoso. No estudo, foi evidenciado que um fator de risco para piorar as queixas subjetivas de sono são os hábitos não saudáveis, por desconhecimento, sendo a educação em saúde uma estratégia para gerar mudanças comportamentais no seu autocuidado.

O estudo destacou o papel dos programas para a terceira idade, iniciativas de associativismo, na promoção da saúde da população idosa, através do desenvolvimento de intervenções educativas para dar resposta a necessidades secundárias do processo de envelhecimento. Verificou-se que o modelo pertinente da educação em saúde é o dialógico por meio da transformação de saberes existentes e a reflexão-ação, resultando em mudanças de hábitos e adoção de práticas saudáveis em relação ao ciclo sono-vigília.



Artigo

Cabe ressaltar o impacto positivo na qualidade de sono das participantes da intervenção educativa em diversos graus e com uma grande influência do ambiente de promoção da saúde dos programas da terceira idade por meio das atividades desenvolvidas nestes espaços, mas também de um interesse do idoso em aprimorar o cuidado de sua saúde e sua preocupação em relação à perda de independência. Desta forma, os resultados obtidos suscitam ao desafio de continuar com mais ações e pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Cathy et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinician Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 64, n. 9, p. 1830-8, 2016.

ALVES, Vânia. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANCOLI-ISRAEL, Sonia; AYALON, Liot; SALZMAN, Carl. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. **Harvard Review of Psychiatry**, Cambridge, v. 16, n. 5, p. 279-86, 2008.

ÁNGELES-CASTELLANOS, Manuel et al. Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). **Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM**, Ciudad de México, v. 54, n. 2, p. 33-40, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SONO – ABS. Insônia do diagnóstico ao tratamento. **III Consenso Brasileiro de Insônia**. São Paulo: Omnifarma, 2013. P. 160.

BUENO, Clarisa; WEY, Daniela. Gênese e ontogênese do ritmo de sono/vigília em humanos. **Revista da Biologia**, v. 9, n. 3, p. 62-7, 2012.

BURGESS, Helen et al. Preflight adjustment to eastward travel: 3 days of advancing sleep with and without morning bright light. **Journal of biological rhythms**, New York, v. 18, n. 4, p. 318-28, 2003.



Artigo

CACHIONI, Meire et al. Metodologias e estratégias pedagógicas utilizadas por educadores de uma universidade aberta à terceira idade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 81-103, 2015.

CAMARANO, Ana; PASINATO, Maria. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana (Org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CLARK, Ian; LANDOLT, Hans. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. **Sleep medicine reviews**, London, v. 31, p.70-78, 2017.

CLAWSON, Brittany; DURKIN, Jaclyn; ATON, Sara. Form and Function of Sleep Spindles across the Lifespan. **Neural Plasticity**, v. 2016, p. 1-16, 2016.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. La Nueva Era Demográfica en América Latina y el Caribe: La hora de la igualdad según el reloj poblacional. **Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe**, 2014.

COSTA, Shintia; CEOLIM, Maria; NERI, Anita. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 920-7, 2011.

COUTINHO, Silvia; BRITTES, Lissiane; ASSMANN, Francisca. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184-192, 2012.

DE LA CALZADA, Mario. Modificaciones del sueño en el envejecimiento. **Revista de Neurología**, v. 30, n. 6, p. 577-80, 2000.

ESQUENAZI, Danuza; SILVA, Sandra; GUIMARÃES, Marco. Aspectos fisiopatológicos de envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.



Artigo

FERNANDES, Regina. O Sono normal. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 157-168, 2006.

FRANCKLE, Rebecca et al. Insufficient sleep among elementary and middle school students is linked with elevated soda consumption and other unhealthy dietary behaviors. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 74, p. 36–41, 2015.

FREIRE, Paulo; **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. P. 107.

GEIB, Lorena et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 3, p. 453-65, 2003.

GREEN, Ari et al. Evening light exposure to computer screens disrupts human sleep, biological rhythms, and attention abilities. **Chronobiology international**, Oxford, v. 34, n. 7, p. 1-11, 2017.

HATORI, Megumi et al. Global rise of potential health hazards caused by blue light induced circadian disruption in modern aging societies. **NPJ aging and mechanisms of disease**, London, v. 3, n. 9, p. 1-3, 2017.

LEAL-GRIMALDO, José et al. Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño. **Atención Familiar**, Ciudad de México, v. 24, n. 1, p. 23-6, 2017.

MARTIN, Jennifer et al. A Four-Session Sleep Intervention Program Improves Sleep for Older Adult Day Health Care Participants: Results of a Randomized Controlled Trial. **Sleep**, Oxford, v. 40, n. 8, p. 1-35, 2017.

MELIS, Joost et al. Aging on a different scale – chronological versus pathology-related aging. **Aging**, v. 5, n. 10, p. 782-8, 2013.

MENDONÇA, Jussara et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-58, 2015.



Artigo

MIN, Yaena et al. The Effect of Sleep Medication Use and Poor Sleep Quality on Risk of Falls in Community-Dwelling Older Adults in the US: A Prospective Cohort Study. **Drugs & aging**, New Zealand, v. 33, n. 2, p. 151-8, 2016.

MINAYO, Maria et al; **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. P. 109.

MOLEN, Yara et al. Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 1, p. 63-71, 2014.

MURAKATA, Yoshiko; FUJIMAKI, Tetsuo; YAMADA, Yoshiji. Age-related changes in clinical parameters and their associations with common complex diseases. **Biomedical reports**, England, v. 3, n. 6, p. 767-77, 2015.

NERI, Anita. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramón (Org.). **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-42.

OLIVEIRA, Beatriz et al. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 851-60, 2010.

OOMS, Sharon; JU, Yo-El. Treatment of Sleep Disorders in Dementia. **Current treatment options in neurology**, Philadelphia, v. 18, n. 9, p. 1-20, 2016.

PASSOS, Giselle et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 279-282, 2007.

PEIXOTO, Renato; PEREIRA, Célia. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-32, 2004.



Artigo

QUINHONES, Marcos; GOMES, Marleide. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 31-42, 2011.

REPPERT, Steven. **Cellular and molecular basis of circadian timing in mammals. Seminars in Perinatology**, New York, v. 24, n. 4, p. 243-6, 2000.

RODRÍGUEZ, Elisa; HERNÁNDEZ, Domingo. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (Org.). **Tratado de geriatría para residentes**. Madrid: IM&C, 2006. p. 48-59.

SIEGEL, Jerome. Clues to the functions of mammalian sleep. **Nature**, London, v. 437, n. 7063, p. 1264-71, 2005.

SUN, Jingxian, et al. Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. **Journal of Clinic Nursing**, v. 22, n. 9-10, p. 1270-8, 2013.

VICTOR, Janaína et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-30, 2007.

WOODWARD, Michael. Sleep in older people. **Reviews in Clinical Gerontology**, Cambridge, v. 22, n. 2, p. 130-49, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Brasília: **Organização Mundial da Saúde**, 2015.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. P. 206.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

ZEA, María. La experiencia del Aula Universitaria de Mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 27, n. 2, p. 244-52, 2009.



PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DO CICLO SONO-VIGÍLIA
NO ENVELHECIMENTO: ESTUDO DE CASO

Páginas 59 a 83

Artigo

**A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E A MORTE INDIGNA À LUZ DA
NORMATIVA DO CFM**

**THERAPEUTIC OBSTINATION AND UNDIGNIFIED DEATH UNDER “CFM”
STANDARDS ABSTRACT**

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Leila Maria Tinoco Boechat Ribeiro

Ieda Tinoco Boechat

Raquel Veggi Moreira

Carlos Henrique Medeiros de Souza

RESUMO - Desde a segunda metade do século passado, momento em que os recursos tecnológicos passaram a ser empregados excessivamente a serviço da saúde humana, o fenômeno da Distanásia tem-se tornado uma prática cada vez mais comum nos hospitais brasileiros. Essa conduta, também denominada obstinação terapêutica, consiste em se empreender tratamentos e procedimentos que não trazem nenhum benefício à pessoa enferma, submetendo-a a sofrimento desnecessário, já que se encontra em estado de terminalidade de doença grave e irreversível. Percebe-se uma tendência cada vez mais clara do Conselho Federal de Medicina (CFM) no sentido de firmar posição contrariamente à prática da Distanásia, fato que se pode constatar pela redação do artigo 41 e seu parágrafo único do Código de Ética Médica (CEM), Resolução nº 1.805/06, a 1.995/12 e a 2.156/16, todas do CFM. Desse contexto, emerge a seguinte situação-problema: de que forma a normativa do CFM percebe a prática da obstinação terapêutica? O objetivo do presente artigo é analisar o fenômeno da obstinação terapêutica à luz da normativa do CFM. A hipótese é que se trata de uma conduta censurada pela normativa do CFM, embora alguns médicos conservadores ainda entendam como negligência médica a conduta da suspensão ou não adoção de medidas terapêuticas nos casos. Assim, a Distanásia é a prática por meio da qual a Medicina tem estendido a vida humana por um tempo cada vez mais longo, por meio de excesso terapêutico empregado a pacientes que já não têm possibilidade de cura, estando em estado terminal de doença, fato que o submete a dores desnecessárias, pondo-lhe em risco a dignidade. Conclui-se que o tratamento obstinado deve ser evitado, não somente por causar prejuízo à dignidade da pessoa enferma, mas também por ferir as normas de conduta ética à luz da normativa do CFM, inclusive o CEM, que delineia a deontologia médica, ou seja, as ações dos profissionais no exercício da Medicina.



Artigo

Palavras-chave: lesão; dignidade da pessoa humana; enfermo; Conselho Federal de Medicina (CFM); normas.

ABSTRACT - Since the second half of the last century, when technological resources have become overused in the service of human health, the phenomenon of Dysthanasia has become an increasingly common practice in Brazilian hospitals. This conduct, also termed as therapeutic obstinacy, consists of undertaking treatments and procedures that do not bring any benefit to the sick person, putting them through unnecessary suffering, since they are in a terminal state of a serious and irreversible disease. There is an increasingly clear tendency of the Brazilian Federal Medical Council (CFM) to establish a position contrary to the practice of Dysthanasia, which can be seen in the forty-first article, single paragraph of the Code of Medical Ethics (CEM), the Resolution 1,805/06, 1,995/12 and 2,156/16, all of the CFM. Up from this context, a problematic question emerges: how does CFM regulation perceive the practice of therapeutic obstinacy? The aim of the present article is to analyze the phenomenon of therapeutic obstinacy in light of CFM regulations. The hypothesis is that it is a conduct censored by CFM regulations, although some conservative doctors still consider medical malpractice as the conduct of the suspension or failure to adopt therapeutic measures in the cases. Thus, Dysthanasia is the practice by which medicine has extended human life for an increasingly longer time, by means of therapeutic overuse to patients who no longer have a possibility of cure, being in a terminal state of disease, a fact that puts him in unnecessary pain, and his dignity at risk. It is concluded that obstinate treatment should be avoided, not only because it damages the dignity of the sick person, but also because it violates ethical standards in the light of CFM regulations, including CEM, which delineates medical deontology, with that being, the actions of professionals in the practice of Medicine.

Keywords: injury; dignity of human person; sick; Federal Council of Medicine (CFM); normative.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir da segunda metade do Século XX, a Medicina passou a utilizar os recursos tecnológicos a serviço da saúde, fato que se intensificou na década de 1970, ao



**A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E A MORTE INDIGNA À LUZ DA NORMATIVA DO
CFM**

Páginas 84 a 100

Artigo

mesmo tempo em que o Brasil adotou o critério da morte cerebral, pela Convenção de Sidney, o que provocou o denominado processo de medicalização da morte, pois a morte já não mais podia ser constatada pela família (como o era, quando o critério que estabelecia a morte humana era o da cessação das atividades cardiorrespiratórias). Desde então, o doente obrigatoriamente adotou a medida de passar pelo hospital para que o médico atestasse a morte. Ao chegar então em estado grave ao hospital, o doente passou a ser submetido a sucessivas ressuscitações, intubações e outros procedimentos artificiais de manutenção do funcionamento dos órgãos vitais, que antes não ocorriam. Com esse fato, o processo de morte foi se tornando cada vez mais longo e doloroso. A Medicina passa a intervir na própria duração da vida, tornando relevante a análise e discussão do tema pela sociedade e comunidade científica.

Tem lugar, então, a análise da posição do CFM a respeito dessa prática, que se tornou corriqueira nos hospitais brasileiros. A hipótese é de possível existência de censura à obstinação terapêutica de acordo com a atual perspectiva de proteção à dignidade da pessoa humana, o que se procura demonstrar por meio deste artigo.

Emprega-se metodologia qualitativa, baseada em teóricos estudiosos da temática, bem como interpretação do viés constitucional a respeito do princípio norteador da dignidade da pessoa humana e da normativa afeta ao CFM.

CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO DA DISTANÁSIA

Dentre as limitadas convicções que norteiam a vida, a morte é um dos poucos acontecimentos de que se tem certeza, pois a espécie humana é constituída por seres finitos e mortais. Todo ser humano tem consciência de que, um dia, deparará com o expirar de sua própria existência, tendo em vista a previsibilidade, tão certa quanto a do nascer.

De acordo com Moreira (2016, p. 85), “viver bem é o objetivo de toda pessoa [...]. Neste mesmo sentido de se buscar sempre o que oferece prazer, há também a busca pelo morrer bem, o morrer com dignidade”.

A vida e a morte, faces de uma mesma moeda, devem ter a dignidade humana como fio condutor. Além da dignidade que busca para o viver, o morrer também deve ocorrer de forma tranquila, menos sofrida, penosa e dolorida.

No sentido oposto do processo de morrer com dignidade, a Distanásia tem preocupado a Bioética contemporânea. Palavra de origem grega, um neologismo, em que a expressão *dis* significa “afastamento” e *thanatos*, “morte”. Assim,



Artigo

etimologicamente, significa “afastamento da morte”. Trata-se, então, da postergação sofrida da morte, prolongando-se o processo de morrer e não a vida propriamente dita, em que o enfermo já se encontra em fase terminal de uma doença e que nenhum procedimento será capaz de trazer cura como consequência.

A expressão “Distanásia”, para Cabral, Muniz e Carvalho (2016), apesar de ser muito utilizada na rotina dos hospitais, ainda é pouco mencionada e conhecida. Para as autoras, na busca de se salvar uma vida a qualquer custo e sem que haja reflexão na qualidade de vida do doente, nem mesmo nas condições de sobrevivência, condutas distanásicas são práticas ainda contempladas como naturais pela Medicina.

Conhecida também como obstinação terapêutica, a Distanásia é fruto dos avanços tecnocientíficos empregados na saúde humana com o objetivo de controlar e prolongar, excessiva e quantitativamente o processo de morte ora iniciado, em que o estado de terminalidade já foi constatado, ao submeter o paciente a um sofrimento extremo por uma exaustiva utilização de procedimentos e medicamentos.

Nessa linha de intelecção, Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald declaram o seguinte sobre a Distanásia:

[...] é o prolongamento artificial do processo (natural) de morte, ainda que à custa do sofrimento do paciente. É a continuação, por intervenção da Medicina, da agonia, mesmo sabendo que, naquele momento, não há chance conhecida de cura. Enfim, é uma verdadeira obstinação pela pesquisa científica, pela tecnologia e tratamento médico, olvidando o direito do paciente à sua dignidade intangível, mesmo no momento da morte. (FARIAS; ROSENVALD, 2015, p. 314-315).

Neste sentido, Leo Pessini (2007, p. 46-47) afirma que salvar e prolongar a vida humana é um dos objetivos clássicos da Medicina. E, assim, problematiza: “Mas o que significa este objetivo hoje, quando temos máquinas que podem manter os corpos daqueles que até pouco tempo atrás já teriam morrido? Até que ponto a medicina pode encomprar uma vida individual?”.

Por meio da prática da Distanásia, observa-se o expressivo poder que a Medicina (maiuscula) exerce sobre a vida, ao tentar medicalizar o corpo humano o máximo possível, por intermédio de tratamentos fúteis que em nada contribuirão para a cura, melhora e/ou reversão do quadro do paciente. Leo Pessini esclarece que:



Artigo

Os tratamentos têm sido categorizados como fúteis quando não atingem os objetivos de adiar a morte; prolongar a vida; melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida; beneficiar o paciente; beneficiar o paciente como um todo; melhorar o prognóstico; melhorar o conforto do paciente, bem-estar ou estado geral de saúde; atingir determinados efeitos fisiológicos; restaurar a consciência; terminar a dependência de cuidados médicos intensivos; prevenir ou curar a doença; aliviar o sofrimento; aliviar os sintomas; restaurar determinada função; e assim por adiante (PESSINI, 2007, p. 62).

No contexto da obstinação terapêutica, Pessini e Barchifontaine (2014, p. 454) afirmam que ela adia o inevitável, tendo em vista que acabamos cedendo à tecnolatria e à absolutização da vida biológica simplesmente, ao acrescentar unicamente vida quantitativa ao enfermo, sacrificando-o. Configura-se um sofrimento inútil, caracterizado por uma agonia programada por uma terapêutica igualmente inútil, com o objetivo de cumprir o dogma médico de “fazer tudo o que for possível para conservar a vida”.

Entretanto, a Bioética contemporânea tem preocupado em estabelecer o limite a partir do qual um tratamento se torna fútil, desnecessário ou mesmo lesivo à dignidade da pessoa enferma.

A questão de fundo é definir quando uma determinada intervenção médica não mais beneficia o doente em estado crítico, terminal, em estado vegetativo persistente, ou o neonato concebido com seríssimas deficiências congênitas, e torna-se, portanto, fútil e inútil. A insistência em implementá-la vai resultar numa situação que caracterizamos como distanásica (PESSINI, 2007, p. 163).

Ocorre quando a pessoa enferma é vítima da obstinação terapêutica, levada ao sofrimento extremo, devido ao excesso de medicamentos e procedimentos a que é submetida, arriscando-lhe a dignidade, ou mesmo chegando a padecer morte indigna, em razão das agruras que suporta.

Podemos ser sim curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos disso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que



Artigo

acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 455).

Consoante menção dos autores supra, longe de promover a morte digna, a Distanásia configura desrespeito à pessoa, instrumentalizando-a, quer pela vontade dos familiares, quer pela conduta obstinada da equipe médica que reputa a morte um fracasso da Medicina. O denominado tratamento fútil é aquele que não apresenta nenhuma utilidade, não traz benefício ao enfermo ou à sua família, não produz qualquer efeito, sendo seu resultado indiferente para o quadro clínico ou para o bem-estar do paciente. Encontra-se presente também na lição de Luciano Santoro para quem a Distanásia

[...] caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que não levam à cura e/ou salvação do paciente, mas que lhe impõe sofrimento e dor. Trata-se, pois, de um tratamento fútil, caracterizado por não conseguir reverter o distúrbio fisiológico que levará o paciente à morte (SANTORO, 2012, p. 130).

O dilema sobre a Distanásia deve ser enfrentado, levando-se em consideração o massivo investimento no tratamento de pacientes em estado terminal em que são nulas suas reais perspectivas de recuperação, afirmam Pessini e Barchifontaine (2014). Ademais, eles esclarecem que esses recursos poderiam ser utilizados em situações de real possibilidade de recuperação, investindo em casos que, realmente, trariam uma nova perspectiva de vida para o enfermo e sua família.

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO LESÃO À DIGNIDADE HUMANA

A dignidade da pessoa humana, erigida a fundamento da República Federativa do Brasil, pela Constituição de 1998, em seu artigo 1º, inciso III, constitui princípio reconhecido como valor jurídico de excelência, fonte de onde emanam todos os demais princípios e valores fundamentais do ordenamento jurídico pátrio (CABRAL, 2011), irradiando seus efeitos sobre todas as ordens normativas infraconstitucionais e alcançando as normas éticas que regem o exercício da profissão médica, como verdadeiro vetor interpretativo. Não obstante a relevância desse princípio, não há um consenso na doutrina e jurisprudência acerca de seu conceito, considerado vago ou



Artigo

impreciso, mas nunca destituído de significado como valor fonte de todo o ordenamento. Assim, Branco define a dignidade humana como:

[...] princípio que inspira os típicos direitos fundamentais, atendendo à exigência do respeito à vida, à liberdade, à integridade física e íntima de cada ser humano, ao postulado da igualdade em dignidade de todos os homens e à segurança. É o princípio da dignidade humana que demanda fórmulas de limitação do poder, prevenindo o arbítrio e a injustiça. (BRANCO, 2015, p. 141).

Nesse sentido, buscando-se uma concretização da dignidade da pessoa humana na perspectiva do Direito, acompanha-se a lição de Maria Celina Bodin de Moraes, citada por Sarlet (2007), enunciando quatro princípios que emanam do substrato material da dignidade, quais sejam: igualdade (que veda discriminação arbitrária e fundada nas qualidades da pessoa), liberdade (que assegura a autonomia ética e capacidade para a liberdade pessoal), integridade física e moral (que inclui a garantia de um conjunto de prestações materiais que asseguram uma vida com dignidade) e da solidariedade (que garante e promove a coexistência humana em suas manifestações).

É exatamente na liberdade, entendida como substrato material da dignidade humana, que se situa a problemática relativa à obstinação terapêutica, pois a liberdade é direito fundamental da pessoa humana que assegura a autonomia ética e a capacidade para liberdade pessoal.

A palavra autonomia, do grego “autos” (próprio) e “nomos” (regra, autoridade ou lei), segundo Ribeiro, foi utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes, havendo se incorporado, na década de 1970, à biomedicina para significar “atribuição de poder para se tomar decisões sobre assuntos médicos. Comparativamente, uma pessoa com autonomia plena tem os mesmos poderes e garantias que um Estado: autodeterminação” (RIBEIRO, 2006, p. 1749).

Esse, pois, o âmago da questão relativa à obstinação terapêutica como lesão ao direito da dignidade da pessoa humana. No vigente Código de Ética Médica, Título I, encontram-se, dentre os princípios fundamentais que regem a conduta:

VI - O médico guardará absoluto **respeito pelo ser humano** e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua **dignidade e integridade**.



Artigo

[...]

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, **o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos**, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (BRASIL. CFM. CEM, 2009, negrito inexistente no original).

Ainda, a parte V do Código, que trata especificamente da relação com pacientes e familiares, estabelece que:

É vedado ao médico:

Art. 31. **Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente** sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

[...]

Art. 41. **Abreviar a vida do paciente**, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. **Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal** (BRASIL. CFM. CEM, 2009, negrito inexistente no original).

Percebe-se que os dispositivos enunciados apontam para uma mudança de paradigma na relação médico-paciente. Ribeiro (2018) menciona que Cook (citado por FORTE, 2009) modela as diversidades das relações médico-paciente, de acordo com o maior ou menor grau de participação do paciente nas decisões médicas, como: paternalistas, informativas, interpretativas ou deliberativas. A teor das normas éticas mencionadas, não se concebe, nos dias atuais, a relação médico-paciente sob o modelo paternalista, como o era até os anos 1960, em que o médico se apresentava como guardião do paciente e decidia sobre o tratamento, cabendo ao paciente apenas aceitá-lo. Prestigia-se, atualmente, a relação médico-paciente sob o modelo deliberativo, em que médico e paciente discutem sobre opções terapêuticas disponíveis e suas implicações em valores e preferências do paciente, assumindo-se que o consenso de opiniões seja o melhor tratamento para o paciente. Nesse sentido, traz-se importante lição:



Artigo

A autonomia deu lugar à indicação, à recomendação, à prescrição, afastando a exigência, a ordem. No art. 15, ocorreu o mesmo: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, permitindo-se concluir que há obrigação de aceitar tratamento ou cirurgia sem risco de vida, o que seria, hoje, um contra-senso ético e jurídico. A leitura desse artigo “conforme a Constituição” deve ser: ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos (RIBEIRO, 2006, p. 1750).

Como se percebe, mesmo com avanços da Medicina ampliando a sobrevivência de pacientes com doenças graves, não há que se cogitar mais de um prolongamento do processo de morrer a qualquer custo, a despeito da liberdade e autonomia do paciente em participar ativamente das decisões relativas ao seu tratamento, à luz de princípios mais caros à humanidade, como o princípio da dignidade da pessoa humana. Em prestígio a esse princípio, intensifica-se a tendência à humanização da relação médico-paciente-família, que tem nas habilidades de comunicação o alicerce de um cuidado colaborativo e centrado no paciente e na sua família, e não mais no médico ou na doença, como outrora (RIBEIRO, 2018).

Não obstante, não é essa a prática que se verifica, em regra, em relação à obstinação terapêutica, em que o paciente em fase terminal, por vezes, tem sua vida mantida artificialmente a despeito de sua vontade, por interesse exclusivo de familiares ou da equipe médica, em flagrante lesão ao princípio da dignidade humana e ao direito de liberdade como substrato material desse princípio, de que decorre a autonomia do paciente em decidir livremente, desde que capaz, sobre se deseja submeter-se ao tratamento médico, sobre a escolha e os limites desse tratamento, sendo legítima essa decisão tomada por seu representante legal apenas no caso de incapacidade, mas nunca exclusivamente pela equipe médica, salvo iminente risco de vida em que não haja quem a realize de forma válida.

A possibilidade de o paciente tornar-se incapaz justifica os instrumentos de manifestação de vontade para o futuro, com a indicação negativa ou positiva de tratamentos e assistência médica: os testamentos vitais – usados para tratar da assistência ao paciente terminal – e as diretivas antecipadas – destinadas a dispor sobre tratamentos em geral, dos quais se pode ou não recuperar. As diretivas antecipadas podem, portanto, materializar-se sob forma de escritura pública em cartório, declaração



Artigo

escrita em documento particular (preferencialmente com firma reconhecida), declaração feita ao médico assistente (registrada no prontuário, com a assinatura do paciente), ou ainda, justificção testemunhal dessa vontade; essa última, inexistente a diretiva. Sobre essa temática, remete-se o leitor à obra *Diretivas Antecipadas da Vontade: autonomia e dignidade do paciente* (CABRAL; ZAGANELLI). Em qualquer situação, poderá haver a nomeação de um procurador para tomar decisões não incluídas nas diretivas.

Nesse sentido, Ribeiro salienta que:

[...] o pedido instante ou a recusa a tratamentos em geral, feita por diretivas antecipadas, denomina-se Suspensão de Esforço Terapêutico (SET). Como o nome indica, trata-se de suspensão de tratamentos – incluindo nutrição, hidratação e respiração artificiais – que visam apenas a adiar a morte, em vez de manter a vida. A finalidade da SET é afastar um obstáculo para que a morte, naturalmente, instale-se; é suspender a obstinação terapêutica, a distanásia, a insistência tecnológica em “vencer o fim”, como se isso fosse possível e atendesse ao melhor interesse do doente (RIBEIRO, 2006, p. 1751).

Esclarece o mencionado autor que a suspensão de esforço terapêutico tem suporte entre nós não apenas no princípio constitucional da dignidade humana, mas igualmente no art. 5º, III da Constituição – que enuncia que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante –, no Código Civil (art. 15) – que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos –, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 7º, III) – que reconhece o direito à autonomia do paciente – e, como já visto, no Código de Ética Médica – que reitera esses princípios, proibindo o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de emergência médica de salvação, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento.

Portanto, o respeito à autonomia, à autodeterminação pessoal é a base para a suspensão de esforço terapêutico dos usuários dos serviços de saúde. Por suspensão de esforço terapêutico, entende Diaulas Costa Ribeiro:

[...] não iniciar ou suspender uma terapia iniciada, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificiais contra a sua vontade, que pode ser instante ou manifestada em diretivas antecipadas. Os médicos e demais profissionais de saúde têm o dever



Artigo

de respeitar a autonomia do usuário, inclusive para lhe dar alta “a pedido”, deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser. O usuário dos serviços de saúde tem o direito de estar só e de morrer só, de estar acompanhado e de morrer entre os seus (RIBEIRO, 2006, p. 1753).

Por fim, como afirma Branco (2015, p. 141), “Os direitos e garantias fundamentais, em sentido material, são, pois, pretensões, que, em cada momento histórico, se descobrem a partir da perspectiva do valor da dignidade humana”. Sendo assim, acredita-se que, no presente momento histórico, sob influxos da Bioética, em que se prestigia a autonomia do paciente, a humanização da Medicina e a relação médico-paciente sob o modelo deliberativo e não mais paternalista, o valor dignidade humana irradia-se não apenas sobre o viver mas também sobre o morrer, sendo possível falar-se em vida digna e em morte digna, assegurando-se ao paciente terminal a liberdade de escolha consciente sobre se prefere morrer sem dor e sem angústia ou se prefere submeter-se ao excesso terapêutico, sendo essa última, a única opção que legitima a medida e afasta a lesão ao princípio da dignidade humana, o que não infirma o princípio, antes o reafirma, sob a perspectiva do respeito à liberdade de escolha como direito fundamental do paciente, que tem como corolário a preservação de sua autonomia, até mesmo para optar pela obstinação terapêutica, se assim o desejar e entender como expressão do morrer digno.

A PRÁTICA DA DISTANÁSIA E SUA VEDAÇÃO PELA NORMATIVA DO CFM

Além das práticas de abreviação e também de prolongamento fútil da vida humana de forma clara nos artigos já mencionados, em especial, no 41 e seu Parágrafo único do CEM, o CFM veda outras condutas que desrespeitem a autonomia do paciente, e sua dignidade, conforme apresentado anteriormente.

No mesmo sentido, encontram-se as disposições da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos no sentido de proteger a pessoa, sua dignidade, o direito ao consentimento livre e esclarecido no art. 8º, com especial tutela aos que não podem expressar consentimento de forma válida e ainda as questões referentes aos cuidados paliativos como proteção global à pessoa (UNESCO. DUBDH, 2005).



Artigo

A Ortotanásia permite aos médicos a interrupção de tratamentos que visam prolongar inutilmente a vida de pessoas em estado terminal, irreversível e sem possibilidade de cura. A Resolução própria, a 1.805/2006, reconhece no art. 1º a possibilidade de limitar ou suspender, em fase terminal de doença incurável, procedimentos ou tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento – cuidados paliativos (BRASIL. CFM, 2006). Ortotanásia é um vocábulo derivado do latim “orto” que significa correto, certo e “thanatus”, que significa morte; portanto, o conceito etimológico é morte na hora certa, correta. Aponta para a morte digna, no tempo certo, nem antecipada, nem postergada (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

A Ortotanásia não se confunde com abreviação da morte, com eutanásia, tampouco com o direito de morrer pura e simplesmente:

O direito de morrer dignamente não deve ser confundido com o direito à morte. O direito de morrer dignamente é a reivindicação por vários direitos, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência; refere-se ao desejo de ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer. Este tem sido reivindicado como sinônimo de eutanásia ou auxílio a suicídio, que são intervenções que causam a morte. Não se trata de defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação (BORGES, 2007, p. 232).

A Resolução demonstra necessidade de atendimento a três critérios de aplicação ética:

[...] a constatação do estado terminal de doença grave e irreversível, o consentimento da pessoa enferma para a implementação da ortotanásia e a adoção de cuidados paliativos. É necessária uma atenta análise desses pressupostos para não “deixar morrer” sem a devida observância dos critérios que tornam essa prática humana, confortável e ética. Não se trata de simplesmente “deixar morrer”, mas “permitir morrer” com dignidade e integral assistência (CABRAL, 2016, p. 60).

Concluindo-se a respeito dos pressupostos de aplicação ética da ortotanásia, pode-se explicar que faltando um desses pressupostos, a aplicação da ortotanásia não será ética: “[...] sem a constatação do estado de terminalidade, seria eutanásia; sem



Artigo

consentimento do doente, seria arbitrariedade, portanto, lesão aos seus direitos de personalidade; sem cuidados paliativos, seria abandono do doente à própria sorte (o que configurara mistanásia: a morte miserável)” (CABRAL, 2016, p. 60).

Anos depois, em 2012, o CFM aprovou a Resolução n. 1995/12 (BRASIL. CFM, 2012), que permite ao paciente registrar sua vontade em relação ao testamento vital em ficha médica ou prontuário. Esta resolução foi um avanço rumo ao reconhecimento da autonomia do paciente, impondo ao médico respeitar suas vontades e as decisões para o final de sua existência. Após 2012, muitas discussões foram travadas no sentido da proteção à dignidade e à autonomia do paciente, e com a possibilidade das diretivas antecipadas de vontade, a pessoa passou a poder escolher de que forma prefere morrer, a que tratamentos deseja ou não se submeter, e quais as circunstâncias favoráveis à sua morte digna (DADALTO, 2015).

Recentemente, em 2016, segundo a Resolução CFM nº 2.156/2016, a admissão de pacientes na UTI deve ser dada, prioritariamente, aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Salienta ainda que aos pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas), pois podem necessitar de intervenção imediata. Já aos pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, recomenda adoção dos cuidados paliativos em unidades próprias e adequadas (BRASIL. PORTAL CFM, 17/11/2016).

Por todas essas razões e normas do CFM indicadas, tem-se convicção que o CFM entende pela censura da obstinação terapêutica, recomendando ao paciente com doença terminal e irreversível, os cuidados paliativos: “Para pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, o CFM recomenda as unidades de cuidados paliativos como as mais adequadas” (BRASIL. PORTAL CFM, 17/11/2016).

Embora haja muita clareza na redação das Resoluções mencionadas, salientam Luciana Dadalto e Cristiana Savoi que “Todavia, a prática demonstra que os profissionais tendem a julgar que o correto é sempre salvar a vida – biológica – do paciente e, para isso, realizam inúmeros procedimentos e tratamentos fúteis e/ou inúteis, prolongando o processo de morrer” (DADALTO; SAVOI, 2017, p. 162).

Não obstante a prática hodierna dos hospitais brasileiros, torna-se clara a defesa da vida digna e, por consequência, da morte digna pelo CFM e não da Distanásia que acarreta uma morte cruel, postergada e indigna, com dores excessivas.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a intensificação do uso de tecnologias à serviço da saúde humana, houve uma crescente necessidade de institucionalização da morte provocada pela adoção da Convenção de Sidney, que obrigou as pessoas a passarem a morrer nos hospitais, já que a morte cerebral só pode ser atestada pelo médico. As pessoas enfermas passaram a ser submetidas a várias intervenções que antes não existiam e a vida humana começou a ser prolongada por um prazo cada vez maior, por meio de ressuscitações, intubações e outros procedimentos artificiais de manutenção do funcionamento dos órgãos vitais, antes indisponíveis.

As pessoas passaram a viver mais tempo, entretanto, a qualidade de vida cedeu lugar à quantidade, o que começou a inquietar a comunidade científica a respeito da importância de se promover a morte de forma digna – ideal da Constituição Federal e também do CFM, que passou a atender aos reclamos de uma tendência humanizada que prima por atender à autonomia e à dignidade da pessoa.

A obstinação terapêutica submete o paciente terminal a dores, sofrimento e agruras que podem e devem ser evitados, salvaguardando sua dignidade, por meio de atendimento especializado em cuidados paliativos que visam melhorar a qualidade de vida e afastar as dores e sintomas, proporcionando conforto e bem-estar físico, emocional, espiritual e social ao paciente para que possa morrer de forma digna, longe dos sons, das sondas e dos aparatos tecnológicos disponíveis nas UTIs.

Desse modo, analisando-se o fenômeno da obstinação terapêutica como prática recorrente nos hospitais brasileiros, conclui-se que a posição do CFM tem sido de censura a essa conduta, visando atender aos preceitos ditados pela normativa que visa à humanização da Medicina, ao atendimento aos direitos de personalidade da pessoa enferma e à promoção da morte igualmente digna – qualidade de morte em consequência direta da qualidade de vida e da dignidade constitucionalmente previstas.

Constata-se, então, que a Distanásia é uma conduta que não se amolda à eticidade adotada pelo CFM, uma vez que, além do princípio da dignidade da pessoa humana – que propõe vida digna e reflete na necessidade da morte digna –, há vários artigos do Código de Ética Médica (a Resolução nº 1.931/09 do CFM), e ainda outras Resoluções como a 1.805/06 (ortotanásia), a 1.995/12 (diretivas antecipadas de vontade), a 2.156/16 (critérios para admissão em UTIs), que se mostram enfáticas no sentido de censurar a adoção de práticas obstinadas capazes de apenas aumentar dias à



Artigo

vida do paciente em fase terminal de doença incurável e irreversível. Todas essas resoluções, além da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos da personalidade e autonomia privada**. São Paulo: Saraiva, 2. ed., 2007.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais: Direitos Fundamentais – tópicos de teoria geral**. 10ª ed. In: MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 136-191.

BRASIL. CF. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Código de Ética Médica (CEM)**. Resolução CFM nº 1931, 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 1.805/06**. Ortotanásia. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 1.995/12**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 2.156/16**. Critérios para admissão de pacientes em UTIs. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3>. Acesso em: 30 jun. 2018.



Artigo

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da Medicina e tutela dos direitos existenciais, uma visão interdisciplinar**. Itaperuna-RJ: Hoffman, 1.ed., 2011.

_____. Ortotanásia: Permitir Morrer Não Significa Simploriamente Deixar Morrer. **Revista Brasileira de Direitos Humanos**. Porto Alegre: Lex Magister. Nº 18 – Jul-Set/2016.

_____; MUNIZ, Manuela Soares de Freitas; CARVALHO, Vívian Boechat Cabral. Distanásia: morte tardia e lesão à dignidade do enfermo. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco; ZAGANELLI, Margareth Vetis. (Orgs.). **Mistanásia: a “morte miserável”**. 1.ed. – Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. p. 132-145.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

_____; SAVOI, Cristiana. Distanásia: entre o real e o ideal. In GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana. **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna**. São Paulo: Almedina, 2017.

MOREIRA, Raquel Veggi. Eutanásia e legislação brasileira. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco; ZAGANELLI, Margareth Vetis. (Orgs.). **Mistanásia: a “morte miserável”**. 1.ed. – Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. p. 82-95.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007.

_____; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2014.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil – parte geral e LINDB**. 13.ed. São Paulo: Atlas, 2015.

RIBEIRO, Adenauer Cabral et al. **A importância da comunicação na relação médico-paciente-família**. In: CABRAL, Hildeliza Boechat; VON-HELD, Andréa Rodrigues; DADALTO, Luciana. **Cuidados paliativos: estudos acadêmicos transdisciplinares**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. p.124-139.



Artigo

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Autonomia**: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22, 08, p. 1749-1754, ago, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2006.v22n8/1749-1754>>. Acesso em 30 jun. 2018.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível.**

Revista Brasileira de Direito Constitucional. V.09. p. 361-388. jan./jun.2007.

Disponível em:

<<file:///C:/Users/JFRJ/Documents/PESQUISA%20EDUCACIONAL/As%20dimensoes%20da%20dignidade%20da%20pessoa%20humana.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)**, 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.



Artigo

**ABORDAGEM DOS TEMAS TRANSVERSAIS NO PROCESSO ENSINO-
APRENDIZAGEM:
ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA**

**CROSS-CUTTING THEMES APPROACH IN THE TEACHING-LEARNING
PROCESS:
SEXUAL ORIENTATION ON IN SCHOOL**

Glória Marianna Barreto Teixeira
Priscilla Gonçalves de Azevedo
Fernanda Castro Manhães

RESUMO - Nas últimas décadas, o espaço escolar surge como um lugar propício para tratar de temas sobre orientação sexual, sexualidade ou orientação sexual, principalmente quando se trata de saúde pública. Nesse sentido, presente trabalho aborda a orientação sexual, analisando o relato de professores e alunos sobre algumas intervenções que vem ocorrendo no âmbito escolar. Para isso, como estratégia metodológica, foi feita uma análise de trabalhos relacionados ao tema, por meio de uma pesquisa indireta de caráter bibliográfico, a partir de trabalhos obtidos por meio do *Google acadêmico* e *SciELO*, entre os anos 2003 a 2017. Nos artigos encontrados, percebemos que os alunos consideram importante o trato com tal conteúdo na escola, principalmente pela ausência de diálogo com os pais. Sobre a atuação dos professores, verificamos que, os aspectos anatômicos e biológicos possuem maior relevância e os principais diálogos são sobre os métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência.

Palavras-chave: Orientação sexual, PCNs, Escola, Adolescentes.

ABSTRACT - In the last decades, the school space appears as a propitious place to deal with subjects about sexual orientation, sexuality or sexual orientation, especially when it comes to public health. In this sense, this paper approaches sexual orientation, analyzing the reports of teachers and students about some interventions that have been taking place in the school context. For this, as a methodological strategy, an analysis of works



**ABORDAGEM DOS TEMAS TRANSVERSAIS NO PROCESSO ENSINO-
APRENDIZAGEM:
ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA**

Páginas 101 a 110

Artigo

related to the subject was made, through an indirect bibliographical research, from works obtained through Google academic and Scielo, between the years 2003 to 2017. In the articles found, we perceive that the students consider important the deal with such content in the school, mainly by the absence of dialogue with the parents. Regarding the teachers' performance, we verified that the anatomical and biological aspects are more relevant and the main dialogues are about contraceptive methods, sexually transmitted diseases and teenage pregnancy.

Keywords: Sexual orientation, PCNs, School, Teenagers.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O contexto escolar aparece como espaço privilegiado para tratar de temas voltados para a orientação sexual abrangendo questões sobre a sexualidade humana relacionadas à saúde. A orientação sexual e a sexualidade aparecem como temas de significativa relevância nas publicações acadêmicas, apresentando um crescente número de periódicos e grupos de pesquisa nas últimas décadas. Outro fator que apresenta um indício que justifica a inserção do assunto no âmbito escolar foi a criação do tema transversal Orientação Sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) no ano de 1998. Desde então, há uma inquietação no contexto escolar sobre as possibilidades de como tratar a temática pedagogicamente.

Se por um lado encontramos autores que afirmam a necessidade de trabalhar a orientação sexual no âmbito escolar, no outro lado, como forma de resistência, temos as barreiras encontradas no cotidiano escolar, como por exemplo, as ideologias normativas enraizadas na sociedade atual. Visto que, falar sobre sexo, orientação sexual ou educação sexual dentro do contexto da escola era um afronto para a sociedade e o professor poderia ser punido de alguma forma. (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2017).

Deste modo, é necessário compreender como a orientação sexual sustenta sua inserção na escola, configurando um problema social da saúde pública. A escola é convidada a intervir devido ao crescente número de casos da gravidez na adolescência e pela disseminação das doenças sexualmente transmissíveis. (ALTAMANN, 2003).

Ainda hoje, apesar dos avanços tecnológicos e das transformações nas novas formas de relacionamento e trocas afetivas, o tema orientação sexual, tem se colocado a margem dos currículos escolares (LOURO, 2006). Sabemos que a instituição escolar



Artigo

encontra dificuldades para a inserção de novas práticas sobre orientação sexual para além da condição da saúde e doença, ampliando o olhar para uma intervenção significativa que se aproxime da realidade vivenciada pelos alunos. (JARDIM; BRÊTAS, 2006).

Mediante a isso, buscamos autores que tratam da orientação sexual na escola, apontando medidas de intervenções que tiveram espaço na sala de aula, observando o olhar dos alunos e professores sobre o tema.

INTERVENÇÕES SOBRE A ORIENTAÇÃO SEXUAL NO ÂMBITO ESCOLAR

A mobilização em torno da Orientação sexual na escola perpassa o momento da aula, abrangendo a conduta sexual dos indivíduos e da população como objeto de controle social, atuando nas esferas governamentais, no controle da natalidade, do crescimento demográfico, se configurando como um problema da saúde pública (ALTMANN, 2003).

Para Altmann:

A rede escolar passa a ser pensada como um dispositivo político de intervenção privilegiado, buscando expandir o impacto sobre a população, através do controle da sexualidade de crianças e, principalmente, adolescentes. Ela é incumbida de uma ambiciosa tarefa que vai além do acesso a informações sobre o controle de natalidade, práticas preventivas: deve formar sujeitos auto-disciplinados que vivam a iniciação de sua vida sexual afastando-se da gravidez, dos perigos trazidos pela AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (2003, p.285-286).

Observamos que a maioria dos trabalhos sobre a orientação sexual, educação sexual ou sexualidade tem como público alvo os adolescentes. De acordo com Queiroz e Almeida (2017, p. 209), o adolescente precisa adquirir a segurança necessária para perceber suas experiências sexuais por meio de informações corretas sobre o assunto.

Segundo Figueiredo e Barros (2014) há uma dificuldade em se tratar o assunto orientação sexual de forma aberta. A responsabilidade dos professores em informar de forma coerente, tem papel fundamental nesse processo. Aos alunos, por sua vez, estão,



Artigo

principalmente na adolescência, curiosos e cobiçando o máximo de informações possíveis.

Para os PCNs (BRASIL, 1998), manter um trabalho de orientação sexual em uma unidade escolar, implica manter claro para a comunidade todos os princípios determinantes diante dessa questão, seja ela a postura do profissional, as diversas manifestações e até mesmo a escolha dos conteúdos a serem trabalhados. No entanto, nenhuma dessas ações substitui a função da família, porém as complementa.

Portanto, os PCNs (BRASIL, 1998) tratam a educação sexual na escola a partir de problematizações, questionamentos e ampliação de conhecimentos para que o aluno faça suas escolhas. Nesse sentido, cabe a escola abordar, de forma interdisciplinar, os diferentes pontos de vista, valores e crenças, com o propósito de construir referências por meio das reflexões sobre o assunto. Os aspectos trabalhados envolvem mitos e tabus e envolvem questões sobre gravidez, DSTs, questões sobre o que a mídia os oferece e o papel da família em diversas situações do cotidiano.

Mediante a isso, buscamos analisar as publicações referenciadas, bem como quais os tipos de intervenções, como: aula expositiva, questionários ou oficinas e também quais as ponderações dos autores a partir dessas ações sobre a orientação sexual ou sexualidade no âmbito escolar, nos artigos encontrados.

De acordo com Cruz et. al., (2016), a sexualidade ainda é vista como um tema polêmico a ser abordado com os adolescentes, contudo, desperta o interesse e curiosidade. Para os autores, os índices de gravidez e a incidência de DSTs nessa fase da vida são preocupantes, fato que leva a investigação das principais questões em relação ao tema sexualidade.

Na pesquisa em questão, foram aplicados questionários com alunos, onde objetivou-se identificar as concepções e dúvidas a respeito da sexualidade. Com base nos dados obtidos no questionário foram realizadas duas oficinas pedagógicas sobre sexualidade, saúde e qualidade de vida (CRUZ et al, 2016).

Os autores identificaram que as famílias não participam ativamente da vida dos sujeitos da pesquisa, havendo lacunas na formação dos alunos sobre os assuntos relacionados à sexualidade. No que diz respeito às concepções de sexualidade, os alunos não demonstraram possuir um conceito amplo sobre o tema. Na maioria das respostas encontradas, o conceito estava relacionado aos aspectos biológicos, desconsiderando a relação com os fatores sociais, éticos e históricos (CRUZ et al, 2016).

A maioria dos alunos participantes da pesquisa, cerca de 90 %, responderam positivamente sobre a necessidade de discutir o tema sexualidade na escola. De acordo



Artigo

com os resultados obtidos, evidenciou-se que os sujeitos em estudo têm consciência da necessidade de falar abertamente sobre o tema, pois a adolescência e o início da puberdade são apresentados como um período de muitas transformações.

Dando sequência a análise dos artigos, encontramos uma pesquisa sobre a educação sexual na adolescência (CARNEIRO et al., 2015), os autores, por meio deste trabalho, descrevem a experiência dos profissionais de enfermagem em uma escola de Ensino Médio, com objetivo de fornecer informações sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Para isso, os acadêmicos de enfermagem aplicaram questionários para o conhecimento dos adolescentes e proporcionaram a vivência de oficinas sobre prevenção em DST, sendo adotadas dinâmicas de caráter participativo. Além disso, de acordo com os autores, foi exibido um filme sobre a utilização dos métodos contraceptivos. (CARNEIRO et al., 2015).

Como forma de avaliação, os alunos responderam perguntas ao final da oficina. Nesse momento, foi possível concluir que conseguiram compreender a proposta, ressaltando que consideraram o espaço escolar adequado para tratar dos assuntos relativos à sexualidade, posto que, outros ambientes institucionais não possuem abertura para tratar tais questões. (CARNEIRO et al., 2015).

Em outro trabalho de suma importância para elucidar as questões aqui levantadas, foi referente aos modelos de orientação sexual na escola, voltada para as práticas dos professores na rede pública de ensino. Para as autoras Vieira e Matsukura (2017), “A educação sexual é prevista nas escolas desde 1928, pautada em uma concepção higienista, controladora e repressora da sexualidade, marcada por valores morais e religiosos, que perduraram fortemente até a década de 1950” (VIEIRA; MATSUKURA, 2017, p. 456).

Segundo, Vieira e Matsukura (2017), o movimento feminista nas décadas de 1960 e 1970 e os altos índices do vírus HIV influenciaram os projetos de educação sexual, com ênfase nas abordagens vinculadas aos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Para as autoras, algumas questões foram abordadas:

Questões sociais como o movimento feminista nas décadas de 1960 e 1970 e os índices de vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre a população jovem na década de 1980 influenciaram os projetos de educação sexual, norteados suas características, como a predominância da abordagem de conteúdos mais vinculados a



Artigo

métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em práticas mais preventivistas (VIEIRA, MATSUKURA, 2017 apud BRASIL, 1997; NARDI; QUARTIERO, 2012).

Na década de 1990, os PCNs, teve destaque “e a educação sexual passa a ser respaldada em uma perspectiva de cidadania” (VIEIRA; MATSUKURA, 2017, p. 456). Foi possível observar que os sujeitos da pesquisa eram professores, que por sua vez, demonstraram modelos diferentes ao tratar sobre o assunto durante suas aulas. Dessa forma, existiam duas categorias de análise relacionadas aos modelos de práticas de educação sexual, intituladas como modelo biológico-centrado e preventivo e o modelo biopsicossocial.

Verificou-se ainda, na pesquisa relatada, que o modelo biológico da sexualidade permanece predominante entre as práticas de educação sexual e as intervenções ocorrem vinculadas às aulas de ciências ou biologia, voltadas para a prevenção das DSTs e gravidez na adolescência, encontrando apenas uma minoria de participantes que citaram objetivos mais amplos, subjetivos e sociais, a exemplo das diversidades sexuais.

Os resultados encontrados apontam que as questões sobre sexualidade podem ser consideradas tabus em virtude dos seus valores morais e/ou religiosos, além disso, há uma ausência de informações específicas para o trabalho de educação sexual.

METODOLOGIA

Como estratégia metodológica, o presente trabalho utilizou a pesquisa indireta de caráter bibliográfico e natureza qualitativa. Para especificar a pesquisa, utilizaram-se referências teóricas e a coleta de informações a partir de artigos científicos publicados no idioma Língua Portuguesa (Brasil).

De acordo com Gil (2008), para desenvolver uma pesquisa bibliográfica, é necessário um material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. Sua principal vantagem é permitir pesquisar dados em qualquer espaço, sem ter que ir ao encontro da busca direta dos dados. Já para Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa indireta deve ter o levantamento de dados feito por variadas fontes, quaisquer que sejam os métodos ou técnicas empregadas.

O levantamento dos artigos sobre o tema foi investigado a partir de periódicos publicados sobre experiências no ambiente escolar que tratam da orientação sexual, a



Artigo

partir de conjuntos de dados da internet dos sites *Google acadêmico* e *Scielo*, delimitando os anos de publicação entre 2003 e 2017.

Entre os diferentes artigos encontrados, optamos por três publicações que apresentaram percepções nas intervenções sobre o assunto orientação sexual na escola. Como critério de seleção, optamos pelos trabalhos que tratavam principalmente de como era abordado o tema no âmbito escolar. Por conseguinte, abordamos um primeiro que dissertava sobre as necessidades dos alunos por meio de questionários e oficinas, o segundo discorreu sobre a atuação de um grupo de profissionais de enfermagem que realizaram oficinas sobre a temática em uma escola e um terceiro, que evidenciou a atuação e a prática dos professores em sala de aula. Desse modo, foram considerados os resultados nos trabalhos analisados, constatando que, ao final das pesquisas, o conteúdo principal nos questionamentos são as DSTs e gravidez na adolescência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos trabalhos selecionados, observamos que há um caráter interdisciplinar, uma vez que envolvem diferentes abordagens sobre o mesmo tema. Deste modo, constatamos a importância da utilização dos PCNs, enquanto auxílio para abordagem dos temas transversais, nesse caso, mais especificamente sobre a orientação sexual no ambiente escolar, ficando explícita a necessidade dos adolescentes sobre o assunto, seja por curiosidade ou por insuficiência de informações por meio da família, seja por timidez ou para fazer perguntas.

Verificou-se ainda, que o assunto é versado como um tabu para muitos e também é polêmico, prevalecendo apenas às intervenções vinculadas as aulas de biologia ou ciências, voltadas para a prevenção de DSTs e gravidez na adolescência. Do mesmo modo que, podemos atentar, por meio da literatura examinada, que ainda nos dias atuais, há uma ausência de informação e formação dos professores, o que dificulta o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem vinculados aos temas transversais, presentes no PCNs, sobretudo a abordagem sobre a orientação sexual no âmbito escolar.

Nesse sentido, configura-se, por meio dessa observação, fica a cargo dos professores, a responsabilidade de informação e a promoção de debates, por meio de uma abordagem interdisciplinar sobre o assunto. Deve-se manter a maior clareza possível, diante das problematizações e questionamentos.



Artigo

Por fim, observamos a necessidade de uma retomada de discussão com o objetivo de se construir bases substanciais que possam orientar sobre o tema, por meio de uma vertente interdisciplinar, para que todas as áreas sejam capazes de desdobrar debates um pouco mais aprimorados a respeito de como tratar de uma maneira coerente o tema orientação sexual no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

ALTAMANN, Helena. **Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero.** Universidade Estadual de Campinas. Cadernos Pagu (21) 2003: pp.281-315. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332003000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 28/06/2017.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais.** Secretaria de Educação Fundamental. - Brasília: MEC/SEF, 1998. 436 p.

CARNEIRO, Rithianne Frota; SILVA, Nalyse Chris da; ALVES, Thais Almeida; ALBUQUERQUE, Danielle de Oliveira; BRITO, Diego Colaço de; OLIVEIRA, Leonice Lima de. **Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar.** Sanare Revista de Políticas Públicas, Sobral - CE, v. 14, n.01, p.104-108, jan/jun, 2005. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/617>> Acesso em: 30/06/2018.

CRUZ, Eliana Patrocínio; SOUZA, Erinalva de; SILVA, Saiara Conceição de Jesus da; HORA, Neriane Nascimento da, NEVES, Paulo Alexandre Panarra. **Diálogos sobre sexualidade no ensino fundamental: construindo conceitos e tirando dúvidas de alunos do 8º ano de uma escola municipal em Santarém, Pará, Brasil.** Scientia Plena, vol. 12, n. 6. 2016. Disponível em: <<https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/3059>> Acesso em: 29/06/2018.

FIGUEIREDO, Márcia Cristina de Oliveira; BARROS, Marcelo Diniz Monteiro de. **Orientação Sexual: vivências de professores da rede pública de ensino e como esse**



Artigo

tema transversal tem sido abordado. Associação Brasileira de Ensino de Biologia. V EneBio e II Regional 1. Revista da SBEnBio – nº 7 – Out. 2014. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/1645583b5d9670f7?projector=1&messagePartId=0.5>> Acesso em: 28/06/2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

JARDIM, Dulcilene Pereira; BRÊTAS, José Roberto da Silva. **Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira- SP**. Revista Brasileira de Enfermagem (online), vol. 59, .2, pp. 157-162. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 28/06/2018.

LOURO, Guacira. (Org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

OLIVEIRA, Adriana Martins de; QUEIROZ, Francismeiry Cristina de. Educação, saúde e sexualidade. 25º SemiEdu: Educação, Diversidades Culturais, Sujeitos e Saberes. Anais. Universidade Federal do Mato Grosso/UFMT. 26-27 Set. 2018. Disponível em: <<http://eventosacademicos.ufmt.br/index.php/semiedu/semiedu2017/paper/view/1934>> Acesso em: 29/06/2018.

QUEIROZ, Vanessa dos Reis; ALMEIDA, Janie Maria de. Sexualidade **na adolescência: potencialidades e dificuldades dos professores de ensino médio de uma escola estadual de Sorocaba**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Revista da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. 2017; 19 (4): 209-14. Disponível em

VIEIRA, Priscila Mugnai; MATSUKURA, Thelma Simões. **Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da**



Temas em Saúde

Volume 18, número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

rede pública. Revista Brasileira de Educação. Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação. Rio de Janeiro, Brasil. vol. 22, nº 69, abril-junho 2017, pp. 453-474



ABORDAGEM DOS TEMAS TRANSVERSAIS NO PROCESSO ENSINO-
APRENDIZAGEM:

ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

Páginas 101 a 110

Artigo

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PRINCIPAIS AEROALÉRGENOS NO AMBIENTE DOMÉSTICO E PERSPECTIVAS DE PROFILAXIA

Thaís Pacheco Soares
Marcia Regina Pacheco Soares
Mariana Giarola Benedito Bartholazzi
Rosalee Santos Crespo Istoe

RESUMO - A prevalência das doenças alérgicas associada ao ambiente doméstico tem aumentado continuamente no Brasil. Diante desse fato é fundamental conhecer, monitorar e reavaliar periodicamente os aeroalérgicos dispersos no ambiente doméstico para que se direcionar tratamentos adequados. O objetivo deste presente estudo é abordar os principais alérgenos dispersos no ar (aeroalérgenos), oriundos de poeiras domésticas e as perspectivas de profilaxia. Esta pesquisa tem como base de dados revisão da literatura que aborda a problemática. Embora várias substâncias estejam presentes na poeira doméstica, os ácaros, os pelos de animais domésticos e as baratas são os alérgenos de maior prevalência nas manifestações de alergias decorrentes de ambientes domésticos. Nas famílias de ácaros os que apresentam maior relevância na população brasileira destacam-se a Glycyphagidae, Acaroidae, Pyroglyphoidea Echimyopodidae. Medidas de controle ambiental e de saúde são de grande importância para a prevenção primária e secundária de reações alérgicas em indivíduos suscetíveis. Diante da problemática das doenças alérgicas no Brasil, o conhecimento da exposição alérgica em ambientes domésticos é fundamental para identificar quais os alérgenos relevantes e traçar estratégias de profilaxia das doenças alérgicas.

Palavras-chave: Alergias, Aeroalérgicos, Ambiente doméstico.

ABSTRACT - The prevalence of allergic diseases associated with the domestic environment has increased continuously in Brazil. Given this fact it is essential to know, monitor and reassess periodically the aeroalérgicos dispersed in the home environment so that you target suitable treatments. The objective of this present study is addressing the main allergens dispersed in the air (aeroalérgenos), from household dust and prophylaxis prospects. This research is based on literature review data that addresses the problem. Although various substances are present in household dust, dust mites, pet hair and cockroaches are the most prevalent allergens in allergy manifestations arising from



Artigo

domestic environments. The families of mites that present greater relevance in the brazilian population include Acaroidae, Pyroglyphoidea, Glycyphagidae Echimyopodidae. Environmental control measures and health are of great importance to primary and secondary prevention of allergic reactions in susceptible individuals. On the problem of allergic diseases in Brazil, knowledge of allergic exposure in home environments is critical to identify which allergens relevant and plot strategies for prophylaxis of allergic diseases.

Keywords: allergies, Aeroalérgicos, home environment.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, vários fatores têm contribuído para que o ambiente doméstico do brasileiro tenha adquirido grande importância nos estudos das alergias, sobretudo, devido ao aumento da prevalência de doenças alérgicas, principalmente as das vias respiratórias, no Brasil nas últimas décadas. Estudos apontam que uma das principais causas de alergias se dá devido a exposição à alérgenos em ambientes domésticos, devido a mudanças nos estilos de vida e de habitação. Por outro lado, diversos autores, têm sugerido que a presença de alérgenos em ambiente doméstico é influenciada por múltiplos fatores como: climáticos, culturais e socioeconômicos, com variações regionais. Para a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia/Regional Rio de Janeiro (ASBAI/RJ,2012) a herança genética é a base para ter alergia, mas é necessária a associação com fatores do ambiente. A doença alérgica pode manifestar-se em qualquer idade, pois vai depender do ambiente em que a pessoa vive ou do momento em que se expõe a um determinado agente.

Alergia é uma reação exacerbada do sistema imunológico a determinadas substâncias. Ela é resultado de um excesso de produção e atuação da imunoglobulina E (IgE), que é liberada na circulação sanguínea, percorrendo o organismo, deparando-se com o agente agressor e promovendo assim a liberação de histamina (responsável pelos sintomas alérgicos). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde cerca de 30% da população mundial, de todas as faixas etárias, são acometidos com algum tipo de alergia. No Brasil, nos últimos 50 anos tem-se observado o aumento nos índices de doenças alérgicas respiratórias. Segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI, 2017) há, atualmente, cerca de 16 milhões de pessoas alérgicas no



Artigo

Brasil, a este fato se relaciona as alterações climáticas, aumento de plantas alergênicas e maior permanência das pessoas em ambientes fechados e climatizados.

Entre os principais tipos de alergias as mais prevalentes são nas vias respiratórias: rinites, rinoconjuntivites, sinusites e asma. A ASBAI/RJ (2012) destaca que cerca de 80% das pessoas que têm asma, apresentam também rinite. Por outro lado, a rinite alérgica é considerada um fator de risco para a asma, sendo observado que em torno de 40% dos pacientes com rinite apresentam asma. A asma e a rinite são doenças inflamatórias crônicas das vias respiratórias, desencadeadas pela exposição frequente e repetida aos alérgenos inaláveis e agravada por poluentes ambientais.

As alergias de pele também são de alta prevalência, principalmente as dermatites atópicas e as dermatites de contato (ASBAI, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde os principais agentes ambientais (alérgenos) que provocam alergias ou hipersensibilidades são fungos, ácaros, pólen, etc. Souza *et al.*(2012) destacam que, no entanto, a maioria dos pacientes é sensibilizada a um ou mais alérgenos encontrados no interior do local em que vivem.

Os sintomas podem ser descritos como sazonais ou persistentes, leve, moderado ou severo de acordo com sua influência na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (WANG *et al.*, 2016) e, estão relacionados à exposição ao alérgeno, podendo ser observados na pele, nas vias respiratórias e gastrointestinais, entretanto as manifestações sistêmicas podem incluir choque anafilático. Se uma alergia não é devidamente diagnosticada e tratada, tende a progredir para uma doença debilitante grave e crônica (LINHART; VALENTA, 2012).

AEROALÉRGENOS DE RELEVÂNCIA NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Estima-se que 40% da população alérgica mundial sejam sensibilizadas por alérgenos de gramíneas. As espécies de *L. perene*, *P. paratensis*, *P. paratense* *D. gomerata* comuns em regiões de clima temperado e *C. Dactylon* em região de clima tropical. No Brasil, são escassos os dados de alérgenos de pólen, principalmente a relação sazonal de dispersão no ar. Dentre os aeroalérgenos de fonte vegetal comum no Brasil, por possuir grande adaptabilidade ao clima tropical, destacamos *Ricinus communis*, que possui uma agricultura crescente, visto a aplicação industrial do seu óleo. De acordo com Deus-de-Oliveira (2011) nos indivíduos sensibilizados os alérgenos de *R. communis* (ric c 1 e ric c 3) podem desenvolver uma resposta alérgica



Artigo

cruzada com camarão, peixe, glúten de trigo, milho, soja, amendoim, ácaros de poeira doméstica e fungo, sendo este por tanto um importante alérgeno a ser investigado.

Além dos pólenes, a poeira doméstica possui uma composição variada de alérgenos, sendo estes os principais agentes capazes de sensibilizar os indivíduos atópicos, desenvolvendo nesses indivíduos os sintomas de alergias respiratórias. Embora muitos alérgenos estejam a todo instante presente no ar, o ambiente doméstico, devido a vários fatores, é um dos principais responsáveis pelas alergias. Ao contrário das alergias sazonais, as alergias domésticas podem durar todo o ano. A poeira doméstica possui uma composição variada de alérgenos, sendo estes os principais agentes capazes de sensibilizar os indivíduos atópicos, desencadeando nesses indivíduos os sintomas de alergias respiratórias ou piorar os sintomas, dependendo da sensibilidade de cada indivíduo.

A poeira doméstica é constituída por diversas partículas em suspensão oriundas de fibras vegetais, de carpetes, partículas de móveis estofados, areia, peças de vestuário, escamação humana, restos alimentares, resíduos químicos e produtos de vários microrganismos (bactérias, vírus, fungos, insetos e aracnídeos) (SELTZER, 1994).

Embora várias substâncias estejam presentes na poeira doméstica, os ácaros, pelos de animais e baratas são os alérgenos domésticos mais relevantes. Sendo que a causa mais comum de alergia respiratória em todo o mundo é o ácaro da poeira doméstica, afetando mais de 50% dos pacientes alérgicos. Dentre as famílias de ácaros, destacam-se a Glycyphagidae, Acaroidae, Pyroglyphoidae, Echimypodidae (ALMEIDA, 2010). Souza *et al.* (2012) ressaltam que “Os ácaros da família Pyroglyphidae permanecem como os mais prevalentes nos domicílios de todo o Brasil, desde as primeiras avaliações por microscopia óptica” (p. 50).

Os ácaros da espécie *Dermatophagoides* (família Pyroglyphidae) constituem a fauna predominante encontrada na poeira doméstica do mundo todo, porém em regiões tropicais e subtropicais do mundo, os alérgenos presentes no ácaro *Blomia tropicalis* são os de maiores prevalências (CIPRANDI *et al.*, 2017). *Blomia tropicalis* (Glycyphagidae) foi descrito pela primeira vez em 1973 por Van Bronswijk, de Cock e Oshima, como um pequeno ácaro, com 230 a 465 µm de comprimento, de forma globular, se distinguindo dos outros ácaros por apresentar longas antenas que saem do seu corpo, semelhante a um porco espinho (MOREIRA, 2010).

Aproximadamente 25 proteínas de *B. tropicalis* com reatividade a anticorpos IgE foram identificados por immunoblot, ELISA-IgE ou teste cutâneo. Oficialmente, 12 alérgenos foram descritos segundo o Subcomitê de Nomenclatura de Alérgenos da União Internacional das Sociedades de Imunologia, portal Allergome e por Chua e



Artigo

colaboradores (2007) (ALMEIDA, 2010). Blo t 5 é o principal alérgeno de *B. tropicalis*, sendo o primeiro a ser clonado e expresso em sistema procarioto. Esse alérgeno possui aproximadamente 14 kDa, 432 pb, codificando uma proteína de 134 aminoácidos e cerca de 70% a 90% de reatividade ao anticorpo IgE em pacientes atópicos (ARRUDA *et al.*, 1995 apud MOREIRA, 2010).

Estudos realizados com pacientes asmáticos de regiões subtropicais e tropicais demonstraram que 70% dos indivíduos apresentaram reatividade ao anticorpo IgE a Blo t 5 através de imunoenaios. A maioria dos indivíduos sensibilizados a este alérgeno apresentaram altos títulos de IgE específica, demonstrando elevado potencial alergênico (YI *et al.*, 2004 apud MOREIRA, 2010).

Os ácaros do gênero *Dermatophagoides* são reconhecidos como a principal fonte de alérgenos domésticos, entretanto, nos últimos anos, outros alérgenos presentes no ambiente doméstico têm sido objeto de estudos, como é o caso da alergia à barata, em virtude do surgimento da frequência de sua sensibilização, principalmente entre a população asmática urbana (CUESTA, *et al.* 1996)

As baratas também são uns dos principais alérgenos. Esses insetos são de predominância nas áreas urbanas. As condições climáticas, de higiene e o baixo padrão de moradia, propiciam sua proliferação e permanência nas residências, sendo a maior atividade antigênica das baratas encontrada no corpo, e também nos ovos, fezes, esqueleto queratínico e intestino. A sensibilização ao alérgeno da barata é um marcador de gravidade para asma (SOUZA *et al.* (2012).

Cuesta *et al.* (1996) destaca que vários estudos têm responsabilizado a alergia a barata pela gravidade clínica da asma brônquica, sobretudo, com maior consumo de bronco dilatadores e corticosteroides, bem como maior frequência de internações e utilização de serviços de emergência de saúde. Estudos apontam que em algumas cidades do Brasil, a sensibilização às baratas chega a 55%. Em Curitiba, por exemplo, extrato de baratas, (*Periplaneta americana* e *Blattella germanica*) provocou reações cutâneas em 24,1% dos asmáticos (SOUZA *et al.* 2012).

Por outro lado, os animais domésticos também são potenciais sensibilizadores em indivíduos atópicos. Especialmente cães e gatos, em ambientes domésticos, através de suas glândulas sebáceas, urinas e salivas. No gato (*Felis domesticus*) o principal alérgeno Fel d 1, é produzido nas glândulas sebáceas da pele e torna-se disperso no ar em pequenas partículas. No cão (*Canis familiaris*), o principal alérgeno Can f 1, é detectado no pelo e na saliva, e em menor quantidade na urina e nas fezes (SOUZA, *et al.* 2012). Os autores ressaltam que tais alérgenos podem ser transportados em roupas pessoais e objetos, o que facilita a sua dispersão entre os ambientes. “Estudos indicam



Artigo

que a concentração de 1 µg do alérgeno por grama de poeira seja capaz de causar sensibilização e de 8 e 10 µg/g de Fel d 1 e Can f 1, respectivamente, sejam capazes de causar sintomas” (SOUZA *et al.*, 2012, p. 48).

PERSPECTIVA DA PROFILAXIA DA DOENÇA ALÉRGICA

Atualmente os medicamentos disponibilizados no mercado visam o controle dos sintomas e a redução do processo inflamatório como, por exemplo: anti-histamínicos orais ou tópicos intranasais e corticosteroides. No entanto, essas terapias não alteram a resposta natural ao alérgeno e podem induzir efeitos colaterais. Além disso, os pacientes permanecem a manifestar os quadros clínicos. A Imunoterapia alérgeno Específica (ASIT do inglês allergen specific immunotherapy) com aplicação subcutânea ou sublingual pode não só dessensibilizar um paciente, melhorando os sintomas, mas também, em longo prazo, benefícios clínicos que podem persistir por anos após o tratamento (MEADOWS *et al.*, 2013).

O tratamento medicamentoso para rinite alérgica induzida por ácaros consiste na administração de estabilizadores de mastócitos, anti-histamínicos, glicocorticosteróides e descongestionantes. Todos esses medicamentos agem garantindo boa eficácia da ação anti-inflamatória, porém eles apenas aliviam os sintomas, não atuando na profilaxia ou tratamento das doenças alérgicas (RAULF, 2015).

Nos últimos anos, identificaram-se os epitopos de ligação de IgE de diferentes alérgenos (ZHENG 2011). Embora os alérgenos contenham epítomos conformacionais e sequenciais, a importância da estrutura dos epitopos foi estabelecida (HAMILTON; MACGLASHAN; SAINI, 2010). Os anticorpos IgE sensibilizam os mastócitos ligando-se à superfície celular através de receptores de Fc de alta afinidade. A ligação cruzada de anticorpos IgE ligados a mastócitos pelo alérgeno representa o sinal para a liberação de mediadores inflamatórios pré-formados e sintetizados recentemente e substâncias quimiotáticas, levando a reações alérgicas de tipo imediato (WOODFOLK *et al.*, 2015).

A produção de IgE específicas de alérgenos requer inicialmente a ativação de linfócitos T específicos, que são estimulados por fragmentos peptídicos lineares de antígenos. Estes peptídeos são produzidos por células apresentadoras de antígeno através do processamento de antígenos e são exibidos na superfície celular por moléculas do complexo MHC e apresentados aos linfócitos T. Os indivíduos atópicos tendem a proliferação de T helper 2 (Th2) (alto nível de produção de IL-4 e IL-5),



Artigo

enquanto os indivíduos não atópicos tendem a proliferação do subconjunto T helper 1 (Th1) específico produzindo altos níveis de IFN- γ (AKDIS; AKDIS, 2014). Verificou-se que a imunoterapia específica bem sucedida (ASIT) está associada a uma modulação da resposta imune aos alérgenos no nível das células Th2 para um perfil Th1 (AKDIS; AKDIS, 2014).

Os alérgenos recombinantes contendo epítopos de Células B representam ferramentas promissoras para diagnóstico e terapia de alergia tipo I. Foi desenvolvido por Champman em 2008 um painel de alérgenos recombinantes que está disponível para o diagnóstico de rotina de alergias inalante (CHAPMAN *et al.*, 2008; LUPINEK *et al.*, 2014). O uso de alérgenos recombinantes contendo epítopos de células B para ASIT, por outro lado, sempre foi dificultado pela alta alergenicidade (capacidade de ligação de IgE) dessas moléculas, podendo levar a efeitos colaterais alérgicos durante o tratamento. Uma alternativa, no entanto, são as isoformas que diferem apenas em alguns aminoácidos (mutantes em aminoácidos específicos) gerando formas hipoalergênicas, estas serão diferencialmente reconhecidas pelo sistema imunológico humano e tendem a exibirem baixa alergenicidade, pois, não possuem epítopos de IgE capazes de reconhecimento pelas IgEs que sensibilizam as células granuladas, mas mostram uma boa antigenicidade das células T como pré-requisito para a indução de tolerância (DOULADIRIS *et al.*, 2015; FOCKE-TEJKL *et al.*, 2015; SHARMA *et al.*, 2015; ZUIDMEER-JONGEJAN *et al.*, 2015).

Os alérgenos recombinantes hipoalergênicos, no entanto, são semelhantes aos alérgenos de tipo selvagem, mas com alterações conformacionais nos epítopos de IgE, reduzindo sua alergenicidade. A injeção desses alérgenos recombinantes pode, portanto, modular a resposta imune alérgica ao nível da célula auxiliar T, mas com um risco substancialmente diminuído de efeitos colaterais anafiláticos durante o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa revisão foi possível evidenciar um considerável aumento nos índices de doenças alérgicas respiratórias, nas últimas décadas no Brasil, associado ao ambiente doméstico. É importante destacar que a compreensão das reações alérgicas deve ser baseada na associação entre a exposição e a sensibilização ao alérgico. Sendo assim, é fundamental conhecer, monitorar e reavaliar periodicamente os aeroalérgicos dispersos no ambiente doméstico para que se direcionar tratamentos adequados, como por exemplo, orientações de controle ambiental, limpeza doméstica e imunoterapia



Artigo

específica ou outro tratamento que se adeque a particularidade de cada paciente, a fim de contribuir para menor prevalência das doenças alérgicas e suas consequências. Para que haja a orientação necessária ao paciente atópico é imprescindível o conhecimento de sua suscetibilidade à exposição. Nesse sentido, as medidas de controle ambiental e de saúde possuem grande relevância, visto a possibilidade de redução dos processos de sensibilização dos indivíduos que são predispostos geneticamente à atopia (prevenção primária), além da prevenção ao contato do indivíduo, já sensibilizado, com os alérgenos que desencadeiam os sintomas da alergia (prevenção secundária). Projetos que visam à detecção de aeroalérgenos são escassos no cenário de pesquisa brasileiro, porém possuem grande relevância para a população, visto que, no Brasil, são altos os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamentos de alergia, desta forma projetos que visem o entendimento da dispersão dos aeroalérgenos, além do conhecimento do perfil da população alérgica facilitaria o direcionamento no desenvolvimento de vacinas imunomoduladoras para o tratamento e prevenção da doença alérgica.

REFERÊNCIAS

AKDIS, M.; AKDIS, C. A. Mechanisms of allergen-specific immunotherapy: Multiple suppressor factors at work in immune tolerance to allergens. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 133, n. 3, p. 621–631, 2014.

ALMEIDA, K. C de. Identificação de isoformas de *Blomia tropicalis* (Acari: Echimyopodidae) ligantes de anticorpos IgE de pacientes sensibilizados a ácaros da poeira domiciliar. **Tese (Doutorado em Imunologia e Parasitologia Aplicadas)** – Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – Minas Gerais. 2010.

ASBAI - **Associação Brasileira de Alergia e Imunologia**. Disponível em: <http://www.asbai.org.br>. Acesso em: 13.06. 2018

ASBAI/RJ, Associação Brasileira de Alergia e Imunologia/Regional Rio de Janeiro. **A doença do século XXI – Alergia- Perguntas e Respostas**. Editora: Revinter Ltada, 2012.

CHAPMAN, M. D. et al. The European Union CREATE Project: A model for



Artigo

international standardization of allergy diagnostics and vaccines. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 122, n. 5, 2008.

CHEN, K.-W. et al. Hypoallergenic Der p 1/Der p 2 combination vaccines for immunotherapy of house dust mite allergy. **The Journal of allergy and clinical immunology**, v. 130, n. 2, p. 435–43.e4, 2012.

CIPRANCI, G.; PUCCINELLI, P.; INCORVAIA, C.; PASSALACQUA, G. The relevance of house dust mites allergy in clinical practice: the epidemiological impact on allergen immunotherapy. **Immunotherapy**. v. 9, n. 15, 2017.

CUESTA, C; et al. Níveis de alérgenos no ambiente doméstico em doentes com alergia respiratória. **Revista Portuguesa Imunoalergol**, v. 4, nº 1, abril/junho/1996.

DEUS-DE-OLIVEIRA, N. et al. Deus-de-Oliveira, N., Felix, S. P., Carrielo-Gama, C., Fernandes, K. V., DaMatta, R. A., & Machado, O. L. T. (2011). Identification of critical Amino acids in the IgE epitopes of Ric c 1 and Ric c 3 and the application of Glutamic acid as an IgE blocker. . **PLoS ONE**, v. 6, n. 6, 2011.

DOULADIRIS, N. et al. In vivo allergenic activity of a hypoallergenic mutant of the major fish allergen CYP c 1 evaluated by means of skin testing. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 136, n. 2, p. 493–495, 2015.

FERREIRA, F. et al. Modified Recombinant Allergens for Safer Immunotherapy. **Inflammation & Allergy -Drug Targets**, v. 5, p. 5–14, 2006.

FERREIRA, F. et al. Modulation of IgE reactivity of allergens by site-directed mutagenesis: potential use of hypoallergenic variants for immunotherapy. **The FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology**, v. 12, n. 2, p. 231–242, 1998.

FOCKE-TEJKL, M. et al. Development and characterization of a recombinant, hypoallergenic, peptide-based vaccine for grass pollen allergy. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 135, n. 5, 2015.



Artigo

HAMILTON, R. G.; MACGLASHAN, D. W.; SAINI, S. S. IgE antibody-specific activity in human allergic disease. **Immunologic Research**, v. 47, n. 1–3, p. 273–284, 2010.

LINHART, B.; VALENTA, R. Mechanisms underlying allergy vaccination with recombinant hypoallergenic allergen derivatives. **Vaccine**, v. 30, n. 29, p. 4328–4335, 2012.

LUPINEK, C. et al. Advances in allergen-microarray technology for diagnosis and monitoring of allergy: The MeDALL allergen-chip. **Methods**, 2014.

MEADOWS, A. et al. A systematic review and economic evaluation of subcutaneous and sublingual allergen immunotherapy in adults and children with seasonal allergic rhinitis. **Health technology assessment (Winchester, England)**, v. 17, n. 27, 2013.

MOREIRA, C. G. A. **Produção de alérgeno Blo t 5 recombinante (rBlo t 5) de *Blomia tropicalis* e reatividade de anticorpos IgE a alérgenos Blo t 5 nativo e recombinante em pacientes atópicos**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – Minas Gerais. 2010.

RAULF, M.; et al. Mites and other indoor allergens – from exposure to sensitization and treatment. **Allergo Journal International**. v. 24, p. 68 – 80, 2015.

SELTZER, J. Biological contaminants. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**. v. 94, p. 318 – 326, 1994.

SHARMA, P. et al. Engineered hypoallergenic variants of osmotin demonstrate hypoallergenicity with in vitro and in vivo methods. **Molecular Immunology**, v. 64, n. 1, p. 46–54, 2015.

SOUZA, C. C. T. DE. Perfil de aeroalérgenos intradomiciliares comuns no Brasil : **revisão dos últimos 20 anos Profile of common indoor aeroallergens in Brazil** : review of the last 20 years. p. 47–52, 2012.

WANG, X. Y. et al. Treatment of allergic rhinitis and urticaria: A review of the newest



Artigo

antihistamine drug bilastine. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 12, p. 585–597, 2016.

WOODFOLK, J. A. et al. **Allergens, sources, particles, and molecules: Why do we make IgE responses?** **Allergology International**, 2015.

ZHENG, L. N. et al. Mapping IgE binding epitopes of major shrimp (*Penaeus monodon*) allergen with immunoinformatics tools. **Food and Chemical Toxicology**, v. 49, n. 11, p. 2954–2960, 2011.

ZUIDMEER-JONGEJAN, L. et al. Development of a hypoallergenic recombinant parvalbumin for first-in-man subcutaneous immunotherapy of fish allergy. **International Archives of Allergy and Immunology**, v. 166, n. 1, 2015.



Artigo

**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO**

**THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION FOR HEALTH PROMOTION IN
THE KNOWLEDGE SOCIETY**

Tanisse Paes Bóvio Barcelos Cortes
Milena Ferreira Hygino Nunes
Talita da Silva Ernesto
Analice de Oliveira Martins
Carlos Henrique Medeiros de Souza

RESUMO - Este artigo tem como objetivo principal refletir sobre a importância da comunicação para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em uma era tecnológica que potencializa trocas intensas de informações e conhecimentos. Trata-se de um trabalho com enfoque qualitativo, descritivo, construído a partir de pesquisa bibliográfica. Com base em autores como Vasconcelos (2016), Ribeiro *et al.* (2013), Moraes (2008), Gadotti (2000), Castells (2003), entre outros, aborda-se a concepção de saúde como direito social, fazem-se algumas ponderações sobre informação, conhecimento e comunicação, e analisam-se as interfaces da comunicação com o direito à saúde. Desta maneira, defendeu-se que a comunicação em saúde precisa ser compreendida pelo viés da integração e da interdisciplinaridade para que os atores sociais possam ser protagonistas quanto ao acesso e à seguridade dos seus direitos.

Palavras-chave: comunicação em saúde; sociedade do conhecimento; direito social.

ABSTRACT - This article has a primary purpose to reflect about the importance of communication for the promotion of health and the prevention of diseases, in a technology age that potentialize intense exchanges in the information and knowledge. This is a qualitative, exploratory work, based on bibliographic research. Based on authors such as Vasconcelos (2016), Ribeiro *et al.* (2013), Moraes (2008), Gadotti (2000), Castells (2003), among others, approaches the concept of health as social right, makes some reflections about information, knowledge and communication, and analyzes the interfaces of communication with the right to health. In this way, it was defended that the communication in health needs to be understood by the bias of the



Artigo

integration and the interdisciplinarity so that the social actors can be protagonists in the access and the security of their rights.

Keywords: communication in health; society of knowledge; social law.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, sabe-se que muitas concepções foram modificadas. A de saúde foi uma delas, como se verá neste artigo. Assim como as de informação, conhecimento e comunicação, possibilitadas pelas tecnologias de informação e comunicação, também abordadas aqui, mais à frente. E todas essas áreas imbricam-se, em uma concepção ampla de saúde.

Considerando a relação intrínseca entre essas áreas, este trabalho teve o intuito de refletir sobre a importância da comunicação para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em uma era tecnológica que permite trocas intensas de informações e conhecimentos, devido à interação entre as pessoas, consideradas (pelo menos em parte e potencialmente) sujeitos ativos do processo.

Inicialmente, fez-se uma abordagem histórica sobre a evolução do conceito de saúde, a ampliação do atendimento à população, até a sua “democratização”, que ainda é um desafio, mas que pode ser enfrentado pela participação da população brasileira, tendo como estratégia a comunicação, articulada com a informação e a educação, uma vez que as políticas sociais constituem-se por relações de poder, interesses e interações de diferentes atores sociais, o que configura processos de comunicação em essência.

Em um segundo momento, neste artigo, foram feitas algumas ponderações sobre informação, conhecimento e comunicação, termos erroneamente confundidos, principalmente com o advento da internet, já que a inserção do meio digital potencializa a relação entre esses processos.

Por último, foram analisadas as interfaces da comunicação com o direito à saúde, cujo vínculo é anterior à Constituição de 1988, e sua importância, inclusive, para a participação e o controle social, funções exercidas por meio de processos comunicacionais. Tendo como finalidade ações de intervenção social para promover a saúde e prevenir doenças, a informação é utilizada de forma estratégica, tendo por base o poder, o saber e a ética, para contribuir com as transformações nas estruturas cognitivas individual e comunitária e, assim, construir conhecimento.



Artigo

BREVE HISTÓRICOS DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

A área de saúde no Brasil, em termos de políticas públicas, passou a ser consolidada a partir da Constituição Brasileira de 1988, que garantiu, dentre os direitos sociais (e, por isso, a solidificação da cidadania – antes os direitos eram ignorados pelo Estado), o direito à saúde para todos, reconhecido e definido pela lei como um direito do cidadão e um dever do Estado, conforme o art. 196 da Constituição:

Art. 196 - a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir da Carta Magna brasileira, a noção de saúde, até então restritiva à ausência de doença, passa a abranger também a perspectiva de promoção e proteção da saúde como estratégia para a qualidade de vida da população. Com isso, os esforços de prevenção de doenças foram revigorados com atividades que estimulavam promover a saúde com informações e mudanças de comportamento.

Antes da Constituição Federal, a saúde pública era mantida no modelo de seguro social previdenciário de acesso limitado ao trabalhador formal pela contribuição compulsória. O restante da população era excluído desse serviço. O ideal biomédico eram ações de saúde voltadas para a doença com foco reducionista à assistência médica (RIBEIRO *et al.*, 2013).

O modelo hegemônico ditatorial do regime militar no Brasil, após o golpe de 1964, impõe algumas medidas para ter um domínio ainda maior sobre a sociedade, desenvolvidas no período de 1967-1974: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o PIS/PASEP. Políticas que, além de garantir benefícios, compreendem também um viés econômico (BRAVO, 2007).

A unificação da previdência social, em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que permitiu benefícios como aposentadoria e pensão, requisitou do governo a delimitação de estratégias para utilizar os recursos públicos com a finalidade de atendimento às necessidades de contribuintes e



Artigo

beneficiários. Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado para fornecer empréstimos financeiros aos hospitais privados para reformas e ampliações, mas muitas dessas dívidas não foram quitadas. No ano seguinte, 1975, o modelo econômico capitalista entra em crise e tem a diminuição de entrada do capital estrangeiro que movia a economia nacional (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Nesse cenário, o modelo de saúde previdenciário começou a demonstrar problemas, como: baixos salários da população, desemprego, aumento das moradias precárias, da mortalidade infantil, da marginalidade, dentre outros – apesar de o Brasil ter índices elevados de renda, se comparado a outros países. Assim, a medicina curativa (que entende a saúde como ausência de doença) vigente à época tornou inviável a solução de problemas de saúde coletiva: epidemias, endemias e até intervenções em questões sociais e culturais presentes em práticas cotidianas.

A alternativa do governo para essa situação de crise da manutenção da saúde previdenciária foi o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para prestar atendimento médico aos contribuintes da previdência social (empregados de carteira assinada). O INAMPS mantinha estabelecimentos próprios, mas quem realizava a maior parte dos atendimentos eram empresas privadas. Neles foram consolidadas a função de cuidar da doença pelo convênio e estabelecer o pagamento por procedimentos – não havia ações de promoção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A reforma sanitária (1970) deu outro fôlego às políticas de saúde, com o início de participação da sociedade. A reforma surgiu no meio acadêmico pelas insatisfações com o regime militar, tendo apoio de outros setores. Em 1979, veio a promessa de abertura política pelo general João Baptista Figueiredo, então presidente, compromisso percebido com a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O evento teve participação dos integrantes do movimento da reforma sanitária.

O INAMPS, diante da crise de manutenção da saúde, passou por diversas mudanças, com a universalização do atendimento. O movimento e a eleição de Tancredo Neves marcaram, em 1985, o término do regime militar, o que fortaleceu os movimentos de lutas coletivas inclusive pela saúde pública. Esse momento foi favorável para o estabelecimento de conselhos, como: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).



Artigo

Nesse período, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que apresentou a reforma sanitária e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). O evento reafirmou o processo de redemocratização, sendo a primeira conferência aberta ao público.

O processo da Constituinte em 1988 consolidou a cidadania, com a expansão e a garantia dos direitos sociais, ignorados até então pelo Estado. A participação da população possibilita um “novo” Estado democrático de direitos estendidos a todos os brasileiros. Essa fase é um reflexo dos direitos humanos, que têm por base os princípios de liberdade, igualdade e dignidade humana.

A Carta Magna configurou um importante marco pela criação do sistema unificado, integral e gratuito de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual a saúde passa a ser compreendida pelo modelo de medicina preventiva com ênfase no trabalho multidisciplinar. O Estado deixa de investir apenas em medidas para combater doenças e/ou preveni-las para ações que promovam a saúde.

Antes da Constituição Federal, o Governo restringia-se às políticas de saúde sob os moldes seletivos e excludentes, favorecendo as desigualdades sociais e a cidadania regulada. O modelo de seguro social previdenciário limitava o acesso aos serviços de saúde pública aos trabalhadores formais, através da contribuição compulsória.

Assim, o SUS representou uma proteção social garantida na concepção de seguridade social delimitada no art. 194 da Constituição – acontecimento importante na história da saúde pública nacional. O sistema regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080, de 1990, que define princípios, diretrizes e modelo de gestão) compõe uma complexa rede de atenção à saúde com serviços conduzidos de forma humanizada e integrada para suprir as demandas da sociedade.

Apesar desse ideal de execução do sistema, e de avanços políticos como a universalização do direito à saúde, a política neoliberal, a partir de 1990, dificulta a consolidação do SUS como política social. A assistência médica passou a ser privatizada, com redução de gastos e políticas de ajuste econômico, principalmente na área social. Serviços de saúde, educação, investimentos em pesquisa, entre outros, ficam em planos secundários do Governo, que amplia os processos de privatização e terceirização com a prerrogativa de que eles não são responsabilidades exclusivas do Estado (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Esses desafios podem ser enfrentados pela participação da população brasileira. A comunicação em saúde pode ser uma estratégia para a seguridade e efetivação do direito à saúde para todos os cidadãos. Com propagandas e programas nacionais de saúde, o SUS tem por objetivo a atenção primária na promoção à saúde e na prevenção



Artigo

de doenças, que direciona o atendimento pela aproximação e vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, construindo canal de comunicação entre eles (RIBEIRO *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao SUS como política social de certa maneira avançada e suas estratégias de comunicação, o sistema necessita de integração em seus serviços para atendimento à sociedade, como fundamenta RIBEIRO *et al.* (2013, p. 9):

Observa-se que o SUS encontra-se em constante processo de construção, mas necessita de um salto qualitativo, no que diz respeito ao acesso de qualidade, à promoção da saúde e a prevenção de doenças, pois comumente o usuário deste sistema se depara no dia a dia com filas, superlotação nos hospitais. Diante disso pode-se dizer que o processo de comunicação instaurado ainda é ineficaz, tendo em vista que os cidadãos desconhecem os níveis de atenção à saúde, enfraquecendo a porta de entrada do SUS, a atenção primária, reforçando o modelo hospitalocêntrico de atendimento, pois muitas pessoas buscam os níveis secundários e terciários, por desconhecerem o potencial da atenção básica, o que reafirma o descompasso entre a comunicação difundida e a efetivação de direitos.

Mas de que maneira as políticas de saúde vem sendo conduzidas? Prevalecem ações que preconizam a promoção da saúde ou a prevenção de doenças?

O estudo desenvolvido por Vasconcelos *et al.* (2016) fundamenta que há confusão nos conceitos de promoção e prevenção (com questões diversas: epistemológicas às linguísticas e culturais), além de serem considerados erroneamente sinônimos. Talvez os motivos sejam a ênfase na mudança do comportamento individual e a redução dos fatores de risco para determinadas doenças em programas que se intitulam para promoção da saúde.

Para atender em nível de medicina preventiva, e também como reação aos usos abusivos de medicamentos, o termo promoção da saúde foi apresentado por Sigerist (por volta de 1946), chamando a atenção que condições de vida, de trabalho, cultura física e formas de lazer e descanso são condições para a saúde.

Reflexões a respeito do tema foram desenvolvidas com mais frequência a partir da década de 1980, com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá (1986). No Brasil, a promoção da saúde ganha fôlego com o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006. O documento apresenta diretrizes e atribuições para os governos federal, estadual e



Artigo

municipal, com o objetivo de promover a qualidade de vida e minimizar a vulnerabilidade e os riscos da saúde, relacionados aos determinantes, como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. O texto também delimita ações para a divulgação e mobilização com relação à promoção da saúde.

Após a análise de 14 campanhas do Ministério da Saúde, no período de 2006 a 2013, Vasconcelos *et al.* (2016) constatou que os materiais apresentam conteúdos mais direcionados para a prevenção de doenças específicas do que de promoção à saúde. O resultado não invalida as ações do órgão, mas aponta imprecisão e certa confusão quanto aos termos promoção e prevenção, o que questiona a conquista efetiva de medidas para a saúde e para a qualidade de vida da população, bem como para a melhoria de indicadores da saúde pública brasileira.

A perspectiva da comunicação em saúde é articulada com a informação e a educação como processos para a ampliação da participação, articulação e controle social. Por isso, a forma como a comunicação é desenvolvida é determinante para a eficácia da política de saúde em sua plenitude de participação e transformação da vida dos cidadãos. Nesse sentido, a comunicação na área de saúde configura-se como um processo conflituoso, segundo Araújo e Cardoso (2007, p.21): “quando o lugar de fala é o da saúde, temos um campo de intersecção e, mais que isto, um contexto a definir a abordagem: o SUS, com seus dinamismos, contradições, lutas específicas, movimentos sociais e políticos, estruturas, instituições”.

Desta maneira, o modelo de comunicação disponibilizado à população pode favorecer ou não a efetivação dos direitos, como o direito à saúde, já que, pelas trocas simbólicas, a sociedade pode ser: informada para possíveis mudanças de comportamento; prevenida para evitar doenças; estimulada para a promoção da saúde; e pode requerer o cumprimento dos seus direitos – considerando que as políticas sociais constituem-se por relações de poder, interesses e interações de diferentes atores sociais, o que configura processos de comunicação em essência.

INFORMAÇÃO, CONHECIMENTO, COMUNICAÇÃO: ALGUMAS PONDERAÇÕES

Os processos de interligações mundiais, propiciados pelos meios de comunicação eletrônicos, principalmente os digitais, bem como pela globalização,



Artigo

atenuam as distâncias, transformam a noção de tempo e promovem certa democracia para o acesso à informação.

Burch (2005) questiona se o momento social que se vive trata-se de mais uma etapa da revolução industrial ou pode ser considerado uma nova era, chamada por alguns de “aldeia global”, “era tecnocrônica”, “sociedade pós-industrial”, “era - ou sociedade - da informação” e “sociedade do conhecimento”. Todos estes nomes são tentativas de compreender a sociedade atual e permitir situar, através de uma nomenclatura, as características do atual momento de mudanças.

A Cimeira Mundial da Sociedade da Informação (CGI, 2014) traz, em seu contexto, dois termos que ocuparam o cenário: sociedade da informação e sociedade do conhecimento, com suas respectivas variantes. A sociedade da informação, considerada, pela CMSI, um termo criado em um período da globalização neoliberal, teve como objetivo acelerar a instauração de um mercado mundial aberto e “autorregulado”. Eis o advento da informação enquanto objeto de busca pelos órgãos ou organizações, sociedade e o próprio governo. Esta então sociedade em ascensão caracterizou-se pela difusão da informação à maior parte da população, sem, contudo, ensiná-la a utilizar a informação transmitida.

Nesta linha, Giddens (1994) alerta que a capacidade de pensar é que diferencia os povos e as pessoas, de modo que aqueles que, através de uma informação, conseguem transformá-la em conhecimento têm grande destaque na atual conjuntura mundial.

Crawford diferencia informação de conhecimento do seguinte modo: “Um conjunto de coordenadas da posição de um navio ou o mapa do oceano são informações, a habilidade para utilizar essas coordenadas e os mapas na definição de uma rota para o navio é conhecimento” (1994, p. 186). Crawford (1994) ainda salienta que a informação é encontrada em inúmeros lugares; ao contrário do conhecimento, que somente pode ser produzido pelo homem. Somente o ser humano pode refletir, pensar, criar sobre algo e, enfim, gerar conhecimento - elemento este capaz de empreender modificações na sociedade. Entretanto, a informação sem o aprimoramento humano é inútil, visto que somente a utilização produtiva da informação atribui-lhe utilidade.

Markl tece as seguintes considerações neste sentido: “O caminho da sociedade da informação para a sociedade do conhecimento é o caminho da informação para o significado, da percepção para o julgamento” (1998, p. 76). Deste modo, vislumbra-se que a transição da sociedade da informação para a sociedade do conhecimento se opera quando o conhecimento ganha *status* de objeto de busca, enquanto a informação passa a ser coadjuvante deste.



Artigo

Foi no final da década de 90 que surgiu a ideia de “sociedade do conhecimento”. Os meios acadêmicos utilizavam este termo como alternativa à “sociedade da informação”. A UNESCO, em particular, adotou o termo “sociedade do conhecimento” ou sua variante “sociedades do saber” dentro de suas políticas institucionais. A reflexão feita pela UNESCO era a de incorporar uma concepção mais integral, não ligada apenas à dimensão econômica. O subdiretor-geral da UNESCO para Comunicação e Informação, Abdul Waheed Khan, destaca:

A Sociedade da Informação é a pedra angular das sociedades do conhecimento. O conceito de “sociedade da informação”, a meu ver, está relacionado à ideia da “inovação tecnológica”, enquanto o conceito de “sociedades do conhecimento” inclui uma dimensão de transformação social, cultural, econômica, política e institucional, assim como uma perspectiva mais pluralista e de desenvolvimento. O conceito de “sociedades do conhecimento” é preferível ao da “sociedade da informação”, já que expressa melhor a complexidade e o dinamismo das mudanças que estão ocorrendo. [...] O conhecimento em questão não só é importante para o crescimento econômico, mas também para fortalecer e desenvolver todos os setores da sociedade (*apud* BURCH, 2005, p. 3).

Castells (2003), dissertando sobre a sociedade do conhecimento, assim afirma:

O que caracteriza a revolução tecnológica atual não é o caráter central do conhecimento e da informação, mas a aplicação deste conhecimento e informação a aparatos de geração de conhecimento e processamento da informação/comunicação, em um círculo de retroalimentação acumulativa entre a inovação e seus usos (2003, p. 7).

Para Castells (2003), a sociedade do conhecimento põe seu foco no conhecimento e em como este pode ser aplicado para criar, aprimorar ou revolucionar a sociedade. Em complementação, ainda assevera:

A difusão da tecnologia amplifica infinitamente seu poder ao se apropriar de seus usuários e redefini-los. As novas tecnologias da informação não são apenas ferramentas para se aplicar, mas processos



Artigo

para se desenvolver. [...] Pela primeira vez na história, a mente humana é uma força produtiva direta, não apenas um elemento decisivo do sistema de produção (2003, p. 7).

De acordo com Castells (1999), a sociedade do conhecimento busca um patamar superior, no qual a mente humana ganha *status* de elemento decisivo, visto que o objeto de busca, o conhecimento, só é alcançado quando a mente humana é aliada à determinada informação. Portanto, para Manuel Castells (1999), a sociedade do conhecimento

[...] trata-se de uma sociedade na qual as condições de geração de conhecimento e processamento de informação foram substancialmente alteradas por uma revolução tecnológica centrada no processamento de informação, na geração do conhecimento e nas tecnologias da informação (1999, p. 25).

Delineando uma comparação, tem-se que a então sociedade da informação passa a ser denominada de sociedade do conhecimento, na qual esta é uma evolução daquela, visto que a informação deixa de ser personagem principal para se tornar coadjuvante do conhecimento - objeto de busca desta nova configuração social, visando sempre à aplicação do conhecimento em benefício da sociedade.

Desta maneira, a informação é adquirida por meio de uma rede complexa e abrangente de veículos de comunicação, ou seja, por filtros e mediações, estando dotada de intenções. Porém, é preciso lembrar que o acesso não garante a construção de conhecimento. Para isto, é preciso elaboração, reconstrução. A aprendizagem acontece quando o indivíduo está envolvido no processo de sua construção, quando ele se sente tocado com aquela informação. A tecnologia pode até ajudar, mas é o sentido que gera a aprendizagem (SOARES, 2002).

Assim, a informação é constituída como conhecimento quando o sujeito agrega valor à informação recebida de modo a dar significância a ela, integrando o conhecimento prévio ao “novo”. O ambiente cultural que o indivíduo está inserido influencia esse processo de significância, já que as dimensões da percepção para agregar valor à informação recebida são também fruto desse meio (SCHIAVONI, 2007).

Moacir Gadotti (2000), pedagogo e filósofo, alerta que a ampliação de acesso à informação não significa acesso ao conhecimento.



Artigo

[...] Pode ser que, de fato, já se tenha ingressado na era do conhecimento, mesmo admitindo que grandes massas da população estejam excluídas dele. Todavia, o que se constata é a predominância da difusão de dados e informações e não de conhecimentos. Isso está sendo possível graças às novas tecnologias que estocam o conhecimento, de forma prática e acessível, em gigantescos volumes de informações, que são armazenadas inteligentemente, permitindo a pesquisa e o acesso de maneira muito simples, amigável e flexível.

[...] Nos últimos anos, a informação deixou de ser uma área ou especialidade para se tornar uma dimensão de tudo, transformando profundamente a forma como a sociedade se organiza. Pode-se dizer que está em andamento uma Revolução da Informação, como ocorreram no passado a Revolução Agrícola e a Revolução Industrial (GADOTTI, 2000, p.7).

Na “revolução da informação”, outros “espaços do conhecimento” são criados. Além da escola, a casa, a empresa e o espaço social tornaram-se educativos via possibilidade de acessos do ciberespaço para formação e aprendizagem a distância. A sociedade civil (ONGs, associações, sindicatos, igrejas, etc.) tem se organizado para atuar também como espaço para difusão de conhecimentos e formação continuada. Gadotti (2000) defende que a sociedade precisa participar de maneira intensa e organizada, porque a tecnologia sozinha não basta para garantir o acesso à informação, sendo esse acesso um direito fundamental e primário, “o primeiro de todos os direitos, pois sem ele não se tem acesso aos outros direitos” (GADOTTI, 2000, p. 7).

A internet pode ser uma via de integração e de acesso mais democrático às informações, de acordo com o que Gadotti comenta.

[...] O ciberespaço não está em lugar nenhum, pois está em todo o lugar o tempo todo. Estar num lugar significaria estar determinado pelo tempo (hoje, ontem, amanhã). No ciberespaço, a informação está sempre e permanentemente presente e em renovação constante. O ciberespaço rompeu com a ideia de tempo próprio para a aprendizagem. Não há tempo e espaço próprios para a aprendizagem. Como ele está todo o tempo em todo lugar, o espaço da aprendizagem é aqui – em qualquer lugar – e o tempo de aprender é hoje e sempre. A sociedade do conhecimento se traduz por redes, “teias” (Ivan Illich), “árvores do conhecimento” (Humberto Maturana), sem hierarquias, em unidades dinâmicas e criativas, favorecendo a conectividade, o



Artigo

intercâmbio, consultas entre instituições e pessoas, articulação, contatos e vínculos, interatividade. A conectividade é a principal característica da Internet.

O conhecimento é o grande capital da humanidade. Não é apenas o capital da transnacional que precisa dele para a inovação tecnológica. Ele é básico para a sobrevivência de todos e, por isso, não deve ser vendido ou comprado, mas sim disponibilizado a todos. Esta é a função de instituições que se dedicam ao conhecimento apoiado nos avanços tecnológicos. Espera-se que a educação do futuro seja mais democrática, menos excludente. Essa é ao mesmo tempo nossa causa e nosso desafio. Infelizmente, diante da falta de políticas públicas no setor, acabaram surgindo “indústrias do conhecimento”, prejudicando uma possível visão humanista, tornando-o instrumento de lucro e de poder econômico (GADOTTI, 2000, p. 8).

Outra ponderação necessária é a diferença de comunicação e informação. Conforme Drucker (2002), a comunicação envolve percepção, é interpessoal, requer que o receptor-usuário se torne alguém, faça alguma coisa, acredite em alguma coisa. A informação é “puramente” formal, não tem significado, é impessoal e quanto mais ela se distancia do “componente humano” (emoções, valores, expectativas e percepções), mais válida e confiável ela é; mais informativa. Desta maneira:

A informação pressupõe a comunicação. A informação é sempre codificada. Para ser percebida e usada, o código deve ser conhecido e entendido pelo receptor. Isso exige um acordo prévio, ou seja, algum tipo de comunicação.

A comunicação pode não depender da informação. De fato, as comunicações mais perfeitas podem ser puramente “experiências compartilhadas”, sem qualquer lógica. A percepção tem primazia sobre a informação (DRUCKER, 2002, p.129).

A inserção do meio digital potencializa a relação entre ambas, ampliando o acesso à informação e as possibilidades de interação e produção de conteúdo. Manuel Castells (2003) faz a ressalva de que, na década de 80, o uso da internet apresenta-se como o advento de uma nova era da comunicação livre e da realização pessoal nas comunidades virtuais mediadas por computador. E reafirma que a internet não se constitui apenas como uma tecnologia; ela é também um meio de comunicação com



Artigo

uma “forma organizativa concreta”: a rede. Para ele, a internet é, antes de tudo, uma criação cultural, sendo indispensável para os “movimentos” que estão surgindo na sociedade em rede.

COMUNICAÇÃO E AS INTERFACES COM O DIREITO À SAÚDE

A relação entre a comunicação e a saúde é uma interface em diálogo intenso, principalmente a partir da constituição de 1988. Entretanto, de acordo com o que elucidada Vasconcelos *et al.* (2016), o vínculo entre as áreas é anterior ao documento, porque a comunicação e a saúde são importantes, por exemplo, para a participação e o controle social, funções exercidas por meio de processos comunicacionais. Por isso, nessa relação intrínseca, a participação dos sujeitos na vida social e política também se dá pelo acesso às informações em saúde. Assim:

A comunicação se encontra com a saúde em várias dimensões, tanto acadêmicas (na criação de modelos teóricos e de alternativas para subsidiar a política de saúde) quanto práticas (técnicas para acesso às informações, diálogos entre os prestadores de serviços de saúde e a população etc.). A comunicação traz a saúde como objeto para produção do discurso (nos jornais, nas campanhas) e a saúde usa o saber comunicacional como ferramenta para prevenção e promoção, mas não só; é importante salientar que a relação entre comunicação e saúde é complexa e tem nuances para além do aspecto instrumental entre um campo e outro. A interface entre a comunicação e a saúde é equivalente e complementar, cada campo com suas especificidades, ou seja, discursividade, historicidade, agendas, lutas, agentes. Equivalência, porque são campos autônomos; complementaridade porque, uma vez conectados, um passa a ser condição de existência do outro (VASCONCELOS *et al.*, 2016, n.p.).

De acordo com Alice Moraes (2008), a comunicação em saúde tem por finalidade ações de intervenção social para promover a saúde e prevenir doenças, por intermédio de informações em saúde, para gerar conhecimento à população com possíveis mudanças de comportamentos. Nesse sentido, a informação é utilizada de forma estratégica, tendo por base o poder, o saber e a ética, para contribuir com as



Artigo

transformações nas estruturas cognitivas individual e comunitária e, assim, construir conhecimento.

Esse processo de transferência de informações permite que o indivíduo amplie sua percepção, de modo que a informação contextualizada seja percebida pela capacidade cognitiva, podendo se tornar conhecimento, dada a significância conferida pelo indivíduo àquela informação. Desta maneira, o conhecimento é um elemento integrador entre a comunidade e os profissionais de saúde (MORAES, 2008), bem como as políticas de saúde e prevenção de doenças, já que a comunidade inteirada sobre as patologias, suas possíveis causas e medidas preventivas pode ser mais consciente e cuidadosa com a vida.

A comunicação, atividade intrínseca ao modo de viver do ser humano, compõe fator importante para a escolha de uma vida saudável com prevenção de doenças. Na raiz etimológica da palavra, comunicar vem do latim *communicare* que significa “tornar comum, partilhar, repartir, associar, trocar opiniões, conferenciar. Comunicar implica participação (*communicatio* tem o sentido de participação) em interação, em troca de mensagens, em emissão ou recebimento de informações novas” (RABAÇA e BARBOSA, 1987, p.151).

Assim, a comunicação é uma técnica que envolve emissão e recepção de mensagens nas quais as pessoas percebem, compreendem e partilham significados de ideias, intenções, pensamentos, desejos, propósitos, conhecimentos. Para que a comunicação se efetive e se estabeleça um elo de comunhão, de partilha a quem se dirige a informação, no sentido de com ele/ela passar a ter algo em comum, é preciso conhecer o contexto sociocultural que o público-alvo está inserido para delimitar estratégias eficazes.

As diretrizes direcionadas à saúde (SUS, PNPS) preconizam ações de promoção, proteção e prevenção direcionadas aos usuários de serviços de saúde, tendo como enfoque não somente doenças passíveis a determinados grupos da sociedade, mas o estímulo de promover a saúde de acordo com o contexto de vida dos diferentes grupos. Nessas articulações, as estratégias de comunicação são percebidas como instrumentos que podem contribuir para articulações que priorizem as principais necessidades dos indivíduos e para auxiliar a seguridade dos direitos desses indivíduos (MARTINS *et al.*, 2009).

As estratégias são usadas para facilitar o processo de informar e construir conhecimentos para os atores sociais. No contexto da saúde, conforme Moraes (2008), elas são utilizadas para informar principalmente sobre doenças passíveis de a população contrair, atendo-se sobre suas causas e hábitos que evitam o adoecimento. No entanto,



Artigo

além de informar para a prevenção de doenças, é necessário compreender o contexto histórico, social, cultural, econômico dos indivíduos para práticas efetivas de auxílio informativo, de acordo com as necessidades daquele grupo para a promoção da saúde.

Em nível micro, as estratégias de comunicação referem-se ao diálogo e à escuta entre os doentes e os profissionais de saúde, tendo a finalidade de que o paciente seja notado como um ser social, a partir de suas singularidades e diversidades, para facilitar o diálogo entre os envolvidos e proporcionar conhecimento e colaboração para os tratamentos propostos.

Em sentido mais amplo, as ações comunicativas podem ser orais, escritas, visuais e tecnológicas. Independentemente do suporte utilizado, o interesse e a necessidade do público são elementos que vão nortear os programas de comunicação. Afinal, as informações que são facilmente dispensadas e que não se mostram adequadas não chamarão atenção do receptor. Quanto maior for a aceitação do material informativo utilizado, maior será a chance de interesse e assimilação do receptor (MORAES, 2008).

Com isso, considerando que dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 está o direito à saúde, fundamenta-se que a efetividade dele pode ser também garantida pela informação da população. Essa perspectiva assumida pelas políticas e leis de saúde (Constituição de 1988, SUS, PNPS), mas com foco principal na prevenção de doenças, conforme estudo de Vasconcelos *et al.* (2016). Assim, enfatiza-se que a informação pode ser um meio para a prevenção e para a promoção da saúde, visto que uma população informada está munida de saber que pode gerar mudanças de estilo de vida e aumento de qualidade e expectativa de vida. A informação gera o saber e o saber gera o poder simbólico transformador, além de ser um direito reconhecido em uma sociedade democrática: o direito à informação, previsto na Constituição de 1988.

Além disso, a fase digital dos processos comunicativos pode propiciar outro estágio para a comunicação em saúde. Nesse sentido, a comunicação, em seu papel fundamental para a vida do ser humano, torna-se ainda mais intensa na sociedade da informação (ou pós-industrial) (BRASIL, 2010). As mediações foram atualizadas e potencializadas com a internet pelas possibilidades de comunicação, dada a interconexão das diversas mídias. Com o acesso e o excesso de informação, o ciberespaço inaugura outro estágio, até então limitado a uma pequena parcela da população: a produção de comunicação (BRASIL, 2010).

A esse respeito, o Ministério da Educação (MEC), no caderno: *Comunicação e uso das mídias*, da série Cadernos Pedagógicos, do Programa Mais Educação (BRASIL,



Artigo

2010), ressalta a influência dos meios de comunicação na produção de sentidos e nas representações sociais e o quanto a internet tornou o processo mais complexo. Por outro lado, o meio digital abre espaços para o exercício do direito à comunicação, ou seja, “a possibilidade de cada um [indivíduos, grupos, setores sociais, países] expressar suas ideias e divulgar as informações que considerar pertinentes, com chances reais de ser ouvido” (BRASIL, 2010, p. 9).

Os direitos relacionados à expressão e à imprensa são conhecidos da população. Consistem no direito de as pessoas expressarem livremente suas opiniões, pensamentos e ideias. A liberdade de expressão consta nos direitos humanos de primeira geração, que recebem essa designação por se referirem à vida e à liberdade das pessoas e por serem os primeiros inscritos em textos constitucionais (a partir da independência norte-americana - 1776 - e da Revolução Francesa - 1789). A liberdade de imprensa é o direito de expressão que se aplica aos meios de comunicação. O direito à comunicação foi conquistado em 1970, conforme informações do Ministério da Educação (BRASIL, 2010):

O Direito à Comunicação é um conceito muito mais recente, pois nasceu no final da década de 1970, no seio da Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura (UNESCO). Essa instituição criou uma comissão para mapear a realidade da mídia no mundo, cujo relatório final, intitulado *Um Mundo e Muitas Vozes* (1980), tornou-se um marco, ao evidenciar que a produção de informações está dominada, em nível mundial, por grandes grupos de comunicação localizados nos países ditos “centrais” (Europa e América do Norte). Assim, a comunicação transforma-se em um instrumento de dominação, que beneficia aqueles que controlam a mídia e os interesses geopolíticos e econômicos com os quais estão associados.

[...] O Direito à Comunicação busca equilibrar a comunicação, dentro de uma perspectiva igualitária, contrapondo-se à situação de concentração e controle que se constata universalmente. Eis o motivo pelo qual a expressão Direito à Comunicação, contrariamente à Liberdade de Imprensa e Liberdade de Expressão, é, raramente, mencionada nos meios de comunicação (BRASIL, 2010, p. 9).

Assim, o ato comunicativo e suas decorrentes trocas de informação, além de possíveis construções de conhecimento, mudança de comportamento, de vida e



Artigo

efetividade em ser cidadão, conferem um ato de poder em que o saber assimilado pode ser um meio de transformação. Com isso, defende-se que:

[...] a preocupação com a transferência da informação não abrange apenas o processo cognitivo, mas, também, os aspectos éticos, políticos e sociais, tendo como objetivo diminuir o abismo que existe entre uma parte da sociedade que conhece e outra que não conhece ou conhece pouco. Em outras palavras, há uma preocupação em amenizar o poder conferido pelo saber, que é um instrumento de dominação e de promoção da hierarquia social, que causa as discriminações e que promove injustiças sociais (MORAES, 2008, n.p.).

A comunicação e a saúde, nas vertentes de promoção da saúde e prevenção de doença, devem provocar trocas intensas de informações e conhecimentos, e não apenas uma transmissão linear unidirecional. Há também de se considerar o diálogo entre comunicação e educação como processos de emancipação dos atores sociais, de aprendizagens que colaboram para o engajamento em formulações de políticas e de defesa dos direitos comuns a todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viu-se que a informação, a comunicação e o conhecimento sempre fizeram parte integrante da sociedade, independentemente de sua classificação emergente. No entanto, na sociedade do conhecimento, a informação passou a ser utilizada enquanto instrumento de modificação dos próprios processos de comunicação e de obtenção da informação. O que se quer dizer é que a sociedade do conhecimento não se interessa somente pela informação, mas em como esta informação pode modificar e impactar, positivamente, a sociedade como um todo. O foco deixa de ser o processo de obtenção da informação, passando a ser o alcance de conhecimento, passível de ser utilizado pela sociedade, aprimorando processos, criando organizações/organismos mais eficientes e, conseqüentemente, beneficiando a humanidade.

Com relação às compreensões sobre saúde, perceberam-se desenvolvimentos importantes no que diz respeito às políticas públicas e aos projetos legislativos. A Constituição de 1988, com a criação do SUS, inseriu outro capítulo na área da saúde por superar a perspectiva restritiva de noção da saúde como ausência de doença. Assim,



Artigo

começou-se um processo para instituir o modelo de medicina preventiva com ênfase no trabalho multidisciplinar. A saúde passou, então, a ser considerada pelo viés da promoção e da proteção como estratégia para a qualidade de vida da população. Com isso, os esforços de prevenção de doenças foram revigorados com atividades que estimulassem promover a saúde com informações, conhecimentos e mudanças de comportamento.

Por isso, a comunicação em saúde precisa ser compreendida pela integração e pela interdisciplinaridade que a constituem, em que os sujeitos envolvidos são percebidos com suas necessidades, anseios e dificuldades, e não meros receptores passivos de informações técnicas, “rebuscadas” de saúde. Nesse ideário, a informação deve ser meio para os atores sociais entenderem a dinâmica do sistema de saúde, para que possam ser protagonistas quanto ao acesso e à seguridade dos seus direitos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Comunicação e Uso de Mídias. **Caderno Pedagógico** n.º 9. Série cadernos pedagógicos do Programa Mais Educação. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://educacaointegral.mec.gov.br/images/pdf/pme/comunicacao_midias.pdf>

Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 5 de outubro de 1988.

Brasília, DF: **Senado Federal**, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Lei Orgânica de Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.



Artigo

BURCH, Sally. Sociedade da informação/sociedade do conhecimento. In: Ambrosi, A.; Peugeot, V.; **Pimenta, D. Desafios das palavras**. Ed. VECAM, 2005. Disponível em: <<https://vecam.org/archives/article519.html>> Acesso em: 22 jun. 2018.

CASTELLS, Manuel. **A Era da Informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **A Galáxia da Internet: Reflexões sobre a Internet, os Negócios e a Sociedade**. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

CGI. Documentos da Cúpula Mundial sobre a Sociedade da Informação [livro eletrônico]. Genebra 2003 e Túnis 2005. São Paulo: **Comitê Gestor da Internet no Brasil**, 2014. Disponível em: <https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/1/CadernosCGIbr_DocumentosCMSI.pdf> Acesso em: 30 jun. 2018.

CRAWFORD, Richard. **Na Era do Capital Humano**. Tradução de Luciana Bontempi Gouveia. São Paulo: Atlas, 1994.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **O melhor de Peter Drucker**: obra completa. Tradução de Maria L. Leite Rosa, Arlete Simile Marques e Edite Sciulli. São Paulo: Nobel, 2002. Disponível em: <<https://books.google.de/books?id=ClAZfUUn7kcC&pg=PA303&lpg=PA303&dq=administra%C3%A7%C3%A3o+em+tempos+de+grandes+mudan%C3%A7as+peter+drucker+era+da+informa%C3%A7%C3%A3o&f=false>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais da educação**. In: São Paulo Perspectiva. v. 14. n. 2. 2000. pp.03-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782>> Acesso em: 22 jun. 2018.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

MARKL, Hubert. InterNations, 1998. Humboldt 76. **Revista Veja** nº 35 de 05/09/2001.



Artigo

MARTINS, Cláudia C. F.; SOUZA, Greice K. G. de; MEDEIROS, Suzane G. de; NUNES, Tatiana de P.; MORAIS, Fátima R. R. A comunicação como estratégia de promoção à saúde na atenção básica: desafio para a enfermagem. In: **Portal de Eventos da ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem**. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. (Re) construção de cenários na atenção básica em saúde. 20, 21 e 22 de agosto. Recife, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id18r0.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

MORAES, Alice Ferry de. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 13. supl. 2. Rio de Janeiro, 2008. n.p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900008>. Acesso em 03 jul. 2018.

RABAÇA, Carlos Alberto; BARBOSA, Gustavo. **Dicionário de Comunicação**. São Paulo: Ática, 1987.

RIBEIRO, Camila Beatriz; CRUZ, Ana Paula Correia Neves da; MARÍNGOLO, Aline Cristina do Prado. Comunicação em saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. In: **Anais III Simpósio Mineiro de assistentes sociais**. 7 a 9 de junho. Belo Horizonte: CRESS 6ª região, 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simpósio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITO_S%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20%C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SCHIAVONI, Jaqueline E. Mídia: o papel das novas tecnologias na sociedade do conhecimento. In: CARDOSO, Clodoaldo M. (Org). **Diversidade e Igualdade na Comunicação – coletânea de textos do fórum da Diversidade e Igualdade: cultura, educação e mídia**. Bauru: FAAC/Unesp, SESC, SMC, 2007. Disponível em: <<http://www2.faac.unesp.br/publicacoes/anais-comunicacao/textos/01.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SOARES, Ismar de Oliveira. Gestão comunicativa e educação: caminhos da educomunicação. In: **Revista Comunicação & Educação**. n. 23. jan./abr. São Paulo: ECA/USP, 2002. pp. 16-25. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37012/39734>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

VASCONCELOS, Wagner R. M. de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella S. de; MENDONÇA, Ana V. M. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. In: RECIIS – **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. abr.-jun. 10(2). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. pp. 1-11. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1019/pdf_10_19> . Acesso em: 04 jul. 2018.



A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Páginas 122 a 142

Artigo

**CURRÍCULO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA À LUZ DAS
METODOLOGIAS ATIVAS: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

**CURRICULUM OF MEDICINE GRADUATION COURSES THROUGH THE
ACTIVE METHODOLOGIES THEORY: A BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF
SCIENTIFIC OUTPUT**

Carlos Henrique Medeiros de Souza
Joane Marieli Pereira Caetano
Laís Teixeira Lima
Cristiana Barcelos da Silva

RESUMO - Com as recentes propostas de atualização das DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino e formação curso de Medicina, cabe neste momento promover uma pesquisa à luz dos artigos que estão sendo desenvolvidos em torno desta temática. Partindo do pressuposto que muitas IES - Instituições e Ensino Superior estão substituindo o currículo estruturado em tradicionais disciplinas por um ensino baseado em eixos temáticos, que buscam promover uma maior integração entre os diversos componentes curriculares a serem trabalhados, este trabalho tem como principal objetivo realizar uma análise bibliométrica acerca da produção científica em torno do emprego de metodologias ativas na construção curricular destes cursos de graduação em Medicina. Trata-se de estudo qualiquantitativo, que terá como fundamentação teórica o ensino pautado nas metodologias ativas sob as visões de Bacich e Moran (2018); as novas perspectivas de propostas para o ensino superior, evidenciadas por autores como Masetto (2012); e novas abordagens no ensino em cursos de graduação em medicina com base nos demais autores no ambiente da base de dados *Scopus*. Este estudo apontou que, mesmo diante de muitas discussões acerca da temática em questão, ainda existe uma necessidade significativa de propor reflexões acerca da construção do currículo de medicina à luz das metodologias ativas.

Palavras-chave: Metodologias Ativas; Eixos Temáticos; Graduação em Medicina; Conhecimento Integrado; Currículo.



**CURRÍCULO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA À LUZ DAS
METODOLOGIAS ATIVAS: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA**

Páginas 143 a 160

Artigo

ABSTRACT - With the recent proposals to update the DCNs - National Curriculum Guidelines for the Undergraduate Medical School, it is at this moment to promote a research in the light of the articles that are being developed around this theme. Based on the assumption that many HEIs - Institutions and Higher Education, are replacing the curriculum structured in traditional disciplines by a teaching based on thematic axes, that seek to promote a greater integration among the diverse curricular components to be worked, this work has as main objective to realize a bibliometric analysis about the scientific production around the use of active methodologies in the curricular construction of these undergraduate courses in Medicine. This is a qualitative study, which will have as theoretical foundation the teaching based on the active methodologies under the visions of Bacich and Moran (2018); the new perspectives of proposals for higher education evidenced by authors such as Masetto (2012); and new approaches in teaching undergraduate medical courses based on the other authors in the Scopus database environment. This study pointed that, even in the face of many discussions about the subject, there is still a significant need to propose reflections on the construction of the medical curriculum in the light of active methodologies.

Keywords: Active Methodologies; Thematic Axes; Medicine Graduation; Integrated Knowledge; Curriculum.

INTRODUÇÃO

O emprego de Metodologias Ativas na formação de profissionais da Saúde deuse, principalmente, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Este estudo tematiza a aplicabilidade desta estratégia de ensino na constituição curricular na área de saúde. Diante desse contexto, pretende-se realizar análise bibliométrica acerca da produção científica em torno da adoção de metodologias ativas nos currículos de cursos de graduação em Medicina. Logo, a pesquisa caracteriza-se metodologicamente como um estudo quantitativo.

Antes da análise dos índices bibliométricos, contextualiza-se o curso de Medicina no âmbito da educação em nível superior, explicitando sua concepção curricular original e as reformulações as quais sua dinâmica organizacional vem sofrendo. Em seguida, foca-se em elucidar o conceito de currículo integrado, tendência contemporânea em voga. Por fim, analisam-se os dados sobre as pesquisas registradas



Artigo

atualmente sobre a aplicabilidade das metodologias ativas em currículos, em específico, dos cursos de Medicina.

Diante das inovações das Metodologias Ativas enquanto estratégias de ensino, faz-se importante a investigação dos caminhos que vêm sendo trilhados nessa seara, de modo a observar as possibilidades de contribuição e ampliar os estudos na área.

ENSINO SUPERIOR: CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE O CURSO DE MEDICINA

Ao Ensino Superior, na dinâmica cultural brasileira, atribui-se grande relação com a ascensão social, na medida em que se apresenta como alternativa para formação de profissionais em diversas áreas da sociedade.

Em resgate de marcos históricos sobre o incentivo ao Ensino Superior, menciona-se a criação do Plano Nacional de Educação, mediante o artigo 214 da Constituição Federal, que oficialmente estabelece

(...) o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino, em seus diversos níveis, e à integração das ações do poder público que conduzam à: I – erradicação do analfabetismo; II – universalização do atendimento escolar; III – melhoria da qualidade do ensino; IV – formação para o trabalho; V – promoção humanística, científica e tecnológica do País (BRASIL, 1988).

Tal determinação é reafirmada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394/96, ao recomendar o delineamento de ações prévias para a próxima década.

Em 2007, o governo federal lança o Plano de Desenvolvimento da Educação (PNE), descrevendo razões, princípios e programas de fortalecimento da educação nacional. A respeito da Educação Superior, são apresentados, a partir desse documento, programas importantes para a formação e a expansão do Ensino Superior, a saber: a Universidade Aberta do Brasil (UAB), o Programa de (PIBID), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), o Programa



Artigo

Universidade para Todos (PROUNI) e as possibilidades de financiamento estudantil mediante o Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES).

Nesse sentido, em análise histórica sobre o modelo universitário constituído no Brasil, Severino (2008, p. 74) considera dois aspectos fundamentais de sua composição: “o caráter privado de sua dependência administrativa e a sua natureza de instituição isolada, como que recuperando e consolidando a tradição fundadora iniciada nos idos do Império com as faculdades de Direito, Medicina e Engenharia”.

O primeiro aspecto apontado pelo autor ainda pode ser observado na atualidade ao se verificar a evolução da rede privada em contraponto com a iniciativa pública, no que tange ao surgimento de instituições superiores de formação profissional. Em dados do INEP, referentes ao Censo da Educação Superior de 2016, pode-se constatar a supremacia da oferta de cursos superiores na iniciativa privada. A figura a seguir demonstra, tabularmente, este histórico evolutivo:

Ano	Instituições								
	Total	Universidade		Centro Universitário		Faculdade		IF e Cefet	
		Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
2006	2.270	92	86	4	115	119	1.821	33	a
2007	2.281	96	87	4	116	116	1.829	33	a
2008	2.252	97	86	5	119	100	1.811	34	a
2009	2.314	100	86	7	120	103	1.863	35	a
2010	2.378	101	89	7	119	133	1.892	37	a
2011	2.365	102	88	7	124	135	1.869	40	a
2012	2.416	108	85	10	129	146	1.898	40	a
2013	2.391	111	84	10	130	140	1.876	40	a
2014	2.368	111	84	11	136	136	1.850	40	a
2015	2.364	107	88	9	140	139	1.841	40	a
2016	2.407	108	89	10	156	138	1.866	40	a

Fonte: Mec/Inep; Tabela elaborada por Inep/Deed
Nota: (a) Não se aplica

Figura 1 - Evolução do Ensino Superior no Brasil quanto à oferta de instituições
Fonte: MEC/INEP (2016)



Artigo

Convém ressaltar que, quando se trata de Universidade, o quantitativo de instituições públicas é mais elevado, justamente pelas políticas governamentais de ampliação do acesso ao ensino superior público, tais como o REUNI e a oferta dos cursos superiores a distância. Todavia, no âmbito dos centros universitários e das faculdades, o universo de instituições privadas é bem mais elevado.

Observar a ascensão da iniciativa privada é relevante para um estudo específico do curso de Medicina, uma vez que a maioria das instituições ofertantes deste curso são provenientes desta rede e, em se tratando do universo de vagas ofertadas, segundo as Sinopses Estatísticas da Educação Superior 2016 (MEC/INEP), de um total de 27.857 vagas em oferta, 10. 493 vagas eram ofertadas pela rede pública e 17. 364 pela rede privada.

Essa expansão do acesso aos cursos de Medicina tem sido alvo das preocupações do MEC, que, em 5 de abril de 2018, decidiu, mediante Portaria 328 de 2018, suspender a abertura de novos editais para a criação de cursos de medicina no Brasil até 2023. A decisão restringiu, ainda, o aumento na oferta de vagas dos cursos em vigência. Em coletiva de imprensa, divulgada pelo Portal do MEC, o então Ministro da Educação, Mendonça Filho, destacou que a deliberação levou em conta o levantamento estatístico da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e do Plano Plurianual do governo, após o monitoramento dos dados. Segundo o ministro, “as metas traçadas com relação a ampliação da oferta de médicos no Brasil [11 mil vagas/ano] já foram atingidas” (PORTAL MEC, 2018).

Além disso, a portaria institui Grupo de Trabalho para dedicar-se à reorientação da política de formação médica dos cursos de graduação em Medicina. De acordo com seu Art. 4º, ao longo das discussões serão considerados “aspectos de qualidade dos cursos de graduação em Medicina em funcionamento, de inserção regional quanto aos serviços de atendimento à saúde, de inclusão dos egressos e de condição de oferta” (BRASIL, 2018).

As ações do MEC demonstram, portanto, a necessidade de se repensar a qualidade educacional do futuro médico, o que alude a questões em torno da oferta e duração dos cursos, infraestrutura das instituições e concepções pedagógicas, em especial ao que é item de discussão em pauta neste trabalho: o currículo.



Artigo

CURRÍCULO INTEGRADO: PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS

Nos últimos anos, os debates sobre Currículo em cursos da área de saúde tomaram centralidade, suscitados em função das discussões promovidas por algumas Diretrizes. Cita-se, para este estudo, as novas orientações recomendadas pela Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, da Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, que institui as DCN do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Dado o grau de novidade das mudanças, as reestruturações por elas evocadas requererem que os centros de formação em Medicina implementem-nas até dezembro deste ano. Dentre as principais demandas, observa-se a ampliação da carga horária destinada para o estágio obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção básica e em serviços de urgência e emergência, além de duas aplicações de exames avaliativos para testagem dos conhecimentos dos acadêmicos.

Outra política vigente prevê a expansão de vagas com vistas ao aumento da quantidade de médicos. Muitos especialistas têm discutido uma questão que prescinde o quantitativo de profissionais do mercado: a qualidade da formação médica. Nessa seara, emergem discussões importantes como a constituição dos currículos nas escolas de Medicina.

Parte-se do pressuposto de que o currículo é um processo político, pois, conforme Vasconcellos (2013) envolve uma atividade humana, entre abordagens configuradas a partir de sujeitos, do ser humano e suas relações político-sociais. Importa, assim, “entender a atividade humana para que possamos intervir a fim de transformar a realidade, que possibilite, entre outras coisas, a aprendizagem de todos os alunos” (VASCONCELLOS, 2013, p. 12). Com o foco do processo educativo no discente, ganham evidência as articulações entre currículo e metodologias ativas de aprendizagem. Surge, assim, como possibilidade de superação do, pouco significativo, modelo disciplinar a perspectiva de Currículo Integrado. Convém, antes de tudo, distinguir tais concepções.

O currículo disciplinar é entendido como consequência de princípios de organização curricular baseados na lógica das ciências ou na natureza do conhecimento, enquanto currículos integrados são entendidos como algo **baseado nos interesses e necessidades dos**



Artigo

alunos e na relevância social do conhecimento (LOPES apud HEINZLE e BAGNATO, 2015, p. 228, grifos nossos).

O atendimento às especificidades individuais do perfil de egresso e o aspecto da relevância social também são corroborados em vários itens das novas diretrizes propostas pela Resolução N°3, a saber, na alusão à estrutura prevista para o curso de Graduação em Medicina, a qual deve “ter como eixo do desenvolvimento curricular **as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas** pelo setor saúde” (BRASIL, 2014, p. 12). A realidade local torna-se, desse modo, fator considerável ao se projetar as competências e habilidades requeridas ao longo da formação médica, o que ratifica, mais uma vez, a necessidade do emprego de métodos ativos de aprendizagem, porque “Freire (1996), Ausebel (1980), Rogers (1973), Piaget (2006), Vygotsky (1998) e Bruner (1976) (...) têm mostrado como cada pessoa (...) aprende de forma ativa, a partir do contexto em que se encontra do que lhe é significativo” (MORAN, 2018, p. 2-3).

As metodologias ativas são estratégias que pensam o processo de aprendizagem de maneira “flexível, interligada e híbrida”. Flexível por dever primar pela possibilidade de adaptação a depender dos contextos de usabilidade; interligado, devido ao fato de tomar o conhecimento em rede, com valorização dos diálogos entre saberes; e híbrido, pelo equilíbrio entre a construção de conhecimentos individuais, em grupo e em tutoria (MORAN, 2018).

Nesse sentido, merece destaque o aspecto da interligação dos conhecimentos. Esse viés de integração é explicitamente recomendado pelas DCN, por intermédio da Resolução N° 3, em seu Art. 29, acompanhado, inclusive, da alusão ao conceito de interdisciplinaridade na abordagem dos conteúdos: “IV - **promover a integração e a interdisciplinaridade** em coerência **com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar** as dimensões biológicas, psicológicas, étnicoraciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais” (BRASIL, 2014, p. 12). Recomenda-se oficialmente, portanto, a valorização das vivências e experiências adquiridas pelos acadêmicos como base para (re)construção de conhecimentos.

Embora a articulação entre as metodologias ativas e o currículo, constituída através do currículo integrado, apresente-se como uma abordagem potencialmente significativa e inovadora, vários impasses circunscrevem-se a esta proposição, tais como o modo como se conceberá o processo de ensino-aprendizagem com vistas à formação médica, as relações os sujeitos sociais envolvidos, as práticas metodológicas de



Artigo

planejamento, implementação e avaliação e, em especial para o estudo aqui tecido, a estruturação curricular dos componentes e suas respectivas contribuições. Com o intuito de trazer elucidações sobre o último item listado, expõem-se na próxima os resultados de pesquisa bibliométrica da produção científica em torno da adoção de metodologias ativas nos currículos dos cursos de Medicina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Durante a elaboração deste trabalho, optou-se pela análise bibliométrica, uma vez que a temática abordada ainda está em constante discussão e necessita de profundas análises de seus desdobramentos e evoluções ao longo do tempo. Outra questão que justifica a escolha de tal metodologia foi a necessidade de mensurar as áreas de aplicabilidade, os trabalhos mais relevantes e meios de divulgação mais influentes no campo do uso das metodologias ativas na construção de currículos dos cursos de medicina.

Para desenvolver tal análise, é necessário traçar a definição de bibliometria. Esta metodologia é realizada com o intuito de medir a influência de pesquisas, pesquisadores e/ou meios de publicações em determinadas áreas. Em seus estudos, Tague-Sutckiffe (1992, p. 134) define a bibliométrica como

(...) o estudo dos aspectos quantitativos da produção, disseminação e uso da informação registrada. A bibliometria desenvolve padrões e modelos matemáticos para medir esses processos, usando seus resultados para elaborar previsões e apoiar tomadas de decisões.

A Bibliometria vem apresentando um crescimento significativo desde os anos 80, desenvolvendo-se ainda mais nas últimas décadas; isso se deve, principalmente, pelo advento da tecnologia. Ela pode, então, ser considerada uma ferramenta capaz de mapear e determinar indicadores de pesquisas, discussões e conhecimentos já pesquisados e gerados em áreas definidas a partir de documentos disponíveis na web.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliométrica na plataforma Scopus. Em informações atualizadas, esta base é – conforme seu respectivo site – uma fonte de dados multidisciplinar, produzida pela editora Elsevier, com abrangência de mais de 64 milhões de registros, mais de 131 mil livros e mais de 7,5



Artigo

milhões publicações de trabalhos em formato de anais de eventos. Quando se refere a nível internacional, a base contempla mais de 3.700 mil publicações. Tal panorama faz com que a mesma seja considerada a maior base de resumos e citações de revisão de literatura por pares.

Para realizar a bibliometria na base Scopus, seguiram-se as seguintes etapas de pesquisa:

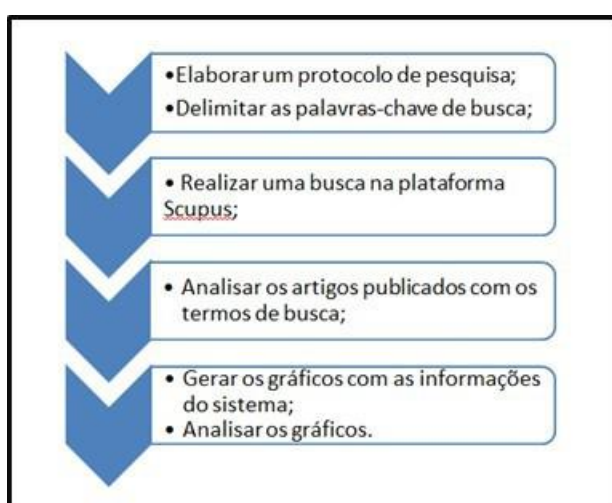


Figura 02: Sequência passos para realização da análise.

Realizou-se o levantamento dos dados na base Scopus no dia 28 de junho de 2018. Para a análise dos dados de pesquisa, buscou-se na base Scopus pela seguinte sequência de termos de busca: “metodologias ativas”; “currículo”; e “medicina”. Diante desses filtros de pesquisas, foi encontrado um quantitativo de quatorze trabalhos publicados que continham tais expressões em sua construção.

Inicialmente, realizou-se uma análise sucinta dos trabalhos e de suas referências bibliográficas, com o principal intuito de reconhecer as obras e autores mais relevantes que discutem as temáticas envolvendo a formação de currículo a partir das metodologias ativas na graduação de medicina, para então compreender os avanços e influências das discussões, além de, dar embasamentos mais consistentes e relevantes no trabalho. Após a investigação, foram evidenciados os autores com maior recorrência nas referências apresentadas; os mesmos apresentam-se do mais para o menos presente:



Artigo

1.	FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz
2.	FREIRE, Paulo
3.	LIMA, Valeria Vernaschi
4.	<i>BERBEL, Neusi Aparecida Navas</i>
5.	KOMATSU, Ricardo Shoiti
6.	MITRE, Sandra Minardi

Quadro 01: Autores mais encontrados nas referências dos trabalhos publicados.

É relevante mencionar que mesmo sendo citados como mais recorrentes nos trabalhos evidenciados pela Scopus, os autores não estão significativamente presentes na maior parte dos referenciais teóricos dos artigos analisados. Percebe-se, diante disso, que ainda não se pode considerar que exista uma gama de autores específicos com maior proeminência na área pesquisada.

Na sequência, foram analisados os gráficos gerados pela própria base Scopus, o primeiro deles foi o “*Country/Territory*”, que apontou que todas as publicações com as terminologias de busca foram realizadas no Brasil.



Artigo

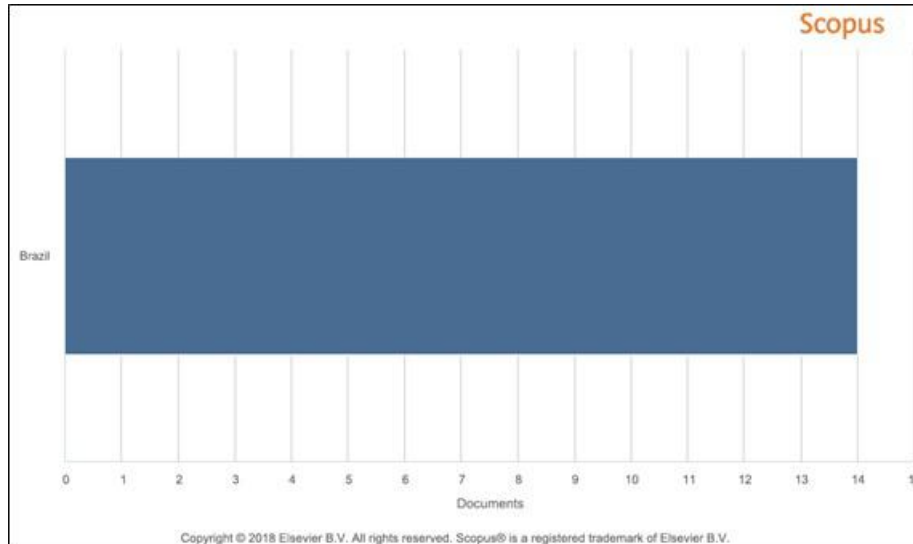


Gráfico 01: Relação de trabalhos publicados por países.
Fonte: Base Scopus (2018).

Já se sabe que metodologias ativas são significativamente utilizadas no processo de ensino-aprendizagem nos países mais desenvolvidos e que estão sendo, aos poucos, implementadas em países menos desenvolvidos. O resultado apresentado acima comprova que as mesmas vêm sendo discutidas e colocadas em prática no Brasil no decorrer dos últimos anos, principalmente na área da saúde.

Na sequência, foram observados os resultados em relação à “*affiliation*”. Foi possível observar que a maior instituição de publicação acerca dos usos das metodologias ativas na elaboração dos currículos de medicina é a Faculdade Federal de São Carlos (UFSCar) – localizada na cidade de São Carlos em São Paulo – que apresentou três trabalhos.



Artigo

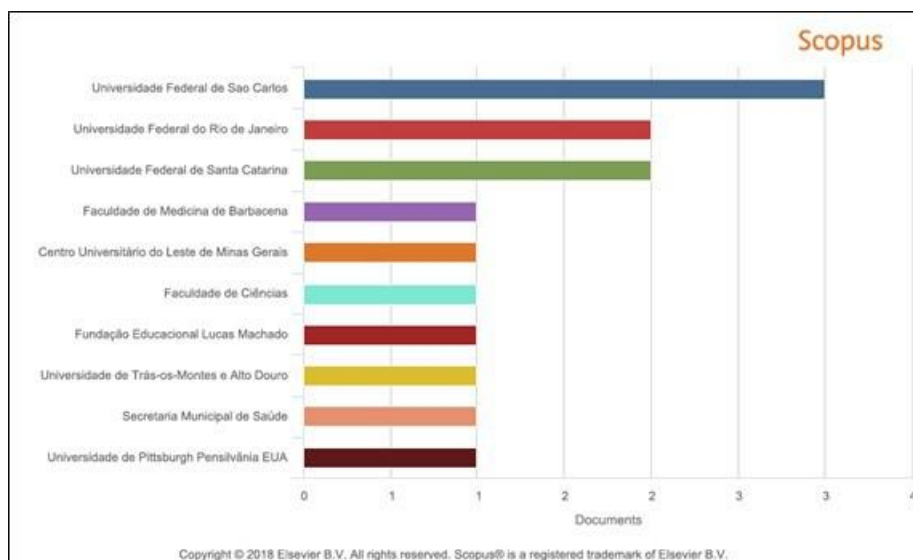


Gráfico 02: Relação de trabalhos publicados por Universidades de origem.

Fonte: Base Scopus (2018).

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) deram origem a dois trabalhos cada; sendo, assim, duas das mais influentes nos estudos em questão. Com tais dados, foi possível observar que, presumivelmente, os estudos ainda estão em construção, visto que ainda não é possível definir uma instituição com influência necessária para ser considerada um centro de referência nos estudos de metodologias ativas na construção do currículo de medicina. Conclui-se tal fato, pois o número de três trabalhos ainda é significativamente pequeno para tornar a UFSCar um centro de reflexão e discussão sobre a temática.

Em seguida, analisou-se o “*document type*”. Com o gráfico gerado, foi possível observar que onze de quatorze trabalhos publicados foram artigos científicos, enquanto somente três foram resenhas.



Artigo

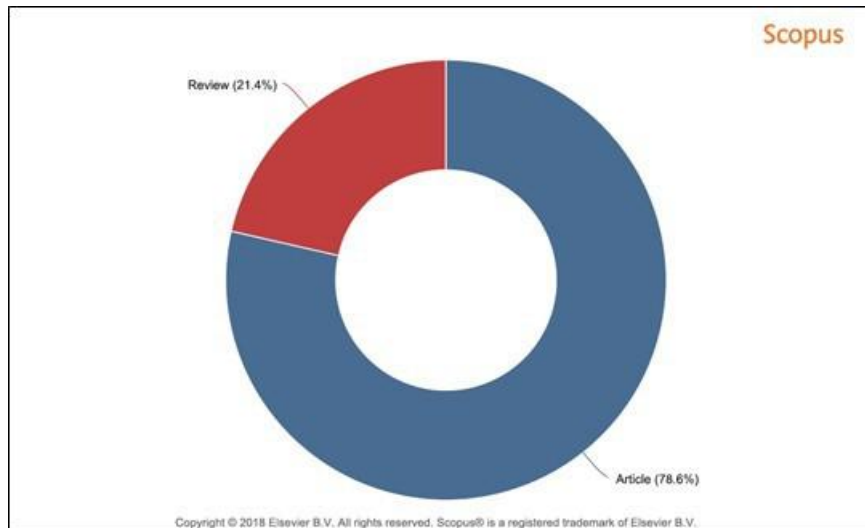


Gráfico 03: Relação de trabalhos publicados por modalidade.
Fonte: Base Scopus (2018).

Isso sinaliza que o embasamento teórico para o desenvolvimento da temática discutida está sendo construído de maneira significativa no decorrer dos últimos anos, já que têm sido publicados artigos científicos em revistas de alto impacto.

Posteriormente, analisou-se o gráfico gerado pela “*subject área*”. Foram, então, evidenciadas três grandes áreas de influência, são elas: a enfermagem, medicina e ciências humanas. Sete trabalhos foram desenvolvidos na área de ciências humanas, enquanto quatro foram produzidos pela área exclusivamente médica e três pela área de enfermagem.



Artigo

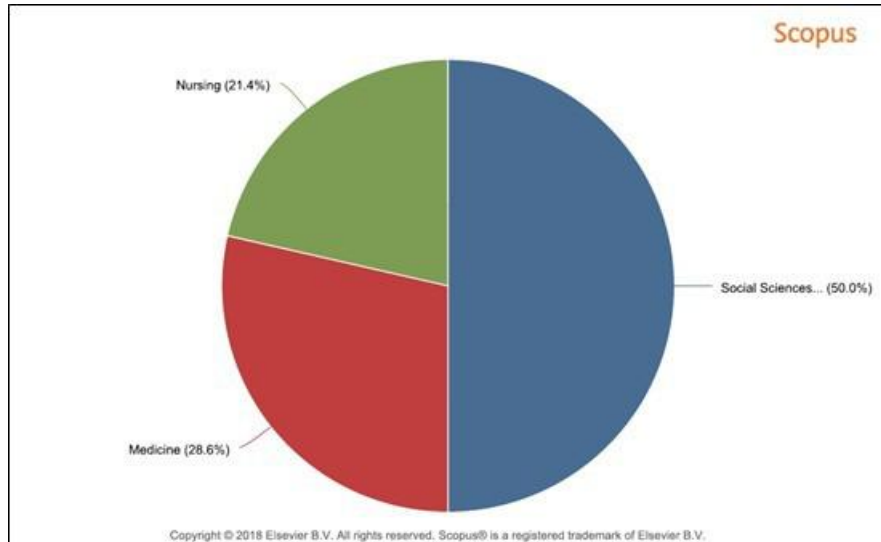


Gráfico 04: Relação das áreas dos trabalhos publicados.
Fonte: Base Scopus (2018).

Diante de tal resultado, foi possível perceber que existe uma maior preocupação em relação à aplicabilidade das metodologias ativas na construção dos currículos de medicina nos estudos propostos pela área de ciências humanas do que propriamente pela área médica. Fato que necessita de atenção e que elucida, ainda mais, o caráter tradicional e conteudista que os cursos de medicina estão embasados.

Por fim, foi analisada a seção “*year*”, ou seja, os anos de publicação dos trabalhos. De acordo com a base Scopus, as publicações tiveram início no ano de 2008 com um trabalho; nos anos 2009, 2010 e 2011 não se identificou nenhuma publicação que houvesse relação com a temática em questão. Os estudos se intensificaram no ano de 2012, com a publicação de três trabalhos; e entre 2012 e 2016 houve uma queda na publicação. No ano de 2017 houve um aumento na publicação, foram constatados três trabalhos publicados.



Artigo

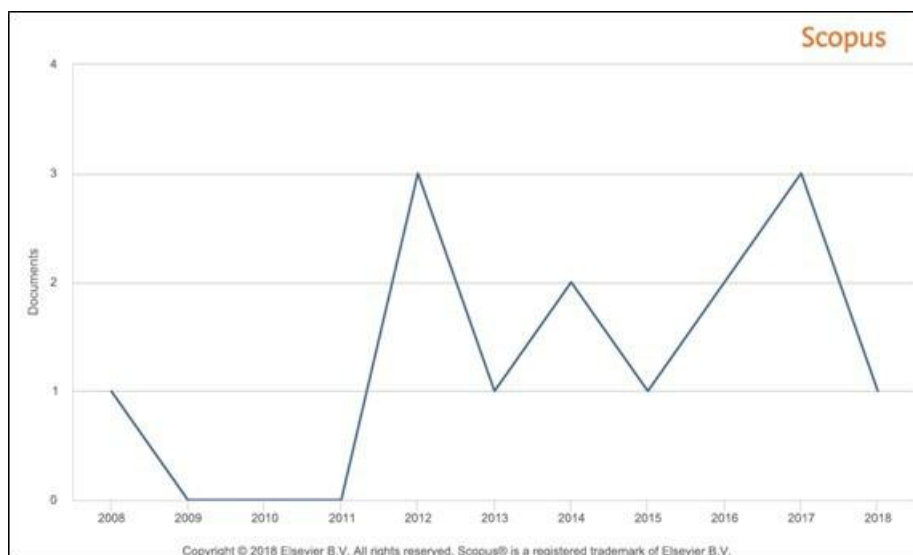


Gráfico 05: Relação de trabalhos publicados por ano.

Fonte: Base Scopus (2018).

Com tais dados, avaliaram-se dois ápices na publicação dos trabalhos relacionados às temáticas abordadas pelo presente artigo: em 2012 e 2018. Portanto, houve uma queda nos estudos, mas reconheceu-se a necessidade de voltar a tal discussão, e as publicações retomaram no ano de 2017 e 2018.

Com a discussão dos dados expostos no decorrer da análise dos dados, conclui-se que mesmo sendo um assunto significativamente discutido nos dias atuais, o ensino de medicina à luz das metodologias ativas ainda precisa ser profundamente estudado e refletido no Brasil. Isso se deve pelo fato de ainda existir um referencial teórico limitado e um número escasso de publicações de trabalhos nessa área em questão. Tal escassez torna-se ainda mais presente quando foca-se na área médica, uma vez que a maioria dos trabalhos é produzida pela área de ciências humanas.

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa, percebe-se que o curso de graduação de medicina vem sofrendo grande transformação nos últimos anos e seu contexto de desenvolvimento



Artigo

ainda revela-se propenso a novas mudanças. Tal fato mostra-se tão evidente que no ano de 2018 o MEC optou por suspender a abertura de novos editais para instituir novos cursos de medicina no Brasil até o ano de 2023, com o intuito de priorizar a qualidade dos cursos já existentes.

Outro ponto de reavaliação do curso diz respeito ao currículo, um dos grandes fatores que influenciou tal perspectiva foi a elaboração das DCN do Curso de Graduação em Medicina, que preconizam um ensino contextualizado e com o objetivo de formar o profissional como um todo. Para isso, o documento propõe o uso das metodologias ativas na composição do currículo e na aplicabilidade do mesmo.

Surgiu, então, a necessidade de se discutirem duas questões: a reformulação dos currículos de medicina e o uso das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem dos discentes de medicina. Para tanto, foi importante observar, mediante a análise bibliométrica, os trabalhos que vêm sendo realizados nessa seara. Salienta-se que com a pesquisa bibliométrica na base Scopus foram encontrados quatorze trabalhos com os termos de busca “metodologias ativas”; “currículo”; e “medicina”, porém, de tais trabalhos foi encontrado um quantitativo restrito de trabalhos que fazem referência ao currículo dos cursos de medicina pautado nas metodologias ativas.

Conclui-se, assim, que, mesmo diante de muitas discussões acerca da temática em questão, ainda existe uma necessidade significativa de propor reflexões acerca da construção do currículo de medicina à luz das metodologias ativas.

Cabe destacar também que, por se tratar de uma temática relativamente nova, o modelo de estudos por evidências ou estudos de casos podem aproximar ainda mais os alunos a realidades que serão conhecidas na prática profissional efetiva.

REFERÊNCIAS

BACICH, Lilian; Moran, José (Org.). **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018.

BACICH, Lilian; NETO, Adolfo Tanzi; TREVISANI, Fernando de Melo. **Ensino Híbrido: Personalização e tecnologia na educação**. Porto Alegre: Penso, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:



Artigo

<https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_214_.asp>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). **Resolução N° 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 01 jul. 2018.

_____. **Lei 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l9394.htm>. Acesso em 13 jun. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento da Educação**.

Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/livro.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2018.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica.. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2018. p. 114. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=114&data=06/04/2018>>. Acesso em 08 jul. 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins João José Neves, Rego Sérgio, Lampert Jadete Barbosa, Araújo José Guido Corrêa (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004.

HEINZLE, Marcia Regina Selpa; BAGNATO, Maria Helena Salgado.

Recontextualização do currículo integrado na formação médica. **Pro-Posições**, v. 26, n. 3, p. 225-238, set./dez., 2015. Disponível em:



Artigo

<<http://www.scielo.br/pdf/pp/v26n3/0103-7307-pp-26-03-0225.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Superior 2016**. Brasília: Inep, 2017. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

MASETTO Marcos. (Org). **Inovação no Ensino Superior**. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

MORAN, José. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: BACICH, Lilian; MORAN, José. (Org.) **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018, p. 2-25.

PORTAL MEC. **MEC suspende criação de cursos de medicina e anuncia política de redefinição da formação médica**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/212-noticias/educacao-superior-1690610854/62491-mec-suspende-criacao-de-cursos-de-medicina-e-anuncia-politica-de-redefinicao-da-formacao-medica>>. Acesso em 08 jul. 2018.

SEVERINO, Antônio Joaquim. O ensino superior brasileiro: novas configurações e velhos desafios. **Educar**, Curitiba, n. 31, p. 73-89, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n31/n31a06>>. Acesso em 08 jul. 2018.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Currículo: a atividade humana como princípio educativo**. 4 ed. São Paulo: Libertad, 2013.

TAGUE-SUTCKIFFE, J. **An introduction to informetrics. Information Processing & Management**, v. 28, n. 1, p. 1-3, 1992



Artigo

DIREITO FUNDAMENTAL DE ACESSO À SAÚDE PÚBLICA À LUZ DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Shirlena Campos de Souza Amaral¹

Bianka Pires André²

Décio Nascimento Guimarães³

Ari Gonçalves Neto⁴

Daniel André dos Santos Farias⁵

Nilvia Coutinho Gomes⁶

RESUMO - O direito social e fundamental à saúde foi elevado a essa categoria em momento superveniente a Segunda Grande Guerra Mundial, notadamente quando da criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde no final da década de 1940. No Brasil a efetivação normativa desse direito demorou um pouco mais. Em verdade, durante praticamente metade do século XX o Brasil viveu sob a égide de um sistema de saúde assistencialista, voltado para a manutenção da saúde dos empregados, com vistas a garantir a superprodução do setor industrial. Nesta perspectiva, tem-se o caráter eminentemente segregador do sistema de saúde então vigente cancelado, inclusive, pelas organizações estatais. Apenas em 1970 com a efervescência dos movimentos reformistas sanitaristas é que se impulsionou uma gradual e pouco abrangente mudança do sistema de saúde. Já nas décadas de 1980 a 1990, a combinação das demandas sociais voltadas para a saúde e os movimentos de redemocratização fizeram com que o legislativo se debruça-se sobre o anseio da sociedade brasileira em ver posto a disposição um sistema único, democrático e universal de saúde. Foi por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que se estabeleceu esse direito fundamental no ordenamento jurídico pátrio. O SUS foi efetivamente inserido no contexto interno apenas em 1990, e embora presente

¹ Doutora em Ciências Sociais e Jurídicas (UFF).

² Doutora em Educação (UB).

³ Doutorando e Mestre em Cognição e Linguagem (UENF).

⁴ Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).

⁵ Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).

⁶ Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).



Artigo

ainda sérias mazelas e necessidades de reforma, oportunizou e oportuniza uma flagrante democratização do acesso à saúde quer seja por empregados, desempregados ou mesmo por ricos e pobres. Todos tem acesso à saúde pública. Assim, tem-se que o objetivo do presente artigo perpassa pela importância de se entender e considerar o SUS como sendo o instrumento necessário para a efetivação do direito constitucionalmente assegurado à saúde, com vistas a coroar o princípio da dignidade da pessoa humana considerado um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. A metodologia, por sua vez, é bibliográfica baseada em autores afetos a esta temática, bem ainda baseada em jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Neste sentido, tem-se que o sistema posto é sobremodo importante a fim de que toda a população brasileira usufrua deste direito fundamental, mas também são necessárias sérias e efetivas políticas públicas de preservação, promoção e efetivação da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: saúde pública, direito fundamental, estado democrático de direito.

ABSTRACT - The social and fundamental right to healthcare was elevated to said category by the World War II, especially with the creation of the United Nations and the World Health Organization in the late 1940s. In Brazil, the normative implementation of this fundament took a little longer. In truth, during practically half of the twentieth century Brazil lived under the aegis of a assistential health care system, aimed at the maintenance employees health, in order to guarantee the overproduction of the industrial sector. In this spectrum the eminently segregating character of the health system enforced, by the state organizations. In the 70's, with the effervescence of the reformist sanitariat movements, that performed a gradual and far-reaching change in the health care system. From the 80s to the 90s, the combination of social demands for health and redemocratization movements led the legislation to look forward to the Brazilian society wishes to see a single, democratic and universal health systems. It was by means of the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 that this fundamental right was established in the legal order of the country. The SUS was effectively inserted in the internal context only in 1990, and although it still presents serious problems and long for a reform, it has opportunized and opportunize a flagrant democratization of access to health whether by employees, unemployed, among rich and poor. Now Everyone has access to public health. Thus, the objective of this article, that being the importance to understand and consider SUS as the necessary instrument



Artigo

for the realization of the constitutionally guaranteed right to health, with a view to crowning the principle of human dignity considered one of the foundations of the democratic rule of law. The methodology, in turn, is bibliographical based on authors related to this subject, well still based on jurisprudence of the Federal Supreme Court. In this sense, it is assumed that the system is extremely important in order for the entire Brazilian population to rejoice this fundamental right, but also serious and effective public policies for the preservation, promotion and implementation of Brazilian public health care are also necessary.

Keywords: public health, fundamental right, democratic state of law.

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública no Brasil perpassou no decorrer dos anos por várias fases. E em cada uma delas houve preponderante influência de fatores sociais, políticos e econômicos. No início do século XX, a Saúde Pública era estritamente voltada para o atendimento dos trabalhadores efetivamente registrados, a fim de garantir apenas a manutenção da saúde o que, em via de consequência, garantia a manutenção do sistema capitalista produtivo do setor industrial. Esta perspectiva se dava, inclusive, sob a chancela do Estado.

Em verdade, aos não empregados e desafortunados, restava apenas o sistema de atendimento médico-hospitalar filantrópico, esses eram os considerados indigentes. Verifica-se, em verdade, que esta política de saúde era diametralmente oposta das disposições da Organização das Nações Unidas (ONU), bem ainda da Organização Mundial da Saúde, posto que para estas entidades desde o final da Segunda Grande Guerra a saúde passou a ser considerada um direito de todo ser humano, devendo ser o seu acesso amplamente democratizado e universalizado pelos Estados- signatários.

Assim, apenas em meados da década de 1970 foi que os debates concernentes à reforma sanitária começaram a ganhar força, sobretudo, no âmbito acadêmico, para depois se alinharem aos movimentos sociais pregadores da redemocratização em 1980, o que gerou então todo um debate social, político e econômico sobre a criação de um sistema único de saúde.



Artigo

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou este direito fundamental, elevando a saúde ao patamar dos direitos de todos os cidadãos brasileiros, dando um caráter universal semelhante aquele estabelecido pela ONU em 1948. No entanto, apenas em 1990 é que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivamente inserido no ordenamento jurídico pátrio.

Registra-se que, embora atualmente haja toda uma conjuntura de direitos fundamentais referentes à saúde estabelecidos no texto da Lei e materializados pela criação do SUS, constata-se que o Estado em suas divisões administrativas busca de toda sorte descumprir com o comando legal. E para isso, tem-se lançado à mão de uma série de justificativas políticas e jurídicas, dentre elas, as concepções referentes ao princípio da reserva do possível que estabelece que o Estado apenas pode agir quando há dotação orçamentária suficiente, e mesmo assim, quando não haja a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Neste sentido, o presente artigo aborda as questões afetas ao Sistema Único de Saúde sob a perspectiva de sua imprescindível importância para fins de garantia e materialização do acesso amplo, irrestrito e universal à saúde pública. O artigo perpassa, também, pelas questões concernentes as políticas públicas que necessitam ser implementadas para que o Estado cumpra com seu dever legal sem, com isso, se furtar as suas outras responsabilidades institucionais. E ainda estabelece-se um paralelo entre o dever-fazer do Estado brasileiro frente ao princípio da reserva do possível.

A metodologia é qualitativa baseada em autores afetos a esta temática, bem ainda baseada em jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.

O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL E SUAS EVOLUÇÕES

O funcionamento da Saúde Pública e as múltiplas intervenções em cada marco histórico se estabeleceram em estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos respectivos de cada época. Neste sentido, tem-se que a Saúde Pública sempre acompanhou as influências e tendências da sociedade, estruturando-se de modo a compatibilizar as necessidades e os contextos específicos.

A Saúde Pública no Brasil configurou-se como uma política de saúde nacional, notadamente a partir do início do século XX juntamente com a sistematização das práticas sanitárias. Emergiu-se, em verdade, segundo Nunes (2000), no contexto sociopolítico do país e de acordo com a configuração capitalista dominante.



Artigo

Vasconcelos (2000) afirma que a Saúde Pública está inserida no campo das políticas de responsabilidade pública e como direito social, ante o fato de ser considerada como sendo uma política social voltada à proteção das pessoas. E de acordo com a época e o funcionamento e desenvolvimento das entidades federativas é que se definiu a organização afeta a aplicação da Saúde Pública. Assim, pode-se afirmar que este sistema surgiu da necessidade em se compreender a vida comunitária, os costumes, as formas de sociabilidade, diversidade dos modos de vida, conformando-se assim nas suas formas de assistência e proteção. Neste sentido Vasconcelos afirma que:

A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades (VASCONCELOS, 2000, p.29).

No início do século passado, época de incontáveis imigrações, a economia brasileira iniciava suas exportações, principalmente de café. E haviam sérios riscos nos portos ante a iminência de doenças como a peste, a febre amarela e também a possibilidade de proibição em aportar navios nacionais em outros países devido a essas endemias. Assim, a preocupação e a mobilização da Saúde Pública nessa época foram direcionadas para a criação de grandes campanhas, como a vacinação em massa da população com o escopo de controlar a salubridade local.

E nessa fase histórica, a preocupação com a forma de prestação da assistência à saúde se encontrava voltada para o controle tão somente das endemias, conforme anteriormente dito. Essa preocupação, em verdade, possuía uma expectativa de lucro, na medida em que o controle das endemias estava por sua vez intrinsecamente vinculado à potencialização das exportações brasileiras (CONH, 1999). Essa prática de assistência médica foi alcunhada como campanhista visto as campanhas concretizadas para se combater as doenças daquele período.

Já os trabalhadores do setor industrial e bancário começaram a se organizar nas chamadas caixas de aposentadorias e pensões, as denominadas CAPs (VASCONCELOS, 2000). Essa instituição tinha como finalidade a prestação de certos benefícios como a aposentadoria e a assistência médica a todos os filiados e seus dependentes. A aquisição desse plano assistencial era por meio de contrato e na modalidade contributiva.

A CAPs se expandiu em pouco tempo para as empresas de organização mais complexa, e em 1923, com a Lei Eloy Chaves, passou a ser assegurada essa modalidade



Artigo

de seguro a todas as empresas com mais de cinquenta empregados efetivamente contratados.

Em meados nos anos de 1930, o jovem Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio unificou as CAPs para formar o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esse instituto era de caráter nacional com participação direta do Estado (VASCONCELOS, 2000).

Assim, se tem que a saúde era um direito apenas dos empregados integrantes dos IAPs e seus respectivos familiares dependentes. A grande maioria da população utilizava apenas dos serviços de assistência médica particular, e caso não possuíssem recursos financeiros para subsidiar essa assistência, restava apenas os serviços oportunistas pelos hospitais filantrópicos. Nesta perspectiva, verifica-se que a saúde pública nesse período estava voltada, especialmente, para a preservação da força de trabalho com o fim de garantir o crescimento industrial do país (VASCONCELOS, 2000).

Foi então que em 1960 com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que os serviços prestados pelos IAPs foram uniformizados. E em 1966 unificou-se a Previdência Social, passando a integrar toda a população brasileira empregada. Assim, por um lado (CONH, 1999) a unificação em comento garantiu a assistência à saúde e a aposentadoria a todos os brasileiros empregados. E por outro lado, houve significativa apropriação pelo Estado de um direito privado, referente à contribuição desses trabalhadores, recursos financeiros que passaram a ser utilizados como instrumento público e de investimento em grandes construções e, posteriormente, postos à venda a especuladores e investidores estrangeiros.

Importante ressaltar que até meados de 1960 a assistência à saúde dava-se apenas e tão somente por meio do modelo médico-sanitário, com duas vertentes bem definidas, a primeira, de caráter epidemiológico, e a segunda, de viés clínico, baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem integrasse o sistema previdenciário da época.

Nas décadas seguintes, o governo militar com toda a concentração decisória do país em suas mãos, realizou pontuais alianças e investimentos com instituições privadas. A saúde pública nesse período segundo Mendes (1998) teve baixíssimos investimentos do Estado. A valorização estava mesmo atrelada a aquisição de tecnologias de ponta, ao passo que toda e qualquer intervenção em saúde especializada, medicalizada, curativa e individualizada era algo apenas para a pequena elite dominante. Intervenções voltadas para a grande massa da população ficava a cargo dos heróis da resistência, que eram



Artigo

médicos que tentavam de tudo, mesmo com poucos recursos, atender a grande demanda de pacientes.

A exclusão, com isso, de determinados segmentos da sociedade no que diz respeito ao atendimento do Sistema Público de Saúde estava posta. Essa crise tomou proporções jamais vistas junto a outras crises originadas pela resistência e insatisfação da população com o regime militar ditatorial (RODRIGUES NETO, 1994).

Neste contexto, Rodrigues Neto (1994) afirma que profissionais da saúde sensibilizados e preocupados com a assistência médica oferecida à população, e ainda mobilizados pelas dificuldades de acesso e tratamento, uniram-se com profissionais de outros setores como os políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças de movimentos sociais, em um movimento crítico, com a finalidade de mostrar os nefastos efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população. Esse movimento crítico-reformista não somente evidenciou os prejuízos do vigente Sistema de Saúde, como ainda trouxe propostas de novas modalidades para uma nova perspectiva do pensar e fazer a saúde, de forma estritamente humanizada e universalizada. Essa mobilização perdurou por toda a década de 1970 e foi alcunhada como movimento sanitarista (MENDES, 1998).

Mendes (1998) pontua que os principais locais de fomento do movimento sanitarista foram as Universidades, na medida em que havia a possibilidade de se discutir criticamente nesses espaços de formação profissional toda a temática atinente à Saúde Pública brasileira. Gerschman (1995) assenta que foi nesse período de grandes discussões e proposições que foram criados os departamentos de medicina preventiva no âmbito das Faculdades de Medicina.

Em verdade, todas essas discussões em âmbito acadêmico davam demasiada oportunidade de participação popular que até então era negado pelo regime vigente. Em suma, a democratização foi a principal marca do movimento sanitarista (MENDES, 1998).

Para Fleury (1997), o movimento sanitarista e a reforma sanitária propriamente dita estavam ligados à democracia, na medida em que havia em suas proposições formulações doutrinárias para o encontro de ideias igualitárias, bem ainda tentativas de transformação das políticas públicas por meio da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos.

Ainda neste contexto, em 1979, realizou-se o primeiro Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde foram tratadas propostas de reorientação da saúde como, por exemplo, a criação de um sistema único de saúde para toda a população brasileira, não apenas para os empregados (MENDES, 1998). A previsão deste novo sistema já



Artigo

estabelecia a integralidade e a descentralização da saúde entre todos os entes integrantes do pacto federativo. No entanto, o momento político no qual o país estava não oportunizou a concretização destas propostas.

Os anos de 1980 e 1990 concretizaram-se, por sua vez, pelo processo de redemocratização, acompanhado de uma profunda crise nas políticas de saúde. Nessas décadas, a saúde funcionou dentro de um sistema plural, onde vários modelos diferentes de assistência conviviam, ou seja, sistemas público e privado (CAMPOS, 1997).

Campos (1997) ainda afirma que o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde que se configurou no Brasil foi o neoliberal, ora com viés assistencialista como aquele aplicado aos empregados assalariados, como aquele vinculado aos convênios com instituições, empresas e órgãos estatais. A intervenção mínima do Estado nesse modelo hegemônico contava com a regulação das ações e serviços, remetendo este dever regulador do Estado para o mercado capitalista, o que produziu certa mercantilização da assistência à saúde.

O subsistema público tornou-se, paulatinamente, cada vez mais precário. Mendes (1999) caracterizou esse processo como o funcionamento do subsistema público dentro do projeto capitalista neoliberal.

Pontua Campos (1997) que esse modo hegemônico de produção na saúde estruturado durante o regime ditatorial, com a redemocratização e com o estabelecimento do Estado de intervenção mínima, fez originar contradições na maneira de gestar e gerar a assistência, de modo que não se alcançavam as metas e as propostas e também se mostrava insuficiente para o atendimento da demanda da população no que diz respeito à saúde. Assim, exatamente imersos nesse espaço paradoxal é que foi promovido o desenvolvimento de formas alternativas de se pensar a Saúde Pública brasileira. Em suma, foi a crise que tornou o momento relevante para a criação de modelos de Saúde Pública não hegemônicos.

E com o fim do regime militar em 1985 e a reabertura e reorganização dos poderes estatais, o governo então empossado passou a investir em uma nova formulação de Constituição para reger a sociedade. Na efervescência de discussões que inundou o final da década de 1980, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de tratar da incorporação da reforma sanitária concomitantemente com a proposta de um Sistema Único de Saúde no novo texto constitucional (MENDES, 1998).

As Conferências Nacionais de Saúde destinavam-se a discutir as atividades que estavam sendo realizadas no país sobre saúde, bem como trazia para o campo de conhecimento do Governo Federal com vistas a alcançar as concessões de auxílio para a



Artigo

realização de projetos considerados fundamentais para o desenvolvimento no campo da saúde. As CNS foram instituídas pela Lei n. 378 de 1937.

Essas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde já estavam sendo realizadas e fomentadas desde a criação do movimento sanitarista, de modo que a partir de 1970, esse movimento passou a contribuir sobremodo para os debates que se intensificaram a partir de 1985, notadamente no que se referia a possibilidade de legalização do SUS na nova Constituição Federal. Dentre os debates que foram realizados na 8ª Conferência se tem:

“Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a reforma sanitária” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 02).

Os principais temas discutidos nessa Conferência foram referentes a saúde como sendo um direito de todos, e ainda a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Buscou-se ampliar, em verdade, o conceito de saúde modificando o caráter puramente técnico, com o fim de deixar de ser algo abstrato para se definir dentro de um contexto histórico específico de uma sociedade na qual a população exerce papel fundamental para a conquista de seus direitos (MENDES, 1998).

Mendes (1997) pontua, ainda, que foi nessa Conferência que se propôs o financiamento do Sistema de Saúde pelo Estado de forma integral, por intermédio de uma política descentralizada.

Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 incorporou as propostas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, porém a regulamentação do SUS só se efetivou em 1990 com a promulgação da Lei n. 8.080/1990. E o Sistema Privado de Saúde apenas passou a prestar serviços de Saúde Pública para toda a sociedade quando criado o referido Sistema Único de Saúde (RODRIGUES NETO, 1994).

As diretrizes estabelecidas quando da 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas pela Lei do SUS, tem como objetivos a ampliação da assistência à saúde



Artigo

em todos os municípios do país, eis que estabelece literalmente a garantia da descentralização entre os entes da federação, bem como a municipalização, o financiamento dos serviços de caráter público e de arrecadação de impostos, a participação social, a universalidade, a equidade, e a integralidade (MENDES, 1998).

Pode-se dizer, assim, que a regulamentação da saúde pública consubstanciada na Lei do SUS foi o marco para o país em todos os tempos. No entanto, Pedro Lenza (2013) assenta que embora a regulamentação tenha sido efetivada no texto legal, sua implantação prática enfrentava sérias dificuldades. E em 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde na Universidade de Brasília, onde foram discutidas as dificuldades de implementação das diretrizes e princípios do SUS e a formulação das propostas para o seu fortalecimento.

Dimenstein (1998) afirma que mesmo frente a toda legitimidade da regulamentação do SUS, a conjuntura do país ainda continuava desfavorável. A falta de interesse político impedia a transformação do sistema brasileiro de saúde.

Ressalta-se que os princípios organizativos do SUS não estavam sendo contemplados quando das assistências a população, como por exemplo, o princípio da equidade, visto que havia a permanência das desigualdades, e ainda aos princípios da integralidade e intersetorialidade, na medida em que embora houvesse o estabelecimento de uma visão ampliada do ser humano e de seu contexto vivencial, na prática, estavam sendo apenas realizadas ações pontuais como no trato da epidemia da dengue e nas campanhas nacionais estimuladas pelo Ministério da Saúde.

Mendes (1998) traz à lume outra questão que gerava debilidade ao efetivo funcionamento do SUS, principalmente considerando a descentralização. E Pedro Lenza (2013) no mesmo sentido que Mendes, afirma que em um país de dimensões continentais como o Brasil, com múltiplas diferenças regionais, mostrava-se como ainda se mostra imprescindível existir um Sistema Único de Saúde para, inclusive, garantir a cada região certa autonomia para priorizar e investir no que for mais necessário para a realidade local. A descentralização, neste sentido, propiciava e propicia a participação democrática da população na tomada das decisões. No entanto, Pedro Lenza (2013) também pontua ao argumento de que a descentralização na forma como estava sendo praticada não materializava os princípios da equidade, qualidade e satisfação da população. Isso, ainda segundo o autor, ocorria porque mesmo descentralizados da União, os recursos ficavam centralizados dentro do próprio estado federado ou no município à disposição de interesses que por vezes não se alinhavam aos anseios da população o que, de fato, ainda trata-se de uma realidade significativa em boa parte das entidades administrativas.



Artigo

Mesmo com todos os esforços de profissionais envolvidos na luta do movimento sanitário e com a conquista do SUS, a sua implantação estava, como também se encontra atualmente, sendo realizada ainda com muitas dificuldades especialmente porque a cultura hegemônica do país baseia-se no tratamento individualizado, voltado apenas para a supressão de sintomas clínicos.

Neste aspecto, Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991) propuseram para a democratização da saúde um modelo tecno-assistencial em defesa da vida. E citam em complementação alguns princípios norteadores, a fim de viabilizar essa concretização:

Gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo); saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (MERHY et al., 1991, p. 50).

Assim, Merhy et al. (1991) afirma que os princípios gerais para que se sustentem como elemento vital na configuração desse modelo de saúde, torna imprescindível que o estabelecimento de uma relação bem firmada entre instituição e usuário permita o controle social, bem ainda a organização de um processo de trabalho em saúde que leve em consideração as necessidades do usuário dos serviços, propondo com isso o abandono de uma programação das ações em saúde rígida e burocratizada. Ou seja, os autores fomentam a adoção do planejamento estratégico situacional, visto ser mais flexível e contextualizado, sendo elaborado e reelaborado a partir da situação local. E ainda garantindo o acesso aos serviços e a todos os recursos tecnológicos necessários ao tratamento dos usuários segundo os princípios da igualdade e universalidade legitimando, por fim, as necessidades em saúde.

Portanto, os princípios, regras e as propostas estabelecidas para o SUS notadamente considerando a necessidade de reorganização do Sistema de Saúde, estabelecem que a população não conquistará um Sistema de Saúde apenas com a cura das doenças, mais também por meio do processo de vivenciamento da saúde e doença, em uma perspectiva mais ampla e global, vez que necessita-se de vários outros investimentos para a comunidade juntamente com a intervenção setorial na Saúde Pública.



Artigo

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA NOVA PERSPECTIVA A PARTIR DE 1988

A saúde em seu conceito mais amplo reflete toda a conjuntura social, econômica, política e cultural da sociedade brasileira. Em verdade, a definição do que vem a ser saúde não é a mesma para todos os indivíduos. As épocas, os lugares e as classes sociais influenciam sobretudo esta realidade. E ainda os valores individuais, as concepções científicas, religiosas e filosóficas contribuem para essa diversidade de perspectiva (SCLIAR, 2007).

Neste sentido, percebe-se também que a definição de doença caminha no mesmo sentido, eis que no decorrer dos anos e considerando os avanços na área médica, muitos foram os seus significados. Inicialmente, acreditava-se que a divindade (HIPÓCRATES, 2002) era que se fazia adoecer. Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), alcunhado como o pai da Medicina, dentre os estudiosos de seu tempo foi o pioneiro em defender a tese de que as doenças decorriam de um fenômeno natural. Corroborar essa afirmação (HIPÓCRATES, 2002) a referência que o mesmo fez notadamente no que diz respeito à epilepsia que é ainda hoje considerada a libertação dos estudos médicos das superstições consuetudinárias.

Já a Organização das Nações Unidas afirma que a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (AGUIAR, 2015). Ressalta-se que a definição suso referida surgiu no cenário internacional imediatamente após o advento da Segunda Grande Guerra Mundial, e aponta infelizmente para uma flagrante ilusão a ser pregada do que uma realidade efetiva de grande parte dos países signatários da ONU. E o fator de destaque neste contexto consiste nas declarações dos próprios estudiosos sobre o tema, como por exemplo, dos bioeticistas, eis que afirmar que o conceito insculpido pela ONU atentaria contra os caracteres da dignidade da pessoa humana (AGUIAR, 2015).

Ainda sobre as positavações do direito à saúde como sendo um direito fundamental intrínseco a toda pessoa humana tem-se que, segundo Aguiar (2015), as fortes influências da Declaração de Alma-Ata, privilegiadora dos cuidados primários e da assistência universal, fez com que países como o Brasil e o Canadá decretassem em suas constituições que este direito deve ser garantido indistintamente a todos os cidadãos.

No entanto, o que se verifica é a forte crítica a essa definição sobre saúde, sob os mais diversos argumentos os quais perpassam segundo Almeida Filho (2000) pelos



Artigo

debates epidemiológicos, bem ainda pelas dúvidas epistemológicas, chegando as discussões psicanalíticas afetas à saúde.

Nesta perspectiva, e considerando a realidade da saúde brasileira, tem-se que antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde apoiado pelos demais entes federativos promovia praticamente e exclusivamente todas as ações de fomento da saúde e a prevenção contra as doenças. Destacavam-se neste período as campanhas elaboradas com o escopo de controle das endemias. E todas essas ações eram estritamente de caráter universal, de modo que nenhum tipo de discriminação era aceitável, notadamente considerando a população beneficiária (SOUZA, 2002).

Já no aspecto da assistência à saúde, as políticas públicas do Ministério da Saúde eram garantidas tão somente por meio de alguns poucos hospitais, os quais eram especializados em tratamentos psiquiátricos e de combate à tuberculose. A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp) desenvolvia certos atendimentos em regiões predeterminadas, sobretudo na região norte e nordeste do país (SOUZA, 2002).

As ações desenvolvidas eram igualmente denominadas de Assistência médico-hospitalar, e eram prestadas aqueles considerados indigentes pelos estados federados e municípios. Registra-se que esses indigentes tratavam-se de parcela da população brasileira que não possuía qualquer direito, sendo toda a assistência prestada em caráter meramente voluntário, para não se dizer um favor (SOUZA, 2002).

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) era o grande garantidor desse acesso. O referido instituto foi o resultado (SILVA, 2003) da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas. Assim, tinha a responsabilidade de prestar a assistência à saúde de seus associados, na medida em que havia a justificativa plausível de construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, sem contar a pactuação com grandes centros urbanos privados para a prestação de serviços aos membros das categorias abrangidas pelo INPS.

Há que se ressaltar, por oportuno, que conforme Silva (2003), essa assistência à saúde era prestada apenas aos empregados e trabalhadores formalizados, ou seja, apenas aqueles que tinham suas carteiras de trabalho e previdência social assinada pelo empregador, bem ainda aos dependentes previamente informados. Ou seja, o caráter universal estabelecido pela ONU em 1948 não tinha sido até então consubstanciado como uma fática realidade brasileira.

Assim, o INPS aplicava-se nos estados e municípios por intermédio de suas superintendências regionais, e com recursos para a assistência à saúde de modo proporcional a demanda de beneficiários considerando, sobretudo, os recursos arrecadados. Verifica-se que de acordo com essa política pública desigual de promoção



Artigo

da saúde pública, o estado que tivesse sua economia mais desenvolvida, bem ainda com maior presença das relações formais de emprego e trabalho, maior seria a demanda e, conseqüentemente, maior seriam as arrecadações e os investimentos em saúde. O sul e o sudeste, portanto, eram as regiões mais beneficiadas com a política do INPS (SOUZA, 2002).

Silva (2003) ainda afirma que em relação à assistência à saúde, a população brasileira estava dividida em três categorias. Primeiro, os que possuíam recursos financeiros bastantes para pagar pelos serviços; segundo, os que tinham o direito à assistência prestada pelo INPS; e terceiro, os que não possuíam quaisquer direitos, os denominados de indigentes.

Inseridos neste contexto desigual, violador dos direitos considerados básicos e inerentes a todos os seres humanos (SOUZA, 2002), foi ganhando no Brasil um forte impulso os movimentos de reforma sanitária, concomitantemente com o efervescer das ruas e dos movimentos sociais pela redemocratização.

Foi então com a efetiva retomada da democracia no Brasil e com a promulgação da CRFB em 1988 que a saúde passou a ser considerada como direitos de todos e dever do Estado (AGUIAR, 2015). A partir deste marco começa-se a definir de maneira bem clara toda a universalidade que a cobertura do SUS viria a abranger.

Importante ressaltar, que o parágrafo único do artigo 198 da CRFB/88 assenta que “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (SOUZA, 2002). E esta previsão constitucional é de extrema importância, na medida em que se estabelece que o financiamento do SUS com a participação da União Federal é como se este ente fosse o único responsável.

Já em 1990, efetivando toda a normatização o acesso amplo e universal à saúde, foi criado o SUS pela promulgação da Lei n. 8.080/1990, norma infraconstitucional. O comando do SUS em cada esfera de governo redefiniu a política pública de saúde, colocando o Ministério da Saúde como o gestor no âmbito federal. Essas afirmações evidenciam-se pelo disposto no artigo 7º da Lei em comento, eis que neste dispositivo consta que a lei estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A previsão legal trouxe, em verdade, uma mudança de paradigma para a realidade da saúde pública brasileira. O Brasil passou a ter um sistema único e universal de saúde.

O que se verifica diante da implantação do Sistema Único de Saúde é que ainda que o ordenamento jurídico brasileiro aponte para a criação de um sistema unificado e



Artigo

universal sob a chancela do Estado, se tem que esta ainda não se traduz, segundo Silva (2003), em uma realidade presente na vida dos brasileiros.

Infelizmente, ainda vigora o sistema implementado pelo INPS. Explica-se. Quando em vigor o sistema do INPS, vigorava o antigo sistema previdenciário, que tomou toda sua forma e estrutura a partir de um processo de adequação de forças produtivas e ao interesse da produção de um sistema alternativo de assistência à saúde do empregado. Utilizava-se, como anteriormente dito, das medicinas de grupos e do sistema de autogestão pelas empresas privadas. E toda essa estrutura (SOUZA, 2002) era unicamente para que o trabalhador se mantivesse em condições sanitárias regulares, a fim de que o processo produtivo continuasse sendo beneficiado pela sua força de trabalho despendida, bem ainda para que a produção não sofresse quaisquer interrupções de continuidade.

Em reação crescente a esse poderio das medicinas de grupo os especialistas médicos, se opuseram. E criaram as cooperativas de trabalho nacionalmente conhecidas como Unimed. Com o mercado em franca expansão, outros agentes econômicos relacionados a área financeira passaram a se interessar pelos negócios de vendas de planos de saúde e criaram vários planos e seguros de saúde. E tudo isso se alongou mesmo após a implantação do SUS, precipuamente o surgimento dos múltiplos planos de saúde privados (MENDES, 1993).

No Brasil atualmente segundo Aguiar (2015) há mais de 50 milhões de cidadãos que buscam na medicina suplementar uma assistência para a sua saúde e de sua família.

Sob essas análises, observa-se que um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde perpassa por toda essa temática. E a universalidade (MENDES, 1993) tão propagada, ao menos, parece que exclui a grande massa de dependentes deste sistema, a classe média trabalhadora. E por isso, constata-se o grande anseio entre parcela significativa da população em ter um plano de saúde. Os postos de emprego atualmente estão muito procurados porque não apenas garante a percepção das contraprestações respectivas mensalmente, mais também pela garantia de uma proteção de natureza médico-assistencial (SILVA, 2003).

E o que tem favorecido essa perspectiva cada vez mais distante dos princípios constitucionais aplicáveis ao direito à saúde é o fato de que ante a universalização proposta, invariavelmente, se cai no laço do racionamento dos serviços de saúde e na perda de sua qualidade. Essa deficiência é que estimula os usuários do SUS a buscar outras diversas formas de assistência, de modo que inevitavelmente as mazelas do sistema é a melhor demonstração dos planos de saúde suplementar (AGUIAR, 2015).



Artigo

Os planos suplementares surgem com objetivos bem claros, de forma que visam atender a uma necessidade dos meios de produção a fim de manter o trabalhador em constante atividade; contrabalanceiam a exploração da mão de obra médica pelas medicinais de grupos como o faz a Unimed; e ainda se aproveitam de uma demanda cada vez mais emergente (AGUIAR, 2015).

E se o objetivo é, em última hipótese, o lucro, ainda que nas cooperativas de trabalho haja a principiologia ligada a justiça distributiva interna, não há como se furtar a esta fatídica realidade. Apesar da regulamentação do setor com o advento da Lei n. 9.656/1998 que trata dos planos de saúde, o sistema é cristalinamente excludente ao passo que cria a figura da doença preexistente, a carência a ser preenchida e a lista de procedimentos como elementos reguladores do acesso aos serviços. Essas situações que são passadas como mecanismos de justiça contratualista funcionam na verdade como barreiras a impedir o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde necessários (AGUIAR, 2015).

Nesse aspecto o SUS e a saúde suplementar equiparam-se, posto que prometem inúmeros benefícios e falham por falta de lastro econômico bastante, e pelas gestões ineficazes.

Portanto, as novas perspectivas trazidas pelo advento do SUS não são de todo desanimadoras, eis que este instituto universalizou o acesso aos meios de tratamento da saúde, o que antes inexistia de forma precipuamente democrática. Assim, todo cidadão brasileiro rico ou pobre, empregado ou desempregado, possui o direito de requerer do Estado a prestação positiva deste direito social fundamental, como corolário do axioma interpretativo de todo o ordenamento jurídico brasileiro que é o supraprincípio da dignidade da pessoa humana.

DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra em um dos seus dispositivos como direito fundamental a saúde, especificamente no art.196 que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", isto é, posicionamentos políticos econômicos e sociais devem garantir como um dos seus objetivos a erradicação de doenças em trabalhos preventivos, na redução de agente nocivos sejam eles, físicos, biológicos ou químicos, e fatores de riscos ou posteriores de forma a garantir a promoção da proteção e recuperação quanto a infortúnios que de alguma forma venha atentar contra a integridade física ou psíquica do administrado.



Artigo

Em que pese à proteção estatal à saúde, consagrada no bojo da CRFB/1988 quanto à manutenabilidade do estado saudável do indivíduo, através de meios que garantam o seu bem estar, existem posicionamentos utilitaristas que ameaçam limitar a aplicabilidade desse direito fundamental em uma perspectiva de norma programática a ser interpretada em uma escolha baseada na possível ausência de recursos pelo Estado e a prioridade na contingência a ser selecionada. Tal princípio que verifica a escassez e a possibilidade de cumprimento pelo Poder Público, denomina-se reserva do possível.

Em um contexto de recursos escassos, em uma situação hipotética em que haja apenas a possibilidade de escolha, devido à capacidade financeira, e que os únicos recursos disponíveis seriam suficientes apenas para escolha de uma opção dentre duas existentes. A primeira opção “A” seria destinar os recursos da saúde para salvar a vida de uma pessoa. A segunda opção “B” seria destinar os recursos para salvar a vida de cem pessoas. Em tal situação qual deveria ser a escolha do Poder Público em critérios de justiça? Conforme Bentham analisado o seu pioneirismo do pensamento utilitarista por SANDEL (2012) na obra *Justice*, nos dilemas morais “a coisa certa a ser feita é aquela que maximizará a utilidade” (p.48), definindo-a como algo “que produza prazer ou felicidade e que evite a dor ou o sofrimento”. A maximização dessa utilidade, ainda conforme o pensamento, poderia de certo modo suprimir o interesse individual para o favorecimento do interesse coletivo, interesse de uma maioria, o que poderia tentar justificar pela Administração Pública uma possível escolha para a situação B. Explica SANDEL (2012, p.48) que “Ao determinar as leis ou diretrizes a serem seguidas, um governo deve fazer o possível para maximizar a felicidade da comunidade em geral”.

No direito brasileiro existe algumas repercussões desse pensamento utilitarista de Bentham, como é o caso de um princípio administrativo conhecido como a supremacia do interesse público, ao qual, pode pelo interesse da coletividade suprimir um direito individual, sendo como modalidade exemplificativa desse princípio a desapropriação de um imóvel particular para a criação de uma escola ou hospital público. Conforme FILHO (2013):

[...] não é o indivíduo em si destinatário da atividade administrativa, mas sim o grupo social num todo. Saindo da era do individualismo exacerbado, o Estado passou a caracterizar-se como o Welfare State (Estado/bem-estar) (p.33).

De certo modo há ainda uma concepção de que tal princípio fortalece o viés democrático brasileiro, pois se o governo republicano, res publica, (coisa pública, coisa



Artigo

do povo) é instrumentalizado pelo povo, pela coletividade, nessa perspectiva nada seria mais justo que o interesse do gestor fosse direcionado a satisfação dessa maioria.

Existe explicações ponderativas como justificação da escolha certa a ser feita em situações complexas de valores morais relevantes como nos casos supra descritos, com os critérios de escolhas entre A e B. Ainda se deve corroborar ao pensamento utilitarista de Bentham uma releitura utilitarista com valores morais nos conceitos de Stuart Mill, no sentido que existem dois fatores a serem considerados no presente caso. De um lado, o valor moral, e de outro o valor utilitário, na premissa que talvez se devesse maximizar a sobrevivência da espécie optando pela escolha de maior numerosidade de vidas a serem salvas. Outra justificativa poderia ser que o fator moral é comum as duas escolhas, logo então não devesse ser considerado, resultando apenas no critério excedente que seria o utilitário, salvar o maior número de vidas, justificando a escolha da opção B pelo Poder Público.

O fato é que existe nesse critério de escolha a consideração pelo Estado do fator da escassez de recursos na razão em que são evidenciadas apenas duas escolhas a serem tuteladas no objetivo de garantir a proteção do direito fundamental à saúde.

Ocorre que há um problema camuflado, e implícito, na perspectiva utilitarista no contexto brasileiro, que é a utilização da perspectiva da escassez no princípio da reserva do possível para cada vez mais o Poder Público se esquivar das responsabilidades assumidas. Em situações de busca de medicamento, internações hospitalares, tratamentos, é comum no feito contestatório da administração alegar a sua impossibilidade, por falta de recursos, de se prover os meios que atendam a necessidade de recuperação do indivíduo na debilidade ocorrida.

O problema implícito está na reserva do possível poder altear o processo de favorecimento do denominado estado de coisas inconstitucionais, isto é, quando constantemente não são concretizados os deveres dirigentes em seu corpo jurídico dos Direitos Fundamentais pelo Poder público, tais omissões na estrutura generalizada infringe direitos humanos, como o caso da saúde.

Se contemporaneamente essa preocupação já se dá na precariedade dos sistemas prisionais brasileiros, como foi o caso da ADPF n. 347 caso haja a adoção frenética do princípio da reserva do possível pela Administração Pública, parece que não muito distante, em outros setores ditos com fundamentais pela Constituição como a educação, segurança e saúde, encontrem de forma cada vez mais comum essa discussão no pretório excelso.

Assim surgem questionamentos até se haveria uma intervenção do judiciário em outros poderes devido a esse ativismo constante. O ativismo judicial é uma interferência



Artigo

do Poder Judiciário no Executivo de modo a violar a separação dos poderes contida no artigo 2º da República Federativa do Brasil de 1988?

No caso deve-se levar em consideração que de fato os três poderes, executivo, legislativo e judiciário, são delimitados em contextos a não haver a tirania e o absolutismo em suas funções, sendo para tanto harmônico entre si. De fato existem determinações do Poder Judiciário, como em alguns casos, a título exemplificativo que, em não havendo espaço público para o atendimento do serviço de saúde a um indivíduo, que este seja deslocado a um estabelecimento particular a ser custeado pelo Estado. Porém, deve-se atentar que quando a constituição menciona expressamente que a garantia à saúde é dever do Estado, significa em uma interpretação teleológica que cabe a este, uno, porém com diversas funções típicas e atípicas nas searas executivas, legislativas e judiciárias proceder com tal finalidade, razão que a suposição da interferência de um dos Poderes sobre o outro merece de certo modo ser incabida, pois, cada poder faz parte integrante deste Ente, o qual existe a sua responsabilização na efetividade do que é determinado nos preceitos constitucionais. O judiciário também é o Estado, o Estado-Juiz, o qual não é feita distinção de atuação para tutelar este direito consagrado, caso assim teria feito a própria Constituição.

Importante mencionar que o direito a saúde pode partir de um direito individual para o coletivo, no sentido que a defesa da norma é justamente em prol da coletividade, pois o desrespeito ao que é determinado por esta, elaborada mediante seus representantes eleitos, e corporificada no ordenamento jurídico, seria uma afronta a própria base democrática, pois, na medida que se busca a estabilidade social com segurança normativa no que é pensado pela coletividade, faz-se necessário que ocorra a manutenção do que é estatuído por essa sociedade, sob pena dessa violação, seja por um particular ou pela própria Administração Pública, comprometer o interesse da coletividade, até mesmo se tal interesse for destinado a resguardar um direito individual. Mas o direito a saúde seria um direito destinado ao indivíduo ou ao coletivo?

O direito a saúde apesar de mencionado como direito social no artigo 6º da Constituição da República Federativa de 1988, ganha uma seção própria no artigo 196 a qual difunde seus preceitos. O questionamento interpretativo a se ponderar seria se o termo “todos” na expressão, contida no artigo 196 qual seja, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, se se refere a coletividade por estar também contida como um direito social no artigo 6º ou a um pronome indefinido como direito relativo a qualquer indivíduo que compõe essa coletividade, pois isso traz repercussões atribuídas a reserva do possível pelo Poder Público, uma vez que é alegada a escassez para se tutelar um direito de todos a saúde, principalmente se o tratamento individual apesar de eficiente



Artigo

for oneroso para o Estado, utilizando-se para tanto desse subterfúgio a um comodismo de ineficiência e seletividade em suas prioridades administrativas.

Deve-se integrar tal princípio ao também delineado no artigo 194 do mesmo diploma o qual entende que a saúde é integrante da seguridade social, juntamente com a previdência social e assistência, razão que a saúde tem como um dos seus princípios a “universalidade da cobertura e do atendimento”, conforme o parágrafo único inciso I, o que significa pela universalidade a destinação de tal direito a todos os indivíduos, brasileiros ou estrangeiros na cobertura protetiva de qualquer prejudicialidade a integridade física ou psíquica. Assim, a saúde poderia também tangenciar o pronome indefinido em que todos seria a atribuição individual a qualquer pessoa componente da coletividade, pois se assim também quisesse dizer de modo contrário a Constituição expressaria que: a saúde é um direito coletivo e dever do estado.

Ainda, verifica-se um entimema programático no viés principiológico da reserva do possível ao passo que nessa aplicabilidade a justificação é que no momento não seria possível a efetivação de tal direito pelos recursos escassos da Administração Pública, e, talvez em um futuro será. Isso tornaria programático pela indefinição temporal de uma responsabilidade que é do Estado e que pode ser exigida pelo indivíduo de forma imediata, conforme o §1º do artigo 5º da Constituição a qual prescreve: “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.” Saliendo que o princípio da reserva do possível não vem expresso no bojo constitucional, contrário a visibilidade tratada em diversos artigos quanto ao direito a saúde na Carta Maior e o dever do Estado em se prover sua aplicabilidade imediata.

É imperioso ressaltar que não é desconhecido que a efetivação dos direitos fundamentais repercute em recursos de ordem patrimonial do Estado. A seguridade dos direitos pelo Poder Público refletirá em uma perspectiva financeira, sem dúvida. No entanto, o uso ou a possibilidade contínua pelo Estado em justificações de recursos exíguos para efetivação de um direito mandamental, poderia elevar um comodismo e uma despreocupação com a eficiência na prestação do serviço público, podendo haver com isso uma inversão de diretrizes dos fundamentos da República que é a dignidade da pessoa humana, contida no artigo 1º, inciso III, da Constituição brasileira de 1988, em sua substituição principiológica pela “a possibilidade financeira de efetividade de direitos”.

Nova formulação denotaria um país fragilizado no silogismo de que o Estado é formado pelo povo, território e soberania, tendo este primeiro elemento debilidade aparente pela restringibilidade de direitos, principalmente a saúde e vida, concludente seria a impossibilidade no exercício dos demais elementos. Tal razão é um dos motivos



Artigo

que a dignidade da pessoa humana se encontra em um pilar de fundamentação da república brasileira. Assim, como um pensamento coletivo se origina de uma ótica individual com repercussões de aderência, formando o pensamento social, não há uma coletividade sem os particulares, uma vez que sua existência depende do somatório destes, cada qual realizando suas funções em perfeitas condições de saúde. Para tanto, devendo ser respeitado esse direito constitucionalmente expresso, principalmente pelo Estado que o instituiu, no prognóstico positivo de sua efetivação e garantia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Pública no Brasil é considerada como sendo um direito social fundamental desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Assim, as perspectivas sobre saúde não mais se encontram atreladas ao assistencialismo reinante do século XX. Em verdade, todos os cidadãos brasileiros tem irrestrito acesso ao Sistema de Saúde Pública.

Neste sentido, gestou-se para o Estado uma responsabilidade inexistente durante praticamente toda a história, de modo que a União, os Estados federados, os Municípios e o Distrito Federal possuem responsabilidade solidária na prestação deste serviço público. A dotação orçamentária anual deve prever fundos capazes de atender a demanda social nacional.

No entanto, percebe-se que embora o SUS tenha sido um marco na história do país servindo, inclusive, como fonte de inspiração para legislações alienígenas, ainda faltam políticas públicas sólidas que venham a exaurir devidamente todas as expectativas sociais quanto aos programas, projetos e assistências oportunizados pelo SUS. O que se verifica, no entanto, é que a falta destas políticas públicas está atrelada à corrupção de muitos agentes políticos especialmente quando dos repasses de verbas de uma entidade administrativa para outra, bem ainda quando da distribuição dos recursos públicos dentro de cada ente federado.

E como não bastasse esta triste realidade fática, verifica-se, ainda, que há forte atuação política e jurídica no sentido de eximir o Estado de muitas das responsabilidades afetas a garantia de um adequado tratamento médico, de uma pronta intervenção cirúrgica, bem assim de uma prestação de cuidados e medicamentos básicos para as terapêuticas paliativas. A justificativa centra-se nas concepções constantes do princípio da reserva do possível, segundo o qual o Estado apenas pode agir quando há



Artigo

dotação orçamentária suficiente, e mesmo assim, quando não haja a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Em verdade, o que se pretende com tais justificativas é repassar para a sociedade as consequências advindas de uma má gestão da coisa pública. E esta realidade não pode ser aceita ao passo de se negar o Estado Democrático de Direito.

Assim, apenas por meio de uma atuação conjunta dos três poderes da República com a devida observância de suas respectivas independências institucionais, bem ainda pela constante atuação social no sentido de reivindicar os direitos sociais fundamentais é que se fará com que os agentes políticos passem a primar pelo interesse público local, regional e nacional em detrimento do enriquecimento ilícito, notadamente na perspectiva do direito à saúde pública de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo. 2 Ed., Martinari, 2015.

ALMEIDA FILHO, Noamar. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?** *Revista Brasileira de Epidemiologia*. V. 03, N. 1-3, 2000.

BRASIL. CRFB, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, acesso em 10.jul.2018.

BRASIL. ESTATUTO DO IDOSO. **Lei Federal n. 10.741/2003**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm, acesso em 10.jul.2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. Hucitec, São Paulo, 2ª Ed., 1997.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário**. 19ª ed. São Paulo: Forense, 2016.

CONH, Amélia; NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S. **O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência**. In COHN, Amélia;



Artigo

NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S. A saúde como direito e como serviço. Cortez. São Paulo. Volume único, p. 67-94, 1991.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS)**. Tese de doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Programa de pós-graduação em psiquiatria, psicanálise e saúde mental. Rio de Janeiro, 1998.

FILHO, José dos Santos Cavalho. **Manual de direito administrativo**. 26 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

FLEURY, Sonia. **A questão democrática na saúde**. In FLEURY, Sonia (org.). Saúde e democracia – a luta do CEBES. Lemos Editorial, São Paulo, p. 25-41, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. **O processo de reformulação do setor saúde**. In GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa – Um estudo da reforma sanitária brasileira**. Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 41-51, 1995.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. São Paulo: Landy; 2002.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 17 Ed. Saraiva. São Paulo: 2013.
MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. Hucitec, São Paulo. p. 19, 911, 1999.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social de saúde. In MENDES, Eugênio Vilaça: Uma agenda para a saúde. Hucitec. São Paulo, 1997.

_____. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: Novos recursos e um outro olhar sobre o nível local**. In MENDES, Eugênio Vilaça (org.). A organização da saúde no nível local. Hucitec. São Paulo. p. 17-55, 1998.



Artigo

_____. As políticas e saúde no Brasil nos anos 80> a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo. Hucitec, P. 17-95, 1993.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira e NOGUEIRA, Roberto Costa. **Por um modelo tecno assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde**. *Saúde em Debate*. CEBES, São Paulo. p.33, 83-89, 1991.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**. *Ciência Coletiva*. São Paulo. V. 5, 2ª Ed., p. 251-264, 2000.

RODRIGUEZ NEO, Eleutério. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In Ministério da Saúde – projeto nordeste. Informação, Educação e Comunicação – IEC. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

SANDEL, Michael J. **Justiça - O que é fazer a coisa certa**. Tradução: Heloisa Matias e Maria Alice Máximo, 6ª ed. Rio de Janeiro, Civilizado Brasileira, 2012.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. São Paulo. p. 29-41, 2007.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década**. *Revista São Paulo em perspectiva*. V. 07, n. 01, 2003.

SOUZA, Renilson Rehen de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. SUPREMA CORTE BRASILEIRA. **MEDIDA CAUTELAR NA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 347 DISTRITO FEDERAL**: Cabível é a arguição de descumprimento de preceito fundamental considerada a situação degradante das



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

penitenciárias no Brasil.. 2015. Disponível em:
<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>>.
Acesso em: 22 jun. 2018.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Os movimentos sociais no setor de saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração?** In VALLA, Victor Vicente (org.). Saúde e educação. Rio de Janeiro. Volume único, p. 33-59, 2000.



Artigo

A ESPIRITUALIDADE COMO MECANISMO DE AUXÍLIO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Braulio Brasil de Almeida
Luciana de Oliveira Fumian Brasil
Fernanda Castro Manhães

RESUMO - O fato da espiritualidade sempre existir na história humana, independente da época ou cultura, assim como ser considerada um dos recursos de enfrentamento para situações adversas e emocionais na busca de um significado para a vida, esperança e fé, foi uma das motivações em pesquisar a temática relacionando-a ao envelhecimento humano. Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida e aspectos sobre longevidade culminam na reflexão acerca da importância da espiritualidade no envelhecimento. O objetivo do presente estudo é analisar por meio de uma revisão da literatura aspectos relevantes sobre a espiritualidade relacionada ao envelhecimento. Concluímos por meio de pesquisas que o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos seus mais diferentes sentidos, visto que, tem proporcionado às pessoas idosas a esperança em um mundo melhor e com menos sofrimento, aliado a isso há o fortalecimento da crença na recompensa após a morte, fator este facilitador de uma vida considerada saudável e prazerosa. Percebemos que há uma escassez de pesquisas sobre espiritualidade/religiosidade em idosos.

Palavras-chave: espiritualidade, envelhecimento, vida.

ABSTRACT - The fact that spirituality always exists in human history, regardless of age or culture, as well as being considered as a resource for facing adverse and emotional situations in search of meaning for life, hope and faith, was one of the motivations in researching the related to human aging. In this sense, the increase in life expectancy and aspects of longevity culminate in the reflection about the importance of spirituality in aging. The aim of the present study is to analyze relevant aspects of aging-related spirituality through a review of the literature. We conclude by means of research that aging has an intimate relationship with spirituality in its most different senses, since it has provided the elderly with hope in a better world and with less suffering, allied to this there is the strengthening of the belief in the reward after death,



Artigo

this facilitator of a life considered healthy and pleasant. We noticed that there is a shortage of research on spirituality / religiosity in the elderly.

Keywords: spirituality, aging, life.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Hodiernamente vivenciamos acentuado crescimento na expectativa de vida da população, fato este que denota maior envelhecimento dos indivíduos, pois se percebe certa queda na taxa de mortalidade aliada ao decréscimo na taxa de natalidade. Tais fatores podem ser identificados como os que influenciam o desequilíbrio populacional, traduzido na evolução demográfica verificada ao longo dos últimos anos, especialmente nos países europeus (ROSA & CHITAS, 2010).

Em países desenvolvidos, onde a idade acatada como idoso é acima dos 65 anos, esse contingente populacional já ultrapassou o número de crianças e estima-se ainda que, até o ano de 2050, essa população tenha uma representatividade de 32% da densidade populacional mundial total, chegando a uma proporção de 02 idosos para cada 01 nascido-vivo (WHO, 2004).

No Brasil, a legislação considera idoso o indivíduo com idade superior a 60 anos de idade. A estimativa, diante do processo de envelhecimento populacional, é de que em 2020, essa faixa etária corresponda a 34 milhões de indivíduos brasileiros, tornando o Brasil o sexto país no ranking mundial em população idosa (MINAYO, M. C. S; COIMBRA JUNIOR, C. E. A; 2002).

A Organização Mundial da Saúde descreve o processo de envelhecimento como sendo um “processo sequencial, individual e acumulativo de declínio progressivo da capacidade adaptativa e compensatória diante dos agentes estressores, associado a mudanças biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo”, tornando-o mais propenso a adoecer e aumentando o risco de mortalidade (OMS, 1974). Essas alterações naturais que ocorrem no envelhecimento podem levar a limitações funcionais, disfunções, dependência, risco de quedas, bem como a aflições relacionadas à finitude existencial (SMELTZER; BARE, 2011).

Assim, o envelhecimento não pode ser visto apenas como um estado, mas sim como um processo de degeneração progressiva e irreversível que envolve vários aspectos biopsicossociais e que impactam de maneira significativa em todo esse



Artigo

sequenciamento. Ele atinge todos as pessoas, independente de orientação sexual, etnia, classe social, entre outros (MARINHO, M. S; REIS, L. A; 2017).

Esse evento, muitas vezes, vem acompanhado de uma intensa mudança social desse indivíduo, marcada por perda de amigos e pessoas da família, sentimentos de solidão, abandono e inutilidade (BALBINOTTI, 2017).

Diante desse cenário, o grupo social composto por pessoas idosas, aquelas com mais de 60/65 anos de idade, passou a possuir um foco de interesse da coletividade e, até mesmo, individual, vez que há implicações em vários aspectos da vida: familiar, social, político, econômico, entre outros (OSÓRIO, 2007).

O processo de envelhecimento é complexo e envolve questões que vão desde as relações externas do indivíduo, a exemplo daquelas frente à sociedade, até as demandas subjetivas do ser. Contudo, esse fenômeno é natural, universal e que ocorre de maneira gradual, ensejando irreversíveis mudanças e transformações ao longo do tempo (FIGUEIREDO, 2007).

A longevidade aqui mencionada não deixa de ser um desafio para as diversas sociedades e governos, assim como para os indivíduos, pois se busca um convívio adequado para as pessoas que alcançam a chamada última etapa da vida. Para isso, é crucial oportunizar considerável qualidade de vida, associada à dignidade e felicidade, para os quais a espiritualidade se revela uma ferramenta interessante (BALBINOTTI, 2017).

Por ser a última etapa da vida, na velhice há maior frequência sobre o pensar na morte e, conseqüentemente, o que vem depois dela. Se nas fases anteriores da vida, adolescência e juventude principalmente, a finitude do ser afigura-se longínqua, na velhice o fim torna-se mais próximo e concreto, haja vista que a perda de entes próximos remete à morte do próprio indivíduo. Diante disso, um retorno às práticas espirituais se mostra mais evidente, sendo considerado por muitos algo indispensável (CAVALCANTE, 2009, citado por LUCCHETTI et al, 2011).

Não se pode negar que na velhice existe alma, psiquismo, e considerar o aspecto individual pode ser um marco entre a manutenção da saúde ou o desencadeamento de enfermidades. Assim, vê-se que a espiritualidade integra o comportamento do indivíduo ao longo de seu ciclo existencial, pois envolve o seu pensar, sentir, conceber, a fé e o acreditar. Nesse sentido, a espiritualidade sempre possui importância ao longo da história da humanidade, eis que procura oferecer resposta voltadas a amenizar os medos, ansiedades e ameaças a que todos estão sujeitos, especialmente a morte (BALBINOTTI, 2017).



Artigo

O solo do estudo da espiritualidade fundamenta-se na filosofia, na psicologia e na religião, sendo que sua definição pode ser alterada de acordo com o entendimento de cada indivíduo, assim como da circunstância experimentada (TECCHIO, 2015).

Merece destaque, nesse ponto, a diferenciação entre religião, religiosidade e espiritualidade. Para tanto, trazemos à baila a discussão apresentada por KOEING et al. (2001, p. 712) quanto aos conceitos:

Religião é o sistema organizado de crenças, práticas e rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema...). Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Nesse prisma, podemos mencionar ainda que os estudos acerca da “religião trazem problemática antiga sobre o fato de ser ela, a religião, um fenômeno universalmente humano (homo religiosus)” (SILVA & SIQUEIRA, 2009, p. 557). Entretanto, afirmativa acerca do fenômeno é que, nas civilizações humanas, das antigas às atuais, das quais se dispõe documentos confiáveis, a existência de manifestações religiosas foi verificada (SIQUEIRA, 2008).

A religiosidade, por seu turno, demanda um “sistema de adoração” e um conjunto de dogmas e doutrinas que são acatados e propagados por um grupo e que se refere ao grau de participação ou adesão à crença e prática desse sistema religioso (MULLER, P. S.; PLEVAK D. J.; RUMMANS, 2002). Assim, elemento caracterizador da religiosidade é a ação particular da consciência transformada pela experiência do numinoso (JUNG, 2006).

Em um sentido próprio, a espiritualidade remete o indivíduo a uma análise em busca de perspectivas voltadas à obtenção de respostas relativas a questões interiores alocadas muitas vezes no inconsciente, que remontam a respostas às angústias, à ausência de significado e ao vazio existencial (MATOS, 2001).

Proposta interessante é a apresentada por Jürgen Moltmann, conhecido como o teólogo da esperança, que apresenta um conceito de espiritualidade relacionada ao amor



Artigo

pela vida, à esperança, a uma teologia chamada de ecológica, que retira o ser humano do status de “dominador” da natureza e o transfere para a situação de quem é dependente dela. Assim, a espiritualidade sob esse aspecto desconstrói a imagem de arrogância do domínio sobre a criação e leva o indivíduo a experimentar a humildade cósmica (MOLTMANN, 2012).

Sendo assim, pode-se verificar que a espiritualidade pode trilhar caminhos independentes e, até mesmo, divergentes da religiosidade e da religião. Ross, pesquisador da área da saúde, sustenta que a espiritualidade possui três vertentes, a saber: a) necessidade de descobrir significado na vida, razão e preenchimento; b) necessidade de vontade de viver e esperança, e; c) necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros e em Deus. Tais dimensões da espiritualidade implicam diretamente na vida do ser humano, eis que influenciam sua relação com o mundo, com seus pares e seu bem-estar pessoal, já que encontra um significado de viver, o qual, não sendo encontrado, leva ao desespero e ao vazio existencial (ROSS, 1995).

Nas palavras de Giovanetti (2005), o termo religiosidade está atrelado na relação do ser humano com um ser transcendente, ao passo que a espiritualidade não necessariamente implica uma relação com um ser divino, superior, podendo ser caracterizada como a possibilidade da pessoa mergulhar em si mesma. E arremata:

(...) o termo ‘espiritualidade’ designa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração pessoal e à integração com outros homens (GIOVANETTI 2005, p.137). A espiritualidade tem relação com valores e significados: o espírito nos permite fazer a experiência da profundidade, da captação do simbólico, de mostrar que o que move a vida é um sentido, pois só o espírito é capaz de descobrir um sentido para a existência (GIOVANETTI 2005, p.138).

Muito embora se possa dizer que a espiritualidade seja característica inata de todo ser humano, ela pode ser exercitada ou não, sendo que uma das maneiras para isso, porém não a única, é através da religião. Desse modo, podemos dizer que a espiritualidade é anterior à religião, sendo esta uma manifestação daquela (PINTO, 2009).

Inobstante nossa sociedade marcada por um quantitativo significativo de pessoas que enaltecem os valores relacionados ao “ter”, verifica-se uma crescente busca pelo real sentido da existência humana e de propósito, que são valores mais relacionados ao



Artigo

“ser”. Assim, a evolução dos seres humanos não se pauta em elementos materiais ou físicos, mas na contemplação de aspectos mentais, espirituais e morais (PAULINO, VASCONCELOS e ALVES, 2011).

Cumprir ser ressaltado que a espiritualidade não se reduz aos padrões de crença e religiosidade, eis que engloba aspectos pertinentes ao sentido da vida e à própria razão de viver, isto é, relaciona-se com algo mais profundo, no qual o indivíduo se pauta ao lado mais intrínseco por meio de sentimentos instigadores, motivadores de sua identidade e que suportam e direcionam sua vida (RODRIGUES; ARAÚJO, 2014).

Nesse contexto, a espiritualidade aborda uma construção subjetiva do indivíduo, relacionada à capacidade de conexão com seus pares, esforços voltados a descobrir um propósito final na vida, bem como o alinhamento de suas crenças pessoais (AFSAR e BADIR, 2017).

De acordo com estudos empíricos e embasamento teórico, a espiritualidade, quando existente de forma expressiva na vida das pessoas, promove valiosos benefícios, a exemplo da melhoria na qualidade de vida, fortalecimento da autoestima, cultivo de sentimento de propósito e pertencimento, resiliência quanto aos aspectos traumáticos da existência, maior satisfação e comprometimento com as atividades laborativas. Aliado a isso, ocorre significativo ganho na qualidade da saúde dessas pessoas, como redução do estresse e tendência à depressão, fortalecimento do equilíbrio emocional e melhor funcionamento do sistema imunológico (REGO, CUNHA E SOUTO, 2007).

Na madura idade, isto é, na senilidade, percebe-se um aumento considerável de doenças e distúrbios, sendo que em muitos casos a ausência de conhecimento do fenômeno e até mesmo a falta de atenção quanto aos sintomas resulta em um idoso debilitado frente às questões da sua condição atual. Além disso, pode haver um equívoco quanto à análise dos transtornos apresentados no envelhecimento, pois o que se vê é a dissociação dos problemas afetos ao corpo físico com aqueles atrelados aos afetos e emoções (BALBINOTTI, 2017).

Nesse aspecto, a espiritualidade pode ser vista como um mecanismo de adaptação desse indivíduo, ajudando a pessoa em idade senil a gerir as estressantes situações que enfrenta, por meio do modo como utiliza sua fé, crenças, sua relação com o transcendente ou mesmo com os outros (DALBY, 2006; PINTO & PAIS-RIBEIRO, 2007).

O fator espiritualidade, nesse prisma, contribui para a redução do sentimento de perda, assim como para o aumento da esperança e do controle da pessoa idosa, gerando



Artigo

significativa elevação de sua autoestima e conseqüentemente melhoria na qualidade de vida (CROWTHER, PARKER, ACHENBAUM, LARIMORE, & KOENING, 2002).

Na atualidade a espiritualidade vem sendo investigada por sua relevância na manutenção da saúde e seu auxílio na recuperação de pacientes enfermos. Até mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a entende como indispensável para definir o conceito de saúde integral, aliada às dimensões corporais, sociais e psíquicas (BALBINOTTI, 2017).

A espiritualidade, assim, influencia no comportamento do físico, eis que corpo e espírito estão em constante sintonia, sendo um capaz de impactar o outro, de modo que com a consciência espiritual pautada na esperança e na percepção correta sobre a vida acarretará significativa melhora na qualidade do envelhecimento (CHOPRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa feita, as crenças espirituais e até mesmo religiosas em muitos casos se portam como um mecanismo de adaptação em face das circunstâncias adversas da vida. A crença em um ser superior, o qual escapa às percepções dos sentidos humanos palpáveis, isto é, em uma força protetora e auxiliadora nos momentos negativos da existência pode se constituir numa experiência adaptativa.

Pode-se dizer, também, que a espiritualidade pode ser uma estratégia de “coping”, de modo que a forma como os indivíduos utilizam suas crenças e sua fé pode ajudá-los a superar diversas situações, dentre elas aquelas mais adversas (PINTO E PAIS-RIBEIRO, 2007).

Inobstante os vários posicionamentos e estudos acerca do tema, não se pode negar que a espiritualidade possui papel relevante na vida do ser humano, tendo em vista a correlação positiva e estatisticamente relevante entre o domínio social da qualidade de vida e a chamada esperança, de modo que quanto maior a esperança e otimismo perante a vida maior se apresenta a qualidade de vida do indivíduo, pois a espiritualidade funciona como mola propulsora capaz de movimentar energias e iniciativas positivas (FERREIRA e AMORIM, 2015, p. 49).

A espiritualidade, nesse contexto, tem proporcionado às pessoas idosas a esperança em um mundo melhor e com menos sofrimento, aliado a isso há o fortalecimento da crença na recompensa após a morte, fator este facilitador de uma vida saudável, mormente no sentimento de entrega dos problemas a um ser superior. Tais



Artigo

fatore propiciam um envelhecimento mais bem-sucedido, que lida melhor com os sofrimentos e as transições da vida. (GOLDSTEIN e NERI, 2003).

Através da espiritualidade o indivíduo passa a atribuir significado aos fatos da vida, passando a compreendê-los como parte de algo mais amplo, que escapa ao controle do palpável, ou seja, existe a crença de que os fatos não se dão por acaso, assim como no fato de que os diversos acontecimentos são determinados ou controlados por uma força superior. Esses fatores, aliados às crenças individuais, podem ensejar um enriquecimento pessoal, como maturidade, equilíbrio e sabedoria (DULL E SKOKAN, 1995).

REFERÊNCIAS

AFSAR, B; BADIR, Y. **Workplace spirituality, perceived organizational support and innovative work behavior: the mediating effects of person-organization fit.** Journal of Workplace Learning, Vol. 29 No. 2, p. 95-109, 2017.

BALBINOTTI, Helena Beatriz Finimundi. **Memorialidades**, n. 27, jan./jun. e n. 28, jul./dez. 2017, p. 13-44. [13]

LUCCHETTI Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; BASSI, Rodrigo Modena; NASRI, Fabio; NACIF, Salete Aparecida da Ponte. **O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento** REV. BRAS. GERIATRIA GERONTOLOGIA. RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):159-167

CHOPRA, Deepak. **Saúde perfeita.** Rio de Janeiro: Best Seller, 2009. p. 75-140.

CROWTHER, M. R., PARKER, M. W., ACHENBAUM, W. A., LARIMORE, W. L., & KOENING, H. G. (2002). **Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor.** "e Gerontologist, 42(5), 613-620.

DALBY, P. (2006). **Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research.** Aging & Mental Health, 10(1), 4-12.

DULL V.T; SKOKAN L.A. **A Cognitive model of religion's influence on health.** J Soc Issues. 1995;51(2):49-64.



Artigo

FERREIRA, A., E AMORIM, I. (2015). **Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 2), 45-51

FIGUEIREDO, D. (2007). **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi Editores.

GIOVANETTI, JOSÉ PAULO. 2005 “**Psicologia e espiritualidade**”. Em AMATUZZI, MAURO MARTINS (org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 129-145.

GOLDSTEIN LL, NERI AL. **Tudo bem, graças a Deus: religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice**. In: Neri AL, organizador. **Qualidade de vida e idade madura**. 5ª ed. Campinas: Papirus; 2003. p. 109-36. (Coleção Vivacidade).

JUNG, CARL GUSTAV. **Psicologia e religião**. In: Obras completas de C. G. Jung, 11ª edição, v.11, n.1. Petrópolis: Vozes. 2011 apud XAVIER, 2006, p. 184.

KOENIG H.G; MCCULLOUGH M.E; LARSON D.B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001. 712.

MAYKON DOS SANTOS MARINHO; LUCIANA ARAÚJO DO REIS. Longevidade e espiritualidade: o envelhecer como uma dádiva de deus. **Memorialidades**, n. 27, jan./jun. e n. 28, jul./dez. 2017, p. 119-137.

MATOS, FRANCISCO, G. **Empresa com Alma: espiritualidade nas organizações**. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 110.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Antropologia, saúde e envelhecimento. [on-line]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 209 p. (Coleção Antropologia & Saúde). Disponível em: Acesso em: 29 jun. 2018.

MOLTMANN, Jürgen, **O futuro ecológico da teologia cristã**. Texto publicado na sessão Teologi@Internet, do Sítio da Editora Queriniana, em 31/05/2012. Traduzido por Moisés Sbardelotto. Acesso em: 20 dez. 2014, p.1



Artigo

MULLER, P. S.; PLEVAK D. J.; RUMMANS, T. A. **Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice.** Mayo Clinic Proceedings, v.76, 2002, p.1225.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un comité de expertos. Ginebra: OMS; 1974 (Serie de Informes Técnicos, 548).

OSÓRIO, A. R., (2007). **Os idosos na sociedade actual.** In A. R. Osório, & F.C. Pinto (Coord.), **As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa** (pp.11- 45). Lisboa: Instituto Piaget.

PAULINO, R. D.; VASCONCELOS, C. R. P. D.; ALVES, W. **Correlatos da espiritualidade no trabalho: valores humanos, comprometimento organizacional afetivo e desempenho.** Qualit@s Revista Eletrônica, Campina Grande, 2011.

PINTO, C., & PAIS-RIBEIRO, J. L. (2007). **Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde.** Arquivos de Medicina, 21(2), 47-53.

PINTO, Ênio Brito 2005. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. **Revista de Estudos da Religião.** ISSN 1677-1222, dezembro / 2009 / pp. 68-8. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf

REGO, A.; CUNHA, P. M.; SOUTO, S. **Espiritualidade nas organizações e comprometimento organizacional.** Revista de Administração de Empresas RAEletrônica, v. 6, n. 2, Art. 12, jul./dez. 2007.

RODRIGUES, S. T.; ARAUJO, F. S. D. **A espiritualidade nas instituições de ensino superior e seu impacto na qualidade de vida no trabalho.** XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU, Florianópolis, 3-5 dezembro 2014. 1-16.

ROSA, M. J. V & CHITAS, P. (2010). Portugal: os Números. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.



Artigo

SIQUEIRA, Deis. **O labirinto religioso ocidental. Da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional.** Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 2, maio/ago. 2008, p. 425.

SILVA, M. (2005). **Saúde Mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente.** In C. Paúl, & A. Fonseca (Coord.), Envelhecer em Portugal (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

SILVA, Rogério Rodrigues; SIQUEIRA, Deis. **Espiritualidade, Religião e Trabalho no Contexto Organizacional.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.14, n. 3, jul/set. 2009, p.557.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Cuidado de saúde do idoso. In: _____. Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 142-161.

SOUZA, Ricardo Barbosa. **Espiritualidade e Espiritualidades.** Disponível em http://www.monergismo.com/textos/vida_piedosa/espiritualidade.htm, acesso em 23/07/2007

TECCHIO, E. L. **A influência da espiritualidade no processo de Gestão do Conhecimento em empresas de base tecnológica.** Florianópolis, 26 fevereiro 2015.

World Health Organization. World Population Prospects: The 2004 Revision. [acesso em: 31mar 2009] ; Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf.



Artigo

**FUNÇÕES COGNITIVAS E OS IMPACTOS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS
NA MEMÓRIA**

**COGNITIVE FUNCTIONS AND THE IMPACTS OF DIGITAL
TECHNOLOGIES IN MEMORY**

Flávia da Cunha Pereira
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Andreza de Souza Almeida
Carla Bittencourt Felício
Lea Sandra Risse
Leonard Barreto Moreira

RESUMO - O presente estudo visa apresentar uma reflexão sobre as interferências nas funções cognitivas da memória suscitadas pelo uso das tecnologias digitais. Partindo da explosão tecnológica que influenciou na vida cotidiana dos sujeitos de tal forma que provocou modificações não só nas relações sociais, incluindo as culturais, como também na forma como se adquirem e armazenam os novos conhecimentos na memória. Foi feita uma revisão bibliográfica abordando o panorama das tecnologias digitais e sua relação com as formas de armazenamento das informações na memória. Procurou-se discutir sobre as implicações do uso massivo das tecnologias de informação e comunicação na cognição, sobre os prejuízos cognitivos no seu uso cotidiano e inadequado. Finalmente se apresentam algumas recomendações sobre o uso adequado das tecnologias digitais baseada em evidências científicas atuais.

Palavras-chave: Cognição, Memória, Aprendizagem, Tecnologias digitais.

ABSTRACT - The present study aims to present a reflection on the interferences in the cognitive functions of memory raised by the use of digital technologies. Starting from the technological explosion that influenced in the daily life of the subjects in such a way that it caused changes not only in the social relations, including the cultural ones, but also in the way they acquire and store the new knowledge in the memory. A bibliographic review was made addressing the panorama of the digital technologies and its relation with the forms of storage of the information in the memory. We sought to discuss the implications of the massive use of information and communication



Artigo

technologies in cognition, on cognitive impairments in their daily and inadequate use. Finally, some recommendations on the adequate use of digital technologies based on current scientific evidence are presented.

Keywords: Cognition, Memory, Learning, Digital technologies.

INTRODUÇÃO

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) deram um novo sentido para o dia a dia da sociedade contemporânea. Alguns pesquisadores apontam que as TIC's seriam um dos fatores responsáveis pelas maiores transformações a nível mundial no que se refere à economia e ao desenvolvimento. Essas transformações envolvem o reconhecimento dos impactos causados pelos dispositivos tecnológicos nos diversos contextos.

Obviamente, não só a economia mundial foi afetada por esta explosão tecnológica. O ser humano, na sua vida cotidiana, também foi alcançado por essa revolução e o uso das TIC's que passou a ser cada vez mais precoce e frequente. Na criança, as tecnologias trouxeram mudanças até na maneira de brincar, nos adolescentes interferiu na sua maneira de socializar, nos adultos interferiu na forma de se relacionar, de trabalhar. O fato é que ninguém escapou das influências digitais.

É imprescindível observar que parte das atividades humanas na contemporaneidade são mediadas pelas tecnologias. O ser humano experimenta, em situações diversas e de acordo com o seu contexto, um processo de apropriação dessas tecnologias. Esse processo se inicia na sua cognição, por meio de funções cognitivas como a memória. A memória, por sua vez, envolve o processo de aprendizagem de novas informações proporcionadas pela exposição a essas novas tecnologias, posteriormente, seu armazenamento e a disponibilidade de acesso a essas informações quando necessárias. Todo esse processo teria uma intrínseca relação com a aprendizagem, a experiência e as emoções.

Neste estudo, identificaram-se as modificações na forma como o ser humano adquire conhecimento suscitadas pelas tecnologias digitais. Para tanto, o artigo procura conceituar o termo memória e sua relação com a aprendizagem de acordo com autores referência no tema como: Cammarota, Izquierdo, Bevilaqua, Vygotsky e Lombroso.



Artigo

A interferência nas funções cognitivas da memória ocasionadas pelo uso das tecnologias representa o ponto central da investigação proposta. Neste sentido, propõem-se as seguintes perguntas norteadoras:

Que implicações têm essa explosão e uso massivo das TIC's na cognição humana? O uso das tecnologias digitais provoca variações cerebrais importantes na memorização de informações e na aprendizagem? Há evidências de prejuízos da memória com o uso cotidiano e intensivo das tecnologias digitais?

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica por meio de um levantamento de dados em publicações nacionais e internacionais disponíveis em bases de dados como Cochrane, Scopus, PubMed, Scielo, LILACS, entre outras fontes como livros utilizando os seguintes descritores: cognição, memória, aprendizagem, tecnologias de informação e comunicação, tecnologias digitais.

O presente texto foi dividido em quatro seções. As três primeiras contemplam as informações necessárias para responder os questionamentos levantados, sendo elas: O Panorama das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's), Memória e Aprendizagem e Impactos do uso das Tecnologias digitais na Memória. Finalmente a última seção apresenta algumas recomendações de uso adequado das TIC's baseada em evidências científicas atuais.

O PANORAMA DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC'S)

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC'S) suscitaram mudanças que revolucionaram todo o sistema social, visto que nos últimos anos não se pode negar as implicações de sua aplicabilidade nos diversos campos do conhecimento. De maneira que “a revolução técnico-científica-informacional, oriunda dos adventos contemporâneos das TIC's é vivenciada atualmente através de inovações e tecnologias que trazem o conforto, comodidade e bem estar social” (RICARTE; CARVALHO, 2011, p. 259). Tanto que, as TIC's estão por toda parte para facilitar a vida das pessoas possibilitando que o envio e o recebimento de informações, de qualquer área do conhecimento humano, aconteçam de forma rápida.

Pereira e Silva (2012) acreditam que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) podem ser consideradas um dos fatores responsáveis pelas maiores mudanças no mundo e que se tornaram indispensáveis para a economia mundial e para o seu desenvolvimento. Relatam que no fim da segunda Guerra Mundial, depois



Artigo

da década de 60, durante a revolução tecnológica, se caracteriza a Sociedade da Informação, que transforma e influencia em pouco tempo a vida social das pessoas. Os autores exemplificam que a sociedade tem contato com novas tecnologias de forma direta e indireta, quando assiste televisão e utiliza os serviços bancários *on-line* ou mesmo quando opta por cursos de educação a distância (EAD).

Nessa perspectiva, os autores Pereira e Silva (2012) entendem que a revolução da Tecnologia da Informação teve início na década de 70 e foi evoluindo de maneira que as TIC não trouxeram mudanças apenas nas áreas de tecnologia e comunicação, mas em diversas áreas do conhecimento. Afirmam que entre as décadas de 70 e 90 acontecem as principais mudanças tecnológicas e as TIC's contribuíram de várias formas para o desenvolvimento de diversas áreas, seja no crescimento econômico, mediante investimentos em tecnologias, ou no bem-estar social, por meio da interatividade nas redes, ou na área da educação, favorecendo o processo de aprendizagem, ou na concretização das operações em saúde, no que concerne ao cuidado.

A sociedade está tão acostumada com as ferramentas tecnológicas que Paiva e Costa (2015) escrevem acerca das pessoas que nasceram no século XXI com advento das tecnologias e consideram ser quase impossível viver sem elas. Sabe-se que o uso da tecnologia está cada vez mais precoce e frequente, mesmo que não haja alguma finalidade específica, até as crianças, desde muito cedo, antes mesmo de serem alfabetizadas aprendem a utilizar os recursos tecnológicos disponíveis em dispositivos eletrônicos, sejam eles celular, *tablet*, computador, *videogames* ou um aparelho de DVD. Essa prática acontece gradativamente, de maneira que os recursos tecnológicos substituem as atividades lúdicas tradicionais das crianças. Acerca disso Guedes (1999) refere:

Infelizmente, a razão de inatividade física nos dias de hoje, onde é necessária a prática de movimentos é compensada pelos avanços tecnológicos, a sociedade atual está cultivando hábitos cada vez mais sedentários. As crianças e adolescentes estão substituindo as atividades lúdicas (que envolve esforço físico), pelas novidades eletrônicas. (p.32).

Isso acontece porque as crianças começam a utilizar os recursos tecnológicos cada vez mais precocemente por serem seduzidas pela tecnologia. Santos e Barros (2017) entendem que as tecnologias fazem parte da sociedade contemporânea e que a



Artigo

evolução tecnológica ocasionou uma transformação social, de forma que o avanço destas trouxe mudança até mesmo na maneira de brincar, uma vez que os aparelhos eletrônicos se tornaram novos brinquedos nas mãos da criança. Deste modo, é possível perceber que as formas de brincar se modificam na medida em que as tecnologias digitais se tornam parte da nossa vida. Como se vê, o *videogame*, o computador, o *smartphone*, o *tablet* e até mesmo a televisão, ainda bastante utilizada, são recursos tecnológicos para diversão tanto dos adultos quanto das crianças de diferentes idades.

Paiva e Costa (2015) acreditam que as tecnologias atualmente estão relacionadas com o lazer, conhecimento e trabalho, de maneira que dispositivos como *tablet*, *smartphone*, computador e jogos eletrônicos fazem parte do processo de industrialização, assim como do nosso dia a dia. Contudo, estes autores advertem que devido à internet oferecer acessibilidade 24 horas por dia, o uso indiscriminado da tecnologia pode substituir as interações habituais entre as pessoas, a família e o ambiente. Os autores observaram que os adolescentes desta época se tornaram dependentes da tecnologia, visto que frequentemente vemos o envio de mensagens instantâneas nas redes sociais, oriundas de aparelhos eletrônicos como celulares e computadores. Dessa forma, acabam trocando as amizades reais pelas amizades dos ambientes virtuais e preferem a diversão virtual. Estão deixando de sair de casa até mesmo para o cumprimento das atividades escolares, por não verem necessidade de contato físico com outra pessoa, e assim, recorrem a redes sociais virtuais, por meio dos dispositivos eletrônicos.

Entretanto, a tecnologia favorece o querer aprender fora e dentro da escola porque incentiva a autonomia, motiva a leitura e a curiosidade de conhecer o mundo, contribuindo para o ensino/aprendizagem. Acerca desse assunto, autores como Souza e Souza (2010) compreendem que:

As novas tecnologias ajudarão de forma efetiva, quando estes estiverem na escola e nesse momento eles se sentirão estimulados a buscar e socializar com esses recursos de forma a melhorar o seu desempenho escolar. Essas ferramentas tecnológicas além de facilitar o acesso aos novos conhecimentos servem também de base para novas adaptações aos sistemas variados de transmissão de conhecimento de maneira a melhorar, transferir e transformar os fatores complicados em algo mais acessível e sedimentado, transformando a teoria em prática. (p.2).



Artigo

Desta forma, as TIC's são utilizadas pela maioria dos professores e alunos como recursos que podem contribuir para o alcance dos objetivos educacionais. Sendo assim, no ambiente educacional a tecnologia surge para transformar a maneira como se ensina e aprende, por isso o uso dos recursos tecnológicos tem se tornado cada vez mais comum na educação. De acordo com Gonçalves (2015), as TIC's se tornaram importantes aliadas no processo de aprendizagem da EAD, porque estimulam a criatividade e a autonomia do estudante, de maneira que este pode estudar em ambientes virtuais utilizando os recursos tecnológicos para assistir aulas, resolver exercícios e tirar dúvidas.

Deste modo, independente do espaço físico, o ensino oferecido em uma instituição pode ser alcançado por meio das ferramentas tecnológicas. A confirmação disso, é que atualmente aparelhos como celulares, *smartphones*, *notebooks* e *tablets* estão sendo mais utilizados como recursos na modalidade da EAD. Por isso, a aprendizagem móvel é vista por muitos como o futuro da educação devido ao uso dos meios tecnológicos no ensino *on-line* através de dispositivos móveis. Sabe-se que o uso das TIC's tem influenciado de forma contundente o processo educacional, a nível global as tecnologias caracterizam a sociedade pela interdependência; deste modo, se tornou evidente o reconhecimento das suas vantagens e a facilidade que oferecem para solucionar os problemas no dia a dia.

Diante de tanta inovação, autora Nicolaci-da-Costa (2002) compara a primeira Revolução Industrial, que deu origem a um amplo processo de mudanças na sociedade, com a Revolução da Internet, porque provocou um processo de transformações no mundo, que ocorrem cada vez mais com maior velocidade. Devido a essas transformações Prensky (2001) descreve duas gerações, os *imigrantes* e os *nativos digitais*, a primeira é a geração que nasceu antes da internet e os *nativos digitais*, a geração que está crescendo com as novas tecnologias e quase não sabe mais viver sem elas. Acerca disso, Mafra e Coscarelli (2013) relatam que o uso frequente das TIC's no cotidiano das pessoas, ocorreu a partir da década de 1990, possibilitando que a comunicação na sociedade acontecesse em outras formas de manifestação, como das diversas redes sociais.

Sobre as interações nas redes sociais, Neto (2007) afirma que as interações avançam a partir do advento das TIC's, caracterizando a sociedade como midiática, devido ao rompimento das relações sociais tradicionais. E agora, o ciberespaço se torna um novo espaço de troca, de relação, construído em função das tecnologias digitais, que favorecem a comunicação mundial.



Artigo

Neste contexto, em comparação com as mediações anteriores, a internet é virtualmente transformadora por revolucionar a forma de comunicação e de interação, pois “a Internet é um meio de comunicação que permite, pela primeira vez, comunicação de muitos com muitos, num momento escolhido, em escala global” (CASTELLS, 2003, p.7). Este autor ainda diz que a internet pode ser comparada tanto como a uma rede elétrica quanto ao motor elétrico, pela sua capacidade de distribuir informação. Nesse sentido, acredita que essa ferramenta representa hoje o que a eletricidade foi na Era Industrial. Isso mostra que devido ao avanço das TIC’s vive-se em uma era tecnológica, onde grande parte da sociedade vive sob influência dos recursos tecnológicos, e que uma vez acostumados a viver com essas facilidades, se tornou difícil ficar sem.

MEMÓRIA E APRENDIZAGEM

O cérebro humano é composto por bilhões de neurônios que fazem diversas comunicações entre si. Por meio de tais conexões, chamadas de sinapses, podem surgir as memórias, que podem ser de diversos tipos de acordo com diferentes classificações, como por exemplo, quanto à duração, sendo de curto ou longo prazo. A principal estrutura do sistema nervoso dos mamíferos envolvida nos processos mnemônicos é o hipocampo, tal parte do cérebro é responsável pelo processo de formação e pela evocação das memórias (IZQUIERDO, 2010).

O conceito de memória é estudado em vários âmbitos, sendo objeto de estudo de várias áreas de conhecimento, desse modo configura-se como um tema com caráter interdisciplinar, podendo ser definido como “processo mediante o qual adquirimos, formamos, conservamos e evocamos informação. A fase de aquisição é chamada de aprendizagem, enquanto a evocação recebe também as denominações expressão, recuperação e lembrança” (CAMMAROTA; IZQUIERDO; BEVILAQUA, 2008, p. 242).

A partir dessa definição, será considerado o estudo desta função cognitiva principalmente no que tange a aprendizagem. Do ponto de vista biológico, aprendizagem e memória andam juntas, sendo resultado de modificações neurológicas que o indivíduo sofre a partir de interações deste com o ambiente em que se encontra. Deste modo, o ser humano, por meio de conhecimentos adquiridos advindos de experiências anteriores consegue alterar seu comportamento, corroborando com o fato de memória e aprendizagem estarem associadas, pois ao passo que se adquire



Artigo

informações e as memoriza retendo o que considera mais relevante, se torna um ser capaz de aprender (Pavão, 2008).

Segundo Vygotsky (1987), o aprendizado, quando organizado de modo adequado é resultante do desenvolvimento mental. Tal autor explica essa inferência quando desenvolve o conceito de zona de desenvolvimento proximal, sendo esta a distância entre o nível de desenvolvimento real e o potencial, determinando a solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros considerados mais capazes. Para ele o desenvolvimento se dá de modo mais lento do que o aprendizado, estando atrás do mesmo. Ou seja, “O desenvolvimento nas crianças nunca acompanha o aprendizado escolar da mesma maneira como uma sombra acompanha o objeto que a projeta” (p.104).

Segundo Lombroso (2004) faz parte do desenvolvimento normal do ser humano a capacidade de aprender algo novo e então armazenar as informações na memória a longo prazo. Muitas questões são levantadas quanto ao desenvolvimento na infância, pais buscando saber se seus filhos estão desenvolvendo determinadas habilidades no momento correto, tais como a leitura, a escrita.

Sendo memória e aprendizagem aliadas, é necessário que para que aprendamos algo novo tenhamos espaço nas áreas do sistema nervoso responsáveis por tal função cognitiva, para que se torne possível adquirir novos aprendizados, funcionando como uma memória de computador, a qual possui uma capacidade de armazenamento de dados. Acredita-se que parte das memórias que temos se perde por desuso, isso se dá, pois, nosso cérebro não acessa essas memórias e assim passamos a não recordar. Segundo Izquierdo (2010) a experiência nos ensina e nossas memórias anteriores sempre terão algo a nos dizer. Porém devemos ter prioridades em relação às informações que queremos armazenar, distinguindo o que devemos reter daquilo que devemos deixar de lado. Tornando-se desse modo possível o aprendizado devido à memorização. Nunes e Oliveira (2010) acreditam que:

A memória não é só a retenção de certo conhecimento, mas também ativadora da imaginação, interpretação, problematização, reinvenção, etc., processos estes mentais que atuam sobre o que é recordado pelo indivíduo. A memória é a capacidade do ser humano de conservar e relembrar mentalmente conhecimentos, conceitos, vivências, fatos, sensações e pensamentos experimentados em tempo anterior. A memória refere-se, também, à retenção de habilidades adquiridas ou de informação (p. 61).



Artigo

Ainda segundo Nunes e Oliveira (2010), tal função cognitiva se interliga continuamente com a aprendizagem. Sendo um fenômeno de ordem psicológica e biológica que envolve um conjunto de sistemas que funcionam em harmonia. Um meio de conservação e manutenção do bom funcionamento da memória é a leitura, que permite ao indivíduo trabalhar diversos tipos de memória, tais como visual, verbal e de imagens; neste momento o cérebro faz um scanning rápido de tudo que tem guardado nele e associa ao que está escrito (IZQUIERDO, 2010).

IMPACTOS DO USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA MEMÓRIA

A Internet é uma invenção tecnológica que transformou os pensamentos e comportamentos humanos. Esta ferramenta tem criado um ambiente multifacetado provendo para seus usuários as diversas possibilidades que oferece um sistema com características de alta velocidade e hiperconexão em uma rede de informação global. Portanto, um processo de mudanças e adaptações a esta realidade na cognição humana vem delimitando a aprendizagem dos sujeitos.

As formas hipertextuais dos dados parecem reduzir os recursos cognitivos necessários para o processamento profundo de informação, uma varredura rápida que pode interromper o desenvolvimento de habilidades de leitura profunda e diminuir a consolidação da memória. Atualmente, confia-se na tecnologia como uma fonte de memória externa que não requer esforços de aprender a causa da informação facilmente recuperável em qualquer momento (LOH; KANAI, 2016).

Segundo Prensky (2001) uma singularidade caracteriza uma geração a partir da chegada e rápida disseminação das tecnologias digitais nas últimas décadas do século XX caracterizados entre outras, por apresentar diferenças estruturais cerebrais e na forma do processamento da informação; assim, os “nativos digitais” como são denominados, são “falantes nativos” da linguagem digital, recebem informações muito rapidamente, atuam em forma multitarefa, preferem uma forma hipertextual, audiovisual e em rede dos dados, além de ter resultados melhores com a gratificação instantânea e recompensas frequentes que pode oferecer este meio. Estas características os diferenciam dos “imigrantes digitais”, aqueles não nascidos do mundo digital, mas migraram e estão se adaptando em níveis diferentes ao ambiente. Portanto, duas línguas (digital e não digital), duas formas de aprender diferentes e que precisam ser equilibradas.



Artigo

Os estudos das diversas mudanças biológicas produzidas pelo uso comum destas tecnologias vão a aumento, evidenciando impactos no nível das funções cognitivas tanto positivas como negativas. Em relação à função cognitiva da memória, as pesquisas apontam a uma redução da necessidade de esforço para processar e lembrar a informação com a busca na internet, características que estariam determinando a nova “geração Google”, indivíduos nascidos após 1993, que tem uma rápida velocidade na busca de informações e uma grande motivação gerada pela disponibilidade imediata dos dados. Estes jovens apresentam uma memória de trabalho mais pobre e menos confiável que pessoas mais velhas; além disso, os sujeitos não lembram mais da própria informação, só precisam lembrar onde é armazenada, com uma diminuição na confiança da sua memória de longo prazo e piores taxas da recuperação das informações (LIU et al.; 2018).

Segundo Sparrow, Liu e Wegner (2011) os processos da memória humana estão se adaptando à relação contínua e onipresente das TIC's em uma forma simbiótica com tais ferramentas e crescendo em um sistema interconectado, determinando igualmente uma configuração social do armazenamento, na qual os sujeitos compartilham informações com facilidade porque só precisam acessar as tecnologias quando requerem de algum dado, além de esquecer os itens por uma confiança em que vão recupera-los no momento que desejem. Esta memória externa dá a vantagem de acesso a uma vasta gama de informações, mas também pode gerar uma saturação.

Desta forma, quando os indivíduos encontram informações na rede, eles podem alterar suas estratégias para memorizar informações e diminuir a tentativa de codificar na memória de longo prazo, sugerindo assim, que a formação desta função cognitiva dos sujeitos na atualidade, pode ser mediada por saber da disponibilidade futura de informações, e, portanto, a atenção e motivação durante seu acesso poderiam estar reduzidas (FENN et al., 2014).

Dong e Potenza (2015) recrutaram 50 estudantes universitários que foram distribuídos aleatoriamente em dos dois grupos: um usando uma pesquisa baseada na Internet e outro usando uma enciclopédia para realizar tarefas de busca e rememoração de informação para responder uma série de perguntas, os participantes foram monitorizados antes e durante atividades de recordação e de reconhecimento por meio de ressonância magnética funcional. No grupo da internet, as imagens mostram menor ativação em regiões cerebrais envolvidas na codificação declarativa da memória de longo prazo, na integração de informações de diferentes áreas sensoriais que relacionam as informações às experiências passadas e em reconhecer onde os objetos estão no



Artigo

espaço possivelmente por uma localização mais abstrata da informação na internet. Os achados são compatíveis com os comportamentos nos sujeitos.

Neste experimento, a pesquisa baseada na internet pode facilitar o processo da aquisição de informações; porém, os indivíduos apresentaram uma menor precisão na recordação de informações, de forma apressada e, portanto, mais propensos a dificuldades na lembrança e menos confiantes em lembrar informações aprendidas em comparação com os participantes da pesquisa tradicional de livros (DONG; POTENZA, 2015). Entretanto, Nazi e Koivusilta (2013) desenvolveram uma pesquisa com 908 sujeitos de idades entre 15 e 64 anos a quem foi aplicado um questionário com perguntas relacionadas sobre os impactos percebidos na memória e a capacidade de concentração com o uso cotidiano da internet. Da população estudada, 40% referiram estas duas funções cognitivas diminuídas; a faixa etária mais jovem afirmou perceber memória aumentada em comparação com aqueles usuários mais experientes.

Segundo Ferguson, McLean e Risko (2015) o acesso à Internet pode influenciar os processos metacognitivos subjacentes às nossas decisões sobre o que "sabemos" e "não sabemos" (monitoramento metacognitivo) e a disposição para oferecer respostas (controle metacognitivo). Assim, os indivíduos estão formando sistemas de memória transativa com a internet e confundem conhecimento localizado on-line com o conhecimento desse "parceiro transacional" e o significado da resposta "eu sei" muda em função de acesso à informação em rede, assumindo que o acesso à Internet não altera de fato a quantidade de conhecimento que temos (em um dado momento). Entretanto, é mais comum a resposta "não sei" por um comportamento mais conservador e de transferência de responsabilidade de responder à Internet, influenciando, por curiosidade, o acesso na disposição de responder.

Fisher, Goddu e Keil (2015) chamam a este efeito "ilusão de conhecimento" e acrescentam que o conhecimento acessível está composto pela soma de memória interna e externa; assim, as pessoas negligenciam até que ponto elas contariam com seu parceiro no sistema de memória transativa para acessar conhecimento explicativo. Além disso, por ser uma informação compartilhada em rede e de fácil acesso, o limite entre pessoal e o conhecimento interpessoal está se tornando cada vez mais indistinto. As ilusões de conhecimento crescem pelas características desta tecnologia, que favorecem sua integração com a mente humana, mais do que outras fontes externas de conhecimento (livros, outras pessoas).

Uma das características do uso das TIC's é o comportamento multitarefa, definida como o uso simultâneo de múltiplos fluxos de mídia e pode acontecer em crianças, adolescentes e adultos. Uncapher, Thieu e Wagner (2016) realizaram um



Artigo

estudo com 143 participantes, universitários, entre 18-35 anos, os quais preencheram um conjunto de questionários (Índice de Multitarefa de Mídia, inventários para impulsividade e TDAH) e executaram quatro tarefas cognitivas que incluíram duas tarefas de memória de trabalho visuais e dois testes de memória de reconhecimento com o objetivo de pesquisar a relação entre o desempenho de indivíduos com comportamento multitarefa crônico (CMC), a memória de trabalho e a memória de longo prazo.

Resultados obtidos pelos pesquisadores indicam que sujeitos com CMC apresentam uma conduta de impulsividade atencional, além de menor desempenho na memória de trabalho independentemente de haver ou não distração externa, prevendo menor desempenho da memória de longo prazo. Assim mesmo, seu escopo de atenção mais ampla pode permitir que informações irrelevantes para conseguir objetivos concorressem com informações relevantes ao objetivo e como consequência ter representações menos relevantes ou menos precisas na sua memória de trabalho. Concluem igualmente que o comportamento multitarefa está associado a várias diferenças cognitivas, como a dificuldade de filtrar informações que causam distração e o aumento nas características da impulsividade nos sujeitos (UNCAPHER; THIEU; WAGNER, 2016).

No cenário atual, as pessoas mantêm contato permanente e intenso com as tecnologias digitais; porém, dois grupos requerem uma maior atenção: crianças e adolescentes, sendo seu uso cada vez mais comum desde a infância com risco de crescer com problemas de armazenamento das informações por estar inserido nessa cultura da confiança na memória externa que os aparelhos eletrônicos e o acesso em rede fornecem, reconhecendo, por sua vez, que seu uso adequado pode ser um grande aliado no seu ensino (PAIVA; COSTA, 2015). Balbani e Krawczyk (2011) documentam que crianças que usam mais o celular podem ter déficit de memória ao existir uma predisposição a maior absorção da radiação e um efeito cumulativo no sistema nervoso central (SNC) imaturo e pelas características em sua estrutura cerebral, provocando também, déficits de atenção e aprendizado.

A inovação tecnológica transformou a mídia e seu papel na vida de bebês e crianças pequenas, ainda em domicílios economicamente desafiados. Assim, a tendência é o uso incrementado das tecnologias digitais em crianças de 0 a 5 anos de idade, um período de desenvolvimento crítico do cérebro, além das suas habilidades imaturas simbólicas, de memória e de atenção, características pelas quais não podem aprender com a mídia digital tradicional, como fazem nas interações com os cuidadores, e têm dificuldade em transferir esse conhecimento para sua experiência tridimensional. Para



Artigo

crianças menores de 2 anos, a evidência de benefícios da mídia ainda é limitada e problemas de desenvolvimento e saúde continuam existindo para crianças pequenas usando todas as formas de mídia digital em excesso (AMERICAN ACADEMIC OF PEDIATRICS, 2016).

Viver em um mundo em constante e cada vez mais veloz transformação pode ocasionar riscos e problemas à saúde, durante uma fase de crescimento e desenvolvimento onde talvez a maturação cerebral seja estimulada por tantas imagens coloridas em pixels que formam confusões e também problemas de memória e de concentração (EISENSTEIN; ESTEFANON, 2011).

Um aspecto importante no desenvolvimento cognitivo da criança é o brincar. O jogo e as brincadeiras tradicionais lhes permitem expressar medos e desejos, compartilhar experiências, se relacionar com outros e aprender das situações vividas e imaginadas. Porém, com os novos brinquedos tecnológicos essa atividade se modifica, tornando-se um brincar mediado pelos objetos tecnológicos, na qual sua relação muda; assim, por exemplo, no jogo de computador é o objeto que comanda e diz o que deve ser executado (MARTINS, 2016). Além disso, segundo Correa et. al. (2016): “o mundo virtual abrevia parte da criatividade das crianças, pois ilustra e faz todos os efeitos que a mente deveria fazer” (p.1920).

Nos jogos eletrônicos o intercâmbio pessoal geralmente permanece sem uma contraparte humana, que é de importância central nos processos de aprendizagem, portanto, dificulta que as crianças e também adolescentes se envolvam em um processo de interação, além de diminuir consideravelmente sua motivação para praticar atividade física. O uso excessivo e não monitorado das tecnologias digitais priva a criança desta experiência concreta da vida (CAIROLI, 2010) e como refere Meira (2003): “a memória do brincar, hoje, encontra-se apagada pelo excesso de estímulos oferecidos incessantemente, em um ritmo veloz e instantâneo” (p.75).

Igualmente, os adolescentes apresentam uma condição especial pela suscetibilidade do uso não racional das tecnologias digitais, além de estar em uma idade de intensas transformações biológicas e psicológicas, gerando problemas sociais, comportamentais e cognitivos. Neles, um grande volume de informações recebidas produz uma sobrecarga cognitiva com prejuízo da memória de trabalho, inclusive com dificuldade de ativar a memória de longo prazo e, portanto, de alterar a aprendizagem (SILVA; SILVA, 2017).

Coser et al. (2008) afirmam que os adolescentes fazem parte de uma geração “*multitasking*” com capacidade de realizar várias tarefas ao mesmo tempo em ambientes digitais; porém, esta tem limites quando se incrementa o nível de



Artigo

complexidade das tarefas cognitivas individuais, como ocorre na estimulação simultânea por meios externos. Além disso, esta superexposição pode gerar uma síndrome de perda de foco, um maior risco de ter erros na execução de uma tarefa, a redução de disponibilidade para realizar atividades de escola afetando o rendimento acadêmico e a aprendizagem. Entretanto, esta geração tem vantagens por um incremento nas habilidades do uso das tecnologias, busca e manipulação de informações e até mesmo uma maior possibilidade de adaptação aos ambientes de trabalho atuais que requerem o desenvolvimento de competências informáticas e tecnológicas.

RECOMENDAÇÕES DE USO ADEQUADO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS

Embora na atualidade o uso das tecnologias da informação e comunicação mediada por dispositivos digitais esteja cada vez mais recorrente, como a Internet, e celulares sejam inseridos precocemente na vida de crianças de modo natural mundialmente, é necessário que pais se mantenham atentos quanto ao uso inadequado de tais tecnologias. Dados do Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br (2014) indicam que o uso de internet por adolescentes para envio de mensagens e uso das redes sociais é superior ao uso da Internet com fins de pesquisas escolares. Segundo Silva e Silva (2017) o grande volume de informações que nos é fornecido pelas tecnologias digitais, é recebido pelo cérebro por diversos modos, como imagens, vídeos, textos, fazendo com que haja uma sobrecarga de informações, tal “bombardeio” informacional pode gerar uma saturação de processos cognitivos ao invés de gerar conhecimento.

Diante de tal cenário, a utilização frequente das tecnologias digitais deve ser feita com cautela. A seguir se apresenta uma série de recomendações segundo diferentes evidências científicas encontradas (PAIVA; COSTA, 2015; RADESKY; SCHUMACHER; ZUCKERMAN, 2015; AZEVEDO et al., 2016; AMERICAN ACADEMICS OF PEDIATRICS, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016) em relação ao seu uso em crianças e adolescentes para prevenir os prejuízos na função cognitiva da memória e promover um desenvolvimento saudável desta população:

- Os aparelhos eletrônicos devem ser utilizados conforme a regras e horários estabelecidos segundo consenso entre pais e filhos. As famílias devem desenvolver um Plano de Uso de Mídia Familiar.
- Criar responsabilidade nas crianças e adolescentes frente ao uso das tecnologias digitais.



Artigo

- Estimular as crianças e adolescentes a realizar atividades lúdicas e cognitivas sem uso de tecnologias digitais.
- O tempo de uso de tecnologia digital deve ser limitado e proporcional às idades e às etapas do desenvolvimento cerebral-mental-cognitivo-psicossocial das crianças e adolescentes.
- O uso de aplicativo e jogos deve ser acompanhado pelos pais ou responsáveis da criança, experimentando-os primeiro em conjunto e fazer perguntas relacionadas posteriormente para verificar se teve algum aprendizado.
- Para crianças, evitar programas de ritmo acelerado.
- Evitar usar a mídia como a única maneira de acalmar crianças e satisfazer adolescentes.
- Monitorar o conteúdo de mídia infantil e adolescente.
- Estimular cognitivamente a memória de crianças e adolescentes com atividades que não impliquem o uso das tecnologias digitais.
- Favorecer o “tempo desligado” dos aparelhos eletrônicos como hábito.
- Limitar o tempo de exposição às mídias ao máximo de 1 hora por dia, para crianças entre 2 a 5 anos de idade.
- As habilidades de pensamento e funções executivas de ordem superior, essenciais para o sucesso escolar, como persistência de tarefas, controle de impulsos, regulação de emoções e pensamento criativo e flexível, são mais bem ensinadas através de jogos não estruturados e sociais (não digitais), além das interações pai-filho responsivas.
- Se o uso das tecnologias digitais é com fins educativos, os adultos devem interagir com crianças permanentemente a fim de explicar o conteúdo e prevenir a distração.
- Evitar que adolescentes ultrapassem o uso das tecnologias nas suas horas saudáveis de sono: 8-9 horas/noite/fases de crescimento e desenvolvimento cerebral e mental.
- Familiares, professores e a população em geral devem ficar atentos a sinais de alerta de dependência digital como ansiedade, a depressão, a falta de habilidade social em comunicação face a face, as alterações do ciclo vigília/sono pela inabilidade que o sujeito possui para reprimir e controlar impulsos pela conectividade, se tornando um uso patológico das tecnologias digitais, sendo necessário procurar ajuda especializada.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, o uso das tecnologias digitais constitui o cotidiano do ser humano influenciando todas as esferas da vida; deste modo, torna-se necessário o cuidado para que sua utilização não interfira de modo negativo na cognição e conseqüentemente na aprendizagem dos sujeitos, principalmente no que se refere à parcela da população composta por crianças e adolescentes que estão em fase de desenvolvimento e maturação cerebral.

Pais, profissionais da saúde e educadores devem trabalhar conjuntamente, buscando esclarecer quais conseqüências o uso indiscriminado de tecnologia pode acarretar, conscientizando crianças e adolescentes, enfatizando a importância do uso racional de tais aparatos tecnológicos. Para tal feito é necessário estabelecer os limites quanto ao uso das tecnologias, evitando problemas futuros que poderão levar a diminuição do funcionamento de determinadas funções cognitivas que são essenciais à retenção de conhecimento e conseqüentemente à aprendizagem, como é o caso da memória, função cognitiva principal neste estudo.

Através de estudos encontrados na busca bibliográfica, foi possível constatar que embora o advento destas tecnologias tenha trazido benefícios para população como, por exemplo, a praticidade e a disseminação de informações em curto espaço de tempo, elas também podem trazer prejuízos cognitivos em caso de uso indiscriminado. Sendo assim, faz-se importante a continuidade de estudos no que tange a tal assunto, principalmente no que se refere ao estudo das implicações das tecnologias digitais na função cognitiva da memória, que está associada ao aprendizado, em busca de preencher a lacuna na literatura especializada em tal temática.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMIC OF PEDIATRICS. Council on communications and media. Media and Young Minds. *Pediatrics*, v. 138, n. 5, p. 1-8, 2016.

AZEVEDO, Jefferson et al. Dependência digital: processos cognitivos e diagnóstico. In: **IX SIMPÓSIO NACIONAL ABCiber**, 2016, São Paulo. Anais. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, p. 1-19.



Artigo

BALBANI, Aracy; KRAWCZYK, Alberto. Impacto do uso do telefone celular na saúde de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 430-6, 2011.

CAIROLI, Priscilla. A criança e o brincar na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da IMED**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 340-348, 2010.

CAMMAROTA, Martín; IZQUIERDO, Iván; BEVILAQUA, Lia. Aprendizado e Memória.

In: LENT, Robert. **Neurociência da mente e do comportamento**. RJ: Guanabara Koogan, 2008. p. 241-242.

CORREA, Aline et al. Impacto das tecnologias: o olhar dos pais acerca do viver saudável da criança. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 1, p. 1915-1929, 2016.

COSER, Adriano et al. Multitasking: a estimulação múltipla e seus efeitos na memória de trabalho. **Revista de biologia e ciências da terra**, Sergipe, v. 8, n. 2, p. 158-165, 2008.

CASTELLS, Manuel. **A Galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade**. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 244.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL: CGI.Br. **TIC Kids online Brasil**. 2014: pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil. Disponível em:
<http://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Kids_2014_livro_eletronico.pdf>.
Acesso em julho de 2018.

DONG, Guangheng; POTENZA, Marc. Behavioural and brain responses related to Internet search and memory. **European Journal of Neuroscience**, v. 42, p. 2546–2554, 2015.



Artigo

EISENSTEIN, Evelyn; ESTEFANON, Susana. Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. vol. 10, n. 2, p. 42-53, 2011.

FENN, Kimberly et al. The effect of Twitter exposure on false memory formation. **Psychonomic Bulletin & Review**, v. 21, n. 6, p. 1551–1556, 2014.

FERGUSON, Amanda; MCLEAN, David; RISKO, Evan. Answers at your fingertips: Access to the Internet influences willingness to answer questions. **Consciousness and cognition**, San Diego, v. 37, p. 91-102, 2015.

FISHER, Matthew; GODDU, Mariel; KEIL, Frank. Searching for explanations: How the Internet inflates estimates of internal knowledge. **Journal of experimental psychology General**, Washington, v. 144, n. 3, p. 674-87, 2015.

GONÇALVES, Claudia. **A Educação a Distância no Brasil: da correspondência ao e-learning**. Disponível em:
<http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/18105_9530.pdf>. Acesso em junho de 2018.

GUEDES, Dartagnan. **Educação para saúde mediante programas de Educação Física escolar**. Motriz. Revista de Educação Física. UNESP, Rio claro, v. 5, n. 1, p. 10-14, 1999.

IZQUIERDO, Ivan. **A Arte de Esquecer: cérebro e memória**. Rio de Janeiro: Vieira; Lent, 2010. p. 136.

LIU, Xiaoyue et al. Internet Search Alters Intraand Inter-regional Synchronization in the Temporal Gyru. **Frontiers in Psychology**, Switzerland, v. 9, p. 1-7, 2018.

LOH, Kep; KANAI, Ryota. How Has the Internet Reshaped Human Cognition? **The Neuroscientist**, v. 22, n. 5, p. 506-20, 2016.

MARTINS, Clarissa Ferreira. **O brincar: funções constitutivas e implicações das novas experiências tecnológicas**. 2016. 86f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.



Artigo

LOMBROSO, Paul. Aprendizado e Memória. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 207-1, 2004.

MAFRA, Núbio.; COSCARELLI, Carla. Linguagem, NTIC e a sala de aula: o que propõem as pesquisas de intervenção. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 899-917, 2013.

MEIRA, Ana Marta. Benjamin, os brinquedos e a infância contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 74-87, 2003.

NASI, Matti; KOIVUSILTA; Leena. Internet and everyday life: the perceived implications of internet use on memory and ability to concentrate. **Cyberpsychology, behavior and social networking**, New York, v. 16, n. 2, p. 88-93, 2013.

NETO, Honor. **Trabalho infantil na terceira revolução industrial**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2007. p. 244.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana. M. Revoluções tecnológicas e transformações subjetivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 18, n. 2, p. 193-202, 2002.

NUNES, Oldemar; OLIVEIRA, Vera. Memória de Curto Prazo do Universitário e a Prática de Jogos: um estudo comparativo. **Revista de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 27, n. 82, p. 59-67, 2010.

PAIVA, Natália; COSTA, Johnatan. **A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça?** Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2018.

PAVÃO, Rodrigo. Aprendizagem e memória. **Revista da Biologia**, São Paulo, v.1, p. 16-20, 2008.

PEREIRA, Danilo; SILVA, Gislane. **As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como aliadas para o desenvolvimento**. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/cadernosdeciencias/article/viewFile/884/891>. Acesso em junho de 2018.



Artigo

PRENSKY, Marc. Digital natives, digital immigrants. **On the Horizon**, v. 9, n. 5, p. 1–6, 2001.

RADESKY, Jenny; SCHUMACHER, Jayna; ZUCKERMAN, Barry. Mobile and interactive media use by young children: the good, the bad, and the unknown. *Pediatrics*, **Springfield**, v. 135, n. 1, p. 1-3, 2015.

RICARTE, Daniel; CARVALHO, Ana. As novas tecnologias da informação e comunicação na perspectiva do ensino de Geografia. In: SOUSA, Robson; MOITA, Filomena; CARVALHO, Ana (Organizadores). **Tecnologias digitais na educação**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 259-274.

SANTOS, Caroline; BARROS, Jane. **Efeitos do uso das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação para o desenvolvimento emocional infantil**: uma compreensão psicanalítica. Disponível em:
<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0435.pdf>>. Acesso em junho de 2018.

SILVA, Thayse; SILVA, Lebiam. Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 34, n. 103, p. 87-97, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Saúde de crianças e adolescentes na era digital**. Disponível em:<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf> Acesso em junho de 2018.

SOUZA, Isabel; SOUZA, Luciana. O uso da tecnologia como facilitadora da aprendizagem na escola. **Revista Fórum Identidades**, v. 8, n. 8, p. 127-142, 2010.

SPARROW, Betsy; LIU, Jenny; WEGNER, Daniel. Google Effects on Memory: Cognitive Consequences of Having Information at Our Fingertips. **Science**, New York, v. 333, n. 604, p. 776-778, 2011.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

UNCAPHER, Melina; THIEU, Monica; WAGNER; Anthony. Media multitasking and memory: Differences in working memory and long-term memory. **Psychonomic bulletin e review**, New York, v. 23, n. 2, p. 483–490, 2016.

VYGOTSKY, Lev. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p. 224.



FUNÇÕES COGNITIVAS E OS IMPACTOS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA
MEMÓRIA

Páginas 197 a 217

Artigo

LITERATURA E AUTOBIOGRAFIA: IMAGENS DA DEPRESSÃO NOS
DIÁRIOS DE LIMA BARRETO

LITERATURE AND AUTOBIOGRAPHY: DEPRESSION IMAGES IN THE
DIARIES OF LIMA BARRETO

Poliana da Silva Carvalho
Ana Paola Laeber
Ezequiel Gonçalves de Paula

RESUMO - A presente pesquisa objetiva-se analisar o contexto histórico-psiquiátrico em que estão inseridas as obras *Diário Íntimo* (1953) e *Diário do Hospício* (1953), por meio do desenvolvimento das narrativas das quais se podem depreender indícios da linguagem depressiva de Lima Barreto (1881-1922), sob um viés psicopatológico que traz à tona indícios de depressão e melancolia. Afonso Henriques de Lima Barreto, mais conhecido por Lima Barreto, teve a maior parte de sua obra redescoberta e publicada em livro após sua morte. “*Diário Íntimo*” e “*Diário do Hospício*” são apenas algumas de suas obras póstumas. Escritor pré-modernista, Lima Barreto buscou retratar os modos de vida dos subúrbios cariocas, sendo ele também o protagonista deste cenário. Ele, literato negro, pertencente à nação brasileira, constituiu – e ainda constitui – por meio de suas obras um amplo painel da sociedade na qual estava inserido, jamais abdicando do que era a função maior da literatura: intervir nas questões de seus tempos, expondo, por meio de suas subjetividades, um discurso para aqueles que são atormentados pela intolerância social. Tendo como mote as obras *Diário Íntimo* e *Diário do Hospício*, procuraremos entender o modo como esse enunciador fez de suas produções literárias uma prática de intervenção nas questões urbanas e sociais, na dupla dimensão de escritor e cidadão e o quanto o contexto afetou a sua vida, por pertencer à minoria na sociedade brasileira de sua época. Nosso método para esse estudo é a pesquisa descritiva, bibliográfica, com leitura reflexiva e investigativa, seguida de análise e interpretação dos diários supracitados. Espera-se que a discussão acerca destas obras sirva como base para que se estude a sociedade brasileira e como esta se vê e é vista, sobretudo no que diz respeito aos problemas sociais e como estes podem afetar a vida do indivíduo vulnerável, como afetou a vida de Lima Barreto, por exemplo.

Palavras-chave: Literatura; Diário Íntimo; Diário do Hospício; Psiquiatria; Depressão.



Artigo

ABSTRACT - The present research aims to analyze the historical-psychiatric context in which the works *Diário Íntimo* (1953) and *Diário do Hospício* (1953) are inserted through the development of the narratives from which one can deduce indications of the depressive language of Lima Barreto (1881-1922), under a psychopathological bias that brings to the surface indications of depression and melancholy. Afonso Henriques de Lima Barreto, better known as Lima Barreto, had most of his work rediscovered and published in a book after his death. "*Diário Íntimo*" and "*Diário do Hospício*" are just some of his posthumous works. A pre-modernist writer, Lima Barreto sought to portray the ways of life of the Carioca suburbs, being also the protagonist of this scenario. He, a black literary, belonging to the Brazilian nation, constituted - and still constitutes - through his works a broad panel of society in which he was inserted, never giving up what was the major function of literature: intervening in the questions of his times, exposing, through his subjectivities, a discourse for those who are tormented by social intolerance. Having as motto the works *Diário Íntimo* and *Diário do Hospício*, we will try to understand how this enunciator made of his literary productions a practice of intervention in urban and social issues, in the double dimension of writer and citizen and how much the context affected his life, for belonging to the minority in the Brazilian society of his time. Our method for this study is the descriptive, bibliographical research, with reflective and investigative reading, followed by analysis and interpretation of the aforementioned diaries. It is hoped that the discussion about these works will serve as a basis for studying Brazilian society and how it sees itself and is seen, especially with regard to social problems and how these can affect the life of the vulnerable individual, how it affected the life of Lima Barreto, for example.

Keywords: Literature; Diário Íntimo; Diário do Hospício; Psychiatry; Depression.

INTRODUÇÃO

Há muito em comum entre literatura e medicina. Ambas têm a ver, em última análise, com a condição humana; e nada é mais revelador desta condição do que a doença. Quando um indivíduo está doente, sobretudo quando está gravemente doente, caem suas máscaras, suas defesas, e ele se mostra tal qual é. Mas esta é uma situação que precisa ser expressa por meio da palavra, e de novo, este é um elo comum. A literatura utiliza a palavra como instrumento estético; a medicina utiliza a palavra como



Artigo

forma de investigação, como meio de comunicação e também como terapia. (SCLIAR, 2009).

A fim de correlacionar literatura e medicina, mais especificamente com a psiquiatria, por meio de uma pesquisa interdisciplinar, delimitou-se como recorte de pesquisa a análise do discurso no texto literário, nas obras *Diário¹ Íntimo* e *Diário do Hospício*, de Lima Barreto, sob a perspectiva da depressão ou linguagem depressiva na literatura. A delimitação do assunto está subordinada, portanto, à cenografia e ao ethos do próprio literato, que nas supracitadas obras não é apenas o escritor, como também o protagonista das próprias narrativas.

A partir disso, a questão-problema norteadora da pesquisa é a seguinte: é possível diagnosticar o quadro psiquiátrico (ou psicopatológico) por meio do contexto vivido por Lima Barreto, considerando as particularidades da sua escrita literária sob a égide das narrativas autobiográficas construídas no encadeamento discursivo dos diários?

Como forma de responder à pergunta e operacionalizar a pesquisa, estabeleceu-se como objetivo geral: analisar o contexto histórico-psiquiátrico em que estão inseridas as obras *Diário Íntimo* e *Diário do Hospício*, por meio do desenvolvimento das narrativas das quais se podem depreender indícios de linguagem depressiva do escritor.

Consoante ao objetivo geral, delimitamos os seguintes objetivos específicos: contextualizar a sociedade brasileira na transição do século XIX para o século XX, principalmente no que diz respeito às doenças da época; mostrar o momento histórico da psiquiatria a partir do contexto e de elementos biográficos presentes nos diários barretianos; e ressaltar como o contexto de vida, do qual deriva o discurso do narrador-personagem Lima Barreto, desencadeou sintomas como a depressão e/ou melancolia e a doença mental em seus diários.

Para fundamentar a pesquisa, cuja natureza é descritiva, bibliográfica e com abordagem qualitativa para análise das obras, partiu-se do arcabouço teórico de Dalgalarondo (2000), Orlandi (2005) e Blanchot (2005), cujas teorias sustentarão a análise dos diários. O *corpus* deste estudo tem como base *Diário Íntimo* e *Diário do*

¹ O diário íntimo, que parece tão livre de forma, tão dócil aos movimentos da vida e capaz de todas as liberdades, já que pensamentos, sonhos, ficções, comentários de si mesmo, acontecimentos importantes, insignificantes, tudo lhe convém, na ordem e na desordem que se quiser, é submetido a uma cláusula aparentemente leve, mas perigosa: deve respeitar o calendário. Esse é o pacto que ele assina. (BLANCHOT, 2005, p. 270)



Artigo

Hospício, do escritor brasileiro e pré-modernista Lima Barreto, publicadas, postumamente, em 1953.

Concluiremos com a apresentação dos resultados obtidos por meio da análise das obras escolhidas, ressaltando a importância do texto literário não só para desenvolver a leitura crítico-reflexiva, mas também para demonstrar como o meio/contexto, a história de vida, entre outros aspectos interferem efetivamente na vida de um ser humano. Lima Barreto é, sem dúvida, “produto do meio”. (grifo nosso).

O RETRATO DA SOCIEDADE BRASILEIRA NA TRANSIÇÃO DOS SÉCULOS XIX-XX: CIDADE E LITERATURA NO RIO DE JANEIRO

Pensar a sociedade na época de Lima Barreto é considerar, especialmente, o Rio de Janeiro, capital do Brasil no início do século XX. A cidade crescia sem planejamento e as favelas e cortiços predominavam na paisagem. Em decorrência da falta de rede de esgoto e coleta de lixo, considerada na época muito precária, dezenas de doenças se proliferavam na população, como: Tifo, Febre Amarela, Peste Bubônica, Varíola, entre outras. O presidente Rodrigues Alves², ao perceber que esse cenário poderia piorar, toma a decisão de fazer uma reforma no centro do Rio de Janeiro. O presidente abordou este assunto na seguinte mensagem enviada no dia 3 de maio de 1903 ao Congresso Nacional:

As condições gerais de salubridade da capital, além de urgentes melhoramentos materiais reclamados, dependem de um bom serviço de abastecimento de águas, de um sistema regular de esgoto, da drenagem do solo, da limpeza pública e do asseio domiciliar. Parece-me, porém, que o serviço deve começar pelas obras de saneamento do

² Francisco de Paula Rodrigues Alves foi o quinto presidente da República Brasileira, assumindo o mandato em 15 de novembro de 1902. Não foi um republicano histórico como os antecessores civis da presidência da república, tendo atuado como conselheiro do Império durante os anos finais desse regime. Rodrigues Alves foi convidado pelos republicanos para compor a Assembleia Constituinte de 1890 e contribuir com a experiência adquirida na atuação política durante o Império. Dessa forma, Rodrigues Alves tornou-se um dos quadros da política republicana, atuou como Senador, Ministro da Fazenda (1891-1892 e 1894), Ministro da Justiça (1891-1892) e presidente do Estado de São Paulo, antes de assumir a presidência do país.



Artigo

porto, que têm de constituir a base do sistema e não de concorrer não só para aquele fim utilíssimo, como evidentemente para melhorar as condições do trabalho, as do comércio e o que não deve ser esquecido, as da arrecadação de nossas rendas. (BRENNNA, 1985, p.311-312).

Rodrigues Alves implementou projetos de saneamento e urbanização em parceria com o biólogo e sanitarista Oswaldo Cruz, que tornou-se chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública e, ao lado do então prefeito Pereira Passos, deu início à reforma que incluía a demolição das favelas e cortiços com a expulsão dos seus moradores para as periferias e a criação das Brigadas Mata-Mosquitos, em que grupos de funcionários do serviço sanitário e policiais invadiam as casas, a fim de matar insetos.

A reforma causou revolta na população e a situação só piorou com a aprovação da Campanha da Vacinação Obrigatória. A população iniciou uma onda de ataques à cidade, destruindo bondes, prédios, trens, lojas, bases policiais etc. Os cadetes da Escola Militar da Praia Vermelha também se voltaram contra a lei da vacina. A revolta popular fez com que o governo suspendesse a lei, que deixou de ser obrigatória. Para finalizar a rebelião, Rodrigues Alves colocou nas ruas o exército, a polícia e a marinha. No final da revolta, conhecida como a Revolta da Vacina, o governo recomeça a vacinação da população, tendo como resultado a erradicação da varíola na cidade.

Nesse contexto histórico nasce Lima Barreto, mais especificamente em 13 de maio de 1881, segundo filho de pais pobres e mestiços. Era filho de João Henriques de Lima Barreto, tipógrafo, e Amalia Augusta, professora. A Lei Áurea seria assinada quando Lima completasse 7 anos. Mesmo assim, Afonso Henriques e toda a sua família estariam a mercê de uma sociedade preconceituosa, afinal, mesmo com o fim da escravidão, seu legado continuaria presente na vida de negros e mestiços da época (NATAL, 2017).

O contexto histórico e as transformações pelas quais a sociedade passava no período de produção literária de Lima Barreto se fizeram presentes em seus textos, influenciando diretamente a sua literatura. Segundo Saturnino e Santos (2015), Lima surge como um autor diferente de seus antecessores, pois procurava por meio de seu projeto literário retratar os acontecimentos que atingiam a sociedade naquela época. Ainda de acordo com os autores supracitados, a escrita de Lima Barreto era clara e se aproximava das pessoas; entrava a todo instante em conflito com a forma literária da época, motivo pelo qual ele se tornava ainda mais rejeitado por outros escritores também daquele tempo.



Artigo

Neste sentido, “sua literatura é contemporânea a grandes mudanças sociais brasileiras, como a Abolição da Escravatura, a Proclamação da República e as transformações urbanas no Rio de Janeiro, por esta razão suas obras foram muito influenciadas por todas essas transformações [...]”. (SATURNINO; SANTOS, 2015, p. 13).

Conforme explicitado, as transformações pelas quais sua cidade natal Rio de Janeiro passava, atrelado às mudanças em que a sociedade da época vivenciava tornaram Lima Barreto um escritor singular que através de seu discurso denunciava as problemáticas nacionais desde então como

a discriminação contra a população negra e mestiça, as iniquidades sociais, o elitismo na política, custeado pela economia cafeeira, as teorias raciais, as ações de saneamento e modernização urbana, as mudanças nos costumes, as arengas literárias, os movimentos, tensões e conflitos sociais etc., além de projetos de civilização e identidade nacional que vigoraram no alvorecer do século XX (NATAL, 2017, p. 236).

Para Saturnino e Santos (2015), Lima revelava ainda o que estava encoberto pela sociedade e falava por aqueles tantas vezes reprimidos e desrespeitados por suas menores condições, revigorando de tal maneira os excluídos.

Dessa forma, todo o contexto social, os problemas que faziam parte da vida de Lima, as perdas sofridas por ele contribuíram para além disso a presença da melancolia e depressão em seus escritos, como por exemplo *Diário Íntimo* e *Diário do Hospício*. Seus versos se tornam a partir de então obscuros, fazendo com que leitores percebam um autor, sofrido marcado pelas tragédias da vida.

A PSIQUIATRIA NO CONTEXTO DE LIMA BARRETO

Até a primeira metade do século XIX, os diagnosticados como doentes mentais no Brasil não recebiam tratamento em instituições específicas para esse fim. No Rio de Janeiro, a Santa Casa de Misericórdia cumpria até então o papel de acolher alienados, mas as condições precárias enfrentadas pelos internos motivaram reações por parte da sociedade, que culminaram na criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil - o Hospício Pedro II - que posteriormente foi renomeado para Hospício Nacional de



Artigo

Alienados (HNA), após a Proclamação da República, em 1852. (PAIM, 1991 apud RACHMAN, 2010).

Esse hospício foi construído segundo o modelo francês, inclusive em seus estatutos de funcionamento. De acordo com essa concepção, idealizada por Pinel e Esquirol, o hospital psiquiátrico cumpriria sua função terapêutica por meio do trabalho dos médicos, que seriam ajudados pelos enfermeiros e pela estrutura física adequada do manicômio. (PESSOTTI, 1996 apud RACHMAN, 2010).

A abordagem preconizada pela escola francesa para os doentes mentais era o tratamento moral, termo criado por Pinel em 1801, no qual o doente seria, de acordo com esse método, retirado de seu convívio social para se distanciar do excesso de estímulos emocionais de sua vida cotidiana. Ao experimentar uma realidade sem excessos, com rotina regrada e monitorada à ordem e à disciplina impostos pelo alienista e pelos limites do manicômio, os internos teriam as condições necessárias para a recuperação. (SHORT, 1997 apud RACHMAN, 2010).

Desse modo, Philippe Pinel transforma, então, o conceito de psiquiatria no século XIX. É neste século que além de Pinel, outros estudiosos começam a classificar a doença em categorias e subcategorias. Há uma preocupação por parte desse médico francês acerca do tratamento aos doentes mentais. Estabeleceu separação entre aqueles considerados loucos daqueles que não eram doentes.

O discurso médico no Brasil, segundo Oda e Dalgalarro (2000), na época da implantação dos primeiros hospitais psiquiátricos estava impregnado com o ideal pineliano. A agregação do HNA a este modelo, no entanto, teria ocorrido apenas nominalmente, não chegando a se consumir de fato. E assim, como várias outras instituições para tratamento de alienados espalhadas pelo mundo, inúmeros problemas surgiram nesse manicômio, sendo o mais conhecido deles a superlotação, que fez com que, em 1862, o provedor da Santa Casa, que até então administrava o HNA, proibisse novas admissões de internos.

Foi então que em 1903, com a aparição de Juliano Moreira, médico responsável pela introdução no meio psiquiátrico brasileiro de ideias da escola alemã, representada por Emil Kraepelin (1826 – 1926), novas perspectivas de mudanças começaram a aparecer. E uma delas foi o surgimento de uma psiquiatria de cunho mais nacional.

Os diagnósticos que comumente eram percebidos entre os internos do HNA, em 1875, eram demência, mania, monomania, lipomania, epilepsia, alcoolismo, imbecilidade, histeria e paralisia geral, ressaltando que, segundo o relatório enviado por Juliano Moreira ao Ministro da Justiça do Brasil em 1922, o alcoolismo foi o principal



Artigo

motivo para as novas internações no Hospício Nacional dos Alienados, inclusive para a própria internação de Lima Barreto.

Na verdade o que podemos informar sobre a vida de Lima Barreto é que ele não tinha problemas com alienação como apresentava seu pai. A sua grande fraqueza era de fato o alcoolismo e, nesse contexto, a bebida e a alienação eram motivos para entrar ao manicômio. Observemos o seguinte trecho encontrado no capítulo III de “Diário do Hospício” - A Minha Bebedeira e a Minha Loucura:

Ao pegar agora no lápis para explicar estas notas que vou escrevendo no Hospício, cercado de delirantes cujo delírios mal compreendo, nessa incoerência verbal de manicômio, em que um diz isto, outro diz aquilo, e que, parecendo conversarem, as idéias e o sentido das frases de cada um dos interlocutores vão cada qual para o seu lado [...] (BARRETO, 1993, p. 37).

A partir desse brevíssimo panorama em relação ao momento histórico da psiquiatria e seus influenciadores no Brasil, mostramos a seguir mais um trecho de *Diário do Hospício*, do capítulo I - O pavilhão e o Pinel -, em que Lima Barreto é internado em um hospício:

Estou no Hospício, ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pelas mãos da polícia. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça de vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria.

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material, há



Artigo

seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, deliro. (BARRETO, 1993, p. 23).

É evidente no fragmento acima as condições a que estavam submetidos os internos nessa época. Lima Barreto foi internado duas vezes no Hospício Nacional, a primeira em 1914 e a segunda em 1918. As suas internações aconteciam sempre no final do ano, na época do Natal.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa de natureza descritivo-qualitativa apresenta como *corpus* as obras *Diário Íntimo* e *Diário do Hospício* de Lima Barreto, escritor brasileiro. A escolha do autor justifica-se por sua biografia e obra. Lima Barreto viveu a maior parte de sua vida em contato íntimo com o desrespeito, preconceito e desigualdade social, bem como com a psiquiatria e a doença mental, seja por causa de seu pai que sofria de quadro delirante, seja por seu próprio histórico de alcoolismo e internações psiquiátricas.

A análise será realizada mediante a Análise do Discurso (AD)³, cuja pesquisa segue a orientação da Análise do Discurso Francesa (ADF), no intuito de abordar, de acordo com os preceitos da AD, aspectos do discurso de Lima Barreto, no caso, “o dito” (dizível) e “não dito” (não dizível). A escolha dessas obras por ora analisadas tem a ver com o discurso⁴ barretiano como prática social e qual o efeito de sentido desse discurso.

Analisaremos à *Diário Íntimo*, por retratar a condição social daqueles que viviam à margem: negros, mulatos e pobres, e à *Diário do Hospício*, por documentar, de maneira impressionante, a internação de Lima Barreto, entre o natal de 1919 e fevereiro de 1920, no Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro por delírios alcoólicos; este relato, lúcido e profundo, refere-se à sua última internação, em 1919.

³ A AD não constitui metodologia ou técnica de pesquisa, mas uma disciplina de interpretação constituída na intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da linguística, deslocando-se a noção de fala para discurso; do materialismo histórico, do qual emergiu a teoria da ideologia; e da psicanálise, de onde veio a noção de inconsciente, abordada pela AD como o descentramento do sujeito. (ORLANDI, 2005, p. 26).

⁴ “É sempre pronunciado a partir de condições de produção dadas; é prática política, lugar de debate, conflito e confronto de sentido; surge de outros discursos, ao mesmo tempo em que aponta para outros. Não provém de fonte única, mas de várias”. (PÊCHEUX, 1997, p. 77).



Artigo

ANÁLISE DO CORPUS

Não há como negar que a depressão é tão antiga e ao mesmo tempo atual. Os profissionais da saúde desta área devem estar atentos aos sintomas do paciente com relação ao quadro clínico apresentado, principalmente ao seu discurso. É por intermédio do enunciado que será possível ao profissional da área diagnosticar e fornecer um tratamento adequado, coerente e decente.

Embora muitos podem pensar que a depressão é uma doença que surgiu somente no período pós-moderno, em 1660 essa expressão já era utilizada em inglês (*depression*) para caracterizar o sintoma de desânimo. A loucura estava relacionada aos poderes divinos na Antiguidade Clássica e, portanto, não havia a exclusão desse ser depressivo. A partir da Idade Moderna, a melancolia foi retratada com o maior dos sintomas: o delírio.

Michel Foucault relatou em sua obra “História da Loucura” (2004, p. 290), por exemplo, que nessa época “pessoas acreditavam ser animais, outros pensavam ser feitos de vidro ou de palha e outros imaginavam ser culpados por crimes”.

Já pelo final do século XVIII, as ideias delirantes deixam de ser consideradas como característica principal da melancolia e outras qualidades a essa patologia são classificadas como: a inércia, o desespero, uma espécie de estupor morno”. (FOUCAULT, 2004, p. 255).

O autor aqui estudado em sua obra póstuma “Diário do Hospício - Cemitério dos Vivos” manifesta também seu conceito acerca da loucura explicitado no trecho do capítulo IV - Alguns Doentes.

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só. Há os que deliram, há os que se concentram num mutismo absoluto. Há também os que a moléstia mental faz perder a fala ou quase isso. [...] Há uma nomenclatura, uma terminologia, segundo este, segundo aquele; há descrições pacientes de tais casos revelando pacientes observações, mas uma explicação da loucura não há. (BARRETO, 1993, p. 39).



Artigo

Ainda no século XVIII, que foi marcado pelo grande momento cultural, o Iluminismo, teorias concernentes à loucura começam a aparecer com a seguinte sugestão, de acordo com os estudos do médico Friedrich Hoffmann: a loucura seria uma doença hereditária. Nesse momento em que a razão impera, há o avanço da ciência e os considerados deprimidos são vistos como elementos ociosos e àqueles que são percebidos como tal são restringidos do convívio social. Assim, mesmo que já existissem hospitais para os doentes mentais surgem mais instituições psiquiátricas.

Lima Barreto apresentou traços depressivos logo no início de sua breve vida. De acordo com Barbosa (1988, p. 29), o falecimento precoce da mãe em 1887, aos seis anos de idade, vítima de tuberculose, deixaria um grande vazio na alma deste menino “taciturno, reservado e tímido”. Barreto mesmo confessa em *Diário Íntimo*:

Desde menino, eu tenho a mania do suicídio. Aos sete anos, logo depois da morte de minha mãe, quando eu fui acusado injustamente de furto, tive vontade de me matar. Foi desde essa época que eu senti a injustiça da vida, a dor que ela envolve (...) Outra vez que essa vontade me veio foi aos onze anos ou doze, quando fugi do colégio. Armei um laço numa árvore lá do sítio da ilha, mas não me sobrou coragem para me atirar no vazio com ele ao pescoço. (...) Há dias que essa vontade me acompanha; há dias que ela me vê dormir e me saúda ao acordar. Estou com vinte e sete anos (BARRETO, p.59-60).

Quanto à depressão, há um dito e um não dito em relação aos sintomas dessa patologia nas narrativas de Barreto. Seu intuito é (re)significar suas verdades, é se libertar através de seu discurso. A narrativa discursiva barretiana é material palpável para análise devido a essa correlação entre o dizível e o não-dizível. É através dessa relação que há sentido no discurso, mesmo que no silêncio do não-dito, da não palavra, há uma constituição de um “vir-a-ser” discurso (grifo nosso), e como assim assevera Orlandi (2005, p. 82), “o não-dito [...] é subsidiário ao dito. De alguma forma, o complementa, acrescenta-se”. Ainda, Foucault em consonância com Pêcheux nos explica que

O discurso é, na sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita, uma inquietação em face desta existência transitória, destinada, sem dúvida, a apagar-se, mas com uma duração que não nos pertence; inquietação por sentir nessa atividade, quotidiana e banal, poderes e perigos que, sequer, adivinhamos; inquietação por



Artigo

suspeitarmos das lutas, das vitórias, das feridas, das dominações e das servidões que atravessam tantas palavras, em cujo uso há muito se reduziram as suas rugosidades (FOUCAULT, 1971, p.2).

Uma das características principais que podemos observar em um discurso depressivo é o humor triste. Mas sobre a narrativa depressiva de Lima Barreto, como a depressão pode ser percebida? O que é essa doença afinal?

Antes de analisar aspectos depressivos na obra de Lima Barreto, é necessário compreender o conceito dessa doença, bem como entender as características de uma das doenças que já fazia parte da sociedade em tempos passados e que se torna hoje uma patologia ainda mais constante no mundo contemporâneo. Pereira e Azevedo (2017, p. 212) pontuam que “a depressão não é inerente à atualidade; no entanto, as marcas do capitalismo e do discurso contemporâneo de produção e felicidade a qualquer custo podem maximizar a ocorrência de estados depressivos”.

Neste sentido a depressão que já era percebida no tempo de Lima Barreto, acomete atualmente milhões de pessoas em todo o planeta. Heguedusch (2017, p. 10) relata que “em outubro de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento informando que, atualmente, a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, estando entre as principais causas de incapacitação”. Pignarre (2012) define a depressão como um “surto” e segundo o autor, a patologia é hoje a quarta causa mundial de incapacidade e deverá assumir à segunda posição nos próximos vinte e cinco anos.

A depressão vem sendo discutida e estudada por diversos autores que buscam de alguma forma hoje encontrar soluções para se não, findá-la, tentar de certa maneira dirimir tal enfermidade tão presente na sociedade atual. Segundo Del Porto (1999, p. 6), “o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s)”. Neste sentido, enquanto doença ele afirma que

tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc. (DEL PORTO, 1999, p. 6).



Artigo

No que tange aos sintomas, ainda segundo o autor supracitado (1999), podem estar presentes nos mais diversos quadros clínicos e ocorrem como respostas a situações estressantes ou circunstâncias sociais adversas. Assim, torna-se relevante citarmos aqui a presença dos sintomas depressivos nos versos de Lima Barreto devido a atos preconceituosos sofridos no meio em que vivia. Observe o trecho a seguir na obra *Diário Íntimo*:

Hoje, comigo, deu-se um caso que, por repetido, mereceu-me reparo. Ia eu pelo corredor afora, daqui do Ministério, e um soldado dirigiu-se a mim, inquirindo-me se era contínuo. Ora, sendo a terceira vez, a coisa feriu-me um tanto a vaidade, e foi preciso tomar-me de muito sangue frio para que não desmentisse com azedume. Eles, variada gente simples, insistem em tomar-me como tal, e nisso creio ver um formal desmentido ao professor Broca (de memória). Parece-me que esse homem afirma que a educação embeleza, dá, enfim, outro ar à fisionomia. Porque então essa gente continua a me querer contínuo, porque? Porque... o que é verdade na raça branca, não é extensivo ao resto; eu, mulato ou negro, como queiram, estou condenado a ser sempre tomado por contínuo. Entretanto, não me agasto, minha vida será sempre cheia desse desgosto e ele far-me-á grande. Era de perguntar se o Argolo, vestido assim como eu ando, não seria tomado por contínuo; seria, mas quem o tomasse teria razão, mesmo porque ele é branco. Quando me julgo — nada valho; quando me comparo, sou grande. Enorme consolo. (BARRETO, 2001, p. 38).

Assim, percebe-se diante desse trecho, situações estressantes e circunstâncias sociais vividas por Lima Barreto, tais como a exclusão, preconceito e injustiça social devido à cor de sua pele, podendo de fato desenvolver sintomas da depressão como resposta a estas situações sofridas conforme explicitado por Del Porto (1999).

Ainda relacionado a essa vertente da depressão, segundo Dalgalarondo (2000), há uma quantidade de sintomas que precisam ser elencados ao concluir um diagnóstico de um quadro depressivo. Entre eles temos: sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, a volição e à psicomotricidade. Há ainda os sintomas psicóticos e fenômenos biológicos que podem estar em meio a essas descrições.

De acordo ainda com o psiquiatra Paulo Dalgalarondo (2000), os sujeitos depressivos que são diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM)



Artigo

caracterizam-se pelo humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, diminuição da concentração, da autoestima, ideias de culpa, de inutilidade, transtorno do sono e do apetite. Guimarães, Werpp e Santos (2017) complementam ainda a irritabilidade, a falta de higiene e alertam a presença de “prejuízos emocionais, ocupacionais e interpessoais”, (GUIMARÃES; WERPP; SANTOS, 2017, p. 1).

Esses sintomas pontuados anteriormente são perceptíveis na narrativa de Lima Barreto. Logo na parte introdutória de *Diário do Hospício* (p. 12), o autor carioca se culpa pela falta de notoriedade que suas obras ainda não têm e desdenha dos autores consagrados da época. O humor deprimido está presente neste trecho “Carta a Lucilo Varejão, RJ, 18/02/1921”,

Meus livros saem errados devido à minha negligência e ao meu relaxamento, à minha letra, aos meus péssimos revisores, inclusive eu mesmo. Isso explica os erros vulgares; mas, quanto aos outros da transcendente gramática dos importantes, eu nunca me incomodei com eles. Lima Barreto. (BARRETO, 1993, p. 10).

A melancolia e a depressão são duas patologias e são vistas de forma diferenciada por alguns autores. No que tange ao conceito de melancolia, sua definição passa por diversas fundamentações, entre as quais, segundo Souza (2017, p. 12),

os gregos a explicavam a partir de um desequilíbrio da bile negra, os religiosos da Idade Média a viam como um adoecer do espírito – pecado. Por outro lado, os romancistas e filósofos, professam a melancolia como um caráter enaltecido dos homens excepcionais. A psiquiatria a descreve como uma patologia. Por fim, a psicanálise a concebe como uma neurose de defesa, uma ação singular do sujeito diante de uma perda.

Em relação ao discurso melancólico, ele é percebido, de acordo com a autora Lambotte, como se houvesse uma total ausência do eu. Nesse vazio da subjetivação, dita melancólica, “eu não sou nada” ou “eu não sou nem nunca fui nada” (Lambotte, 2001) não se encontra a nossa compreensão quanto a narrativa barretiana. Ainda utilizando do saber de Lambotte (2001), no discurso depressivo, o sujeito fala de suas inibições, o que o entristece. O enunciador tem condições plenas de (re)contar a sua história, as suas mazelas. É neste contexto que vemos o discurso de Lima Barreto. Na obra *Diário do*



Artigo

Hospício percebemos uma troca de confiança entre o autor pré-modernista e paciente para com o “analista”-médico-ouvinte:

No dia seguinte à minha entrada na secção e no outro imediato, fui à presença do médico. É um rapaz do meu tempo e deve ter a minha idade, conheci-o estudante; ele, porém, não me conheceu por esse tempo. Nos nossos jornalecos troçamo-lo muito. Eu, porém, não me lembro de qualquer pilheria a seu respeito por mim. Ele me tratou muito bem, auscultou-me, disse-lhe tudo o que sabia das consequências do meu alcoolismo e eu saí do exame muito satisfeito por ter visto no moço uma boa criatura, que não guardava rancor das troças que ele bem podia atribuir a mim. (BARRETO, 1993, p. 31)

Podemos perceber ainda essa melancolia na obra *Recordações do Escrivão Isaías Caminha* (BARRETO, 1988): “Considerarei a rua, as casas, as fisionomias dos transeuntes. Olhei uma, duas, mil vezes, os pobres e os ricos. Eu estava só”. Ainda por intermédio de Cuti (2009, p. 112), “em face da hostilidade do meio, no qual sonhava inserir-se de forma pacífica e feliz, tendo sido instado a pensar em sua dor”, a questão da exclusão embarca em uma linguagem melancólica:

Fui a bordo ver a esquadra partir. Multidão. Contato pleno com meninas aristocráticas. Na prancha, ao embarque, a ninguém pediam convite; mas a mim pediram. Aborreci-me. Encontrei Juca Floresta. Fiquei tomando cerveja na banca e saltei. É triste não ser branco. (BARRETO, p. 57).

Para entender a proposta da escrita de Lima Barreto, que rompia com os modelos de seu tempo, Alfredo Bosi (2006) julga necessário que saibamos que esse autor tem origem humilde, dos dilemas relacionados à sua cor, à vida penosa de jornalista e amuense pobre, à viva consciência de sua própria situação social.

A pesquisa salienta como as intempéries sociais que marcaram a trajetória do autor pré-modernista – a falta de dinheiro, o preconceito racial, a falta de reconhecimento de seu feito literário, a depressão e o alcoolismo, e finalmente, a loucura – transformaram sua voz em silêncio em uma fase totalmente produtiva. O desassossego e a raiva que marcaram a obra de Lima Barreto podem ser observados também em um dos seus conhecidos personagens, Isaías Caminha:



Artigo

Patife! Patife! A minha indignação veio encontrar os palestradores no máximo de entusiasmo. O meu ódio, brotando naquele meio de satisfação, ganhou mais força. Num relâmpago, passaram-me pelos olhos todas as misérias que me esperavam, a minha irremediável derrota, a minha queda aos poucos – até onde? Até onde? E ficava assombrado que aquela gente não notasse o meu desespero, não sentisse a minha angústia... Imbecis! Pensei eu. [...] Gente miserável que dá sanção aos deputados, que os respeita e prestigia! Porque não lhes examina as ações, o que fazem e para que servem? Se o fizessem... Ah! Se o fizessem! Que surpresa! [...] Veio-me um assomo de ódio, de raiva má, assassina e destruidora; um baixo desejo de matar, de matar muita gente, para ter assim o critério da minha existência de fato. (BARRETO, p. 65).

Por isso, pode-se considerar como uma “Literatura militante”, já que seu intuito era voltar-se contra o preconceito e as injustiças sociais. Segundo Lima Barreto: A literatura, na sua concepção, tinha que ser militante, visando o objetivo certo e definido, e não uma “literatura contemplativa”; [...] “cheia de ênfase e arrebiques”; [...] falsa e sem finalidade. (BARBOSA, 1964, p.174).

Para o crítico Nicolau Sevckenko, Lima Barreto tinha como objetivo exprimir com bastante clareza as mazelas da sociedade. Assim, Sevckenko (2003, p. 168) relata que a missão da tessitura literária barretiana é fazer comunicar umas almas com as outras, é dar-lhes um perfeito entendimento entre elas, é ligá-las mais fortemente, reforçando a solidariedade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como é possível notar, o ambiente, seja ele externo ou interno, uma vez abalado, desestrutura àqueles que se veem à margem. A literatura combativa de Lima Barreto protesta as mazelas sofridas pelas pessoas menos favorecidas como ele, e sob um viés militante, desabafa e denuncia os detalhes do cotidiano da sociedade carioca, retratando também o perfil de um brasileiro marginalizado.

Ademais, pôde-se salientar como os sintomas psicopatológicos, como a depressão e/ou melancolia em seus diários marcaram o discurso do autor pré-modernista, transformando suas experiências e indignações em textos que, postumamente fariam parte de nossa literatura clássica brasileira, e cujo teor seria



Artigo

protestar as mazelas sofridas pelas pessoas menos favorecidas, pobres e negras, e sob um viés militante, desabafar e denunciar os detalhes do cotidiano da sociedade, retratando também o perfil de um brasileiro marginalizado.

Chegou-se também à conclusão de que Lima Barreto, durante o período de suas internações e com o fito de ficcionalizar uma escrita de si, procurou escrever em seus diários e romances, episódios que relataram a questão do transtorno mental ou da loucura mediante a experiência que teve nas internações no Hospício Nacional de Alienados (HNA) por conta do alcoolismo. Foi possível analisar o quadro psiquiátrico (ou psicopatológico) de Lima Barreto, sobretudo das particularidades da sua escrita nas narrativas autobiográficas (diários), demonstrando indícios da depressão que o acometia desde muito cedo, motivada principalmente pelo contexto no qual estava inserido em meados do século XIX.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Francisco de Assis. **A vida de Lima Barreto**. 7ª ed. - São Paulo: Itatiaia, 1988.

BARRETO, A.H.L. **Diário Íntimo**. São Paulo: Brasiliense, 1956.

_____. **Diário do Hospício**. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, 1993

_____. **Recordações do Escrivão Isaías Caminha**. Rio de Janeiro: Record, 1988.

BLANCHOT, Maurice. O diário íntimo e a narrativa. In: **O livro por vir**. Trad. de Leyla Perrone Moisés. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 270-278.

BOSI, Alfredo. **História concisa da literatura brasileira**. 43. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

BRENNA, Giovanna Rosso Del. **O Rio de Janeiro de Pereira Passos**. Uma cidade em questão II. Rio de Janeiro: Index, 1985.

CUTI, Luiz Silva. **A consciência do impacto nas obras de Cruz e Sousa e de Lima Barreto**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.



Artigo

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico**. Revista brasileira de psiquiatria. vol.21 s.1 São Paulo, 1999.

FOUCAULT, M. **L'Ordre du discours**. Paris: Gallimard, 1971.

_____. **História da Loucura**. 7aed. São Paulo: Perspectiva;2004.

GONZAGA, Sergius. **Curso de literatura brasileira**. 4 Ed. – Porto Alegre: Leitura XXI, 2010.

GUIMARÃES, L. C.; WERPP, M.; SANTOS, L. A. **Eficácia de intervenções comportamentais no tratamento de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior**. 2017. Disponível em:
<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1082.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2018.

HEGUEDUSCH, C. V. **Depressão e cidade: pare o mundo que eu quero descer**. 2017. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/148780/heguedush_cv_me_assis_parc.pdf> Acesso em: 04 jul. 2018.

LAMBOTTE, Marie-Claude. **A deserção do Outro**. Revista da associação psicanalítica de porto alegre. Absorveu: Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: APPOA, 20, 84-101.

MAINGUENEAU, D. **O discurso literário**. Tradução de Adail Sobral. São Paulo: Contexto, 2009.

NATAL, C. M. **O triste visionário: Lima Barreto e seu tempo**. 2017. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rieb/n68/2316-901X-rieb-68-00235.pdf>> Acesso em: 08 jul. 2018.



Artigo

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso (AAD-69). In: GADET, Françoise; HAK, Tony. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de M. Pêcheux. Campinas: Ed. da Unicamp, 1997. p. 61-105.

PEREIRA, M. B. M.; AZEVEDO, J. M. **Depressão e angústia**: modos de expressão na contemporaneidade. Pretextos- Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas. Arcos - MG, v. 2, n. 3, p. 198-216. 2017.

PIGNARRE, P. (2012). **Comment la dépression est devenue une épidémie**. Paris: La Découverte.

POSSENTI, Sírio. **Contribuições de Dominique Maingueneau para a Análise do Discurso do Brasil**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2008.

RICHMAN, S. **A interface entre psiquiatria e literatura na obra de Lima Barreto**. 2010.131 f. Dissertação de Mestrado em Ciências - Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SATURNINO, D. S.; SANTOS, M. S. **O subúrbio e a mulher em Clara dos Anjos de Lima Barreto**. 2015. Disponível em:
<<http://ramo.uneb.br/bitstream/20.500.11896/374/1/TCC%20MAIARA%20E%20DAIANE.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2018.

SCLIAR, M. A melancolia na literatura. 2009. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Brazilian Journal of Mental Health. v. 1, n. 1. Florianópolis, Santa Catarina.

SEVCENKO, Nicolau. **Literatura como missão**: tensões sociais e criação cultural na Primeira República. 2. Ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA, R. M. S. **Melancolia**: a dor que transcende a escrita. 2017. Disponível em:
<<http://rei2.biblioteca.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3275/1/RMSS12122017.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2018.



Artigo

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE**

Paula Márcia Seabra de Sousa
Carlos Henrique Medeiros de Souza
Patricia Constantino
Felipe Pacheco Pessanha
Mariana Marins Ferreira Monteiro

RESUMO - Este estudo apresenta a temática do direito fundamental à saúde fazendo um recorte do público direcionado para a população em situação de rua. Esta pesquisa teve como instrumento metodológico a Revisão Sistemática de Literatura, com o objetivo de fazer uma reflexão sobre a efetividade do exercício do direito à saúde da população em situação de rua a partir dos estudos já realizados nesse âmbito, e assim buscar contribuir para o melhoramento do atendimento à saúde dessa população com alta vulnerabilidade social. O estudo proposto utilizou como banco de dados, artigos científicos indexados na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* - Scielo, em português, no período de 2010 a 2016, utilizando como descritores: População em Situação de Rua; Direito; Saúde. Os resultados foram encontrados a partir da análise de 10 artigos envolvendo a temática proposta, sendo que 3 (três) ressaltaram as questões que envolvem o acesso à rede de saúde pública da população em situação de rua (PSR); 3 (três) retrataram o funcionamento da Política Pública dos consultórios na rua; 2 (dois) levantaram as necessidades dessa população e as estratégias políticas desenvolvidas para atendê-las; 1 (um) apontou para a saúde mental das pessoas que vivem em situação de rua; e 1 (um) teve como proposta pensar na construção de estratégias voltadas para a elaboração de novas Políticas Públicas que sejam capazes de melhor atender as necessidades de saúde da PSR. É necessário compreender que a condição em que as pessoas em situação de rua vivem e se encontram é um dos graves sintomas de doenças que historicamente marcam o Brasil: o preconceito e a extrema desigualdade social. Assim, para que a população em situação de rua consiga romper com um ciclo de fracasso social é preciso que a sociedade civil a considere de verdade.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Direito; Saúde.



Artigo

ABSTRACT - This study presents the theme of the fundamental right to health, making a cut of the public directed to the people that are in street situation. This research had as methodological instrument the Systematic Review of Literature, with the objective of reflecting on the effectiveness of the exercise of the right to health of the people in street situation, based on the studies already carried out in this field, and thus seek to contribute to the improvement of the health care of this population with high social vulnerability. The proposed study uses, as a database, scientific articles indexed in the Scientific Electronic Library Online - Scielo, in portuguese, from 2010 to 2016, using as descriptors: Population in Street Situation; Rights; Health. The results were found from the analysis of 10 articles involving the thematic proposal, three of which highlighted the issues surrounding access to the public health network of the people in street situation; three portrayed the functioning of the Public Policy of “Consultório na Rua”; two raised the needs of this population and the political strategies developed to serve them; one pointed to the mental health of people living on the street; one had as a proposal to think about the construction of strategies aimed at the elaboration of new public policies that are able to better attend the health needs of the population in street situation. It is necessary to understand that the condition in which the people in street situation live, is one of the serious symptoms of diseases that historically mark Brazil: prejudice and extreme social inequality. Thus, in order for the population in street situation to break with a cycle of social failure, civil society must really consider it.

Keywords: Population in Street Situation; Rights; Health.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como temática o direito fundamental à saúde da População em Situação de Rua (PSR) e se apresenta relevante dentro da esfera da saúde coletiva, pois, ainda hoje, no Brasil, em pleno século XXI, faz-se necessário e urgente refletir e pensar estratégias voltadas para a saúde de pessoas em grande vulnerabilidade social e que, em muitas ocasiões, são impedidas de exercerem tal direito fundamental, como ocorre com a população em situação de rua. O direito à saúde deveria ser garantido igualmente a todas as pessoas, sem distinção, porém “parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares” (CAMPOS, 2015, p. 489).



Artigo

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 não só representa um marco histórico-político do novo constitucionalismo, mas também um verdadeiro marco histórico-normativo, pois rompeu com dogmas e paradigmas excessivamente formalistas. Assim, transformou o próprio modo de se interpretar e aplicar o Direito e, de certo modo, modificou a própria concepção sobre o que é o Direito.

Entretanto, com o avanço da modernidade de uma forma acelerada, muitas vezes, os direitos dos cidadãos não são respeitados ou ficam esquecidos, ou seja, os direitos fundamentais não são levados a sério. Por todo esse enfrentamento social, é preciso levantar debates acerca dos problemas sociais advindos do desenvolvimento, para que a justiça social acompanhe esse quadro.

O mundo contemporâneo retrata a crise civilizacional (DIAS, 2006) em que nos encontramos, por meio, inclusive, das condições de vida da população em situação de rua. Santos (2011) afirma que os países com baixos índices de desenvolvimento humano têm a tendência de apresentarem uma sociedade mais desigual dentro de sua estrutura social, econômica e política, apresentando, assim, sérias consequências que se amplificam para as populações mais pobres.

Múltiplos grupos vulneráveis surgem nessa sociedade periférica como fragmento desse modelo social construído ao longo da história e dividindo o globo geopoliticamente em norte e sul, em que se insere também a realidade brasileira. Um dos grupos que chama atenção, principalmente nas grandes metrópoles, por estarem tão expostos no contexto social, mas ao mesmo tempo tão invisíveis e ignorados socialmente, é a população em situação de rua.

Os reflexos de um desenvolvimento baixo e desigual nos grupos mais vulneráveis chegam a um patamar desumano e impossibilitando, muitas vezes, esse público de desenvolverem suas capacidades intrínsecas à condição humana, restringindo-se a buscar apenas a preservação biológica. Esse nível de desumanização é um “[...] processo no qual – no limite – os indivíduos são reduzidos à condição de animal laborans, cuja única atividade é a sua preservação biológica, e na qual estão impossibilitados de exercício pleno das potencialidades da condição humana [...]”. (BRASIL, 2012, p. 21).

Para um ser humano usufruir do seu direito à vida, o mínimo exigido é dar-lhe condições dignas para existir: tratar o homem com respeito, dando condições de exercer os seus direitos e cumprir suas obrigações. Para se alcançar uma Constituição Cidadã é preciso: que ela seja vivida no campo social e político, que existam sujeitos políticos que a tornem efetiva, que exista uma sociedade consciente dos seus direitos nela garantidos e que entenda que a constituição não é um mero enfeite, mas sua vida.



Artigo

Sabe-se que o princípio da isonomia, amparado pela “CF/88”, deve ser analisado juntamente com o princípio ético do respeito às diferenças. Por isso, diante da diversidade cultural, é importante indagar sobre a abrangência e validade do particular e do universal quanto aos valores éticos e às decisões e implicações políticas que permeiam as diversas práticas culturais da humanidade. Perguntamos se é possível - e mesmo desejável - sob o ponto de vista ético-político, que sejamos tolerantes de forma absoluta.

O fato de um conflito social ser de difícil resolução não significa que devemos ignorá-lo ou qualificá-lo como pseudoproblema por ser, muitas vezes, a solução mais cômoda. Quando o Direito se acomoda por qualquer razão que seja, ele passa a ser injusto pela covardia da omissão. Um conflito ou um problema surge quando nos são apresentadas interrogações a respeito de algo e não faz sentido negar o problema por não sabermos a resposta ou por acreditarmos que, em função de nossas concepções intelectuais, não é possível encontrá-la.

A argumentação ética é clara: não podemos defender e lutar pela realização dos direitos fundamentais se não estamos certos de sua boa-fé, se não estamos convencidos de que a sua concretização torna melhores os seres humanos e faz uma sociedade mais justa. Caso nos falte essa certeza, todo o resto é inútil, pois não seremos capazes de defender valores por um longo tempo se não estamos convencidos de que são realmente bons.

No regime jurídico constitucional brasileiro, a Magna Carta de 1988 denota marcadamente o espaço da saúde enquanto direito fundamental. Sua incorporação resulta de um árduo processo de reivindicações encabeçado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que acabou por influenciar o legislador constituinte originário. Isto se deu por conta do resultado das discussões travadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que rompeu com a tradição anterior legislativa que vinculava o direito à saúde a assistência social.

Por isso, a categorização de grupos de pessoas humanas, aliada à negação de direitos fundamentais para determinados segmentos vulneráveis, representa uma violação e agressão as Constituições modernas, ferindo diretamente os princípios do Estado Democrático de Direito.

A “CF/88” preconiza em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado garantindo [...] o acesso universal igualitário às ações e serviços [...]” (BRASIL, 1988). Como também enfatiza em seu art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos



Artigo

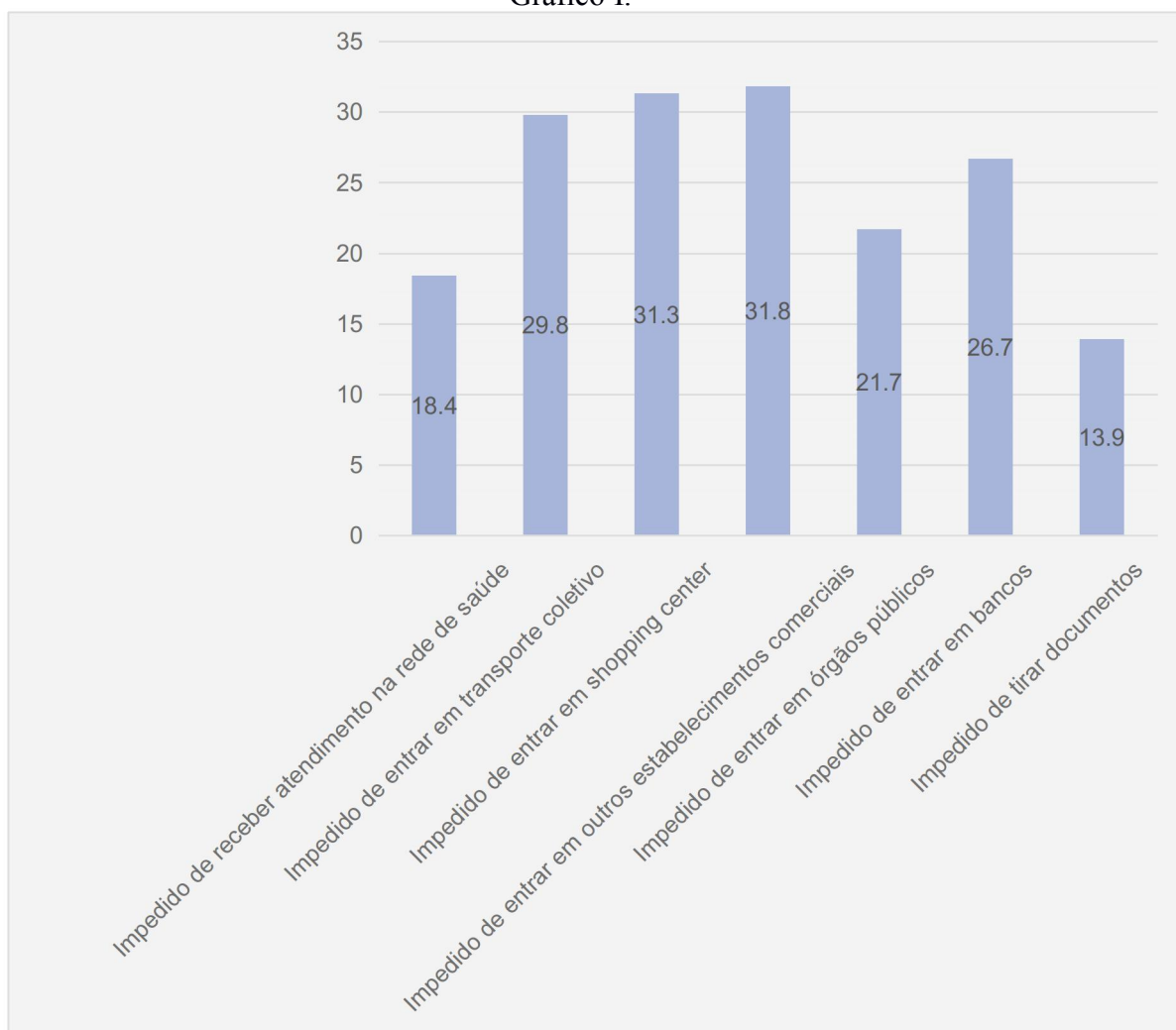
desamparados, na forma desta Constituição” (“CF/88”). O referido texto legal, à luz do princípio constitucional da isonomia, contempla a relação estreita entre cidadania e democracia, gerando na população expectativas e esperanças de justiça social. No entanto, o contexto brasileiro da última década retrata verdadeiro abismo entre a legislação constitucional e realidade social, em especial ao exercício do direito fundamental à saúde e as condições materiais para sua concretização das pessoas em situação de rua.

Para Escorel (1999) as pessoas que vivem nas ruas representam uma condição limítrofe marcada por trajetórias que reúnem situações marcadamente vulneráveis. A fragilidade dos laços familiares e o irregular suporte material caracterizam este estágio degradante e os diferencia dos demais grupos que usa a rua como espaço de sobrevivência. As amarras do preconceito social são tão grandes em torno dessa população que ela chega a ser rejeitada, expulsa ou humilhada em muitos ambientes sociais, como pode ser observado no gráfico I. Este demonstra os impedimentos da População em Situação de Rua de entrar em locais e realizar atividades (CUNHA; RODRIGUES, 2009):



Artigo

Gráfico I.



Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua 2007/8

O presente estudo situa-se no âmbito das Políticas Públicas. Deseja-se lançar um olhar sobre o direito fundamental à saúde da população em situação de rua de maneira particular. Parte-se de uma análise ética em conjunto com o direito fundamental



Artigo

à saúde de todo sujeito, objetivando levantar reflexões acadêmicas e sociais que contribuam para o respeito da dignidade do ser humano.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistematizada de literatura. Trata-se de uma maneira científica de fazer uma pesquisa utilizando-se de fontes de dados literários sobre determinado tema. Para isso, o estudo proposto utilizou como banco de dados artigos científicos indexados na base da *Scientific Electronic Library Online - Scielo*, em português, no período de 2010 a 2016, utilizando como descritores: População em Situação de Rua; Direito; Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo aos critérios da pesquisa foram analisados 10 artigos que abordam o assunto População em Situação de Rua; Direito; Saúde.

N	Autor	Título do Artigo	Objetivos	Metodologia	Principais Resultados	Ano	Revista
1	CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. JESUS, Christiane Herold de. CREVELI M, Maria Angélica.	A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em	Descrever a experiência na implantação da ESF para atenção à saúde da população em situação de rua na cidade de São Paulo. Contribuir para o debate sobre a organização	Pesquisa de campo com a técnica descritiva.	Foi constatado que na cidade de São Paulo, a política adotada para a atenção à saúde da população de rua promoveu o acesso à atenção	2010	Saúde & Sociedade. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716.



Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

		Grandes Centros Urbanos	da equidade no acesso às ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)		básica e processos de trabalho específicos.		
2	ANDRADE, Luana Padilha. COSTA, Samira Lima da. MARQUET T, Fernanda Cristina.	<i>A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo.</i>	Investigar as histórias das pessoas em situação de rua tendo como objeto de análise suas memórias, afetos e planos de futuro.	Pesquisa de campo.	Identificou-se a necessidade de aprofundar o debate acerca das políticas públicas voltadas a essa população que, até o momento e segundo a leitura dos narradores, concentram-se em propor modelos de intervenção restritos ao objetivo de retirada das pessoas das ruas.	2014	Saúde & Sociedade. São Paulo, v.23, n.4, p.124-1261



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Artigo

3	BORYSOW, Igor da Costa. FURTADO, Juarez Pereira.	Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave.	Refletir e discutir sobre o acesso de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave aos serviços públicos de saúde mental.	Revisão de Literatura.	Foi refletido que os serviços de Assistência Social têm frequente contato com a PSR, oferecendo respostas às suas necessidades. Já os serviços de saúde mental ainda apresentam dificuldades em estabelecer estratégias para o atendimento às pessoas em sofrimento mental na própria rua e em inserilas em CAPS e UBS.	2013	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, 23 [1]: 33-50.
---	---	---	---	------------------------	---	------	--



Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

4	MACERAT A, Iacã. SOARES, José Guilherme Neves. RAMOS, Julia Florêncio Carvalho.	Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua.	Evidenciar uma linha de conexão entre as seguintes práticas: do apoio, das equipes de Atenção Básica e do cuidado com a população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Pesquisa de campo.	Observou-se que em relação ao cuidado no espaço da rua não basta saber dos protocolos, não basta ter a técnica e os insumos necessários: o que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários. A capacidade de articulação e conexão com os diversos	2014	Interface Comunicação e Saúde Educação; 18 Supl 1:919-30
---	---	---	---	--------------------	---	------	--



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

					elementos que compõem um território existencial singular, que estão para além do olhar ou objeto de trabalho mais protocolar da saúde.		
5	SANTANA, Carmen.	Consultórios <i>de</i> rua ou <i>na</i> rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua.	Apresentar a atual política voltada para a saúde da população de rua; refletir sobre os elementos da intersetorialidade e a participação social como contribuição à efetivação do direito à saúde das pessoas em situação de rua.	Carta aberta publicada no Caderno de Saúde Pública.	Apontou-se que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população.	2014	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8): 1798-1800, ago.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Artigo

					No entanto, foi refletido que a maior dificuldade não é criar a política, mas viabilizar a sua implantação.		
6	PAIVA, I. K. S. de. LIRA, C. D. G. JUSTINO, J. M. R. MIRANDA, M. G. de O. SARAIVA, A. K. de M.	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.	Levantar o que existe na literatura, acerca da caracterização da PSR, suas necessidades e as políticas desenvolvidas para atendê-la.	Revisão Sistemática de Literatura	O estudo revelou que a discussão sobre a PSR é tímida na produção do conhecimento, principalmente, quanto à compreensão dos determinantes sociais do seu processo saúde/doença.	2016	Ciência & Saúde Coletiva, 21(8): 2595-2606.
7	MATRACA, Marcus Vinicius Campos. ARAÚJO-	O PalhaSUS e a Saúde em Movimento	Relatar e refletir sobre a rica experiência gerada pelo	Relato de experiência.	Necessidade de mais metodologias que agreguem a	2014	Interface Comunicação Saúde



Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

	JORGE, Tania Cremonini. WIMMER, Gert.	o nas Ruas: relato de um encontro.	encontro dos projetos PalhaSUS e Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), identificando sua afinidade metodológica com a Educação Popular em Saúde e a singularidade do território de atuação, a rua.		alegria na gestão participativa e na promoção da saúde. Essa experiência, como tantas outra de Educação Popular espalhadas pelo Brasil, aponta para uma real necessidade de refletirmos sobre a incorporação da Educação Popular e da arte nas políticas públicas em saúde.		Educação; 18 Supl 2:1529-1536.
8	PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes.	Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultóri	Discutir questões pertinentes a sociedade moderna, na perspectiva de Bauman e	Revisão de Literatura	Demonstrou-se que na abordagem ao usuário de substância psicoativa	2014	Fractal, Rev. Psicol., v. 26 – n. 1, p. 43-



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

		o de Rua.	Giddens, com um recorte para a temática das drogas. Refletir sobre o Consultório de Rua enquanto um equipamento das políticas de saúde, com prática social inclusiva à população em situação de rua, no Brasil.		deve-se levar em consideração a heterogeneidade dos modos de consumo, as razões, às crenças, os valores, os ritos, os estilos de vida e as visões de mundo que o sustentam. Nessa abordagem, as práticas, em função da análise de diferentes <i>habitus</i> no campo social, podem orientar as ações em saúde, ao seguirem-se as estratégias internas dos	58, Jan./Abr.
--	--	-----------	---	--	---	------------------



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

					processos sócio-históricos de cada território.		
9	FIORATI, Regina Célia. CARRETTA, Regina Yoneko Dakuzaku. PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. LOBATO, Beatriz Cardoso. KEBBE, Leonardo Martins.	População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações.	Discorrer sobre a experiência da realização do “I Encontro Saúde Ocupação e Contextos Psicossociais: populações em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania” como estratégia de mobilização dos diversos atores do município, por meio dos grupos de trabalho (GT), para discussão da problemática da população	Relato de Experiência.	A reflexão crítica proporciona pontuar que a problemática abordada no evento não constitui apenas uma ação do setor da saúde. O conjunto de problemas relacionado à situação de rua é um problema de todos os setores da sociedade, pois é de ordem política, econômica, cultural e social. Portanto,	2014	Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1458-1470.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

			em situação de rua, identificação dos diversos atores e setores envolvidos, bem como para articular as ações realizadas junto a essa população, promovendo uma atenção intersetorial e efetiva das pessoas em situação de rua.		deve envolver todos esses setores no âmbito das construções de estratégias de resolubilidade.		
10	SILVA, Carolina Cruz da. CRUZ, Marly Marques da. VARGAS, Eliane Portes.	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua.	Compreender as práticas de cuidado de um Consultório na Rua, em Mangueiras/RJ, de forma a contribuir com o debate da Atenção Primária à Saúde para populações específicas.	Pesquisa de campo.	Os resultados apontam para a construção de vínculos e para o rompimento com uma lógica prescritiva, prevalecendo uma escuta qualificada.	2015	Saúde Debat e. Rio de Janeiro, V. 39, n. Especial, p. 246-256, Dez.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Artigo

					Os profissionais exprimiram existir ainda resistências em atender a população em situação de rua, comumente associada a imagens estigmatizantes, que expressam os desafios na garantia do acesso desta população ao SUS.		
--	--	--	--	--	--	--	--

Observa-se que, dos 10 (dez) artigos analisados entre o período de 2010 a 2016, 3 (três) estudos abordam, prioritariamente, as questões que envolvem o acesso à rede de saúde pública da População em Situação de Rua (PSR), o cuidado e de acolhida desse público específico; 3 (três) analisam e retratam o funcionamento da Política Pública dos consultórios na rua, que visam a atender as necessidades de saúde da PSR; 2 (dois) tiveram como objetivo levantar as necessidades dessa população e refletir sobre as estratégias políticas desenvolvidas para atendê-las; 1 (um) teve como meta lançar um olhar sobre a saúde mental das pessoas que vivem em situação de rua; e 1 (um) teve como proposta pensar na construção de estratégias voltadas para a elaboração de novas Políticas Públicas que sejam capazes de melhor atender as necessidades de saúde da PSR. As metodologias utilizadas por esses estudos foram: 4 (quatro) de Pesquisa de Campo; 3 (três) de Revisão de Literatura; 2 (dois) Relato de Experiência; e 1 (um) foi



Artigo

uma Carta Aberta. A revista Saúde e Sociedade da USP-SP, com os dados levantados nesse artigo, foi a revista que mais publicou entre os anos de 2010 a 2016 sobre a temática proposta. Cada artigo trouxe como contribuição para esse estudo as seguintes reflexões:

Fiorati et al. (2014) compreendem que a realidade da PSR remete a questões de ordem social, econômica e política, que tiveram origem na orientação político-econômica globalizada, tendo uma imposição da economia e da racionalidade do capital sobre as dimensões social e humana. Santana (2014) argumenta não existir uma resposta efetiva para a presença de pessoas vivendo nas ruas não apenas sem-teto, mas sem-horizontes, tendo o poder público desenvolvido diversos programas para atenção às pessoas em situação de rua. Paiva et al. (2016) ressaltam que a fragilização dos vínculos empregatícios e familiares favorecem a exclusão social, dando maior visibilidade à PSR.

Carneiro; Jesus; Crevelim (2010) relataram em seu artigo a experiência da inserção da atenção básica à saúde da população em situação de rua na cidade de São Paulo, visando à igualdade de acesso às ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Andrade; Costa; Marquett (2014) fazem algumas pontuações acerca das estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos (SP). Pacheco (2014) apontou a necessidade e importância de se ter diferentes práticas profissionais na área da saúde, principalmente no que se refere à prática do atendimento na rua de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Ressaltou a relevância de uma equipe multidisciplinar nesses ambientes.

Silva; Cruz; Vargas (2015) buscaram caracterizar as práticas de cuidado em Consultórios na Rua na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para refletir sobre os necessários arranjos institucionais e organizacionais para a atenção e cuidado da PSR. Matraca; Araújo-Jorge; Wimmer (2014) refletem a importância do encontro dos projetos PalhaSUS e Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), reforçando a importância de se cultivar o envolvimento participativo e dialógico entre os movimentos e estratégias sociais voltados para a saúde, além de criar e fortalecer vínculos com a PSR, potencializando e gerando políticas públicas integrativas. Borysow; Furtado (2013) abordam que o acesso da PSR com transtorno mental grave aos serviços públicos de saúde ainda encontra grandes dificuldades, principalmente em estabelecer estratégias para o atendimento dessas pessoas na própria rua e inseri-las nos equipamentos da rede pública. Macerata; Soares; Ramos (2014) apontam que para ocorrerem mudanças mais eficazes nos sentidos das práticas no SUS



Artigo

direcionadas é preciso haver uma relação direta com os territórios que intervêm: isso tanto no que toca à atenção quanto à gestão.

O contexto de situação de rua sempre existiu no Brasil, desde a época da colonização, quando fazendeiros iniciaram a libertação dos escravos, até mesmo antes da abolição, porém nada além da alforria foi feito para essa população, fazendo com que esses sujeitos ficassem em uma condição de completo abandono e nas ruas. Além disso, essa situação de rua e de alta vulnerabilidade aumentou mais ainda com a chegada dos imigrantes vindos da Europa, entre os séculos XIX e XX. (ANDRADE, COSTA, MARQUETTI, 2014).

Com o aumento dessa população sem rumo, sem lugar no contexto social, os cortiços, os grupos populacionais aglomerados ajudaram a construir a periferia urbana. Com o aumento dessas pessoas à margem da sociedade, as oportunidades de emprego, de inserção social só foram diminuindo e essa população passou a ser classificada como “vagabunda”, pois não trabalhavam. No século XIX, a vagabundagem passou a ser criminalizada. (ANDRADE, COSTA, MARQUETTI, 2014).

A legislação atual já não mais criminaliza a “vagabundagem”, porém a construção de preconceitos e estigmas sociais diante daqueles que vivem nas ruas é uma forma de punir, criminalizar, ainda mais aqueles que não conseguem ser inseridos no mercado de trabalho ou que foram usurpados de oportunidades sociais e, por isso, continuam não sendo reconhecidos como cidadãos sendo violentados em seus direitos fundamentais (FIORATI et al., 2014).

O fenômeno da população em situação de rua foi tornando-se acentuada e crescente a partir da década de 1970. Com a população aumentando e o desemprego cada vez mais acentuado as pessoas passaram a viver nas ruas das grandes cidades, passando a ser chamadas não mais de mendigos, mas de *moradores de rua* ou *população de rua*. Muitos utilizam os espaços da rua como meio de sobrevivência diária por diversos motivos (estrutura familiar, trabalho, drogadição, outros), utilizando o espaço de casa apenas para alojar-se durante a noite. Por essa razão, o termo hoje utilizado para identificar esses autores sociais é *população em situação de rua*. (SOUZA, SILVA, CARICARI, 2008).

Desconstruir o paradigma de vagabundo e mendigo da População em Situação de Rua, rompendo com sua invisibilidade social, pode ser um possível caminho para se resgatar a cidadania do povo de rua. “No campo do desafio, está a necessidade de se aproximar ao máximo do cotidiano vivido por essas pessoas, para entender a complexidade de seu processo saúde-doença, identificando suas reais necessidades”. (PAIVA et. al., 2015, p. 2601).



Artigo

O atendimento social a essa população sofreu modificação ao longo da história, pois, por não terem seus direitos reconhecidos antes da VIII Conferência Nacional de Saúde, essas pessoas eram assistidas por entidades sociais e de cunho religiosos e/ou filantrópico, como as Santas Casas de Misericórdia.

Importante ressaltar que, segundo Matraca; Araújo-Jorge & Wimmer (2014), “os moradores de rua carregam o estigma de serem o *povo invisível* das grandes metrópoles, cidadãos e cidadãs que não têm seus direitos reconhecidos, expostos [...] além da vulnerabilidade de contrair diversas enfermidades como, por exemplo, a tuberculose, a hanseníase e o HIV” (p. 2).

A preocupação do Poder Público com este segmento social, desta forma, é recente. Apenas a partir de 1988, com o reconhecimento dos direitos sociais como direitos fundamentais da pessoa pela Constituição Federal vigente e com a Lei Orgânica de Assistência Social, que se reconheceu a Assistência Social como Política Pública, é que o Estado passou a assumir seu compromisso de manter políticas públicas de atenção à população de rua.

No entanto, importante destacar que a Carta de Ottawa de 1986 (BRASIL, 2002) foi um documento importante na construção da esfera da Promoção da Saúde e assim a define:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...] a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (p. 1).

Com a Carta de constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 (OMS), o conceito de saúde foi ampliado, pois, anteriormente, restringia-se ao aspecto curativo, iniciando a compreensão de saúde como promoção social. Assim, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Em consonância com esta reflexão, a Carta de Ottawa de 1986 compreende a saúde como um recurso para a vida, e não como um objetivo para viver. A “saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo saudável, na direção de um bem-estar global”. (CARTA DE OTTAWA, 1986).



Artigo

O direito à saúde, que está na centralidade deste trabalho, situa-se no plano dos direitos fundamentais. Por isso, sua negação fere substancialmente o princípio da dignidade da pessoa humana na medida em que as condições de vida de uma pessoa influenciam diretamente na permanência dessa mesma vida.

Como já mencionado a “CF/88” contempla a saúde como um direito fundamental, não mais a colocando como uma garantia de assistência social. Sua incorporação no texto constitucional resulta de um árduo processo reivindicatório encabeçado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que influenciou o legislador constituinte originário. Esse movimento aconteceu como fruto dos resultados das discussões travadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, rompendo com a tradição anterior legislativa que vinculava o direito à saúde à assistência social.

Segundo Paiva (2015), ainda que a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 assegure a saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado, que deve ser garantida pelas políticas econômicas e sociais, na realidade prática, não se vê a extensão desse direito à população em situação de rua, pois ela ainda vive à margem dos processos de inclusão e sofre com uma enorme vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços.

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 criou o SUS e veio para corroborar a nova perspectiva adota para a saúde, sendo um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1990). Esta redação exposta no artigo 4º tende a unificar as diversas ações de saúde em um único organismo com o interesse precípua de universalizar o atendimento de saúde no país.

A partir da implementação do SUS, preconizando que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, o sistema passou a buscar alternativas para alcançar também a população altamente vulnerável, como a população em situação de rua. O SUS apresenta como princípio a equidade, de maneira a garantir que o acesso aos serviços públicos alcance toda a população, todas as classes sociais, contemplando todas as diferenças econômicas, sociais, culturais e de gênero (BORYSOW, FURTADO, 2013).

Pacheco (2014) afirma que o SUS é considerada a maior política de inclusão social do Brasil, possuindo como princípios norteadores a universalidade (saúde como direito de todos), a integralidade (acesso a todos os serviços médicos) e a equidade (reconhecimento das diferentes necessidades da população), formando-se e organizando-se com o apoio na participação popular, na regionalização e



Artigo

hierarquização, na descentralização (transferência de ações do governo federal para o estadual ou municipal) e no comando único (único gestor para comandar as políticas de saúde na rede assistencial de abrangência) (BRASIL, 1990 apud PACHECO, 2014).

“No SUS, o acesso está relacionado à noção de acolhimento nas práticas de produção de saúde. A aceitação, o atendimento e aproximação devem nortear o contato entre profissional e usuário, de maneira a permitir a inclusão de cidadãos na rede pública de serviços” (BORYSOW, FURTADO, 2013, p. 35).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, representa um marco concreto de várias propostas de mudanças na esfera da saúde inspiradas pela reforma sanitária e pelos princípios do SUS (CARNEIRO JUNIOR, JESUS, CREVELIM, 2010). Os autores apontam a Saúde da Família como:

uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde [...] e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (CARNEIRO JUNIOR, JESUS, CREVELIM, 2010, p. 712).

Embora a legislação brasileira tenha avançado no que diz respeito ao acesso à saúde através da implementação do Programa Saúde da Família em diversos municípios do País, ainda existem grupos que têm dificuldades e encontram diversas barreiras de acesso a este serviço, devido aos seus modelos de vida, como a população em situação de rua. (SILVA, CRUZ, VARGAS, 2015).

Segundo Macerata, Soares e Ramos (2014) a população em situação de rua é “um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde. Vários fatores movimentam a dinâmica de moradia na cidade, e fazem da rua um lugar de conversão, um depósito daqueles que vão sendo expulsos dos lugares constituídos na cidade” (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 923).

Em 2003, a redução de danos é eleita como estratégia de saúde pública pela Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, passando a existir incentivo à criação de intervenções junto à população usuária que não quer ou não deseja parar o uso da droga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Pensando nesse público de grande vulnerabilidade social, o psiquiatra e professor Antônio Nery Filho pensou na proposta do Consultório de Rua:



Artigo

a implementação da proposta dos consultórios de rua idealizada pelo psiquiatra e professor Antônio Nery Filho teve como eixo principal a integralidade da atenção à saúde das pessoas de rua, viabilizando o acesso desta população por meio de uma modalidade de atendimento extramuros em seus próprios contextos de vida. Essa experiência foi concretizada pela primeira vez em Salvador, Estado da Bahia, em parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, uma instituição de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Inicialmente foi originada a partir de uma experiência denominada “banco de rua”, em função da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua. Em sua implantação inicial, os consultórios de rua foram designados à Coordenação Nacional de Saúde Mental, tendo sido transferidos para a Coordenação Nacional da Atenção Básica (SILVA, FRAZÃO, LINHARES apud. SANTANA, 2014, p. 1799).

Após o I Encontro Nacional sobre a população em situação de rua, ocorrido em Brasília, em 2005, os diálogos e articulações sobre a organização de estudos, discussões e estratégias para mudanças na situação dessa população passaram a ser mais significativas. Em 2006, com a criação do Grupo de Trabalho para Inclusão Social da População em Situação de Rua, o movimento nacional da população em situação de rua, que surgira em 2005, passou a ter bases mais sólidas para se desenvolver. O movimento atua com representantes em várias cidades brasileiras, e foi papel de seus membros contribuir com a reelaboração do documento da “Política nacional para inclusão da população em situação de rua”, criado inicialmente pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A partir desse contexto, ganham espaço nas políticas públicas as estratégias individuais e coletivas de redução de danos e de riscos sociais e à saúde. O primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, ocorrido no período de 2007 e 2008, indicou que os principais problemas de saúde relatados pelas próprias pessoas em situação de rua foram: cardíacos, mentais, respiratórios, dores, endócrinos, neurológicos, órgãos de sentido, AIDS, dependência química etc., como pode ser observado no gráfico II (CUNHA; RODRIGUES, 2009):



Artigo

Gráfico II.

Problemas de Saúde Referidos	n	%
Cardíacos	116	13,6
Mentais	82	9,6
Problemas Respiratórios	81	9,5
Dores em Geral	69	8,1
Endócrinos	51	6,0
Neurológicos	48	5,7
Órgãos de Sentido	46	5,4
AIDS	44	5,1
Alcoolismo e dependência química	38	4,4
Gástricos e intestinais	35	4,1
Traumatismos e próteses	34	4,0
Paralisias e deficiência física	24	2,8
Circulatórios	17	2,0
Reumatológicos	16	1,9
Hepáticos	13	1,5
Câncer	9	1,1
Resfriados	8	0,9
Anemia, cansaço, fraqueza	8	0,9



Artigo

Dermatológicos	7	0,8
Renais e urinários	7	0,8
Alérgicos	5	0,5
Saúde Bucal	4	0,4
Diversos	60	7,0
Não informado/Não especificado	23	2,7
Sinais e sintomas mal definidos	8	0,9
Total	855	100,0

Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua

Conforme destaca Paiva (2015), o II Encontro Nacional de População em Situação de Rua, em dezembro de 2009, teve como grande conquista a publicação do texto da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), baseado na perspectiva de garantir a integralidade das políticas públicas e do acesso aos direitos de cidadania às pessoas em situação de rua.

A PNPSR, instituída no Decreto lei 7.053 de 2009, foi um grande passo em sentido ao reconhecimento e concretização dos direitos individuais e sociais da população em situação de rua e consistiu em uma conquista principalmente dos movimentos sociais em defesa da população em situação de rua.

Esse decreto é o referencial legislativo que inaugura as Políticas Públicas para a população em situação de rua. Suas propostas reverberam nas esferas federal, estadual e municipal e quebram com um tabu social que "invizibilizava" socialmente as pessoas que vivem o drama de ter a rua como espaço de moradia. Esta política pública busca, até certo modo, romper com a visão assistencialista que mantém os sujeitos acomodados com sua situação social.

Dentre os objetivos da Política Nacional para a População de Rua destacamos as ações que afetam mais diretamente o direito à saúde deste grupo. Com isso, encontramos no art. 7º deste decreto ações que visam a diminuir o abismo entre a



Artigo

eficácia e a efetividade dos direitos fundamentais voltados para pessoas em situação de rua.

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; [...] X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; [...] XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; [...] (BRASIL, 2009).

Conforme preceitua Borysow & Furtado (2013), a população em situação de rua raramente procura os serviços de saúde “muitas vezes, essas pessoas resistem aos sintomas, e, quando procuram a rede de saúde, estão com vários problemas acumulados e não conseguem mais lidar sozinhas com as dores ou resistir a elas” (BORYSOW, FURTADO, 2013, p. 40). Os pesquisadores argumentam que frequentemente esses autores sociais alcançam os serviços da rede pública de saúde por meio de programas específicos ou pelas instituições socioassistenciais. “Essas instituições, por estarem mais próximas da população de rua, acabam sendo a porta de entrada para a rede pública” (BORYSOW, FURTADO, 2013, p. 41).

Com o objetivo de atender as necessidades de saúde dessa população específica, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu os Consultórios na Rua (CRs) com a meta de ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde (SILVA, CRUZ, VARGAS, 2015). Assim, em conjunto com outras legislações correlatas, o Ministério da Saúde cria a portaria nº 122/11, que define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultórios na Rua (eCR) e a portaria nº 123/12, que determina os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

Conforme aponta Santana (2014), atualmente a maioria das equipes dirigidas para o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, sob a denominação de consultório na rua, responsabilizando-se pela atenção primária à saúde dessas pessoas. No entanto, essa proposta mais recente diferencia-se dos consultórios de rua, que tinham suas ações



Artigo

focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Pontua a autora que:

A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, entendemos que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população. (SANTANA, 2014, p. 1798).

A mudança da estratégia da política do consultório de rua para consultório na rua teve a intenção de ampliar o acesso da população em situação de rua nas ações de saúde visando a integralidade do ser humano e com foco intersetorial. O consultório de rua foi criado com o olhar centrado na população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas. No entanto, coadunando com os mesmos princípios e diretrizes, o consultório na rua foi pensado em uma atuação mais ampla, visando a necessidade de fortalecer uma rede de enfrentamento aos graves problemas de saúde da população em situação de rua. Destaca-se, nesse contexto, a importância de um trabalho com uma equipe multiprofissional para lidar com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando incluídos, inclusive, os cuidados aos usuários de múltiplas drogas. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, apud. SANTANA, 2014, p. 1780).

O CR, em sua concepção original, se constitui como uma das estratégias para o estabelecimento de elos de ligação entre o serviço de saúde e a população em situação de rua, sendo o encontro diretamente na rua um meio para a construção de vínculos que estimulem a ideia dos usuários às unidades de saúde. [...] Assim, se o encontro entre profissionais da ESF e os usuários ocorre no domicílio e no serviço de saúde, no CR o encontro é na rua (SILVA, CRUZ, VARGAS, 2015, p. 250).



Artigo

Os Consultórios são formados por equipes multiprofissionais que visam a lidar com diferentes necessidades de saúde para a população de rua. Suas atividades incluem, como refere o § 1º, do art. 2º, prestação integral à saúde da PSR, considerando as peculiaridades que envolvem este grupo, bem como o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas promovendo ações locais de forma itinerante e integradas às Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como também os serviços voltados para Urgência e Emergência, de acordo com o quadro apresentado pelo usuário.

O acesso à saúde da população de rua vem ganhando espaço no SUS por intermédio da instituição das Equipes de Consultório na Rua. A conformação dessas equipes visa dar subsídios para que elas se efetivem como uma equipe de AB, atendendo a integralidade das necessidades de saúde e produzindo acesso. Os atendimentos e acompanhamentos são feitos tanto na rua – como forma de acompanhar o usuário em seu território de vida e ainda conseguir alcançar aqueles que não chegavam a nenhum posto de atendimento – quanto em unidade fixa, como forma de criar uma referência “porta aberta” no território, onde toda e qualquer demanda possa ser acolhida. A ideia básica é, com essas Equipes de Consultório na Rua, que o SUS possa assistir, prevenir e promover saúde a partir das características do território, de constituir-se como um serviço referência na rua, com a rua, pela rua e por meio da rua (MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014, p. 923).

“Os serviços de saúde, que se constituem de forma participativa e dialógica, ampliam o vínculo com a população, potencializam o controle social e a utilização e geração de políticas públicas integrativas” (MATRACA, ARAÚJO-JORGE, WIMMER, 2014, p. 5). Dessa forma, Fiorati (2014) afirma que devido a complexidades das demandas que envolvem a população em situação de rua, a atuação de diversos profissionais de diferentes áreas do conhecimento se faz necessário como forma articulada de atuação, constituindo uma rede de ações práticas que se complementam e que poderão dar efetividade e continuidade a um trabalho, com o objetivo de enfrentar as mais variadas questões que atingem essa população, envolvendo profissionais da saúde, educação, assistência social, direito e outros.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população em situação de rua teve seus direitos negados ao longo do tempo, como visto no decorrer deste trabalho. No entanto, muitas conquistas de reconhecimento de direitos foram alcançadas por esse público específico, porém, devido aos paradigmas e estigmas construídos dentro da nossa sociedade, muito ainda precisa ser feito e conquistado, principalmente quanto à efetividade das legislações vigentes e protetivas aos direitos fundamentais dessa população, como o direito à saúde.

As políticas públicas e a atual legislação devem ser reconhecidas, especialmente, pela ousadia de tocar em grandes tabus sociais: a negligência do Estado para com estes grupos e o preconceito construído socialmente. Tais legislações desconstróem pensamentos imersos em alguns setores da sociedade em que há uma inércia do poder público na elaboração de políticas públicas voltadas especificamente para esta parcela da população. No entanto, este reconhecimento não significa que a luta por reconhecimentos dos direitos fundamentais, dentro dessa parcela da sociedade que vive em grande vulnerabilidade social, pode ser afastada, pois ainda estamos longe de termos o reconhecimento igualitário dos direitos fundamentais a toda população brasileira. Por isso, o debate nessa esfera deve continuar para que possamos enfrentar os obstáculos para a efetividade plena do direito fundamental à saúde da população em situação de rua.

No Brasil, um momento paradigmático para este segmento foi a partir da publicação do decreto 7.053/09 e, conseqüentemente, os atos normativos a ele relacionados, pois a população em situação passou a ser percebida com um novo olhar do Poder Público.

As Políticas Públicas atuais para a população em situação de rua que lida com o direito fundamental à saúde ainda não atingiu os objetivos pelos quais foram criadas. Entendemos que o cuidado à saúde da população deve ser compreendido em conjunto com o saneamento básico, moradia, educação e trabalho. Por essa razão, quando nenhum desses direitos é efetivado para a população em situação de rua, não podemos falar em efetiva mudança nas políticas públicas que envolvem a saúde desse público.

Contudo, é preciso reconhecer que a Equipe de Consultórios na Rua representa um grande avanço nessa esfera, sendo uma ferramenta de muita importância, pois se almeja, de maneira interdisciplinar, dar um acolhimento e atendimento transversal a este público a partir de ações que compreendem o conceito de saúde em sua perspectiva macroestrutural.



Artigo

É necessário compreender que a condição em que as pessoas em situação de rua vivem e se encontram é um dos graves sintomas de doenças que historicamente marcam o Brasil: o preconceito e a extrema desigualdade social. Assim, para que a população em situação de rua consiga romper com um ciclo de fracasso social é preciso que a sociedade civil a considere de verdade.

A partir do que foi refletido e analisado nesse estudo, ficou constatado a necessidade de formação de profissionais de saúde com competência para o cuidado de saúde junto à população em situação de rua, bem como a importância de formação continuada desses profissionais que já se encontram frente a esses serviços oferecidos, sempre com o objetivo de romper paradigmas, buscar qualificações e lutar pela inclusão na saúde de todas as pessoas, sem distinção e discriminação.

Ressalta-se que reflexões, análises de textos e das Políticas Públicas voltadas para essa parcela da população, como também pesquisas de campo nessa área, ainda fazem-se muito importantes e extremamente necessárias tendo em vista o alto índice de violação do direito fundamental à saúde da PSR, sendo, muitas vezes, o próprio acesso a ele negado. Por isso, é indispensável uma adequada articulação entre o Estado e a sociedade para que também possa haver um rompimento de estigmas e preconceitos, ainda muito presente no mundo contemporâneo.

Conclui-se que os artigos analisados foram importantes para o levantamento de dados e olhares mais atentos às demandas da PSR. Contudo, ainda existe uma longa caminhada a ser feita para que o direito à saúde da população em situação de rua seja eficaz. Assim, o objetivo deste estudo, fazer uma reflexão sobre o direito à saúde da PSR, foi alcançado. No entanto, é possível encontrar alguns limites, como uma revisão de literatura restrita a apenas um banco de dados e a utilização de artigos somente em português, deixando essa pesquisa aberta para maiores indagações, olhares e, inclusive, pesquisas de campo. Acredita-se que os profissionais de saúde devem, cada vez mais, se comprometerem com os problemas de sua sociedade e dialogar com outras ciências a fim de refletir e superar os desafios sociais, com o propósito de se alcançar a cidadania plena no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luana Padilha. COSTA, Samira Lima da. MARQUETT, Fernanda Cristina. **A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e**



Artigo

estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.4, p.1248-1261. 2014.

BORYSOW, Igor da Costa. FURTADO, Juarez Pereira. **Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 33-50. 2013.

BRASIL. **Manual Sobre o Cuidado Junto a População em Situação de Rua.** Série A normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.html. Acesso em: 14 out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CANADÁ. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, novembro de 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 06 de jun. de 2017.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. JESUS, Christiane Herold de. CREVELIM, Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos.** *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716. 2010.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Mônica (Org.). **Rua - aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: MDS, 2009.

DIAS, Maria da Graça dos Santos. **Direito e Pós-Modernidade.** *Revista Novos Estudos Jurídicos*, vol. 11, n. 1, pg 103-115, jan-jun, 2006.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao Léu.** Trajetórias de Exclusão Social. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.



Artigo

FIORATI, Regina Célia. CARRETTA, Regina Yoneko Dakuzaku. PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. LOBATO, Beatriz Cardoso. KEBBE, Leonardo Martins. **População em vulnerabilidade, intersectorialidade e cidadania:** articulando saberes e ações. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.23, n.4, p.1458-1470. 2014.

MACERATA, Iacã. SOARES, José Guilherme Neves. RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. **Apoio como cuidado de territórios existenciais:** Atenção Básica e a rua. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 18 Supl 1:919-30. 2014.

MATRACA, Marcus Vinicius Campos. ARAÚJO-JORGE, Tania Cremonini. WIMMER, Gert. **O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas:** relato de um encontro. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 18 Supl 2:1529-1536. 2014.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes. **Políticas públicas e capital social:** o Projeto Consultório de Rua. Fractal: Revista de Psicologia. v. 26 – n. 1, p. 43-58, Jan./Abr. 2014.

PAIVA, I. K. S. de. LIRA, C. D. G. JUSTINO, J. M. R. MIRANDA, M. G. de O. SARAIVA, A. K. de M. **Direito à saúde da população em situação de rua:** reflexões sobre a problemática. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2595-2606. 2016.

Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 dez. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 20 abr. 2018.

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua?** Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago. 2014.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para uma revolução democrática da justiça.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.



Temas em Saúde

Edição Especial
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. **Rede Social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”**. Revista de Escola de Enfermagem da USP, 41 (Esp.), 810-4, 2008.

SILVA, Carolina Cruz da. CRUZ, Marly Marques da. VARGAS, Eliane Portes. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V. 39, n. Especial, p. 246-256, Dez. 2015.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Páginas 237 a 269

Artigo

TOMADA DE DECISÃO APOIADA: INSTRUMENTO PROTETIVO DO EXERCÍCIO DA CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

DECISION MAKING SUPPORTED: PROTECTIVE INSTRUMENT OF THE EXERCISE OF CIVIL CAPACITY OF THE PERSON WITH DEFICIENCY

GUIMARÃES, Décio Nascimento¹
MEDEIROS, Rayana Felipe Pinheiro²
ZAGANELLI, Margareth Vetis³
BENEVENUTI, Clesiane Bindaco⁴
PESSIN, Gisele⁵

RESUMO - O presente trabalho possui o escopo de analisar o tratamento jurídico conferido pelo legislador à tomada de decisão apoiada, demonstrando-se que se trata de um importante instrumento para a salvaguarda da autonomia e dignidade da pessoa com deficiência. Para tanto, primeiramente, aborda-se o contexto jurídico no qual o instituto surgiu, qual seja, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, os quais se propuseram em eliminar as barreiras da exclusão que afligem esse grupo social. Em seguida, demonstra-se as modificações perpetradas no regime das incapacidades pelo mencionado Estatuto, evidenciando-se que as pessoas com deficiência, na atualidade, são legalmente capazes. Após, expõe-se que, para auxiliar o exercício dessa capacidade legal, o legislador procedeu à criação do mecanismo da tomada de decisão apoiada, cujo regramento legal será analisado, ressaltando-se, na oportunidade, que o instrumento é resultado de uma diretriz constante da referida Convenção, sendo apto a salvaguardar a autonomia da pessoa com deficiência. Ao final, algumas críticas são tecidas ao seu tratamento jurídico, bem como são apresentadas algumas sugestões, no intuito de se buscar o aprimoramento e a

¹ Doutorando em Cognição e Linguagem – Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). decio.guimaraes@yahoo.com.br

² Graduada em Direito - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). rayana-medeiros@hotmail.com

³ Doutora em Direito – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). mvetis@terra.com.br

⁴ Doutoranda em Cognição e Linguagem – Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). clesiane@gmail.com

⁵ Doutoranda e Mestre em Cognição e Linguagem (UENF). pessingisa@gmail.com



Artigo

melhor aceitação do instituto ora estudado, que, apesar de suas limitações, representa um avanço histórico-jurídico no que tange à tutela da liberdade e da dignidade das pessoas com deficiência. Neste trabalho, a metodologia adotada foi a pesquisa descritiva e a técnica de revisão bibliográfica, com ênfase na legislação e doutrina pátrias.

Palavras-chave: Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Pessoa com deficiência. Tomada de decisão apoiada.

ABSTRACT - This work aims to analyze the juridical treatment given to the supported decision-making by the lawmaker, proving to be an important tool to safeguard handicapped people's autonomy and dignity. Firstly, it requires to approach the juridical context in which the institute has emerged, what it is, The Convention on Handicapped People's right and the Statute for Handicapped People, which proposed to break down the barriers of exclusion that torment this social group. Next, it demonstrates the changes perpetrated into the regime of incapacity by the cited Statute, making it clear that, nowadays, handicapped people are legally capable. After this, it is propounded that, to help this legal capacity practice, the lawmaker has proceeded to the creation of supported decision-making mechanism, whose legal regulation will be analyzed and, in this opportunity, it will be emphasized that the instrument is the result of a constant guideline of the Convention and it is able to safeguard the handicapped people's autonomy. Finally, some critics are made to its juridical treatment as well as some suggestions are presented in order to seek improvement and a better acceptance of the studied institute, which, regardless its limitations, represents an historical and juridical advance referring to liberty and dignity of handicapped people. The methodology employed in this work was the descriptive research and bibliographical review technique, emphasizing the legislation and country doctrines.

Keywords: Convention on Handicapped People's Rights. Brazilian Law for Handicapped People's Inclusion. Handicapped People. Supported Decision-making.



Artigo

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), instituída em 6 de julho de 2015, representou uma mudança de paradigma no ordenamento jurídico brasileiro, na medida em que sistematizou a tutela desse grupo social, bem como concretizou diversas diretrizes da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009), criando mecanismos eficazes para a promoção da inclusão.

Nesse contexto, a mencionada Lei tratou de garantir a esse grupo o gozo da plena capacidade legal, em igualdade de condições com os demais indivíduos, e, no intuito de facilitar o exercício dessa capacidade legal, procedeu à criação de um novo instituto protetivo, concorrente à curatela: a tomada de decisão apoiada (TDA), introduzida no art. 1.783-A do Código Civil (BRASIL, 2002).

A relevância da presente pesquisa consiste em esmiuçar o regramento jurídico da TDA, demonstrando-se que se trata de um instrumento importante para a salvaguarda da autonomia, liberdade e dignidade da pessoa com deficiência, dado que o poder decisório sobre os atos da vida civil permanece integralmente com o beneficiário da medida. Por outro lado, busca-se, ainda, estabelecer uma visão crítica sobre alguns pontos do tratamento jurídico conferido pelo legislador ao instituto, com a finalidade de aprimorá-lo.

Com esse escopo em mente, o presente trabalho abordará, primeiramente, sobre a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e sobre a Lei Brasileira de Inclusão, expondo-se os impactos gerais desses dois instrumentos normativos, principalmente no que se refere à ressignificação da visão da própria deficiência.

Em seguida, as modificações perpetradas pela Lei Brasileira de Inclusão no antigo regime das incapacidades do direito civil pátrio serão apresentadas, no intuito de se evidenciar que a deficiência mental não se encontra mais atrelada diretamente à noção de incapacidade, sendo a pessoa com deficiência legalmente capaz.

Posteriormente, a tomada de decisão apoiada será apresentada como um instrumento protetivo criado para auxiliar os indivíduos com deficiência no exercício da sua capacidade legal. Na oportunidade, será exposto seu regramento jurídico, bem como a relevância desse mecanismo para a tutela da autonomia dessa categoria.

Por fim, algumas críticas serão tecidas a alguns pontos do tratamento conferido pela lei à tomada de decisão apoiada, para que seja buscado o seu aprimoramento e, por conseguinte, a sua melhor aplicação e aceitação.



Artigo

O presente trabalho utiliza, como metodologia, a pesquisa de natureza descritiva. No que tange à coleta de dados, escolheu-se a técnica da revisão bibliográfica, recorrendo-se a autores especializados no tema, como Nelson Rosendal e Maurício Requião. Ressalta-se que, diante da relativa novidade do instituto, a jurisprudência sobre o tema ainda é escassa, razão por que a pesquisa foi construída com base na legislação e na doutrina pátrias.

A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO

A República Federativa do Brasil é signatária da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. No direito interno, o acordo foi ratificado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, e promulgada por meio do Decreto Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

A mencionada Convenção foi recebida com *status* de emenda constitucional, nos termos do art. 5º, §3º, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). O comprometimento demonstrado pelo governo significou “a intensificação do debate em âmbito nacional quanto ao tratamento das pessoas deficientes, especialmente no que diz respeito à necessidade de adequação das políticas públicas ao conteúdo da Convenção” (RODRIGUES, 2017, p. 13-14).

No contexto imediato à promulgação desse importante acordo internacional, o panorama jurídico nacional não apresentava um diploma normativo específico dedicado a sistematizar a questão da proteção à pessoa com deficiência. Havia somente disposições esparsas sobre o tema, as quais eram incapazes de tutelar, de forma significativa, esse grupo.

Aliado a isso, a Convenção possuía inúmeras diretrizes que exigiam uma atuação positiva do Poder Legislativo no sentido de concretizá-las. Nessa conjuntura, foi publicada, com certo atraso, a Lei nº 13.146/2015 - a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Tanto a Convenção, quanto o Estatuto, propuseram-se a assegurar e promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, de forma igualitária aos demais indivíduos, eliminando-se as barreiras da exclusão. Ambos acarretaram, a partir dos seus textos, uma mudança de paradigma, uma vez que transferiram a esse indivíduo “um protagonismo antes nunca pensado” (ZAGANELLI; VICENTE, 2017, p. 136).



Artigo

Dentre as louváveis alterações engendradas, reputa-se como uma das mais relevantes a construção do conceito técnico-jurídico de “deficiência”, em substituição àquele biomédico até então adotado. Dispõem o art. 1º da Convenção e, no mesmo sentido, o art. 2º do Estatuto, que a deficiência consiste em impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir a efetiva e plena participação do indivíduo na sociedade em igualdade de condições com os demais.

De um lado, é possível observar o afastamento de uma definição primordialmente médica para o termo, não sendo suficiente, a partir de então, o mero enquadramento do indivíduo a categorias estanques. De outro, o conceito aproxima-se de elementos sociais e ambientais de forma que a deficiência deixa de ser vista como uma característica inerente à pessoa, estando diretamente vinculada aos obstáculos que inviabilizam a sua inclusão social (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 7).

A concepção passou, assim, a abranger distúrbios de ordem psicológica, tais como a ansiedade, a depressão, o transtorno bipolar e o transtorno de personalidade limítrofe, muitos dos quais nem ao menos são reconhecidos como doença (RODRIGUES, 2017, p. 24). Trata-se, sem dúvida, de uma mudança que exige uma nova postura da sociedade e, principalmente, dos aplicadores de direito, visto que muitos desses distúrbios são enxergados pela população em geral com descaso, não recebendo o cuidado e a atenção que merecem.

Diversos ramos do direito foram atingidos pelas mudanças promovidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, tais como o Direito Civil, o Direito Urbanístico, o Direito Penal e o Direito de Família, tendo sido abordados temas como acessibilidade, educação, discriminação, moradia, saúde, entre outros. Nesse contexto, identifica Rodrigues (2017, p. 19) uma mudança do discurso: se antes bastava a “mera tolerância”, tornou-se evidente a necessidade de políticas públicas e mecanismos eficientes em favor da inclusão social.

Dentre as alterações mais comentadas e impactantes, encontra-se aquela relacionada ao regime das incapacidades, no âmbito do Direito Civil. Embora centrada na Codificação Civilista, é inegável que ela atinge diversas outras áreas, até mesmo porque o direito é uno, não sendo possível se afastar da sua concepção sistêmica (CARVALHO, 1995, p. 11).

A alteração do regime das incapacidades representa um avanço significativo na luta pela promoção da igualdade da pessoa com deficiência mental. Pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro, reconhece-se, em sentido amplo, a possibilidade de autodeterminação desse grupo social, afastando-o da chancela da incapacidade.



Artigo

A referida modificação, no sentido de afirmar que “as pessoas com deficiência possuem capacidade legal igualitária aos demais indivíduos” (ZAGANELLI; VICENTE; 2017, p. 134), encontra-se diretamente atrelada à noção de dignidade, uma vez que a autonomia enseja o exercício dos direitos da personalidade e o próprio desenvolvimento do ser, permitindo que ele seja o protagonista da própria vida (ESTEVES; SILVA, 2016, p. 173).

Em razão da relevância do tema para a sociedade e, ainda, para o presente trabalho, uma vez que a criação da tomada de decisão apoiada decorre dessa importante alteração legislativa, as mudanças perpetradas no regime das incapacidades pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência serão abordadas de forma mais detida a seguir, em capítulo apartado.

AS MODIFICAÇÕES PROMOVIDAS PELA LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO REGIME DAS INCAPACIDADES

Embora a questão da incapacidade tenha sido mencionada em legislações anteriores no Brasil, os Códigos Civis de 1916 e de 2002 foram os primeiros diplomas normativos a abordar a temática de maneira sistematizada e, em que pese o lapso temporal entre eles, poucas alterações significativas foram perpetradas no que se refere à teoria das incapacidades (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 7).

As pequenas mudanças apresentadas, tal qual a substituição da expressão “loucos de todo gênero” para “os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento”, embora sejam comemoráveis, não representaram qualquer alteração estrutural em relação à codificação anterior, datada de quase cem anos antes, frustrando as expectativas daqueles que ansiavam por modificações nesse sentido (ESTEVES; SILVA, 2016, p. 171).

Ressalta-se que, no contexto da elaboração do Código Civil de 2002, já estava em vigor a Constituição Federal de 1988, que possui como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. Um dos elementos essenciais ao princípio é a autonomia da vontade, isto é, “a capacidade de autodeterminação, o direito do indivíduo de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a sua personalidade” (BARROSO, 2010, p. 24).

Nesse contexto, saltava aos olhos a necessidade de uma nova regulamentação que, além de reconhecer a pessoa com deficiência mental como sujeito de direitos,



Artigo

permitisse que ela os exercesse, afirmando a potencialidade desse grupo, de forma alinhada à Constituição.

Dispunha o art. 3º do Código Civil de 2002, em sua redação original, que eram absolutamente incapazes para a prática dos atos da vida civil: (i) os menores de dezesseis anos, (ii) os que por enfermidade ou deficiência mental, não tinham o necessário discernimento para prática desses atos; e (iii) os que, por causa transitória, não podiam exprimir sua vontade.

Por sua vez, constavam no rol dos relativamente incapazes, no art. 4º da mencionada Codificação: (i) os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, (ii) os ébrios habituais, (iii) os viciados em tóxicos (iv) os que, por deficiência mental, tinham o discernimento reduzido, (v) os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo, e (vi) os pródigos.

Na contramão desses dispositivos, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 12.2, previu que “os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”. Atenta Reicher (2016, p. 13) que o termo “capacidade legal”, na situação retratada, deve ser compreendido como “o potencial que toda pessoa, com ou sem deficiência, tem para ser titular de direitos e para colocá-los em prática”.

Seguindo a diretriz da Convenção, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, no seu art. 6º, dispôs que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa. O art. 84, no mesmo sentido, previu que “a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Nesse cenário, o dispositivo mais comentado, no entanto, foi o art. 114, responsável pelas efetivas modificações ocorridas no regime das incapacidades. Ao alterar os artigos 3º e 4º do Código Civilista, restaram isolados como absolutamente incapazes, após o Estatuto entrar em vigor, os menores de dezesseis anos, enquanto no rol dos relativamente incapazes, por sua vez, foram mantidos os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, os pródigos e os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, tendo sido incluídos, ainda, os que, por causa transitória ou permanente, não tenham condições de exprimir a sua vontade.

Tratou-se, sem dúvida, de uma mudança sem precedentes, na medida em que, pela primeira vez na história jurídico-brasileira, o legislador dissociou a deficiência mental da noção de incapacidade. Tal avanço, conforme sustentado, está em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana, visto que, ao se reconhecer a plena capacidade legal da pessoa com deficiência, tutela-se a sua



Artigo

autonomia, uma das faces do princípio ora em comento. Nesse sentido, defende Chaves de Farias e Veiga (2017, p. 31) que

De fato, uma deficiência não pode induzir necessariamente à incapacidade. Inexiste, enfim, uma correlação implicacional entre deficiência e incapacidade jurídica. Todavia, de acordo com o histórico tratamento dedicado pela lei (inclusive pela redação originária do Código Civil de 2002), a pessoa com deficiência vinha, ao longo dos tempos, sendo enquadrada no conceito de incapaz – o que, para dizer pouco, escapava à razoabilidade e feria uma visão igualitária e digna sobre humanidade.

Em que pese essas alterações, convém destacar que remanesce a possibilidade de, em caso de necessidade, adotar-se o instrumento protetivo da curatela no que se refere à pessoa com deficiência, a qual, excepcionalmente, pode ser inserida no grupo daqueles que, por causa transitória ou permanente, não possam exprimir a sua vontade (REQUIÃO, 2015). Todavia, a partir do Estatuto, a medida surge revigorada e alinhada ao novo paradigma firmado.

Nos termos dos artigos 84 e 85 do Estatuto, o instituto da curatela, tal como prevista na atualidade, restringe-se aos atos de natureza negocial e patrimonial, não abrangendo aspectos existenciais do indivíduo, tais como o direito ao matrimônio e à privacidade. Não bastasse isso, trata-se de medida extraordinária, devendo durar o menor tempo possível e ser proporcional às peculiaridades do caso concreto.

Nesse contexto, cumpre destacar a nova terminologia adotada em substituição à expressão “interdição”: “pessoa sob curatela” (ZAGANELLI; VICENTE, 2017, p. 138). Conforme alerta Reicher (2016, p. 15), a mudança não consiste em mero “preciosismo da linguagem”, na medida em que, enquanto a primeira sugere a substituição da vontade, a segunda, ao contrário, parte da perspectiva da escolha de um curador que decide sobre os atos patrimoniais da vida civil de forma conjunta com a pessoa com deficiência.

A terminologia “pessoa sob curatela”, contudo, não foi adotada pelo Código de Processo Civil de 2015 (BRASIL, 2015), tendo sido mantida a tão criticada “interdição” (REICHER, 2016, p. 15). Além desse descompasso, outro importante avanço não foi acompanhado por este diploma normativo.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência alterou o art. 1.768 do Código Civil, o qual passou a prever, como um dos legitimados para o requerimento da curatela, o próprio



Artigo

indivíduo. Em contrapartida, o Código de Processo Civil de 2015, cuja vigência se deu posteriormente à do Estatuto, não trouxe disposição similar. Ao contrário, procedeu à revogação do dispositivo, conforme se observa no art. 1.072, inciso II, do referido Código Processual⁶ (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 10).

A partir disso, configuram-se como legitimados para requerer a medida, sem ordem de preferência, somente o cônjuge, o companheiro, os parentes, os tutores, a entidade que se encontra abrigando o interditando e o Ministério Público. A relutância em aceitar o próprio indivíduo, no entanto, é bastante criticável, visto que, mais uma vez, retira-se da pessoa o poder de agir e de se autodeterminar, indo na contramão do espírito do Estatuto.

Além da figura da curatela, o legislador previu outro instrumento protetivo, qual seja: a tomada de decisão apoiada. Diversamente daquela, trata-se de um mecanismo recente, introduzido com o escopo de auxiliar a pessoa com deficiência no exercício da sua capacidade legal, conforme se demonstrará a seguir.

A TOMADA DE DECISÃO APOIADA

A Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei de Inclusão Brasileira buscaram reconhecer, ao longo dos seus textos, a necessidade de salvaguardar a autonomia e a independência individuais das pessoas com deficiência, devendo esse grupo social possuir liberdade para realizar as próprias escolhas.

Dentro desse contexto, conforme já exposto, sustentaram que os indivíduos com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. Nessa perspectiva, convém destacar que a mencionada Convenção foi além, dispondo no artigo 12.3 que, além de efetuarem esse reconhecimento, os Estados Partes deverão se dedicar à efetivação de medidas que possuam o objetivo de facilitar o exercício dessa capacidade legal.

Art. 1072. Revogam-se: [...] II – os arts. 227, caput, 229, 230, 456, 1.482, 1.483 e 1.768 a 1.773 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil); [...].



Artigo

A Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência, no intuito de concretizar essa diretriz, criou um instrumento de apoio, qual seja, a tomada de decisão apoiada, introduzida no Código Civil por meio do art. 1.783-A, cujo *caput* dispõe que

A tomada de decisão é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

Da simples leitura do dispositivo, constata-se que o mecanismo se distancia do instituto protetivo clássico da curatela. Ao contrário desta última, que se trata de medida invasiva à liberdade da pessoa, a tomada de decisão apoiada propõe-se a estimular “a capacidade de agir e a autodeterminação da pessoa beneficiária do apoio” (ROSENVALD, 2015).

Leciona Rosenvald (2015) que a curatela, protegendo o indivíduo dele mesmo, ocupa-se, em essência, de atender a uma demanda da família, que busca evitar a dilapidação do patrimônio. A tomada de decisão apoiada, por sua vez, preza prioritariamente pelo respeito aos anseios da própria pessoa com deficiência, respeitando-se a sua liberdade de escolha (ROSENVALD, 2015).

Em razão disso, o novo mecanismo pode ser entendido como uma autêntica forma de consolidação dos Direitos Humanos, visto que não se propõe a suprimir a vontade do indivíduo com deficiência, mas, sim, fornecer apoio em suas decisões, consagrando a sua autonomia, igualdade e dignidade (ZAGANELLI; VICENTE, 2017, p. 141-142).

Para uma melhor compreensão do instituto, é imprescindível uma análise aprofundada do art. 1783-A do Código Civil, no qual se concentra o regramento legal desse instrumento. Nesse sentido, há de se destacar, primeiramente, que a tomada de decisão apoiada exige um procedimento de jurisdição voluntária. Neste, não se observa um conflito de interesses a ser dirimido. Há, em linhas simples, a submissão de um negócio jurídico - em que há um consenso entre as partes envolvidas - à avaliação do juiz.

A jurisdição voluntária, em regra, parte do pressuposto de que, em determinadas situações, o negócio celebrado, para produzir efeitos jurídicos, deve ser analisado anteriormente pelo magistrado, a fim de que este verifique se os parâmetros legais



Artigo

foram observados. Dessa forma, pode-se afirmar que se trata de uma atividade integrativa e fiscalizatória do Estado.

O beneficiário, único legitimado para requerer a tomada de decisão apoiada, deve escolher pelo menos duas pessoas idôneas da sua convivência e da sua confiança e firmar um termo no qual constem o prazo de vigência do acordo, os limites do apoio a ser oferecido e o compromisso dos apoiadores. Em seguida, deve efetuar o pedido propriamente dito, encaminhando-o, conforme sustenta Menezes (2016, p. 46), à vara do domicílio da pessoa com deficiência, que possui competência para o conhecimento da matéria de direito de família.

Observa-se que a autonomia do indivíduo com deficiência é mais uma vez assegurada, na medida em que os limites do apoio são por ele definidos. Nesse aspecto, respeitando-se a liberdade de escolha do beneficiário, convém destacar que, diversamente da curatela, na tomada de decisão apoiada, o conteúdo do termo não fica adstrito às questões patrimoniais, podendo abranger, concomitantemente, critérios existenciais, dado que o exercício dos direitos permanece, a todo tempo, com a pessoa com deficiência (MENEZES, 2016, p. 47).

Ao longo do procedimento, o magistrado receberá a assistência de uma equipe multidisciplinar. Além disso, antes da decisão final, deverão ser ouvidos o membro do Ministério Público, o requerente da medida e os apoiadores indicados pelo beneficiário.

Ressalta-se que é de fundamental importância que a escolha dos apoiadores seja realizada pelo próprio apoiado, resguardando-se novamente a sua autonomia. Embora não conste em lei, o magistrado “deverá perscrutar sobre eventual conflito de interesses entre a pessoa indicada e a que pretende o apoio”, podendo proceder a não homologação de determinado apoiador, sem, no entanto, sugerir um novo nome, pois a escolha se trata de ato personalíssimo do requerente (MENEZES, 2016, p. 48).

Ainda no que tange aos apoiadores, cumpre destacar que o legislador expressamente exigiu a necessidade de, no mínimo, dois. Assim, embora não esteja previsto, é possível inferir que, caso um deles seja destituído da função ou opte por não mais participar, o processo deverá ser extinto, a não ser que a pessoa apoiada promova a nomeação de um substituto, alcançando-se novamente a quantidade mínima exigida (REQUIÃO, 2015).

Aliás, é válido pontuar que o apoiador deverá comunicar ao juiz sobre o seu desejo de se desligar da medida. Todavia, a sua efetiva saída estará condicionada à manifestação do magistrado. Ao contrário disso, a pessoa com deficiência, isto é, o beneficiário do mecanismo, pode requerer o fim da tomada de decisão apoiada a qualquer tempo.



Artigo

Questão debatida na doutrina diz respeito à possibilidade de o prazo de vigência do termo ser indeterminado, uma vez que o art. 1.783-A do Código Civil é silente quanto ao tema. Segundo Távora (2008, p. 202 apud REQUIÃO, 2016, p. 46), no direito estrangeiro, a determinação mais comum é pelos prazos determinados, todavia, na prática, há uma tendência de a medida se perpetuar no tempo. Tendo em vista que a jurisprudência sobre a temática no Brasil ainda é escassa, a dúvida permanece, de forma que só o tempo poderá elucidá-la.

O legislador preocupou-se, ainda, em prever que, quando praticada dentro dos limites do apoio, a decisão tomada pelo beneficiário é válida e produz efeitos sobre terceiros, sem restrições. Reafirma-se, mais uma vez, a plena capacidade legal da pessoa com deficiência, sendo válidos os atos da vida civil por ela praticados.

O §5º do artigo 1.783-A, do Código Civil, traz outro aspecto importante a registrar, que se trata da possibilidade de o terceiro, com quem a pessoa apoiada mantenha relação negocial, solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo. Embora se compreenda o desejo do terceiro de obter um maior respaldo ao negociar, até mesmo pela novidade do instituto da tomada de decisão apoiada, o dispositivo deve ser encarado com cautela, conforme se sustentará no tópico subsequente do presente estudo.

Andou bem o legislador, contudo, ao prever a possibilidade de haver discordância entre os apoiadores e o apoiado. Em casos tais, existindo risco de prejuízo relevante, a divergência será solucionada pelo juiz, que, antes de proferir a sua decisão, ouvirá o Ministério Público.

Atente-se para o fato de que a solução apresentada só é cabível quando a divergência apresentar risco ou prejuízo relevante, ou seja, se a discordância não puder ensejar consequências negativas de grande monta, prevalecerá a escolha do apoiado, privilegiando-se a autonomia da pessoa com deficiência em prejuízo da opinião dos apoiadores, em consonância com o espírito invocado pelo Estatuto (REQUIÃO, 2015).

Vale ainda dizer que, caso o apoiador atue com descaso ou para além dos limites fixados no termo, o apoiado ou qualquer indivíduo deverá apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao magistrado, requerendo a destituição daquele. Em caso de procedência, a pessoa apoiada deverá ser ouvida para a escolha de um substituto. Tal medida visa a impedir que a tomada de decisão apoiada seja utilizada como instrumento de abusos, desvirtuando-se da sua finalidade.

Por fim, cumpre mencionar que, após a homologação do acordo, os apoiadores estão sujeitos ao dever de prestar contas, aplicando-se, nesse contexto, as disposições referentes à prestação de contas da curatela. Ademais, estão sujeitos à responsabilidade



Artigo

civil subjetiva, nos termos dos artigos 186 e 927 do Código Civil, quando, em decorrência da atuação negligente, indevida ou abusiva do apoiador, houver prejuízo à pessoa apoiada (MENEZES, 2016, p. 50).

TOMADA DE DECISÃO APOIADA: CRÍTICAS AO REGRAMENTO LEGAL

A tomada de decisão apoiada do direito civil brasileiro foi inspirada na figura da administração de apoio da Itália, país onde a experiência revela que a introdução do instituto representou um progresso no que tange à tutela da pessoa com deficiência, posto que, por ter sido amplamente adotado, sujeitou a interdição a um plano residual (ROSENVALD, 2015).

Nesse sentido, constata-se que, embora o mecanismo da administração de apoio conviva no ordenamento jurídico italiano com o instrumento protetivo da curatela, aquela nitidamente promoveu o desuso desta última. A partir disso, questiona-se se no Brasil seria possível a ocorrência de um efeito semelhante (REQUIÃO, 2015).

Uma análise do atual regramento legal da tomada de decisão apoiada demonstra que, para que seja possível a sua popularização, algumas alterações legislativas são manifestamente necessárias. Em razão disso, neste momento, certas críticas serão tecidas ao teor do art. 1.783-A do Código Civil, no intuito de provocar o debate e ensejar mudanças, tendo como finalidades últimas a ampla aceitação e a melhor aplicação do mecanismo ora estudado.

Primeiramente, convém mencionar que, diante do potencial da medida em termos de inclusão social, há um grupo de juristas que defende que esse instrumento protetivo seja estendido a outros grupos, tal como os idosos, os quais, em razão da idade avançada, poderiam sofrer de alguma redução da disposição para o pleno exercício da vida civil (FONTANA, 2018).

Nessa toada, Menezes (2016, p. 46) sustenta que, embora tenha sido criado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, o mencionado instituto deve ser utilizado por qualquer indivíduo que julgue necessitar de apoio para o exercício da sua capacidade legal. Tendo em vista que o *caput* do art. 1783-A, do Código Civil, dirige-se somente às pessoas com deficiência, sugere-se a sua alteração, ampliando o espectro das pessoas que possam recorrer à TDA.

Em relação ao procedimento, merece ser debatida a exigência de um processo judicial no qual devem ser ouvidos pessoalmente o requerente, os apoiadores e o Ministério Público. Diante da necessidade da oitiva de todos esses indivíduos, bem



Artigo

como da realidade da morosa justiça brasileira, é factível a possibilidade de o procedimento prolongar-se por tempo demasiado, impossibilitando o apoio à pessoa com deficiência dentro de um prazo razoável.

Não há a menor dúvida de que a judicialização e a burocratização do instituto torna-o pouco atrativo, razão por que melhor teria sido se o legislador houvesse se inspirado na *sauvagarde de justice* francesa, a qual é instaurada por provimento de natureza meramente administrativa (SCHREIBER, 2016).

Além disso, observa Reicher (2006, p. 17) que a imprescindibilidade da submissão do termo de apoio à aprovação do magistrado reforça a ideia de que a chancela judicial é necessária para que a pessoa com deficiência exerça os seus direitos. Uma alternativa viável, segunda a autora, seria a formalização do termo apenas em instância extrajudicial.

É ainda criticável a necessidade da oitiva do membro do Ministério Público, visto que ela é característica do momento anterior à vigência da Lei Brasileira de Inclusão, época em que a plena capacidade legal da pessoa com deficiência mental não era reconhecida, razão por que o *Parquet* deveria intervir ante a suposta vulnerabilidade do indivíduo.

Na vigência da mencionada Lei, essa oitiva é injustificável, consistindo em evidente resquício da lógica que vigorava anteriormente, a qual tratava “a pessoa com deficiência como alguém inapto a decidir sobre os seus próprios rumos” (SCHREIBER, 2016).

Merece ainda ser pontuada a necessidade de critérios mais objetivos no que tange à aplicabilidade da curatela e da tomada de decisão apoiada. Nesse sentido, alerta Rosenvald (2015) para a existência de zonas de intersecção entre os dois institutos, em que o magistrado não pode com clareza, alicerçado somente na Lei, afirmar com exatidão qual instituto deve ser aplicado. É o caso da pessoa com deficiência psíquica permanente, que atende aos pressupostos da curatela, mas que, antes do processo de interdição, requer a tomada de decisão apoiada.

Por certo, a curatela trata-se de uma medida protetiva de caráter extraordinário. Diante disso, guiado pelo espírito do próprio Estatuto, defende-se que, sempre que possível, deverá ser priorizada a tomada de decisão apoiada em detrimento da curatela. Todavia, a fim de se evitar decisões controversas, sustenta-se, mais uma vez, que a fixação de limites para a aplicação de cada uma dessas figuras - seja pela doutrina, seja pelos Tribunais - é fundamental.

Além dessa questão, configura-se temerária a exigência da escolha de, no mínimo, dois apoiadores pela pessoa com deficiência para que seja possível a utilização



Artigo

do mecanismo da tomada de decisão apoiada. Embora se compreenda a intenção do legislador de “evitar abusos da pessoa indicada”, a opção é nitidamente questionável. (SCHREIBER, 2016).

Isso porque, como dispõe o próprio art. 1.783-A, *caput*, do Código Civil, os apoiadores devem ser pessoas idôneas, com quem o beneficiário mantenha vínculos e que gozem da sua inteira confiança. Ora, se na modernidade, marcada por relações líquidas (BAUMAN, 2001), a seleção desses dois indivíduos já se mostra penosa, o desafio costuma ser ainda maior para a pessoa com deficiência, cuja trajetória, não raramente, é marcada pela exclusão.

Nesse diapasão, mandou bem o legislador argentino ao prever a possibilidade de haver apenas um apoiador (MENEZES, 2016, p. 48), mesmo porque a finalidade do instituto é que a pessoa com deficiência receba o auxílio de alguém em quem confie, podendo esse propósito ser plenamente alcançado por meio do apoio de somente um indivíduo. Dessa maneira, sustenta-se que a previsão do legislador brasileiro merece ser flexibilizada.

É alvo de críticas, ainda, a possibilidade de o terceiro poder solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo firmado com o apoiado. Teme-se que a prática se torne corriqueira, convertendo-se a tomada de decisão apoiada “em uma espécie de nova e disfarçada assistência” (SCHREIBER, 2016).

Por um lado, tal disposição pode ensejar uma maior aceitabilidade do instituto por aqueles que não possuem deficiência. Tendo em vista que ainda se trata de uma novidade, o mecanismo normalmente é visto com desconfiança, de forma que o respaldo dos apoiadores no momento da celebração do negócio jurídico incute uma maior confiança ao terceiro. Por outro lado, a solicitação da assinatura dos apoiadores, nessa mesma lógica, possui grande probabilidade de se tornar habitual, indo de encontro à finalidade para a qual o instituto foi criado.

É preciso sempre se ter em mente a função teleológica do Estatuto da Pessoa com Deficiência e das alterações por ele perpetradas. Considerando que a tomada de decisão apoiada parte da perspectiva de que a pessoa com deficiência é legalmente capaz, valorizando-se a sua autonomia, é temerária a possibilidade de que, ao negociar, o beneficiário seja sempre constrangido a assinar o contrato ou acordo de forma conjunta com os apoiadores.

Nessa esteira, defende-se que as relações negociais envolvendo indivíduos que recorreram à tomada de decisão apoiada sejam observadas e, caso se constate que a solicitação das assinaturas dos apoiadores por terceiros tornou-se, de fato, prática



Artigo

rotineira, sustenta-se a necessidade de uma alteração legislativa, no intuito de se evitar o esvaziamento do instituto.

Necessário registrar, ainda, que a eventual possibilidade de responsabilização jurídica dos apoiadores implica, na prática, dificuldades na identificação de voluntários para a realização desse mister. Não se observa na legislação dispositivos de segurança que visam a protegê-los de prejuízos. Nessa conjuntura, “sem um aparato jurídico apto a disciplinar e a limitar a responsabilidade dos apoiadores, torna-se arriscado assumir essa posição” (PAULA, 2016, p. 32). Em face disso, para que haja um estímulo ao exercício da função, é imprescindível a elaboração de dispositivos que ofereçam relativa proteção aos apoiadores.

Cabe ressaltar, contudo, que o maior desafio encontrado pelo instituto da decisão apoiada não reside no seu regramento legal, mas na própria comunidade jurídica. As críticas dirigidas às alterações perpetradas no regime das incapacidades ainda são muitas, havendo, inclusive, projetos de leis que visam a modificar o teor do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Há, sem dúvida, uma resistência de muitos juristas no que tange à aplicação do Estatuto de forma plena, sob a justificativa de que as suas disposições representam uma ameaça à segurança jurídica, por atingirem diretamente institutos clássicos, como a prescrição, a Teoria das Nulidades e a própria Teoria das Incapacidades (ROSENVALD, 2015).

Nesse contexto, posicionam-se contra o reconhecimento da plena capacidade legal da pessoa com deficiência e, na mesma lógica, contra a tomada de decisão apoiada, visto que esta se trata de um mecanismo de apoio ao exercício daquela. A maior dificuldade, portanto, consiste em inverter esse raciocínio, demonstrando-se que o exercício dos direitos pelos próprios indivíduos com deficiência precisa ser respeitado, sendo este o único entendimento em consonância com o princípio constitucional da dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, evidenciou-se, precipuamente, que o Estatuto da Pessoa com Deficiência, com a finalidade de concretizar algumas diretrizes constantes da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e de salvaguardar a liberdade e dignidade desse grupo social, promoveu uma mudança sem precedentes no



Artigo

ordenamento jurídico pátrio, ao alterar o regime das incapacidades, que não havia apresentado, até então, uma evolução satisfatória.

No rol dos incapazes, encontra-se agora somente os menores de dezesseis anos, bem como não há mais qualquer menção à deficiência mental no rol dos incapazes. Nessa esteira, reconheceu-se a capacidade legal plena da pessoa com deficiência.

Para o exercício dessa capacidade legal por esse grupo social, o Estatuto da Pessoa com Deficiência criou o mecanismo da tomada de decisão apoiada, que, como se verificou, consiste em um instrumento de apoio introduzido no art. 1.783-A do Código Civil, segundo o qual o beneficiário elege pelo menos duas pessoas, com quem conviva e confie, para auxiliá-lo na prática de atos da vida civil, nos limites do termo firmado.

A importância deste trabalho residiu na exposição do regramento legal da tomada de decisão apoiada, tendo sido demonstrado, naquela oportunidade, que o instrumento é apto a tutelar a autonomia da pessoa com deficiência, uma vez que, ao contrário da curatela, não visa à substituição de vontade, indo ao encontro do princípio da dignidade humana, que, conforme defendido, possui como uma das suas vertentes a autonomia da vontade.

Observou-se, nesse sentido, que a autonomia é resguardada pelo próprio procedimento previsto nos parágrafos do art. 1.786-A da Codificação Civilista, visto que o beneficiário, qual seja, o indivíduo com deficiência, é o único legitimado para o requerimento da medida. Além disso, cabe a ele a escolha dos apoiadores e a definição dos limites do apoio. Não bastasse isso, pode pleitear o fim da tomada de decisão apoiada a qualquer tempo.

Esta pesquisa cuidou ainda de demonstrar que, em que pese os admiráveis esforços do legislador, algumas alterações ao mecanismo são bem-vindas, no intuito de se buscar o seu aprimoramento e melhor aceitabilidade. Nesse aspecto, criticou-se a necessidade de um procedimento judicial, sendo uma alternativa a ser pensada a adoção da via extrajudicial, para que o apoio seja fornecido em um tempo razoável, evitando-se a morosidade do Judiciário.

Além disso, criticou-se, dentre outras questões, a necessidade da oitiva do membro Ministério Público, uma vez que se trata de um resqúcio de quando a deficiência era vista sob o estigma da vulnerabilidade. No entanto, conforme defendido, o maior entrave à tomada de decisão apoiada não se encontra, contudo, na legislação pátria.

A relutância de muitos em aceitar as modificações operadas é, sem dúvida, a maior dificuldade a ser enfrentada na atualidade. Há que se superar o conservadorismo



Artigo

na esfera jurídica, para se estabelecer a sintonia com aqueles avanços sociais já conquistados pelas pessoas com deficiência nas últimas décadas.

Diante disso, o presente artigo científico pretende oferecer uma contribuição para a reversão da lógica de que a pessoa com deficiência precisa ser protegida dela mesma e tolhida de sua autonomia. O exercício da sua capacidade legal é plenamente possível, sendo fortalecida por meio do instrumento da tomada de decisão apoiada, que, embora necessite de alguns ajustes, consiste em um suporte jurídico significativo para o indivíduo na prática de atos da vida civil.

Observa-se que o caminho, no que tange à tutela da pessoa com deficiência, ainda é longo. No entanto, não há a menor dúvida de que os primeiros passos foram dados, cabendo à sociedade civil e à academia a promoção do debate em torno da temática, na busca de uma nova realidade para esse grupo social, pautada na verdadeira inclusão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. **O Estatuto da Pessoa com Deficiência – EPCD (Lei 13.146, de 06.07.2015):** algumas novidades. Revista dos Tribunais, São Paulo, vol. 962, p. 65-80, dez. 2015.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação** (Versão provisória para debate público). 2010. Disponível em: <https://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, p. 8.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2012.

BRASIL, **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativa, assinados em New York, em 30 de março de 2007. Disponível em:



Artigo

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>.
Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL, **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL, **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm>. Acesso: 20 mai. 2018.

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de Direito Tributário**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

ESTEVES, Débora Nogueira; SILVA, Lucas Campos de Andrade. In: **CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI**, 24, 2016, Curitiba. Anais eletrônicos...Florianópolis: Conpedi, 2016. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/02q8agmu/ylyu20h4l/4L44be6ynC5E085S.pdf>>. Acesso: 20 mai. 2018.

FARIAS, Cristiano Chaves de; VEIGA, Melissa Ourives. Possibilidade de Diretivas Antecipadas de Vontade por pessoa com deficiência (em regime de curatela ou não). In: CABRAL, Hildeliza Boechat; ZAGANELLI, Margareth Vetis (Org.). **Diretivas Antecipadas de Vontade: autonomia e dignidade do paciente**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2017. p. 24-41.

FONTANA, Andressa Tonetto. **A aplicabilidade da tomada de decisão apoiada no direito brasileiro**. Disponível: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI279201,41046-A+aplicabilidade+da+tomada+de+decisao+apoiada+no+direito+brasileiro>>. Acesso em: 20 mai. 2018.



Artigo

MENEZES, Joyceane Bezerra de. Tomada de decisão apoiada: instrumento de apoio ao exercício da capacidade civil da pessoa com deficiência instituído pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015). **Revista Brasileira de Direito Civil**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 03, p. 31-57, jul./set. 2016.

PAULA, Bárbara Rodrigues de. **O estatuto da pessoa com deficiência: uma análise crítica sobre o regime das incapacidades e o instituto da tomada de decisão apoiada**. 2016. 38 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

REICHER, Stella Camlot. A capacidade legal das pessoas com deficiência: novo marco regulatório propõe um panorama de maior autonomia e emancipação para as pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista Di**, n. 10, 2016. Disponível em: <https://apaebrazil.org.br/uploads/5383-a_capacidade_legal_das_pessoas_com_deficiaencia.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2018.

REQUIÃO, Maurício. As mudanças na capacidade e a inclusão da tomada de decisão apoiada a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Revista de Direito Civil Contemporâneo**, São Paulo, vol. 6, p. 37-54, jan./mar. 2016.

REQUIÃO, Maurício. Conheça a tomada de decisão apoiada, novo regime alternativo à curatela. **Revista Consultor Jurídico**, 14 set. 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-set-14/direito-civil-atual-conheca-tomada-decisao-apoiada-regime-alternativo-curatela>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

RODRIGUES, Júlia Martins. **Deficiência mental, capacidade plena e autodeterminação: as inovações previstas na Lei de Inclusão Brasileira**. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Inovação) – Programa de Pós-Graduação em Direito e Inovação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

ROSEVALD, Nelson. A tomada de decisão apoiada. **Jornal Carta Forense**, São Paulo, 03 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/a-tomada-da-decisao-apoiada/15956>>. Acesso em: 18 abr. 2018.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SCHREIBER, Anderson. Tomada de Decisão Apoiada: o que é e qual a sua utilidade?. **Jornal Carta Forense**, São Paulo, 03 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/tomada-de-decisao-apoiada-o-que-e-e-qual-sua-utilidade/16608>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

ZAGANELLI, Margareth Vetis; VICENTE, Larissa de Pizzol. Tomada de decisão apoiada: instrumento protetivo-emancipatório de Direitos Humanos da pessoa com deficiência. In: GONÇALVES, Rubén Miranda; Veiga, Fábio da Silva (Org.). **Los desafios jurídicos a lagobernanza global: una perspectiva para los próximos siglos**. Brasília: Advocacia Geral da União, 2017. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/171677>. Acesso em: 03 mai. 2018.



TOMADA DE DECISÃO APOIADA: INSTRUMENTO PROTETIVO DO EXERCÍCIO DA
CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Páginas 270 a 290

Artigo

ÚTERO SUBROGADO A LA LUZ DE LA BIOÉTICA Y DE LA BIOÉTICA JURÍDICA

SUBTERRECTED UTERUS IN THE LIGHT OF BIOETHICS AND LEGAL BIOETHICS

ÚTERO SUB-ROGADO À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

Raquel Veggi Moreira
Verusca Moss Simões dos Reis

RESUMEN - Útero subrogado es una práctica posibilitada por el manoseo de las técnicas de reproducción humana asistida, a partir de la manipulación de material genético. Se trata de un acuerdo establecido entre dos partes: el/los solicitante(s) – una pareja o una mujer, imposibilitado(a) de engendrar hijos – y la mujer que presta el propio útero, denominada de vientre solidario, útero de sustitución, madre de sustitución, o popularmente conocido como “vientre de alquiler”, entre otras denominaciones. Por ser un tema complejo y de opiniones contrapuestas, y que envuelve una diversa gama de actores sociales, surgen implicaciones del útero subrogado filosóficas y éticas jurídicas. Uno de los grandes desafíos que envuelven la práctica del útero subrogado es la necesidad de limitarse la acción del hombre sobre la vida humana. Ante el expuesto, el presente artículo tiene como objetivo abordar la práctica del útero subrogado a la luz de la Bioética y de la Bioética Jurídica, como disciplinas capaces de dialogar con diferentes áreas del conocimiento, como el Derecho, la Filosofía y la Ética, para que se pueda encontrar caminos para prácticas que valoricen la vida humana. Además de evidenciar la necesidad de reglamentación jurídica, delante de tantas implicaciones advenidas de esa práctica, cabe también demostrar, por medio de la Bioética y de la Bioética Jurídica, la relevancia de incorporarse la sociedad en el debate y decisiones acerca de esos nuevos dilemas advenido de los avances biotecnológicos. Por la ausencia de legislación específica que reglamente tal práctica, se busca, en esas disciplinas, caminos que puedan no sólo limitar la acción del hombre sobre la vida humana, como también, armonizar las relaciones entre el hombre y las biotecnologías. La metodología utilizada fue cualitativa y exploratoria, mediante pesquisa bibliográfica.

Palabras clave: Útero subrogado; Legislación específica; Bioética; Bioética Jurídica.



Artigo

ABSTRACT - Subrogated uterus is a practice made possible by the manipulation of assisted human reproduction techniques, from the manipulation of genetic material. It is an agreement between two parties: the petitioner (s) - a couple or a woman unable to bear children - and the woman who lends her own womb, called a solidarity belly, substitution uterus ,replacement mother, or popularly known as "surrogacy", among other denominations. Because it is a complex and controversial subject, and involves a diverse range of social actors, philosophical and ethical-juridical implications arise. One of the great challenges involving the practice of the subrogated uterus is the need to limit man's action on human life. In view of the above, this article aims to address the practice of the uterus subrogated on the view of Bioethics and Biodiversity, as disciplines capable of dialoguing with different areas of knowledge, such as Law, Philosophy and Ethics, so that ways of valuing human life. In addition to highlighting the need for legal regulation, against many implications of this practice, it is also important to demonstrate, through bioethics and legal bioethics, the importance of incorporating society into the debate and decisions about these new dilemmas arising from biotechnological advances. In the absence of specific legislation regulating this practice, it is searched in these disciplines ways that can not only limit human action on human life, but also harmonize the relations between man and biotechnologies. The methodology used was qualitative and exploratory, through bibliographic research.

Keywords: Subrogated uterus; Specific legislation; Bioethics; Legal bioethics.

RESUMO - Útero sub-rogado é uma prática possibilitada pelo manuseio das técnicas de reprodução humana assistida, a partir da manipulação de material genético. Trata-se de um acordo estabelecido entre duas partes: o(s) solicitante(s) – um casal ou uma mulher, impossibilitado(a) de gerar filhos – e a mulher que empresta o próprio útero, denominada de barriga solidária, útero de substituição, mãe de substituição, ou popularmente conhecida como “barriga de aluguel”, entre outras denominações. Por ser um tema complexo e controverso, e que envolve uma diversa gama de atores sociais, surgem implicações filosóficas e ético-jurídicas. Um dos grandes desafios que envolvem a prática do útero sub-rogado é a necessidade de se limitar a ação do homem sobre a vida humana. Ante o exposto, o presente artigo tem como objetivo abordar a prática do útero sub-rogado à luz da Bioética e da Bioética Jurídica, como disciplinas capazes de dialogar com diferentes áreas do conhecimento, como o Direito, a Filosofia e



Artigo

a Ética, para que se possa encontrar caminhos para práticas que valorizem a vida humana. Além de evidenciar a necessidade de regulamentação jurídica, diante de tantas implicações advindas dessa prática, cabe também demonstrar, por meio da Bioética e da Bioética Jurídica, a relevância de se incorporar a sociedade no debate e decisões acerca desses novos dilemas advindos dos avanços biotecnológicos. Pela ausência de legislação específica que regule tal prática, busca-se, nessas disciplinas, caminhos que possam não só limitar a ação do homem sobre a vida humana, como também, harmonizar as relações entre o homem e as biotecnologias. A metodologia utilizada foi qualitativa e exploratória, mediante pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Útero sub-rogado; Legislação específica; Bioética; Bioética Jurídica.

CONSIDERACIONES INICIALES

La biotecnología abarca las técnicas de reproducción humana asistida, y el avance de esas, por su vez, propició el surgimiento de la práctica del útero subrogado. Popularmente denominado de “vientre de alquiler”, esa práctica envuelve dos partes: los solicitantes – una pareja o una mujer imposibilitado(a) de generar hijos – y la mujer portadora, que cede el propio útero y pacta la concretización del proyecto familiar de poseer descendientes. Por no ser aún reglamentada en Brasil, no posee disciplina legal que satisfaga las exigencias de la actualidad. Así, el tema trae diversas consecuencias no resueltas por la ausencia de legislación específica, y, también, por implicaciones filosóficas, éticas y jurídicas.

Bajo el punto de vista filosófico, tal práctica altera la concepción de lo que es natural y de lo que es socialmente construido (LATOURET, 1996), pues envuelve una redefinición de lo que antes era circunscrito al dominio de la naturaleza, sin haber intervención del individuo o de la sociedad, una vez que no había posibilidad de intervención en la gestación. Además de eso, hay una revisión en la noción de maternidad, paternidad y familia. De entre las implicaciones jurídicas, una de ellas concierne al grado de parentesco que será establecido entre el ser que nacerá y los que cedieron el material genético, los que lo idealizaron, y aquella que lo traerá al mundo. Con relación a las implicaciones éticas, se puede aludir la modificación de características genéticas (del niño) para satisfacer las expectativas de los idealizadores de un proyecto parental, visando el perfeccionamiento o la busca de perfección de la especie humana.



Artigo

Ante el expuesto, el objetivo de este artículo es abordar la práctica del útero subrogado a la luz de la Bioética y de la Bioética Jurídica, como disciplinas capaces de dialogar con diferentes áreas del conocimiento, como el Derecho, la Filosofía y la Ética, para que se pueda encontrar caminos para prácticas que valoren la vida humana. Para tal, se abordará, inicialmente, algunas consecuencias filosóficas, jurídicas y éticas del útero subrogado, y, posteriormente, el papel que la Bioética y la Bioética Jurídica poseen en el entendimiento de esa práctica que posibilita tantas controversias.

Además de eso, se buscará evidenciar la necesidad de reglamentación jurídica delante de tantas implicaciones que la práctica acomete; así como demuestra, por medio de la Bioética y de la Bioética Jurídica, la relevancia de incorporarse a la sociedad en el debate y en las decisiones acerca de esos nuevos dilemas advenidos de los avances biotecnológicos, pues se percibe que la Bioética, en particular, puede ser un puente para el diálogo con la sociedad en se tratando de temas polémicos y de opiniones contrapuestas, como el útero subrogado.

Será utilizada metodología cualitativa, de carácter exploratorio, por medio de estudio bibliográfico en obras y artículos científicos de expertos en el asunto.

ASPECTOS FILOSÓFICO-JURÍDICOS DEL ÚTERO SUBROGADO

La práctica del útero subrogado surgió después de la evolución histórica de la procreación humana asistida, o reproducción humana asistida¹, o aún, fecundación artificial. De acuerdo con Pisetta (2014), considerando la edad del mundo, se puede decir que las experiencias y descubiertas referentes a la reproducción humana natural son bastante recientes y, cuanto a la reproducción asistida, esas entonces son esencialmente contemporáneas.

Conforme mencionado, importa decir que el útero subrogado se presente como una consecuencia de los avances tecnológicos, y que, por su complejidad y amplitud, refleja en diferentes áreas del conocimiento, como en la filosófica, jurídica y principalmente ética, sobre el uso que la sociedad tiene hecho de esa práctica.

¹ Conceptualmente, la Reproducción Humana Asistida (RHA/RA) es “[...] o conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano” (SILVA, Américo Luís Martins da. **Direito de Família**. União conjugais, estáveis, instáveis e costumes alternativos. Leme/SP: Editora Cronus, 2015, p. 696), permitindo que mujeres consideradas infértiles (o no) concreten la posibilidad de tener hijos.



Artigo

Bajo el punto de vista filosófico, antes del advenimiento de las técnicas de reproducción asistida, básicamente existían sólo dos formas de maternidad reconocidas por la sociedad occidental: la madre biológica, aquella que embarazaba y daba la luz; y la madre social, la que creaba. Excepto en el caso de la adopción, cuando la madre no genitora desempeñaba el papel de madre social (educadora). Sin embargo, la madre biológica también era como madre social, aquella que educaba, cuidaba, y daba cariño (WILLIAMS-JONES, 2002). La maternidad es algo complejo de definirse, dada su ambigüedad y la imbricación entre natural y social, principalmente con la utilización de las técnicas conceptivas en los últimos tiempos.

La idea de maternidad por útero subrogado, y demás denominaciones dadas, como “útero de sustitución”, “cesión temporaria del útero”, entre otras, puede ser interpretada como la manifestación más elevada del deseo de un casal, sea hetero o homoafectivo – o de una mujer o hombre – de tener un hijo genéticamente ligado a los padres o uno de ellos (o mismo a ningún de ellos).

Este es el deseo de tener un hijo a cualquier costo, en que nociones lingüísticas como “maternidad”, “paternidad” y “familia” están siendo revisadas. En el caso de la maternidad sustituible, no está absolutamente definido quien es la madre del niño, como también si procrear es un derecho o un privilegio, y si la familia es una comunidad, que consiste en hombres y mujeres que se juntaron por amor mutuo y voluntad procreacional, o una “asociación”, que permite que otros vengan a tener determinadas relaciones con la familia (donador de espermatozoides o de óvulos, etc.) (BOYKO, 2011, p. 16).

Todavía, segundo Boyko (2011), se puede levantar la cuestión de la exploración del cuerpo humano y la posibilidad de seres humanos aún no nacidos se convirtieren objetos de manipulación. Además de eso, por la maternidad/paternidad construida por las “manos” de la técnica, a partir de los deseos humanos, no hay cómo distinguirse el humano del no humano, el natural del fabricado. Es lo que apunta para la necesidad de reformulación de la noción de maternidad y familia.

Delante de eso, la naturaleza deja de tener papel central y pasa a ser coadyuvante, en las “manos” de los hombres que, al utilizaren de esa técnica para la realización de sus deseos de procreación, crean consecuencias sociales. En otras palabras, el ser humano, al hacer uso de las técnicas de reproducción asistida (RA) y de la práctica del útero subrogado, transforma algo que era perteneciente solamente al dominio de la naturaleza – en el caso, la gestación biológica – en algo socialmente construido, teniendo en vista que este puede intervenir en el proceso de forma directa con sus deseos.



Artigo

En ese escenario de múltiples posibilidades, naturalmente el concepto de familia tiende a modificarse, pues lo que era antes un formación tradicional entre padre, madre e hijo(s) (LÉVI-STRAUSS, 1972), actualmente puede ser construida por diferentes actores, como parejas homoafectivas, o por hombres y mujeres que viven solos (familia monoparental). Las nuevas concepciones de familia están en los detalles, o sea, en la forma como se constituyen y/o en sus integrantes.

En el ámbito de esas discusiones, hay que hablarse en las implicaciones jurídicas en consecuencia de la práctica del útero subrogado. Una de ellas dice respecto a las modificaciones en la sociedad, percibida en la constitución de familia, en los conceptos de esta última, de la maternidad y paternidad, teniendo en vista la relativización de los principios “mater semper certa est” (maternidad es siempre cierta) y “pater semper incertus” (paternidad es siempre incierta). En ese sentido, Eduardo de Oliveira Leite (1995, p. 201) comenta que:

El cuestionamiento sobre la filiación paterna y materna obligó a la sociedad a ejercer control más efectivo sobre la nueva realidad. [...]. Los lazos tradicionales que unían la pareja al niño están completamente alterados. Así como el niño puede tener padres (el donador de esperma, el padre adoptivo, el marido de la madre) puede igualmente tener tres madres (la madre biológica, la madre portadora y la madre de recepción).²

Además de eso, la familia dejó de tener un concepto unívoco, una vez que su configuración fue modificándose al largo del tiempo, y más aún con las posibilidades propiciadas por la RA. Así, la familia fue asumiendo nuevas formas y modos de constituirse además del convencional, no prendiéndose a las formalidades, antes exigidas, pues, en un pasado aún reciente, la familia sólo podría ser constituida por hombre, mujer e hijo(s) por medio del matrimonio civil y religioso.

Mismo con la inexistencia de legislación específica que regularmente la RA y la práctica del útero subrogado, las nuevas formas de familia tienen amparo constitucional,

² “O questionamento sobre a filiação paterna e materna obrigou a sociedade a exercer um controle mais efetivo sobre a nova realidade. [...]. Os laços tradicionais que uniam o casal à criança estão completamente alterados. Assim como a criança pode ter três pais (o doador do esperma, o pai adotivo, o marido da mãe) pode igualmente ter três mães (a mãe biológica, a mãe portadora e a mãe de recepção)”. (LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriações artificiais e o Direito**. Aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995, p. 201).



Artigo

o sea, la familia, independiente de su formación, pasó a tener protección, por fuerza de los principios (dignidad de la persona humana, autonomía privada, equidad, entre otros), que rigen la Constitución Federal de 1988.

Delante de un tema complejo, que envuelve diferentes áreas del conocimiento, conflictos pueden surgir – muchas veces de difíciles soluciones en ámbito jurídico –, teniendo en vista la falta de ley específica que reglamente la materia. En Brasil, lo que tiene sido utilizado como amparo en los tribunales es la Resolución del Consejo Federal de Medicina (CFM) nº 2.168/2017, editada desde 1992 y que tiene sido modificada a lo largo de los años. Esa resolución haz que el precepto jurídico perfeccione las técnicas de reproducción asistida, explicitando principios éticos y bioéticos que deberán ser respetados con el objetivo de traer “[...] mayor seguridad y eficacia a tratamientos y procedimientos médicos -, tornándose el dispositivo deontológico a ser seguido por los médicos brasileños” (BRASIL, 2017, p. 1).³

Además del expuesto, cabe destacar la cuestión de la eugenesia como una de las consecuencias éticas, pues, además de vedada en prácticamente todos los países, impulsó el hombre a buscar la perfección en características específicas de la especie humana. Su utilización sería un “control de calidad” de la raza humana. Sobre esa cuestión, Jürgen Habermas manifiesta su repudio y cuestiona si, nosotros seres humanos, “[...] gostaríamos de viver en una sociedade que adquire consideração narcisista por las propias preferencias al precio de la insensibilidad en relación a los fundamentos normativos y naturales de la vida” (HABERMAS, 2010, p. 29).⁴

La adopción de ciertas prácticas, como la RA o pesquisas como células troncales, así como la elección de características personales para atender un deseo, son cuestiones que suscitan discusiones en diferentes áreas (filosóficas, ética, religiosa, jurídica) e, por lo tanto, distintos juicios, a partir de criterios diversos.

En ese escenario, surgen la Bioética y la Bioética Jurídica, dos disciplinas que desempeñan un papel de gran importancia con relación a las nuevas biotecnologías, en

³ “[...] maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros”. (BRASIL, **Resolução nº 2.168**, de 10 de novembro de 2017. p. 1. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acesso em: 15 nov. 2017).

⁴ “[...] gostaríamos de viver numa sociedade que adquire consideração narcísica pelas próprias preferências ao preço da insensibilidade em relação aos fundamentos normativos e naturais da vida.” (HABERMAS, Jürgen. **O futuro da natureza humana**. São Paulo: Editora WMF/Martins Fontes, 2010, p. 29).



Artigo

particular a la técnica de la reproducción humana médicamente asistida y a la práctica del útero subrogado.

BIOÉTICA Y LA BIOÉTICA JURÍDICA EN EL CONTEXTO DEL ÚTERO SUBROGADO

La reproducción humana asistida, un producto de la evolución de las biotecnologías, posibilita que personas infértiles, no apenas mujeres, igualmente hombres, consagren el deseo de tener hijo(s). Sin embargo, conforme expuesto, esas técnicas suscitan cuestionamientos e implicaciones ético jurídicas, principalmente cuando se trata de útero subrogado, que, de alguna manera despierta, entre otras cosas, indagaciones sobre el proceso natural y el proceso artificial de procreación. Aún, por el hecho de la RA, especialmente de la práctica del útero subrogado, prescindir de reglamentación legal, se busca en la Bioética y en la Bioética Jurídica caminos para que se “limite” la acción del hombre sobre la vida del ser humano. Por esa razón, surgieron esas dos disciplinas, no para “eliminar el acaso, el desorden, la incertidumbre de la comprensión de la realidad”, porque todo eso “[...] haz parte de la evolución del universo”⁵ (JUNGES, 2006, p. 18-19), mas para dialogar con la sociedad e imponer límites a las acciones humanas. Por esa razón, la interacción entre ellas puede ser considerada como una posible salida para los problemas traídos por los avances de la biotecnología, sobre todo, por la práctica del útero de sustitución.

La Bioética busca tratar de las relaciones éticas entre las partes envueltas. Es una nueva área del conocimiento que, a los pocos, tiene se convertido una de las más importantes herramientas del Derecho moderno para estudiar, analizar y regular las relaciones traídas por las nuevas tecnologías. Ya la Bioética Jurídica, como una nueva ciencia jurídica, busca tutelar las relaciones entre la Biotecnología, sus propulsores y toda la raza humana, ante la inconsistencia de la tutela de las nuevas prácticas traídas por la Revolución Biotecnológica por las antiguas áreas jurídicas (TALLARICO; MARTINS, 2014).

De acuerdo con Tinant (2007, p. 152),

⁵ “não eliminar o acaso, a desordem, a incerteza da compreensão da realidade” (...) “[...] faz parte da evolução do universo”. (JUNGES, José Roque. **Bioética**. Hermenêutica e casuística. São Paulo: Edições Loyola, 2006, p. 18-19).



Artigo

El término ‘bioética jurídica’ procura evitar, pues, la confusión de términos y por ende de conceptos, confirmando que se trata de algo más que una mera ‘*nominis quaestio*’, desde que la noción de ‘ética’ debe presidir el debate. El riesgo adicional que puede significar la supresión del ‘*ethos*’ se desprende de vocablos que designan otros fenómenos de ‘*bios*’ de nuestro tiempo – ‘*biologicismos*’ -, algunos con inciertos y preocupantes alcances, otros trasuntando renovados esfuerzos por defender la vida. A la inversa, incluso alegando o pretextando una defensa de aquél, cabe observar asimismo algunos ‘*eticismos*’ que prescinden del vocablo vida.

La palabra Bioética fue empleada por primera vez en la obra de Van Rensselder Potter, “Bioethics: brige to the future”, en 1971, y concebida como “ciencia de la sobrevivencia”. A la época, era una disciplina unida a las ciencias biológicas, que concedería al hombre permiso para participar en la evolución del proceso biológico, de las poblaciones y especies, con la finalidad de garantizar su calidad de vida. En otras palabras, por medio de la Bioética se desenvolvería la “[...] ética de las relaciones vitales de los seres humanos, entre ellos y de ellos con el ecosistema” (IDALÓ, 2011, p. 140).⁶

José Roque Junges (2006, p. 33) afirma que la Bioética “[...] surgió como preocupación con las incidencias de la intervención tecnológica del ser humano en el ambiente natural y como respuesta a los dilemas éticos provocados por las nuevas descubiertas biológicas y por los avances de la medicina”.⁷No se puede negar la pluralidad de cuestionamientos y argumentaciones sobre cuestiones ético-jurídicas en la sociedad brasileña, de entre ellas, en el que se refiere a las técnicas de la reproducción asistida y de su práctica, denominada de útero subrogado. En ese escenario, merecen especial atención, pues la Bioética está relacionada a un doble fenómeno, en la opinión de Christian Byk (2015, p. 317-318):

⁶ “[...] ética das relações vitais dos seres humanos, entre si e deles com o ecossistema” (IDALÓ, Marcella Franco Maluf. A reprodução assistida em face ao biodireito e sua hermenêutica constitucional. **Revista Jurídica UNIARAXÁ**, Araxá, v. 15, n. 14, p. 137-162, p. 140, 2011. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/download/31/23>>. Acesso em: 15 mai. 2016).

⁷ “[...] surgiu como preocupação com as incidências da intervenção tecnológica do ser humano no ambiente natural e como resposta aos dilemas éticos provocados pelas novas descobertas biológicas e pelos avanços da medicina”. (JUNGES, José Roque. **Bioética**. Hermenêutica e casuística. São Paulo: Edições Loyola, 2006, p. 33).



Artigo

[...] se trata, por un lado, del rápido desenvolvimiento de nuevas técnicas de reproducción, que, nombradamente, consagran la censura entre procreación y sexualidad; y, por otro, de esa busca infinita de la felicidad que, en las sociedades occidentales, refuerza el deseo de pleno desenvolvimiento individual, hasta mismo y inclusive en la esfera familiar. La bioética es entonces percibida, en las sociedades ‘pluralistas’, como la llave que, en falta de referencia, acepta a otros valores sociales rechazados por su dogmatismo, ofrece la posibilidad de conjugar los intereses contrarios, orientarlos por normas consensuales y evolutivas.⁸

Siendo así, la Bioética “confiere legitimidad al que parece socialmente acepto, insertándolo, en el plan jurídico, el más próximo posible de un modelo familiar” (BYK, 2015, p. 318)⁹, en una sociedad pluralista y en constante transformación social, cultural y política. En el ámbito social, las transformaciones ocurren en el contexto familiar, en las relaciones familiares, muchas veces opuestas, rompiendo con modelos convencionales de familia; en términos culturales, por ejemplo, la reproducción asistida desenvuelve representaciones de las más variadas posibles, incluso en el mundo sagrado (religión).

Según Pessini y Barchifontaine (2014, p. 34), “[...] hoy la bioética moderna mostró a la medicina la utilidad del pensamiento filosófico a respeto de problemas éticos”.¹⁰ De entre ellos están los relacionados a la reproducción humana asistida. En

⁸ “[...] trata-se, por um lado, do rápido desenvolvimento de novas técnicas de reprodução que, nomeadamente, consagram a cesura entre procriação e sexualidade; e, por outro, dessa busca infinita da felicidade que, nas sociedades ocidentais, reforça o desejo de pleno desenvolvimento individual, até mesmo e inclusive na esfera familiar. A bioética é então percebida, nas sociedades ‘pluralistas’, como a chave que, na falta de referência, aceita a outros valores sociais rejeitados por seu dogmatismo, oferece a possibilidade de conjugar os interesses contrários, orientá-los por normas consensuais e evolutivas.” (BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. [Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira]. São Paulo: Paulus, 2015, p. 317-318).

⁹ “confere legitimidade ao que parece socialmente aceito, inserindo-o, no plano jurídico, o mais próximo possível de um modelo familiar” (BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. [Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira]. São Paulo: Paulus, 2015, p. 318).

¹⁰ “[...] hoje a bioética moderna mostrou à medicina a utilidade do pensamento filosófico a respeito de problemas éticos”. (PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2014, p. 34).



Artigo

razón de eso, la Bioética no debe y ni puede ignorar el proceso legislativo en curso en el sector médico, más específicamente cuando se trata de reproducción conceptiva.

Mas un contexto complejo como este implicando en sexualidad, reproducción, familia, matrimonio, futuras generaciones y el propio concepto de vida, trae desafíos permanentes, y que se renuevan, para debate sobre ética, ciencia y política, bien como para la reflexión bioética de modo general, que debe mantenerse abierta y permeable a las voces activas en el campo de la reproducción asistida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 337).¹¹

En lo que se refiere a la RA, que está insertada en el contexto de la imprevisibilidad de resultados de la pesquisa, nuevas formas de procreación con profundas consecuencias en los conceptos de maternidad y paternidad muestran la urgencia de la necesidad de proteger la especie humana delante de tantos avances – y tan rápidos –, teniendo como base los tres principios éticos, pilares de la Bioética: el de la autonomía, de la beneficencia y de la justicia; buscando siempre los beneficios para el ser humano y respetando los límites de la dignidad humana (FERRAZ, 2011).

La aplicación de los tres principios de la Bioética, concomitantemente, debe ser hecha desde que sean discutidos los fundamentos éticos, pues en algún momento pueden tornarse conflictivos, contradictorios y auto excluyentes, una vez que entre ellos existen “[...] puntos centrales, por veces, convergentes” (FERRAZ, 2011, p. 27).¹²

Según Barbosa et al. (1994, p. 109),

La Bioética, o “ética de la vida”, constituye uno de los resultados más prometedor del diálogo entre filosofía y ciencia; en particular entre la filosofía práctica (la ética) y la filosofía de la ciencia (la epistemología). Siendo esencialmente una inter crítica entre knowwhat, knowhow e knowwhy, esto es, entre las tres dimensiones del

¹¹ “Mas um contexto complexo como este implicando em sexualidade, reprodução, família, casamento, futuras gerações e o próprio conceito de vida, traz desafios permanentes, e que se renovam, para debate sobre ética, ciência e política, bem como para a reflexão bioética de modo geral, que deve se manter aberta e permeável às vozes ativas no campo da reprodução assistida”. (PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2014, p. 337).

¹² “[...] pontos centrais, por vezes, convergentes” (FERRAZ, Ana Cláudia Brandão de Barros Correia. **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**. A filiação e a origem genética sob a perspectiva da responsabilização. Curitiba: Juruá, 2011, p. 27).



Artigo

saber/hacer, ¿lo qué? ¿cómo? ¿por qué? -, la bioética no solamente renueva el debate teórico, vinculando la tecnociencia a los principios ético-morales de responsabilidad, equidad y solidaridad, como actualiza la necesidad de repensarse radicalmente el proceso de civilización, con sus mitos, utopías y realidades.¹³

En ese sentido, la Bioética no puede dispensar diálogos abiertos entre estudiosos de áreas como la Filosofía, la Teología, la Sociología, el Derecho, la Medicina, la Genética, la Biología, la Psicología, la Economía, la Ciencia Política, la Demografía y de todas las otras áreas que trabajan o proporcionan subsidios a los estudios directamente relacionados con la vida humana y la que se destina. Por eso, la interdisciplinaridad es indispensable, “[...] y por el involucramiento de la actividad crítica acostumbra ser asociada a la ética filosófica, sin embargo, sin abandonar la conexión con todas las otras disciplinas” (HRYNIEWICZ; SAUWEN, 2008, p. 12).¹⁴

La Bioética “[...] tiene un gran significado de diálogo, de participación y comunicación efectiva con la sociedad.”¹⁵ Ese diálogo puede ocurrir dentro de comunidades en diversos seguimientos de la sociedad, dado su carácter pluralista, inter,

¹³ “A bioética, ou “ética da vida”, constitui um dos resultados mais promissores do diálogo entre filosofia e ciência; em particular entre a filosofia prática (a ética) e a filosofia da ciência (a epistemologia). Sendo essencialmente uma inter crítica entre knowwhat, knowhow e knowwhy, isto é, entre as três dimensões do saber/fazer, o quê? como? por quê? -, a bioética não somente renova o debate teórico, vinculando a tecnociência aos princípios ético-morais de responsabilidade, equidade e solidariedade, como atualiza a necessidade de se repensar radicalmente o processo civilizatório, com seus mitos, utopias e realidades.” (BARBOSA, Vilmar; CORREIA, Francisco; GALLER, Ricardo; PALATINIK, Marcos; SCHATZMAYR, Hermann. Bioética: um ponto de encontro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, July/Oct. 1994, p. 109. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a09v01n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016).

¹⁴ “[...] e pelo envolvimento da atividade crítica costuma ser associada à ética filosófica, sem, no entanto, abandonar a conexão com todas as outras disciplinas” (HRYNIEWICZ, Severo; SAUWEN, Regina Fiuza. **O direito “in vitro”**: da Bioética ao Biodireito. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p. 12).

¹⁵ “[...] tem um grande significado de diálogo, de participação e comunicação efetiva com a sociedade.” (HOSSNE, William Saad; PESSINI, Leocir. Bioética aos 40 anos: De “ponte para o futuro” para “ponte para a sociedade e para a cidadania”. *Revista Bioetikos*, Centro Universitário São Camilo – 2010; 4(2):130-143. In: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2014, p. 461-462).



Artigo

multi y transdisciplinar, que envuelve no sólo la comunidad científica, como también todos los ciudadanos (HOSSNE; PESSINI, 2010 apud PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 461-462). De ahí su importancia, pues podría ejercer la función de estrechar ese diálogo entre las partes, o sea entre la comunidad médico científica, la comunidad jurídica, como también sería el puente para la sociedad ejercer la ciudadanía. Además de eso, por el hecho de la Bioética “ser pluralista, busca más la armonía y el consenso de lo que la valorización de los contrarios: ella ofrece, sobre todo, procedimientos de diálogo y no tanto la posibilidad de fijar posiciones definidas” (BYK, 2015, p. 12).¹⁶ Implica, por lo tanto, en un diálogo interdisciplinar, fruto de una crítica mutua de las diferentes racionalidades, comprometidas en situaciones éticas a veces bastante complejas, mas de gran importancia (JUNGES, 2006). Se trata de temáticas interdisciplinarias y transdisciplinarias, que la Bioética, para abordarlas con la seriedad que merece, depende del concurso de diferentes saberes.

Eses debates interdisciplinarios están insertados en el contexto epistemológico cuando del surgimiento de la Bioética, en una época de grandes cambios de paradigmas en el campo de las ciencias, cuando el modelo simplificador y fragmentado de la ciencia moderna empezó a entrar en crisis, emergiendo para el paradigma de la complejidad, en una visión trans/interdisciplinar de la realidad (JUNGES, 2006).

Además de eso, no se puede dejar de mencionar que la Bioética tiene precedentes jurídicos, pues, según Barbosa et al. (1994), tuvo base en el concepto de “[...] crímenes contra la humanidad” a causa del proceso de Nuremberg, y pasó a ser incorporada a otras problemáticas de modo sucesivo y gradual, como por ejemplo, a los derechos y deberes de todos los seres humanos, a los derechos de los otros seres vivos y a los derechos ambientales o ecológicos. De ese modo, la “reflexión bioética posee manifiesto compromiso con la verdadera democracia, basada en el binomio libertad y responsabilidad, que es básicamente la idea de existencia de límites: la ley que ayuda a encontrar la identidad, el sentido y poderes” (SANTOS, 2001, p. 317).¹⁷

¹⁶ “ser pluralista, busca mais a harmonia e o consenso do que a valorização dos contrários: ela oferece, sobretudo, procedimentos de diálogo e não tanto a possibilidade de fixar posições definidas” (BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. [Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira]. São Paulo: Paulus, 2015, p. 12).

¹⁷ “reflexão bioética possui manifesto compromisso com a verdadeira democracia, alicerçada no binômio liberdade e responsabilidade, que é basicamente a ideia de existência de limites: a lei que ajuda a encontrar a identidade, o sentido e poderes” (SANTOS, Maria Celeste Cordeiro



Artigo

Delante de tanta complejidad y de tantos desafíos, se incumbe la reflexión sobre los avances existentes y sobre los que están por venir. No obstante, parece desafiador buscar siempre respuestas para lo que está lejos de tener reglamentaciones específicas. Cuanto a eso, Habermas (2010, p. 38-39) menciona que:

[...] importantes cuestiones bioéticas ciertamente están ligadas al aumento de la acuidad del diagnóstico y al dominio terapéutico de la naturaleza humana. Sin embargo, solamente la técnica genética, que tiene en vista la selección y la alteración de las características, bien como la pesquisa necesaria para tanto y destinada a terapias genética futuras (pesquisa esa que casi no permite una diferenciación entre la pesquisa fundamental y la aplicación médica) constituyen una nueva especie de desafíos.¹⁸

Puede referirse, en esos casos, a prácticas eugenésicas, lo que es prohibido en todos los países occidentales. Según Habermas (2010), la eugenesia nace con un bias de pesquisa básica/fundamental y, en un segundo plano, ya adopta una aplicación práctica, no habiendo distinción entre una y otra, en el contexto de la biotecnología.

Entretanto, es importante reconocer que, debido la gravedad de las consecuencias del uso que algunas personas hacen de la evolución de las técnicas médicas, así como las implicaciones del incumplimiento de las obligaciones éticas establecidas a los profesionales de la comunidad científica, de la área médica, el Derecho no puede mantenerse inerte – o omiso – delante de los hechos, manifestando así la tentativa de positivar las normas bioéticas por medio de la nombrada Bioética Jurídica (FERRAZ, 2011).

Cumple recordar, conforme Gama (2003), que la Bioética Jurídica surgió como un modo de evaluar mejor los avances biotecnológicos, humanizando sus efectos y consecuencias a partir de la concienciación cuanto a necesidad de control y de

Leite. Limites éticos e Jurídicos do Projeto Genoma Humano. In: _____. **Biodireito**. Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 317).

¹⁸ “[...] importantes questões bioéticas certamente estão ligadas ao aumento da acuidade do diagnóstico e ao domínio terapêutico da natureza humana. No entanto, somente a técnica genética, que tem em vista a seleção e a alteração das características, bem como a pesquisa necessária para tanto e destinada a terapias genéticas futuras (pesquisa essa que quase não permite uma diferenciação entre a pesquisa fundamental e a aplicação médica) constituem uma nova espécie de desafios.” (HABERMAS, Jürgen. **O futuro da natureza humana**. São Paulo: Editora WMF/Martins Fontes, 2010, p. 38-39).



Artigo

imposición de límites al proceso biotecnológico, inclusive cuanto a práctica del útero subrogado. Sin embargo, no debe ser resultado de decisiones unilaterales de determinada comunidad particular fundamentada en sus ideas políticas, económicas, sociales y religiosas. Ella solamente puede ser legitimada en su construcción con fundamento en el consenso y en el estímulo de las elecciones personales y responsables, en el ambiente pluralista, participativo, interdisciplinar y democrático.

Delante de eso, la Bioética Jurídica demanda normas racionales (coercitivas) que reglamentan la relación de ese ramo del Derecho con los destinatarios de las normas jurídicas. Siendo así, esa disciplina deberá recibir los principios (de la precaución, de la autonomía privada, de la responsabilidad y, principalmente, lo de la dignidad humana) para análisis de las relaciones jurídicas que envuelven esa nueva ciencia (la Bioética Jurídica). A partir de la expansión y evolución de la Biotecnología, la Bioética Jurídica señala su inicio y arraiga sus raíces. Uno de sus grandes desafíos es exactamente el rápido avance biotecnológico, pues la forma hodierna del poder de legislar no lo acompaña con la misma celeridad (TALLARICO; MARTINS, 2014).

Temas relacionados, como la Biología, la Biotecnología y la Medicina, deben ser tratados a partir de valores que determinada sociedad eligió por considerarlos fundamentales para la tutela de bienes jurídicos. Por eso, en un debate ético, el papel del filósofo y del teólogo es tan importante sobre lo que significa, en específico, el abordaje ético de una determinada cuestión, diferente de un abordaje puramente biológico, médico o técnico. (JUNGES, 2006). Es el caso del útero subrogado que, además de esos abordajes, envuelve cuestiones que discuten principalmente la dignidad humana, principios como la autodeterminación de la persona, solidaridad, gratuidad. Además de eso, cuestiones de orden jurídica, como derecho de filiación, derecho sucesorio, reconocimiento de paternidad, derecho de personalidad, pues envuelve esencialmente vidas humanas. En ese sentido, el Derecho, no puede dejar de intervenir en esas cuestiones que envuelven las técnicas biomédicas, sea para legitimarlas, sea para prohibir o reglamentarlas. Se trata de estimular el desenvolvimiento de la ciencia dentro de los límites humanos y, al mismo tiempo, no incentivarla cuando excede las fronteras inhumano e iatrogénicas (LEITE, 2001).

Así, de acuerdo con Leite (2001), los riesgos científicos, ocurrentes de las nuevas tecnologías médicas, son tratados por las normas de la Bioética, elaboradas por la comunidad científica y médica, en un primer instante, para después, en un segundo momento, pasaren para el terreno jurídico en normas necesarias, de cumplimiento obligatoria. Así, presupone la correlación existente entre la Bioética y la Bioética Jurídica.



Artigo

Entendiéndose que la Bioética es disciplina que examina y discute los aspectos éticos que envuelven aplicaciones de la Biología y de la Medicina apuntando caminos y medios de respetarse la vida humana, la Bioética Jurídica es un proceso normativo de los valores y principios determinados por la ética, tomando como paradigma el valor de la persona humana (LIMA NETO, 2001). De esa forma, se entiende que la Bioética y la Bioética Jurídica están intrínsecamente unidas, por lo tanto, son indisociables, una vez que ambos tratan antes de todo de la conducta humana, de la busca por los límites del uso de tecnologías, principalmente, en lo que dice respecto a reproducción humana asistidas y a práctica del útero subrogado.

La Bioética Jurídica levanta cuestiones sobre los límites jurídicos de la licitud de la intervención del hombre sobre el hombre, entre ellas, las técnicas de reproducción asistida y la práctica del útero subrogado. Por lo tanto, de acuerdo con Namba, la Bioética Jurídica “[...] formalista y legalista pretende garantizar la autonomía de la opción individual, confrontándose con los aspectos de la incompatibilidad con la voluntad opuesta”. De ese modo, “[...] la ciencia y la técnica sólo pueden intervenir sobre la vida humana desde que no afecten a dignidad y al derecho” (NAMBA, 2009, p. 14).¹⁹

Además de eso, por pensar que los hombres nacen libres e iguales delante la ley, conduce la persona a ampararse “[...] no en una realidad física o social concreta [...], mas en una visión política y universal del ser humano para la cual cada individuo es un ente abstracto, igual a sus semejantes en el espacio público”²⁰, en función de los derechos de que está constituido (BYK, 2015, p. 328). Por eso, cuando se habla en Bioética Jurídica, se habla en normas preventivas y de influencia del compromiso con la ética en la condición de la vida humana y de los avances científicos, como la reproducción humana asistida, sobre el nasciturus, o trasplante de células troncales, entre otros temas de igual importancia y que, al mismo tiempo, suscitan discusiones y se muestran bastante contrapuestos.

¹⁹ “[...] formalístico e legalístico pretende garantir a autonomia da opção individual, confrontando-se com os aspectos da incompatibilidade com a vontade oposta”. “[...] a ciência e a técnica só podem intervir sobre a vida humana desde que não afetem à dignidade e ao direito” (NAMBA, Edison Tetsuzo. **Bioética e Biodireito**. São Paulo: Atlas, 2009, p. 14).

²⁰ “[...] não em uma realidade física ou social concreta [...], mas em uma visão política e universal do ser humano para a qual cada indivíduo é um ente abstrato, igual a seus semelhantes no espaço público” (BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. [Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira]. São Paulo: Paulus, 2015, p. 328).



Artigo

Delante del expuesto, cabría solamente a ambas disciplinas trabajaren una mejor forma de incorporar la sociedad en el debate y decisiones cerca de esos nuevos dilemas advenidos de los avances biotecnológicos. De ese modo, la Bioética sería el puente para la sociedad y la ciudadanía. Sin embargo, es imprescindible que instituciones legislativas produzcan normas jurídicas adecuadas, y que esas normas sean ampliamente discutidas en el ámbito de la Bioética, como también de la Bioética Jurídica.

CONSIDERACIONES FINALES

Delante de lo que fue abordado, se observó que las técnicas de reproducción humana asistida, especialmente la práctica del útero subrogado, ya son demasiado utilizadas por personas infértiles en la sociedad contemporánea, en la busca de la realización del sueño de tener hijo(s), en la busca de un hijo perfecto, o sea, en la constitución de una familia.

En ese sentido, hay que (re)pensar las implicaciones éticas de tal práctica, pues se está tratando con vida(s) humana(s), además de considerar eventuales consecuencias y efectos jurídicos advenidos del útero subrogado, principalmente por la inexistencia de legislación específica. Así, el valor de la vida humana, los derechos y garantías fundamentales, que les son inherentes, deben ser respetados. Son cuestiones éticas, antes de todo, que se debe tener en cuenta.

Mas, ¿cómo la Bioética y la Bioética Jurídica pueden intervenir, o mismo regular tal práctica? La respuesta a esa indagación está en los límites – probables – que tanto la Bioética y la Bioética Jurídica pueden imponer, como también erigir reglas a acciones del hombre sobre la vida humana, o aún armonizar las relaciones del hombre con las técnicas. No se olvidando que la Bioética está intrínsecamente relacionada con la Bioética Jurídica y que ambas se preocupan con la formulación de reglas en el proceso técnico científico, especialmente en lo que se refiere a las biotecnologías – reproducción humana asistida y útero subrogado.

Tal vez uno de los grandes desafíos de la contemporaneidad sea la ausencia de legislación específica que reglamente la materia, pues, por lo que se percibió, tanto los principios que delimitan la Bioética cuanto los de la Bioética Jurídica aún no son plenamente suficientes para limitar conductas técnico científicas que eventualmente puedan ser nocivas a la vida humana.



Artigo

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Vilmar; CORREIA, Francisco; GALLER, Ricardo; PALATINIK, Marcos; SCHATZMAYR, Hermann. Bioética: um ponto de encontro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, July/Oct. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a09v01n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BOYKO, Ihor. Manipulations whit human life and surrogate motherhood: ethical aspects and moral guidelines. **Georgian Medical News**, n. 6 (195), 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21778534>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL, **Resolução nº 2.168**, de 10 de novembro de 2017. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. [Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira]. São Paulo: Paulus, 2015.

FERRAZ, Ana Cláudia Brandão de Barros Correia. **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**. A filiação e a origem genética sob a perspectiva da responsabilização. Curitiba: Juruá, 2011.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **A nova filiação: o Biodireito e as relações parentais**. O Estabelecimento da Parentalidade-Filiação e os Efeitos Jurídicos da Reprodução Assistida Heteróloga. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2003.

HABERMAS, Jürgen. **O futuro da natureza humana**. São Paulo: Editora WMF/Martins Fontes, 2010.

HOSSNE, William Saad; PESSINI, Leocir. Bioética aos 40 anos: De “ponte para o futuro” para “ponte para a sociedade e para a cidadania”. *Revista Bioetikos*, Centro Universitário São Camilo – 2010; 4(2):130-143. In: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2014.



Artigo

HRYNIEWICZ, Severo; SAUWEN, Regina Fiuza. **O direito “in vitro”**: da Bioética ao Biodireito. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008.

IDALÓ, Marcella Franco Maluf. A reprodução assistida em face ao biodireito e sua hermenêutica constitucional. **Revista Jurídica UNIARAXÁ**, Araxá, v. 15, n. 14, p. 137-162, 2011. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/download/31/23>>. Acesso em: 15 maio 2016.

JUNGES, José Roque. **Bioética**. Hermenêutica e casuística. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

LATOUR, Bruno. Do humano nas técnicas. In: SCHEPS, Ruth (Org.). **O império das técnicas**. Campinas/SP: Editora Papirus, 1996.

LEITE, Eduardo de Oliveira. O Direito, a Ciência e as leis bioéticas. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito**. Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

_____. **Procriações artificiais e o Direito**. Aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995.

LIMA NETO, Francisco Vieira. A maternidade de substituição e o contrato de gestação por outrem. In: **Biodireito**. Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

MARTINEZ, Flor Sánchez. Frente a um futuro espetacular e preocupante da terapia genica? In: CASABONA, Carlos Maria Romeo (Org.). **Biotecnologia, Direito e Bioética**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

NAMBA, Edison Tetsuzo. **Bioética e Biodireito**. São Paulo: Atlas, 2009.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2014.



Temas em Saúde

Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. Limites éticos e Jurídicos do Projeto Genoma Humano. In: _____. **Biodireito**. Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

SILVA, Américo Luís Martins da. **Direito de Família**. Uniões conjugais, estáveis, instáveis e costumes alternativos. Leme/SP: Editora Cronus, 2015.

TALLARICO, Rafael; MARTINS, Gleison José Pereira. **Biotecnologia, Direito e Ética**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2014.

TINANT, Eduardo Luis. **Bioética jurídica, dignidad de la persona y derechos humanos**. 1a ed. – Buenos Aires: Dunken, 2007. 321p.

WILLIAMS-JONES, Bryn. Commercial Surrogacy and the Redefinition of Motherhood. **The Journal of Philosophy, Science & Law**, Volume 2, fevereiro 2002. Disponível em: <<http://www.jppl.org/.../commercial-surrogacy-and-redefinition>>. Acesso em: 11 jun. 2016.



Artigo

**OCCUPATIONAL RISK OF SKIN CANCER, DUE TO PHOTOEXPOSITION,
IN ROCK EXTRACTION WORKERS**

Daniele Figueiredo Pacheco¹
Higor Bermudes Nascimento²
Dayane Temponi Dias³
Fábio Luiz Fully Teixeira⁴
Maria Irene Rocha Bastos Tinoco⁵
Fernanda Castro Manhães⁶

ABSTRACT - Skin cancer is very frequent in the world and in Brazil, according to INCA (2016). Annually, the National Cancer Institute registers 135 thousand new cases of skin cancer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a). The main agent that causes skin cancer is the ultraviolet radiation from the Sun (ZINK, 2014). People who work outdoors, such as farmers, construction workers or rock extraction, fishermen, among others, can receive a dose of ultraviolet radiation six to eight times greater than workers from closed places (CEBALLOS, 2014). **Objective:** to demonstrate the relation of the occupational risk with the incidence of skin cancer in workers of rock extraction of the towns Itaperuna-RJ, Santo Antonio de Pádua-RJ and Pirapetinga-MG. **Justification:** prolonged photoexposure of this group. **Methodology:** we developed a cross-sectional study, using a semi-structured questionnaire. The sample was composed of rock extraction workers. **Results:** relevant results were found on the questions inherent to workers. **Discussion:** the habits of workers together with

¹ Graduated in Medicine from Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Itaperuna/RJ, danipacheco.med@gmail.com,

² Graduated in Medicine from Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Itaperuna/RJ, higor.bn@hotmail.com

³ Graduated in Medicine from Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Itaperuna/RJ, dayanetemponi@yahoo.com.br

⁴ Professor at Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna/RJ, fabiofully@gmail.com

⁵ Dermatologist, São José do Avaí Hospital, Professor at Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna/RJ, mirtinoco@hotmail.com

⁶ Post-Doctorate of the State University of the North Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes/RJ, castromanhaes@gmail.com



Artigo

working conditions are risk factors for the development of skin conditions. **Conclusion:** the workers studied form a group at risk of skin cancer.

Keywords: Occupational risk, Photoexposure, Rock extraction, cancer.

RESUMO - O câncer de pele é bem frequente no mundo e no Brasil, segundo o INCA (2016). Anualmente o Instituto Nacional do Câncer registra 135 mil novos casos de câncer de pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a). O principal agente causador do câncer de pele é a radiação ultravioleta proveniente do sol (ZINK, 2014). Pessoas que trabalham ao ar livre, como agricultores, trabalhadores da construção civil ou de extração de rocha, pescadores, entre outros, podem receber uma dose de radiação ultravioleta seis a oito vezes maior que trabalhadores de locais fechados (CEBALLOS, 2014). **Objetivo:** demonstrar a relação do risco ocupacional com a incidência de câncer de pele em trabalhadores de extração de rocha das Cidades de Itaperuna-RJ, Santo Antonio de Pádua-RJ e Pirapetinga-MG. **Justificativa:** prolongada fotoexposição desse grupo. **Metodologia:** desenvolvido um estudo transversal, por meio de um questionário semiestruturado. A amostra foi composta de trabalhadores da extração de rocha. **Resultados:** Foram encontrados resultados pertinentes as questões inerentes aos trabalhadores. **Discussão:** Os hábitos dos trabalhadores juntamente com as condições de trabalho são fatores de risco para o desenvolvimento de patologias de pele. **Conclusão:** os trabalhadores estudados formam um grupo de risco de câncer de pele.

Palavras-chave: Risco ocupacional, Fotoexposição, Extração de rocha, Câncer.

INTRODUCTION

Skin cancer has a high incidence. Annually in Brazil, the National Cancer Institute registers 135 thousand new cases of skin cancer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a).

This study aims at demonstrating the relationship of occupational risk with the incidence of skin cancer in workers from the Itaperuna-RJ, Santo Antonio de Pádua-RJ and Pirapetinga-MG cities. Justifying the theme, given the prolonged photoexposure of this group.



Artigo

Malignant neoplasms of the skin can be divided essentially into the groups: melanoma and non-melanoma (BARDINI et al, 2012). In Brazil, it is estimated the occurrence of 3.000 new cases in men and 2.670 in women in 2016, corresponding to rates of 3,03 new cases per 100.000 men and 2,59 for every 100 thousand women. Nonmelanoma is more frequent, with an estimated 80.850 new cases in men and 94.910 in women; with the rate of 81,66 new cases per 100.000 men and 91,98 new cases per 100.000 women (INCA, 2016).

The non-melanoma type is composed mainly of 70% basocellular and 25% squamous cell carcinomas (BARDINI et al, 2012). Among skin cancers, the non-melanoma type, although it is the most frequent, as noted in the previous paragraph, is what causes lower mortality in Brazil, because it presents a high cure rate when detected early. This type usually occurs in people over the age of 40 years and is relatively rare in children and black skinned people. The preferred targets are people with fair skin, sensitive to the action of the sun or with previous skin diseases (GARDENAL, 2014).

Squamous cell carcinoma (or squamous cell carcinoma) are often more aggressive than basal cell carcinoma, being more prone to metastasis (BARDINI et al, 2012). Squamous cell carcinoma is a malignant tumor derived from keratinocytes (ZINK, 2014). It manifests in squamous cells, which make up most of the upper layers of the skin. Squamous cell is twice as common in men as in women. Excessive and chronic exposure to the sun is the main risk factor for its development, with some cases associated with chronic wounds and scars on the skin, use of antiretroviral drugs in transplanted organs and exposure to certain chemical agents or radiation (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a). There are also studies that relate squamous cell carcinoma to the presence of human papillomavirus (ZINK, 2014). It is most commonly found in areas exposed to the sun, such as the face, arms, ears, scalp, neck etc. (SANTOS, 2016). Usually it is reddish in color and in the form of bruises and sores that are thick and scaly, which do not heal and bleed occasionally; may look similar to warts (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a). The cure rate of this type can reach 95% when detected and treated early (ZINK, 2014).

Basal cell carcinoma tends to present slow growth, is the least aggressive, and rare metastases occur (BARDINI et al, 2012). It is a malignant tumor originating from non-keratinizing cells that form the basal layer of the epidermis. It has low lethality and can be cured if detected early. They appear more often in areas more exposed to the sun, such as face, ears, neck, scalp, shoulders and back. There are other factors that trigger it, although most of the lesions are related to excessive exposure to ultraviolet radiation (ZINK, 2014). It usually arises, according to Santos (2016), in the form of an ulcerative



Artigo

nodule (a pink-colored papule that grows slowly for months or even years and subsequently ulcerates).

Cutaneous melanoma is the most aggressive type of skin cancer, with a worse prognosis and less frequent type of cancer (SANTOS, 2016). It originates in melanocytes, cells that produce melanin (pigment that gives color to the skin). Usually, they appear in areas of the body most exposed to solar radiation (BRAZILIAN DERMATOLOGY SOCIETY, 2016a). Its most important cause is intermittent and excessive exposure to the sun, especially in people with light and sensitive skin (SANTOS, 2016). Heredity is related to the development of melanoma. Melanoma usually looks like a pin (nevus) or a sign on the skin, in brownish or blackish tones, which usually change color, shape or size, and can bleed. Cure can be obtained in more than 90%, when there is early detection of the disease (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a).

In order to identify the signs suggestive of melanoma, the ABCDE rule, which is based on the observation of nevi characteristics (INCA, 2016), is used as a guide. Santos (2016) divides as follows: A - Asymmetry; B - Irregular edges; C - Varied color; D - Diameter greater than 6 mm; E-evolution: lesions that change size, color or have pruritus. A 2006 publication of the International Agency for Research on Cancer highlights the limitations of this rule when applied to small lesions, as small melanomas may not have such clear characteristics. Similarly, benign melanocytic nevi may have atypical characteristics, reducing the sensitivity of the rule, but still, it is a method used, which aids in screening (INCA, 2016).

The main cause of skin cancer is ultraviolet radiation from the sun (ZINK, 2014). Chronic (cumulative) sun exposure is mainly associated with squamous cell skin cancer, while in childhood exposures with a history of one or more sunburn are associated with basal cell and melanoma (INCA, 2016). Ultraviolet rays induce skin cancer by three mechanisms: direct DNA damage, leading to a genetic mutation; production of activated oxygen molecules, which result in damage to cellular DNA and other molecular structures; and localized blockage of the anticancer immunosuppression of the body's natural defenses. In basal cell carcinoma, ultraviolet radiation is able to induce genetic mutations in the cellular DNA by modifying the p53 and patch genes, which are genes that suppress carcinogenesis. In addition, it generates inflammation in the skin resulting in an increase in the production of prostaglandins that induce the synthesis of cyclooxygenase 2, which also contributes to the origin of basal cell carcinoma (ZINK, 2014). The characteristics of ultraviolet radiation are: UVA related to skin photoaging, and has a carcinogenic effect (potentiates the effects of UVB). UVB is



Artigo

the main responsible for erythema and sunburn, accounting for 65 to 70% of the carcinogenic effects of solar radiation. (BAU, 2012).

Other factors that increase the risk of having skin cancer include: family or personal history of skin cancer; Immune system weakened by diseases or use of immunosuppressants (eg, azathioprine and cyclosporine), in transplanted individuals, for example, the presence of atypical and numerous nevi (pre-malignant melanoma lesions), exposure to chemicals (arsenic, tar, charcoal, etc.), smoking, and alcoholism. Skin color, eyes and light hair are also reported as a risk factor (INCA, 2016).

The skin can be characterized as to its coloration and reaction to the sun exposure, denominated this classification of phototype (BAU, 2012). The best known classification of cutaneous phototypes is the Fitzpatrick scale, shown in figure 1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016b). They are classified from I to VI, according to Fitzpatrick's classification (BAU, 2012). This division considers each person's ability to sunbathe under sun exposure and their sensitivity and tendency to turn red under exposure to the sun's rays (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016b).

Figure 1: Fitzpatrick's Classification.

Fototipos	Descrição	Sensibilidade ao sol
I – Branca	Pele muito branca, cabelo em geral ruivo. A pele queima facilmente e dificilmente se bronzeia.	Muito sensível
II – Branca	Pele branca, cabelos loiros e olhos claros. A pele queima facilmente e bronzeia moderada e uniformemente.	Sensível
III – Morena clara	Pele branca, cabelos castanhos escuros ou pretos. A pele queima e bronzeia moderada e uniformemente.	Normal
IV – Morena moderada	Pele clara ou bege, incluindo pessoas orientais. A pele queima pouco, bronzeia fácil e moderadamente.	Normal
V – Morena escura	Pele parda escura ou marrom médio (pessoas mulatas). Queima raramente, bronzeia muito e mancha com facilidade.	Pouco sensível
VI – Negra	Pele totalmente pigmentada (negra). Queima muito raramente, bronzeia muito e mancha com facilidade.	Resistente

Source: (RIGEL et al, 2011).

Phototypes I and II are related to an increased risk of skin cancer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016a).



Artigo

Considering the average working hours in Brazil of 39,4 hours per week, outdoor workers such as farmers, construction workers or rockworkers, fishermen, among others, can receive a dose of ultraviolet radiation six to eight times larger than workers from enclosed sites (CEBALLOS, 2014).

All people have endogenous mechanisms that protect the skin from sun damage, which varies in proportion to skin type and decreases as the number of hours of sun exposure increases during life (BAU, 2012). Among the mechanisms are the increase in epidermal thickness, pigmentation, mechanisms of repair of deoxyribonucleic acid (DNA) lesions, induction of cellular apoptosis, increase of cellular inhibitors of metalloproteinase and antioxidants. Over time, these mechanisms can be supplanted, allowing changes to be made due to the action of ultraviolet radiation, leading to photoaging (DAAMS et al, 2014).

Currently, skin cancer is the most common form of cancer and has prevention (BARDINI et al, 2012). Avoiding excessive sun exposure and protecting the skin from the effects of radiation are the best prevention strategies. The main recommendation is to avoid exposure to the sun, especially at times when the rays are most intense (between 10am and 4pm); use sunscreen with SPF 30 or more, wear sunglasses with UV protection, protective clothing, wide-brimmed hats, umbrellas and parasol (INCA, 2016).

MATERIALS AND METHODS

The present proposal is a longitudinal, observational descriptive study with qualitative and quantitative approaches. The study was carried out in the year of 2017 with workers in ornamental rock extraction in the municipalities of Itaperuna (RJ), Santo Antônio de Pádua (RJ) and Pirapetinga (MG).

The sample consisted of 38 interviewees who worked in various functions related to rock extraction. The volunteers who participated accepted the research methodology, signing the Informed Consent Form (TCLE), the procedures will be analyzed by research ethics committee according to resolution nº 466, of December 12, 2012 of the National Health Council, respecting the ethical integrity of volunteers.

All the individuals who did not provide time for the execution and participation of the procedures proposed by the researchers and those who did not agree or somehow had no interest in finalizing the project questions were excluded from the analysis.



Artigo

The instrument used for the evaluation was a questionnaire composed of 22 questions, adopting the following topics: gender, age, educational level, occupation, sun exposure habits, incidence and classification of skin lesions, family history of skin cancer and daily habits such as alcohol consumption, smoking, and exposure to chemicals.

After the research was carried out by the collaborating students of the study, the collected data were treated and consolidated, thus allowing the expected results to be obtained and later the pertinent analyzes.

RESULTS

After the treatment of the obtained data, it was possible to verify the results of the research. Of the 38 workers interviewed, it was observed that all were males of predominant brown color (57.9%) with education until elementary school (86.8%). The volunteers' work schedule was 8 hours a day for 5 days a week.

Table 1 shows the hours workers interviewed are exposed to the sun daily.

Table 1 – Hours of sun exposure during the daily work day

Amount of hours	Absolute Frequency	Relative Frequency
Less than 1 hour	6	15,8%
1 - 3 hours	23	60,5%
3 - 5 hours	5	13,2%
5 - 7 hours	2	5,3%
7 - 9 hours	2	5,3%
More than 9 hours	0	0,0%
Total	38	100,0%

Source: Elaborated by the authors

Table 2 presents the distribution of the main hours of sun exposure of respondents during their workday.



Artigo

Table 2 – hours of sun exposure of respondents during their workday

Exposure Time	Absolute Frequency	Relative Frequency
Until 10 a.m.	5	13,2%
10 a.m. to 12 p.m.	26	68,4%
12 p.m. to 2 p.m.	4	10,5%
2 to 4 p.m.	3	7,9%
From 4 p.m.	0	0,0%
Total	38	100,0%

Source: Elaborated by the authors

Table 3 presents some general information referring to the health of the interviewees as well as their family history.

Table 3 – General information about the workers

Ocorrence	Yes		No	
	Absol. Freq.	Relat. Freq.	Absol. Freq.	Relat. Freq.
Smoker	25	65,8%	13	34,2%
Alcoholic	32	84,2%	6	15,8%
Scar of Burns	8	21,1%	30	78,9%
Exposure to chemicals	0	0,0%	38	100,0%
History of Skin Cancer in the Family	24	63,2%	14	36,8%

Source: Elaborated by the authors

Table 4 demonstrates the habits of workers against sun exposure and their skin care.



Artigo

Table 4 – Habits of workers against sun exposure

Type of Protection	Yes		No	
	Absol. Freq.	Relat. Freq.	Absol. Freq.	Relat. Freq.
Long sleeved shirt	13	34,2%	25	65,8%
Trousers	38	100,0%	0	0,0%
Gloves	28	73,7%	10	26,3%
Closed Shoes	38	100,0%	0	0,0%
Hat or cap	31	81,6%	7	18,4%
Tied cloth on the head	0	0,0%	38	100,0%
Umbrella	8	21,1%	30	78,9%
Sunblock	0	0,0%	38	100,0%

Source: Elaborated by the authors

When questioned about the occurrence of any long-term skin lesion or inflammation, 5 (13.2%) of the volunteers claimed to present such a situation. Among the occurrences 4 (80%) were spots that had a different staining area without altering the skin plane and 1 (20%) was a papule that characterized a solid lesion, less than 1cm.

Among the 5 volunteers who presented cutaneous lesions, 3 (60%) presented only 1 lesion and 2 (40%) reported having a total of 2 lesions. Everyone claimed they did not know how long the first injury appeared and they performed in specific places such as the back, arms and hands. Asked about the coexistence with the lesions, some interviewees claimed that some of the lesions presented pruritus, among the highlighted alterations, some were staining, others did not notice changes.

The table below shows the skin profile of the volunteers according to the classification.



Artigo

Table 5 – Skin phototype of the volunteers according to the Fitzpatrick Classification

Classif.	Features	Absol. Freq.	Relat. Freq.
I	White; always burning; never tans; very sensitive skin. in the sun.	0	0,0%
II	White; always burning; tan very little; sensitive skin to the sun.	0	0,0%
III	Light brunette; burning (moderately); tans (moderately); normal skin sensitivity to the sun.	13	34,2 %
IV	Moderate brunette; burning (little); always tans; normal skin sensitivity to the sun.	9	23,7 %
V	Dark brunette; burning (rarely); always tans; skin that is not sensitive to the sun.	9	23,7 %
VI	Black; never burns; fully pigmented; skin insens. to the sun	7	18,4 %

Source: Elaborated by the authors

DISCUSSION

This study presents important factors about the sun exposure in which the workers of the extraction of rocks are submitted in their daily activities. Many of these factors are considered to be aggravating in the development of skin lesions, photoaging of the skin and the appearance of skin cancer.

All workers interviewed were men, mostly with brown skin and with education until elementary school. They have an 8-hour workday, during the 5 days a week. However, the majority (60.5%) reported that they spend 1 to 3 hours of this workday in direct exposure to the sun, and it is also verified that the main time of this sun exposure is between 10 and 12 hours (AM).

Due to the working conditions described, these workers are subject to numerous problems caused by sun exposure. As an immediate effect, burns are verified and as late symptoms, wrinkles, lesions, freckles, stains, texture, squamous masses and tumors.



Artigo

It is observed that a large number of volunteers consume alcoholic beverages (84.2%) and use tobacco (65.8%) regularly. In addition, (21.1%) of the interviewees had some burn scar and 63.2% reported having had some history of skin cancer in the family.

Given these data, there is an imminent risk of several pathologies associated with sun exposure along with alcohol intake and smoking. Likewise, the risk of skin neoplasias is evident, given the high number of cases found in the families of the workers involved.

Observing the habits of the workers in front of the solar exposition submitted daily, it is verified that simple measures of protection are not practiced, since no volunteer declared to use sunscreen during his working hours and the use of long sleeve shirts is habit of only 34,2% of the workers.

Individuals exposed to the incidence of solar radiation on a daily basis, at times with radiation peaks and underutilization of basic protection factors, may potentiate the process of photoaging and neoplastic processes. In this way, the population studied becomes a risk group for the development of skin diseases, premature aging besides the appearance of several types of cancer.

Other important data collected in the research performed were the presence of some lesions, in addition to the burn scars previously mentioned. However, it can not be stated in this study that the skin changes presented were acquired as a result of the activities they perform, since the direct practice of these professionals was not the object of this research. Nonetheless, these identified changes may develop into more severe forms, especially in the face of intense exposure and the few protective skin care workers are subjected to.

In Fitzpatrick's classification it was observed that in addition to the workers who presented the phototypes IV, V and VI, they were the majority (65.8%). This result is positive, since darker skins have higher resistance to ultraviolet irradiation due to high concentrations of melanin, especially in the more exposed areas. However, this factor should not be a reason for underutilization of sun protection factors, since the accumulation of Ultraviolet Radiation can lead to aging and the appearance of wrinkles and consequently to the onset of skin neoplasias.



Artigo

CONCLUSION

As demonstrated by the review of the literature, skin cancer still presents a high incidence in Brazil, the sun exposure entails numerous direct and indirect consequences. Various types of skin cancer can be highlighted among these consequences, whether they are melanoma or non-melanoma.

Through the present study, it was possible to conclude that the workers of the ornamental rock extraction present a group of risk for pathologies related to the skin, among them the neoplasias. Some aspects that evidence this fact have been verified, such as: high solar exposure at times of radiation peaks, associated with the use of equipment and minimal accessories such as long-sleeved blouse and sunscreen.

Considering the scenario, the companies that work in this field, thinking about the physical and social well-being of the worker, should promote awareness campaigns about the use by employees of measures that prevent direct exposure in addition to trying to relocate the exposure times, thereby avoiding employee submission at peak radiation times. Companies should also promote the basics highlighted for employee safety, including a long-sleeved shirt, hat or cap, and sunscreen with the appropriate skin protection factor and individual sun exposure.

REFERENCES

BARDINI, Gabriela et al. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 41, 2012, p. 56-63. ISSN (online) 1806-4280. Available at: <www.acm.org.br>. Accessed on: Apr. 26 2017.

BAU, Ana Elisa Kiszewski. **Proteção Solar na Infância**. 2012. Available at: <<http://www.sbp.com.br>>. Accessed on: Apr. 24 2017.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de et al. Exposição Solar Ocupacional e Câncer de Pele Não Melanoma: estudo de revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 60, 2014, p. 251-258. Available at: <<http://www.inca.gov.br>>. Accessed on: Apr. 26 2017.



Artigo

DAAMS, Evangelline Feitosa Cleomenes da Cruz et al. Fotoenvelhecimento e Exposição Solar em Trabalhadores Praianos em Natal/RN. **Revista Científica da Escola da Saúde**. Universidade Potiguar. Ano 3, nº 2, 2014, p. 53-63. Available at: <<https://repositorio.unp.br>>. Accessed on: Apr. 26 2017.

GARDENAL, ISABEL. Estudo aponta estresse oxidativo em pacientes com câncer de pele. **Jornal da Unicamp**. São Paulo: 2014, nº 608, p.5. Available at: <<http://www.unicamp.br>>. Accessed on: Apr. 28 2017.

INCA 2016. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Pele**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Boletim ano 7, nº.3, 2016. Available at: <<http://www1.inca.gov.br>>. Accessed on: Apr. 24 2017.

RIGEL, Darrell S. et al. **Cancer of the skin**. 2a ed. China: Elsevier, 2011. ISBN: 9781437717884

SANTOS, Ivan Dunshee de Abranches Oliveira. **Câncer de Pele**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. 2016. Available at: <<http://www.sbcancer.org.br>>. Accessed on: Apr. 26 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Câncer da pele. 2016a. Available at: <<http://www.sbd.org.br>>. Accessed on: Apr. 28 2017.

— **Classificação dos fototipos de pele**. 2016b. Available at: <<http://www.sbd.org.br>>. Accessed on: Apr. 28 2017.

ZINK, Beatrix Sabóia. Câncer de Pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro: 2014, v.13. p. 76- 83. Available at: <<http://revista.hupe.uerj.br>>. Accessed on: Apr. 24 2017.



Artigo

**FATORES DE RISCO E TESTES NEUROPSICOLÓGICOS NO APOIO AO
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DEMENCIAIS: IDENTIFICAÇÃO DE
ASPECTOS RELEVANTES ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE APRENDIZAGEM
DE MÁQUINA**

**RISK FACTORS AND NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENTS IN THE
SUPPORT OF DIAGNOSIS OF DEMENTIAL SYNDROMES:
IDENTIFICATION OF RELEVANT ASPECTS THROUGH MACHINE
LEARNING TECHNIQUES**

Leonard Barreto Moreira¹
Annabell Del Real Tamariz
Joyce Vieira Fetterman

RESUMO - Este estudo teve como objetivo principal identificar os fatores de risco e testes de rastreio mais relevantes no processo de diagnóstico de pacientes com suspeita clínica de demências na triagem médica, com apoio de técnicas de aprendizagem de máquina. O conjunto de dados utilizado foi composto por 605 registros médicos, com 18 diferentes atributos, de pacientes atendidos pelo Centro de Alzheimer e Parkinson no município de Campos dos Goytacazes/RJ. O método de particionamento do conjunto de dados foi o *holdout*, com amostragem estratificada. Posteriormente, foi aplicado o algoritmo de classificação supervisionado baseado na técnica de Naïve Bayes, cuja implementação encontra-se disponível na ferramenta Weka. Observaram-se os resultados numéricos dos modelos de acordo com as probabilidades estimadas pelo classificador, os quais evidenciaram os fatores de risco idade e gênero, bem como os testes de rastreio, denominados Mini Exame do Estado Mental e o Teste do Relógio, como os mais relevantes para o diagnóstico das patologias tratadas na pesquisa.

Palavras-chave: Mineração de dados. Diagnóstico Médico. Síndromes Demenciais. Aprendizagem de máquina

¹ E-mail: leonardbarreto@gmail.com



Artigo

ABSTRACT - This study aimed to identify the most advanced risk factors and screening tests in the treatment of patients with clinical suspicion of medical screening, with the support of machine learning techniques. The data set was made by 605 medical records, with 18 different attributes, of patients attended by the Alzheimer's Center and Parkinson's in Campos dos Goytacazes/RJ. The method of partitioning the data set was holdout, with stratified sampling. Subsequently, we applied the supervised classification algorithm based on the Naïve Bayes technique, whose implementation is available in the Weka tool. We observed the numerical results of the models according to the probabilities estimated by the classifier, which showed the age and gender risk factors, as well as the screening tests, called Mini Mental State Examination and the Clock Test, as the most relevant to the diagnosis of pathologies treated in the research.

Keywords: Data Mining. Medical Diagnostic. Dementia Syndromes. Machine learning.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um acontecimento mundial, que se dá de forma diferenciada em cada região. Conforme dados do Banco Mundial (IHME, 2013), a partir da década de 1970, a expectativa de vida mundial cresceu, aproximadamente, 20 anos. O Brasil, neste mesmo período, se posicionou entre os países da América Latina que mais realizaram progressos na expectativa de vida da população, com um aumento de 30 anos. De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7 por cento da população. Já no Censo de 2010, essa representação passou para 20,5 milhões de brasileiros, aproximadamente, 10,8 por cento da população. Estes números seguem a tendência mundial de crescimento da população idosa.

Segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas (2012) , em 2012 a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais totalizava em 800 milhões, representando 11,5 por cento da população. Prevê-se que em 2050 o número de pessoas nesta faixa etária esteja em torno de dois bilhões, correspondendo a 21,8 por cento das pessoas no mundo. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que o



**FATORES DE RISCO E TESTES NEUROPSICOLÓGICOS NO APOIO AO
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DEMENCIAIS: IDENTIFICAÇÃO DE ASPECTOS
RELEVANTES ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE APRENDIZAGEM DE MÁQUINA**

Páginas 323 a 342

Artigo

Brasil será o sexto país em número de idosos em 2050, quando deve chegar a 58 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

Com o crescimento da população idosa, ocorre o aumento de problemas vinculados aos declínios no funcionamento fisiológico, associados tanto a processos evolutivos normais, quanto, para alguns indivíduos, a processos patológicos (OWSLEY, 2011) . No âmbito da saúde mental, o aumento da proporção de idosos com algum tipo de demência tem estreita relação com a ampliação de indivíduos nesta faixa etária. O número de pessoas com demência no mundo em 2016 foi estimado em 47 milhões, devendo chegar a 75,62 milhões em 2030 e 135,46 milhões em 2050 (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2015) . Considera-se esta uma das principais causas de incapacidade durante o envelhecimento, gerando transtornos não só para o indivíduo como também para a família e a sociedade (FERRI, 2012) .

A cognição humana altera naturalmente ao longo do tempo, podendo ser observados declínios na velocidade de processamento da informação, na capacidade de memória de trabalho e na função de inibição cognitiva, isto é, no controle executivo. Alguns adultos idosos têm dificuldades cognitivas, as quais ultrapassam aquilo que poderia ser considerado normal. Em alguns casos, essas dificuldades não são tão graves que justifiquem um diagnóstico de demência, mas, em outros casos, revelam-se persistentemente progressivas (ZELINSKI; DALTON; HINDIN, 2011) .

O impacto econômico da demência é enorme, com custo em todo o mundo estimado na faixa de 818 bilhões de dólares em 2014, o equivalente a mais de 1% do produto interno bruto global. Estima-se que em 2018 os custos com as demências gire em torno de US\$ 1 trilhão, podendo chegar à quantia de US\$ 2 trilhões em 2030 (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2017) . Nos Estados Unidos, por exemplo, os custos totais relacionados à doença de Alzheimer somente são superados pelos relacionados ao câncer e às doenças coronarianas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017) . Nesse sentido, reconhece-se que o envelhecimento não seja somente uma questão de segurança social e bem-estar, mas, sobretudo, de desenvolvimento global e de política econômica (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012) .

Dentro do cenário apresentado, o presente trabalho visa a evidenciar os fatores de risco e testes de rastreio mais relevantes para o processo de diagnóstico de pacientes com suspeita clínica de demência na triagem médica, com uso de técnicas de aprendizagem de máquina.



Artigo

DEMÊNCIA, FATORES DE RISCO E DIAGNÓSTICO

A demência não é caracterizada, essencialmente, como uma doença, mas, sim, como um termo genérico que descreve uma grande variedade de sintomas relacionados ao declínio cognitivo do indivíduo, impactando sua capacidade de realizar simples tarefas cotidianas (ADI, 2013). São numerosas as doenças do sistema nervoso central que causam demências. Dentre as diversas causas, as principais são a doença de Alzheimer (DA), e as doenças cerebrovasculares (demência vascular - DV), sendo observados casos de etiologias mistas (demência mista - DM), como DA associada à DV (CAMELLI, 2016) . Cabe ressaltar outra condição clínica que é o transtorno cognitivo leve (TCL), situação em que um indivíduo apresenta algum grau de perda cognitiva (como o esquecimento, por exemplo) quando comparado com outras pessoas da mesma idade, mas que não se enquadram no diagnóstico de demência (MACHADO, 2016) . Dentre os diversos tipos, a doença de Alzheimer é a mais prevalente, respondendo por 60% a 70% dos casos (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2015) .

Nesse sentido, a contribuição da epidemiologia para pesquisa em demência tem sido de grande importância, principalmente com relação aos fatores de risco, com o estabelecimento de taxas de incidência, de prevalência e demonstração desses fatores. A identificação dos fatores de risco é de vital importância, devido às potenciais implicações para a prevenção ou tratamento da doença, especialmente para os casos que são passíveis de reversão. Estratégias de saúde pública baseadas na eliminação de riscos já reduziram a incidência de doenças, mesmo quando as causas são desconhecidas. Historicamente, essa tem sido uma importante função da pesquisa epidemiológica (FREITAS; PY, 2016; RITCHIE *et al.*, 2013) .

Desse modo, diversos trabalhos científicos relacionados à demência sugerem uma etiologia multifatorial, em que fatores clínicos, genéticos e ambientais, eventualmente correlacionados através de complexas interações, modulariam o risco de desenvolvimento para a doença (CAMELLI, 2016) .

A *Alzheimer's Disease International* (ADI) descreve os fatores de risco para as demências e os categoriza em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis estão relacionados aos aspectos passíveis de serem mudados, prevenidos



Artigo

ou tratados, diferentemente dos fatores não modificáveis, sobre os quais não se tem controle, impossibilitando o tratamento. Dentre os fatores modificáveis, podem-se destacar Fatores de risco vascular, tabagismo, obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, síndrome metabólica, inatividade física, dieta e nutrição, ingestão de sódio, consumo de álcool, depressão, inatividade cognitiva ou baixo nível de escolaridade. Idade, história familiar, síndrome de *Down* e genética podem ser citados como fatores ditos não modificáveis (PRINCE *et al.*, 2016).

A idade é, indiscutivelmente, um dos principais fatores de risco para a maioria das síndromes demenciais. Particularmente para a DA, além das etiologias acima, o gênero feminino é considerado um fator de risco, principalmente após os 80 anos de idade. Porém, como as mulheres possuem expectativa de vida maior que a dos homens, este fator pode ser questionável (MACHADO, 2016) . Já para a DV, os homens são mais afetados do que as mulheres (SPERANZA; MOSCI, 2016) .

Dentre os fatores não modificáveis, além da idade, outro forte fator de risco é a história familiar. Pesquisas indicam que a existência de algum familiar com a doença torna a pessoa mais propensa a desenvolvê-la, e que este risco é maior se mais de um membro da família possuir a patologia (ADI, 2012). Em indivíduos com, pelo menos, um parente de primeiro grau com a doença, este risco é 3,5 vezes maior. Geralmente, a história familiar está mais associada à DA de início precoce do que de início tardio (MACHADO, 2016) .

Diversos estudos sugerem que o controle de alguns fatores modificáveis pode diminuir a incidência das demências (JACQMIN-GADDA *et al.*, 2013) . Estes fatores podem ser subdivididos em sociodemográficos, clínicos, ambientais e de estilo de vida (DENNY *et al.*, 2010) . A escolaridade é apontada como um dos fatores sociodemográficos mais relevantes, de forma isolada ou correlacionada com fatores não modificáveis, como a idade e o gênero. Esta associação é alvo de diversas pesquisas, como pode ser observado nos trabalhos de Herrera *et al.* (2002) e Campbell *et al.* (2013) . Os referidos trabalhos demonstram que a baixa escolaridade associada ao aumento da idade relaciona-se com o crescimento da prevalência de demências. Herrera *et al.* (2002) relacionam também o gênero feminino aos fatores mencionados. Em contrapartida, indivíduos com alto nível educacional e submetidos a atividades de lazer mentalmente estimulantes são menos suscetíveis ao risco de demência (PRINCE *et al.*, 2016) .



Artigo

O diagnóstico das síndromes demenciais é eminentemente clínico, baseado em avaliação objetiva do desempenho cognitivo e funcional. A avaliação funcional do paciente com suspeita de demência inicia-se com anamnese, sendo seguida por uma bateria de exames cognitivos que buscam evidências de déficit na memória que acarretem interferência significativa sobre o desempenho do indivíduo em suas atividades sociais e ocupacionais (MACHADO, 2016). Feita a avaliação, são aplicados, quando necessários, os critérios para o diagnóstico de demência, que são os indicadores dos sintomas cognitivos, comportamentais e psiquiátricos que caracterizam cada uma das diferentes formas de demência.

Neste contexto, os exames neuropsicológicos constituem-se de ferramentas para o auxílio no processo de investigação das demências, avaliando as habilidades cognitivas (exemplo: fluência verbal), funcionais (exemplo: higiene pessoal) e comportamentais (exemplo: agitação). Dentre os diversos instrumentos e metodologias existentes para auxílio no processo de investigação, controle e evolução das demências, serão citadas as técnicas comumente adotadas internacionalmente. Adicionalmente, os testes recomendados, validados e empregados no Brasil, conforme trabalhos de CHAVES *et al.* (2011) e recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN, serão descritos no decorrer deste artigo. Para cada teste, serão apresentados também a escala utilizada e, quando couber, os respectivos pontos de corte que podem auxiliar a identificar o(s) nível(is) de comprometimento da doença.

Este conjunto sistematizado de ferramentas, utilizado para auxiliar o processo de diagnóstico de demências, é categorizado de forma sucinta em função dos domínios Cognitivo (Mini Exame do Estado Mental - MEEM, Fluência Verbal, Teste do Relógio, Lista de Figuras, Lista de palavras do CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*) e o Exame cognitivo de Cambridge - CAMCOG), Funcional (Atividades Básicas da Vida Diária - AVD e Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD), Comportamental (Escala de depressão Geriátrica - GDS) e os pertencentes aos domínios Cognitivo e Funcional (Avaliação Clínica da Demência - CDR).

O diagnóstico da causa da doença, por sua vez, depende de investigação complementar constituída, essencialmente, por exames laboratoriais e de neuroimagem estrutural. Entretanto, uma avaliação clínica cuidadosa, incluindo anamnese detalhada, exames físico e neurológico, associados a determinações bioquímicas e de neuroimagem, podem possibilitar maior acurácia no diagnóstico diferencial



Artigo

(GALLUCCI NETO; GARCIA TAMELINI; FORLENZA, 2005; SPERANZA; MOSCI, 2016) .

É crescente o avanço de pesquisas direcionadas ao diagnóstico de demências. O processo de investigação diagnóstica é inerentemente difícil, dada a diversidade de doenças, sintomas, exames, além da complexidade da fisiologia humana. Especificamente, em relação às síndromes demenciais, a inexistência de um exame específico para refutar ou determinar o subtipo potencializa ainda mais esse problema, demandando, assim, uma extensa investigação clínica através de uma série de consultas, avaliações e exames (MOREIRA; NAMEN, 2016) . Dessa forma, tanto os especialistas do domínio quanto a sociedade em geral podem se beneficiar do desenvolvimento de ferramentas que permitam minimizar a complexidade do processo de diagnóstico de doenças.

A criação de sistemas computacionais inteligentes na área de saúde tem sido um dos desafios tecnológicos mais ambiciosos e controversos de nossa era. A pesquisa e o desenvolvimento desses sistemas datam da década de 1970, através dos primeiros sistemas de apoio à decisão implantados em hospitais e grandes instituições. Desde então, observa-se uma profunda transformação de tais sistemas, particularmente no diz respeito à sua aplicação. Neste contexto, podem-se citar os sistemas de suporte à decisão clínica (*Clinical Decision Support Systems* - CDSS), que, em essência, visam auxiliar especialistas no processo de investigação médica, possibilitando diagnósticos mais precisos (SHORTLIFFE; CIMINO, 2014).

O diagnóstico médico em CDSS é geralmente apoiado por diversos métodos e modelos matemáticos, e o uso destes geralmente depende de sua finalidade, impactando na escolha de uma metodologia ou de um conjunto de métodos. Considerada uma das técnicas com vasto potencial na área da saúde, a mineração de dados é uma metodologia emergente na área de descoberta de conhecimento e tem sido largamente utilizada em atividades de previsão diagnóstica, extração de padrões na descoberta de conhecimento em grandes conjunto de dados (LÓPEZ *et al.*, 2013; PROVOST; FAWCETT, 2013) .

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa, classificada como descritiva quantitativa, utilizou dados provenientes de informações contidas nos prontuários de 605 pacientes atendidos pelo



**FATORES DE RISCO E TESTES NEUROPSICOLÓGICOS NO APOIO AO
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DEMENCIAIS: IDENTIFICAÇÃO DE ASPECTOS
RELEVANTES ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE APRENDIZAGEM DE MÁQUINA**

Páginas 323 a 342

Artigo

Centro de Alzheimer e Parkinson (CDAP) em Campos dos Goytacazes/RJ, coletadas a partir da aplicação desenvolvida. As informações dos pacientes consistem em dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Os dados relativos à identificação do paciente foram desconsiderados no trabalho, permitindo total anonimato.

O desenvolvimento desta foi apoiado pelas seguintes etapas: (i) seleção dos dados, (ii) pré-processamento e transformação dos dados, (iii) construção dos modelos e (iv) avaliação da performance.

Na etapa (i) foi realizada a coleta e integração dos dados contidos nos prontuários (em papel) com informações parciais dos pacientes existentes em uma planilha eletrônica. Os dados coletados e integrados na primeira etapa foram analisados, sendo adotado como critério de seleção para o processo de mineração o quantitativo de pacientes diagnosticados com algum tipo de demência. Deste subconjunto, buscou-se os registros médicos de pacientes em estágio inicial referentes ao primeiro atendimento. O quantitativo de pacientes diagnosticados por patologia, bem como os percentuais associados, é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Quantitativo e respectivos percentuais de pacientes diagnosticados com os diversos tipos de demência contidos no conjunto de dados D3.

Diagnóstico	Quantitativo	Percentual
Normal	2	0,33%
Transtorno Cognitivo Leve (TCL)	97	16,03%
Doença de Alzheimer (DA)	290	47,93%
Demência vascular (DV)	53	8,76%
Demência mista (DM)	73	12,07%
Outros	90	14,87%

Fonte: Elaborado pelos autores

Na etapa (ii), pré-processamento e transformação dos dados, foram realizadas ações para adequar os dados às escalas e pontos de corte indicados na literatura médica e por especialistas do domínio. Posteriormente, o atributo classe *diagnóstico* foi transformado para binário, onde 1 (um) indica que o paciente é acometido pela doença e



Artigo

0 (zero), caso contrário. A Tabela 2 apresenta informações detalhadas sobre os atributos selecionados para etapa (iii).

Tabela 2. Relação de atributos, e respectivas características, selecionados da base de dados após a etapa de pré-processamento

Atributo e Referência (escala)	Estados	Descrição
tabagismo	0: negativo 1: positivo 2: Não informado	Indica se paciente é (foi) tabagista ou não
etilismo	0: negativo 1: positivo 2: Não informado	Indica se paciente é (foi) etilista ou não
estado_civil	0: Não informado 1: solteiro (a) 2: casado (a) / morando junto 3: viúvo (a) 4: Separado (a) / divorciado (a)	Estado civil do paciente
idade	0: <65 anos 1: >= 65 anos	Idade do paciente
gênero	1: masculino 2: feminino	Gênero
escolaridade	0: analfabeto 1: 1 a 4 anos de escolaridade 2: 5 a 8 anos de escolaridade 3: 9 ou mais anos de escolaridade	Educação (em anos)
meem (BRUCKI et al., 2003)	0: (0-17] 1: [18-26] 2: [27-30]	Resultado do Mini Exame do Estado Mental
avd (DUARTE; DE ANDRADE; LEBRÃO, 2007)	0: grande dependência 1: dependência moderada 2: independência	Resultado da avaliação de Atividades de Vida Diária



Artigo

Atributo e Referência (escala)	Estados	Descrição
Aivd (LAWTON et al., 1982)	1: independência 2: dependência parcial 3: dependência total	Resultado da avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária
0 gds (YESAVAGE, 1988)	0: normal 1: depressão 2: depressão grave	Resultado da avaliação da Escala de Depressão Geriátrica
1 Camcog (PARADELA; LOPES; LOURENÇO, 2009)	A: alto M: moderado B: baixo	Resultado do índice de comprometimento cognitivo no teste CAMCOG
2 cdr (MACEDO MONTAÑO; ANDREONI; RAMOS, 2013)	0: saudável 0,5: questionável 1: leve 2: moderada 3: grave	Resultado do teste referente a Escala clínica de demência (<i>clinical dementia rating</i>)
3 fluência_verbal (CHAVES et al., 2011)	0: <= 10 palavras 1: > 10 palavras	Quantidade de palavras evocadas em 1 minuto
4 diabetes	0: negativo 1: positivo	Indica se o paciente possui diabetes
5 has	0: negativo 1: positivo	Indica se o paciente possui hipertensão arterial
6 Cerad (BERTOLUCCI et al., 2001)	0: menos de 13 pontos 1: 13 ou mais pontos	Pontuação obtida no teste do CERAD
7 Relogio (SHULMAN; SHEDLETSKY; SILVER, 1986)	0: inabilidade absoluta para representar o relógio 1: O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave; 2: Desorganização visuo-espacial moderada	Resultado do Teste do Relógio



Artigo

Atributo e Referência (escala)	Estados	Descrição
	que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso 3: Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora; 4: Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; 5: Relógio perfeito.	
8 diagnóstico	0: negativo 1: positivo	Indica se o paciente possui ou não determinado tipo de demência.

Fonte: Elaborado pelos autores

A construção dos modelos preditivos, etapa (iii), consistiu, inicialmente, na designação do atributo alvo (ou classe), denominado *diagnóstico*. Em seguida, o conjunto de dados foi particionado através do método *holdout*, que divide os dados em dois subconjuntos, mutuamente exclusivos, chamados de conjunto de treinamento e conjunto de teste. O tamanho das partições pode ser dividido em diversos esquemas, sendo comum a designação de 2/3 dos dados para treinamento e o restante para o conjunto de teste. Cabe salientar que a divisão do conjunto de dados seguiu a estratégia de amostragem estratificada, em que as proporções da classe do conjunto original são mantidas nos conjuntos de teste e treinamento. A construção do modelo de mineração de dados foi realizada por intermédio do classificador ingênuo de Bayes (Naïve Bayes), disponível na ferramenta Weka (*Waikato Environment for Knowledge Analysis*).

Por fim, após a construção do modelo, os resultados foram avaliados (etapa iv) segundo a probabilidade associada a cada um dos fatores de risco e exames de rastreio obtidos pelo modelo.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De abordagem simples e semântica clara, o classificador probabilístico Naïve Bayes se caracteriza pela suposição de que os atributos são condicionalmente independentes, dado o rótulo da classe (WITTEN; FRANK; HALL, 2011). Cabe salientar que, mesmo aplicado em situações em que não há independência condicional dos atributos, caso da presente pesquisa, esse método tem obtido resultados bastante satisfatórios (ABRAHAM; SIMHA; IYENGAR, 2007; VEMBANDASAMY; SASIPRIYA; DEEPA, 2015) .

As probabilidades de cada valor do atributo e da classe ocorrer são estimadas com base nas respectivas frequências no conjunto de treinamento para cada rótulo de classe. A partir da multiplicação destas probabilidades, obtém-se a classificação de um novo registro, rotulado com a classe de maior valor proveniente desta multiplicação. A Tabela 3 apresenta os quantitativos e as respectivas probabilidades referentes aos valores dos atributos mais representativos para que um registro seja classificado na classe de interesse, que indica o diagnóstico de DA, TCL, DV ou DM. Por limitações de espaço, foram ocultadas as probabilidades dos demais valores de cada atributo.

Tabela 3. Modelo gerado pela técnica naïve bayes para as patologias DA, TCL, DM e DV.

Atributo	Valor		Probabilidades			
			Classes			
			DA	TCL	DM	DV
tabagismo	0	Negativo	0,74	0,80	0,96	0,95
etilismo	0	Negativo	0,82	0,88	0,98	0,98
estado civil	2	Casado / morando junto	0,40	0,36	0,55	0,74
idade	1	65 anos ou mais de idade	0,95	0,84	0,99	0,99
gênero	2	Feminino	0,64	0,72	0,77	0,49
escolaridade	1	1 a 4 anos de escolaridade	0,48	0,56	0,67	0,57



Artigo

Atributo	Valor		Probabilidades			
			Classes			
			DA	TCL	DM	DV
meem	0	0 a 17 pontos na avaliação	0,59	0,12	0,69	0,59
	1	18 a 26 pontos na avaliação	0,36	0,65	0,29	0,37
avd	2	Independência	0,75	0,92	0,74	0,81
aivd	1	Independência	0,39	0,90	0,20	0,47
gds	0	Normal	0,49	0,54	0,80	0,80
camcog	A	Alto	0,27	0,04	0,95	0,92
	B	Baixo	0,39	0,81	0,02	0,06
cdr	0	Saudável	0,03	0,24	0,00	0,03
	0.5	Questionável	0,243	0,56	0,22	0,33
	1	Leve	0,36	0,14	0,28	0,40
	2	Moderada	0,23	0,02	0,38	0,22
	3	Grave	0,12	0,02	0,10	0,00
fluencia_verbal	1	Mais de 10 palavras/min	0,57	0,89	0,43	0,47
diabetes	0	Negativo	0,20	0,45	0,23	0,11
	1	Positivo	0,78	0,53	0,76	0,88
	2	Não informado	0,00	0,01	0,00	0,00
has	1	Positivo	0,90	0,81	0,98	0,99
	2	Não informado	0,00	0,01	0,00	0,00
cerad	0	Menos de 13 pontos nas 3	0,81	0,67	0,87	0,80



Artigo

Atributo	Valor		Probabilidades			
			Classes			
			DA	TCL	DM	DV
		tentativas				
relogio	0	Inabilidade absoluta para representar o relógio	0,55	0,16	0,71	0,83

Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com os dados da Tabela 3, das características ligadas aos fatores de risco, como idade, gênero, escolaridade, depressão, diabetes e hipertensão arterial (*has*), o fator idade, para idosos a partir de 65 anos, foi característica comum em pelo menos 84,9 por cento das pessoas diagnosticadas com alguma das patologias do presente estudo. Outro fator categorizado como não modificável, o gênero feminino, sugere uma alta predominância de casos em pacientes com DA ou TCL bem como a proporcionalidade de casos entre homens e mulheres para DV, confirmando, assim, estudos que indicam esse comportamento. No entanto, o alto número de casos para pacientes acometidos por DM do sexo feminino (77,0 por cento) contrasta com o equilíbrio de casos de ambos os gêneros, conforme o trabalho de Pinheiro, Carvalho e Luppi (2013) .

Em relação aos outros fatores, considerados modificáveis, a probabilidade de um paciente possuir hipertensão arterial (*has*) ou diabetes é alta para todas as patologias, confirmando estudos apontados por Machado (2016) e Ritchie e Tuokko (2011) . Por fim, do conjunto de pessoas acometidas pelas referidas doenças, a baixa escolaridade é apontada como um fator determinante: o analfabetismo é mais característico para 19 por cento de indivíduos com DA, enquanto que para pacientes que tiveram entre 1 a 4 anos de estudo, esta taxa é consideravelmente superior em todas as patologias. Cabe ressaltar que, apesar de considerado pelos referidos autores como elementos clínicos relevantes para o diagnóstico de demências, a diferença entre indivíduos diagnosticados com DV com baixa e alta escolaridades não foi tão acentuada quanto nas demais patologias, sugerindo que pessoas com 9 ou mais anos de estudo têm uma probabilidade de aproximadamente 30 por cento de serem acometidos por DV.



Artigo

No outro conjunto de atributos encontram-se os resultados das avaliações dos testes neuropsicológicos, como o MEEM, AVD, AIVD, GDS, Camcog, CDR, Fluência verbal, Lista de palavras do CERAD e o teste do relógio. Deste subconjunto, o MEEM apresenta-se como característica mais relevante para indivíduos acometidos por DA, DM e DV, uma vez que em 59, 69 e 59 por cento, respectivamente, dos casos o resultado do teste foi ruim (0 a 17 pontos) nestes grupos. Para TCL, particularmente, o resultado considerado mediano para esse teste de rastreio ($meem=1$) foi mais expressivo, denotando um menor comprometimento das funções cognitivas em indivíduos acometidos por essa enfermidade.

A maioria absoluta dos pacientes portadores de TCL, DA, DM e DV é considerada independente no teste de AVD. No entanto, especificamente para as últimas três patologias citadas, um ligeiro percentual de indivíduos apresenta grandes dificuldades ($avd=0$) para realizar atividades de autocuidado.

Em relação às capacidades de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar, avaliadas pelo AIVD, cerca de 90 por cento dos indivíduos com TCL são considerados independentes ($aivd=1$). Dentre os que apresentam algum tipo de dependência neste exame ($aivd=2$ ou 3), as maiores taxas encontram-se em pessoas acometidas por DM ou DV.

Cerca de 80 por cento das pessoas portadoras de DM e DV não apresentam quadros depressivos ($gds=0$), seguidas, em menor escala (49 e 55 por cento), por aquelas com DA e TCL, respectivamente. No entanto, quadros depressivos ($gds=1$) são mais característicos em DA (40 por cento) e, em menor intensidade, para indivíduos com TCL (36 por cento).

Entre as pessoas diagnosticadas com DM e DV, a probabilidade destas apresentarem um comprometimento cognitivo alto no Camcog é de, aproximadamente, 95 e 92 por cento, respectivamente, em ambas as doenças. Já para os pacientes diagnosticados com TCL, é altamente provável (81,3 por cento) o não comprometimento cognitivo ($camcog=B$) nesse grupo, de acordo com o citado exame.

Os resultados relacionados com o teste CDR indicam a inexistência de uma categoria predominante para determinação de alguma das patologias citadas, exceto pela ligeira maioria observada para o grau de gravidade 'questionável' ($cdr=0.5$) do CDR para TCL. Ainda sobre a referida doença, observa-se uma taxa relativamente superior (24 por cento) para indivíduos saudáveis ($cdr=0$) em relação às demais patologias, sugerindo que as áreas de cognição e comportamento não são afetadas em 24 por cento dos casos de pacientes com suspeita de TCL.



Artigo

Dentre os indivíduos avaliados em relação à fluência verbal, aproximadamente 89 por cento dos que conseguiram realizar o teste com sucesso foram diagnosticados com TCL, ou seja, a capacidade de produção de palavras em um determinado período de tempo não é afetada em indivíduos acometidos por esta patologia. No entanto, para as demais doenças, este teste não apresentou resultados conclusivos.

Os altos percentuais associados ao baixo desempenho no teste de lista de palavras do CERAD (*cerad=0*) mostraram-se determinantes para o diagnóstico positivo em todas as patologias.

Em relação ao teste de relógio, as altas taxas associadas aos resultados considerados alterados (pontuações de 0 a 2), especialmente com predominância em situações em que o indivíduo não apresenta habilidade para representar o relógio (*relogio=0*), sugerem uma alta incidência destas doenças neste grupo de pacientes. Cabe ressaltar que tal comportamento é menos acentuado para TCL, visto que as pontuações 4 e 5 no referido teste apresentam percentuais ligeiramente maiores das demais patologias na mesma faixa de escore, o que, provavelmente, indica uma menor influência desse teste de rastreio para o diagnóstico de TCL.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por intermédio desses modelos de classificação, foi possível verificar os fatores e testes neuropsicológicos mais relevantes para predizer o grau de acometimento de pacientes com suspeita clínica de demência. Das características ligadas aos fatores de risco, a idade foi apontada como um aspecto crítico para o diagnóstico em todas as patologias objetos da pesquisa, corroborando assim com estudos da respectiva área. Dentre o conjunto de atributos considerados modificáveis, a hipertensão, diabetes e o grau de escolaridade surgem como fatores determinantes para o diagnóstico de síndromes demenciais. No entanto, apesar de citado na literatura como um aspecto importante para a investigação das demências, a escolaridade não se mostra tão decisiva para indivíduos acometidos por DV. Tal característica é compartilhada com o atributo gênero, um fator não modificável, para a mesma patologia.

Em relação aos testes de rastreio, notou-se que o teste do relógio tem influência para confirmar ou refutar a presença das doenças tratadas nessa pesquisa. Já o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), considerado na literatura a escala de avaliação



Artigo

cognitiva mais amplamente utilizada para diagnósticos de demências, foi mais determinante para o diagnóstico de DA.

Por fim, os modelos evidenciam a influência do Exame Cognitivo de Cambridge (CAMCOG) na investigação clínica de indivíduos acometidos por DM e DV.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, R.; SIMHA, J. B.; IYENGAR, S. S. **A comparative analysis of discretization methods for medical datamining with Naïve Bayesian classifier.** Proceedings - 9th International Conference on Information Technology, ICIT 2006. **Anais...**2007

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimers Dement**, v. 13, p. 325–373, 2017.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends** Alzheimer's Disease International. London: Alzheimer's Disease International. Disponível em: <<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>>.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, p. 532–536, 2001.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil (Suggestions for the use of mini-mental state in Brazil). **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3 B, p. 777–781, 2003.

CAMPBELL, N. L. et al. **Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia** **Clinics in Geriatric Medicine**, 2013.

CARAMELLI, P. Avaliação Clínica e Complementar para o Estabelecimento do Diagnóstico de Demência. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.



Artigo

CHAVES, M. L. F. et al. **Avaliação cognitiva, comportamental e funcional: Doença de Alzheimer** *Dementia e Neuropsychologia*, 2011.

DENNY, J. C. et al. PheWAS: demonstrating the feasibility of a phenome-wide scan to discover gene-disease associations. *Bioinformatics*, v. 26, 2010.

DUARTE, Y. A. DE O.; DE ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos (The Katz Index in assessing the functionality of the elderly). *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 41, n. 2, p. 317–325, 2007.

FERRI, C. P. Envelhecimento populacional na América Latina: demência e transtornos relacionados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 2, p. 371–374, 2012.

FREITAS, E. V. DE; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia (Geriatrics and Gerontology Treaty)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.

GALLUCCI NETO, J.; GARCIA TAMELINI, M.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 119–130, 2005.

HERRERA, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, v. 16, n. 2, p. 103–108, 2002.

JACQMIN-GADDA, H. et al. 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. *European Journal of Epidemiology*, v. 28, n. 6, p. 493–502, 2013.

LAWTON, M. P. et al. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, v. 37, n. 1, p. 91–99, 1982.

LÓPEZ, V. et al. An insight into classification with imbalanced data: Empirical results and current trends on using data intrinsic characteristics. *Inf. Sci.*, v. 250, p. 113–141, 2013.



Artigo

MACEDO MONTAÑO, M. B. M.; ANDREONI, S.; RAMOS, L. R. Clinical Dementia Rating independently predicted conversion to dementia in a cohort of urban elderly in Brazil. **International Psychogeriatrics**, v. 25, n. 2, p. 245–251, 2013.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.

MOREIRA, L. B.; NAMEN, A. A. Sistema preditivo para a doença de Alzheimer na triagem clínica. **Journal of Health Informatics**, v. 8, n. 3, p. 87–94, 2016.

OWSLEY, C. Aging and vision. **Vision Research**, v. 51, n. 13, p. 1610–1622, 2011.
PARADELA, E. M. P.; LOPES, C. DE S.; LOURENÇO, R. A. Adaptação para o português do Cambridge Cognitive Examination-Revised aplicado em um ambulatório público de geriatria (Portuguese adaptation of the Cambridge Cognitive Examination-Revised applied in a public outpatient clinic of geriatrics). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2562–2570, 2009.

PINHEIRO, J. S.; CARVALHO, M. F. C.; LUPPI, G. Interação medicamentosa e a farmacoterapia de pacientes geriátricos com síndromes demenciais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, p. 303–314, 2013.

PRINCE, M. et al. World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, Quality and costs now and in the future. **Alzheimer's Disease International (ADI)**, p. 1–140, 2016.

PROVOST, F.; FAWCETT, T. **Data Science for Business: What You Need to Know About Data Mining and Data-analytic Thinking**. 1. ed. Sebastopol, CA: O'Reilly Media, 2013.

RITCHIE, L. J.; TUOKKO, H. Clinical decision trees for predicting conversion from cognitive impairment no dementia (CIND) to dementia in a longitudinal population-based study. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 26, n. 1, p. 16–25, 2011.

RITCHIE, M. D. et al. Genome- and phenome-wide analyses of cardiac conduction identifies markers of arrhythmia risk. **Circulation**, v. 127, 2013.



Artigo

SHORTLIFFE, E. H.; CIMINO, J. J. **Biomedical Informatics Computer Applications in Health Care and Biomedicine**. 4. ed. London: Springer-Verlag, 2014.

SHULMAN, K. I.; SHEDLETSKY, R.; SILVER, I. L. The challenge of time: Clock - drawing and cognitive function in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 1, n. 2, p. 135–140, 1986.

SPERANZA, A. C. C.; MOSCI, T. Diagnóstico Diferencial das Demências. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge** United Nations Population Fund. New York: United Nations Population Fund (UNFPA), 2012. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/11584>>.

VEMBANDASAMY, K.; SASIPRIYA, R.; DEEPA, E. Heart Diseases Detection Using Naive Bayes Algorithm. **International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology**, v. 2, n. 9, p. 441–444, 2015.

WITTEN, I. H.; FRANK, E.; HALL, M. A. **Data Mining: Practical Machine Learning Tools and Techniques**. 3. ed. San Francisco, CA, USA: Morgan Kaufmann, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/EN_WHS2017_TO_C.pdf?ua=1>.

YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS). **Psychopharmacol. Bull.**, v. 24, n. 1–2, p. 709–711, 1988.

ZELINSKI, E. M.; DALTON, S. E.; HINDIN, S. Cognitive Changes in Healthy Older Adults. **Journal of the American Society on Aging**, v. 35, n. 2, p. 13–20, 2011.





Temas em
Saúde