



INOVAÇÕES EM SAÚDE

*Perspectivas
multidisciplinares*

VOL. II

Priscila Góes (Org.)

INOVAÇÕES EM SAÚDE

*Perspectivas
multidisciplinares*

VOL. II



PG Editorial



PG Editorial

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor.

© 2025, PG Editorial

INOVAÇÕES EM SAÚDE

Perspectivas multidisciplinares

Volume II

Organizadora:

Priscila Góes Faustino

Capa e Paginação:

Célia Rosa

ISBN:

978-65-80258-84-0

Conceição do Coité, Bahia, Brasil

SUMÁRIO

Capítulo I 9

VULNERABILIDADES E NECESSIDADES FISIOTERAPÊUTICAS EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA: UMA AUTO NARRATIVA NO TERRITÓRIO DO SISAL, BAHIA

Capítulo II..... 35

UMA CRÍTICA MULTIDISCIPLINAR SOBRE A PÓS-MODERNIDADE: ANÁLISE INTEGRATIVA ENTRE NEUROCIÊNCIA, PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

Capítulo III 49

A EDUCAÇÃO EM DIABETES MELLITUS E INSULINOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DA DOENÇA

Capítulo IV 65

OS DESAFIOS QUE ATRAPALHAM O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DAS CRIANÇAS AUTISTAS DE 2 A 8 ANOS NAS ESCOLAS EM CONCEIÇÃO DO COITÉ - BA

Capítulo V..... 81

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO: COM ÊNFASE NA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA

Capítulo VI 105

SUS: DILEMAS CRÔNICOS E DESAFIOS AGUDOS FRENTE À PANDEMIA

Capítulo VII..... 129

SILENCIAR PARA OUVIR: O PODER TRANSFORMADOR DA ESCUTA ATIVA (Textos de autoria dos discentes de Psicologia)

PREFÁCIO

O cuidado com a saúde é, por natureza, um campo dinâmico, que se transforma à medida que novas tecnologias, descobertas científicas e abordagens humanas se entrelaçam. Nos últimos anos, esse dinamismo tem se intensificado, revelando que pensar em saúde não é apenas tarefa de médicos ou pesquisadores, mas de uma rede complexa de saberes que dialogam entre si para promover qualidade de vida, equidade e bem-estar social.

O presente livro nasce desse espírito de integração. Ao reunir diferentes olhares e experiências, constrói uma ponte entre a prática clínica, a gestão, a pesquisa e a dimensão social do cuidado. Não se trata apenas de apresentar avanços, mas de refletir sobre como esses avanços dialogam com as necessidades reais da população, respeitando contextos, valores e diversidades.

Essa obra é um convite à reflexão e à ação. Ela provoca, inspira e desafia profissionais, acadêmicos e gestores a pensarem para além das fronteiras tradicionais de suas áreas, percebendo que inovação, em saúde, não se limita a equipamentos sofisticados ou procedimentos inéditos. Inovar é, sobretudo, construir soluções sustentáveis, éticas e centradas no ser humano.

Que esta leitura desperte novas ideias, estimule parcerias e contribua para um futuro em que a saúde seja resultado de um trabalho coletivo, onde diferentes disciplinas caminham juntas em direção a um mesmo objetivo: cuidar melhor, de forma mais justa e mais humana.

Priscila Góes

CAPÍTULO I

VULNERABILIDADES E NECESSIDADES FISIOTERAPÊUTICAS EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA: UMA AUTO NARRATIVA NO TERRITÓRIO DO SISAL, BAHIA

Tauane Batista dos Santos Souza¹

Roberta Lopes Varjão Villela O. Figueiredo²

Fernanda Almeida Rodrigues³

Daniela São Paulo Vieira⁴

RESUMO

Este estudo investiga as vulnerabilidades em saúde e as necessidades fisioterapêuticas da população negra quilombola no Quilombo do Maracujá, localizado a aproximadamente 18 km de Conceição do Coité-BA. Adota-se uma perspectiva auto narrada pela pesquisadora, focando na ausência de acesso a serviços de saúde, particularmente à fisioterapia. O delineamento metodológico qualitativo, baseado na etnografia social, permitiu a coleta de dados por meio de registros escritos, observacionais e narrativos derivados da rememoração e vivência na comunidade. A análise revelou o racismo

1 Graduada em Fisioterapia, Faculdade da Região Sisaleira, Conceição do Coité, Bahia, Brasil.

2 Fisioterapeuta; Mestranda em Saúde Coletiva, UFBA; Especialista em Saúde Coletiva; Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Serrinha, Bahia, Brasil

3 Fisioterapeuta; Especialista em Gestão em Saúde Pública; Docente do curso de Fisioterapia, Faculdade da Região Sisaleira, Conceição do Coité, Bahia, Brasil

4 Fisioterapeuta; Mestrado em Bioenergia; Especialista em Fisioterapia Neurofuncional, UNIFESP; Especialista em Uroginecologia; Coordenadora e Docente do curso de Fisioterapia, Faculdade da Região Sisaleira, Conceição do Coité, Bahia, Brasil

como um Determinante Social de Saúde (DSS) estruturante, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), e as múltiplas vulnerabilidades dos indivíduos. Foram examinados os impactos dos DSS na funcionalidade corporal sob a dimensão da fisioterapia, culminando na percepção da imperiosa necessidade de ampliação do acesso a esta especialidade e da qualificação profissional para um cuidado humanizado e integral, que transcenda a dicotomia entre gestão e assistência.

Palavras-chave: Determinantes Sociais de Saúde, Fisioterapia, População Quilombola, Vulnerabilidade em Saúde, Racismo.

1. INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), promulgada em 1948, estabelece em seu Artigo 1º o princípio da igualdade intrínseca em dignidade e direitos de todos os seres humanos, postulando que a razão e a consciência inerentes a cada indivíduo devem pautar a conduta em um espírito de fraternidade. Contudo, a efetivação desses princípios enfrenta obstáculos substanciais em realidades marcadas por assimetrias sociais e históricas. Conforme percorrido por Davis (2018), o racismo não se configura meramente como uma manifestação individual, mas como uma estrutura social penetrante que perpetua a marginalização e o distanciamento da fraternidade universal, materializando-se em indicadores crescentes de violência e lacunas no acesso ao cuidado em saúde, especialmente para populações negras (Barbosa, 2021; Barbosa, 2023).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 assegura, no Artigo 196, o direito universal à saúde como dever do

Estado, incumbindo-o da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e ao acesso igualitário a ações e serviços de saúde. O direito à saúde, entretanto, está conectado à garantia de uma qualidade de vida abrangente e ao acesso a direitos sociais fundamentais, como educação, saneamento básico, habitação, transporte e segurança. Não obstante os avanços formais e institucionais do Estado Democrático de Direito, parcelas significativas da população brasileira permanecem em situação de vulnerabilidade, com a saúde como um direito precário. As comunidades quilombolas exemplificam essa realidade, onde o acesso à saúde é frequentemente deficiente, perpetuando desigualdades sociais enraizadas (Menezes, 2010).

O conceito de acesso à saúde é multifacetado, abrangendo a disponibilidade de serviços e a capacidade de resposta às necessidades populacionais, considerando suas características (Mota et al., 2021). Isso demanda uma abordagem humanizada que integre a gestão e o cuidado, promovendo a articulação entre os diversos componentes do sistema para garantir a integralidade da atenção (Cimino, 2017). Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha experimentado progressos consideráveis, disparidades sociais, notadamente entre indivíduos que se autodeclaram pardos, pretos e indígenas, representam desafios persistentes para uma gestão de saúde baseada em evidências e orientada pelo conceito ampliado de saúde (Werneck, 2012).

Nesse contexto, o racismo emerge como um determinante social de saúde (DSS) crucial, pois expõe homens e mulheres negras a cenários de elevada vulnerabilidade, morbidade e mortalidade. Mota (2021) caracteriza as populações vulneráveis como aquelas desprovidas de autonomia e voz. Os quilombolas, enquanto grupo historicamente

oprimido, vivenciam os efeitos materiais, sociais e psicológicos da exclusão. Essa conjuntura sublinha a premente necessidade de descolonização das práticas e ações em saúde, uma vez que a negação do racismo no âmbito dos serviços de saúde impede um debate produtivo e a implementação de ações direcionadas a grupos vulneráveis (Ribeiro, 2019). Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e suas ações afirmativas constituem ferramentas eficazes para promover a equidade em saúde e a igualdade racial (Souza & Albuquerque, 2022). Para sua efetiva apropriação nos territórios de cuidado, é imperativo que gestores e profissionais do SUS compreendam as vulnerabilidades específicas da população negra e reconheçam o racismo como um DSS estruturante.

O campo da Saúde Coletiva proporciona ao fisioterapeuta a compreensão de dimensões como as necessidades de saúde e o conceito ampliado de saúde, orientando suas práticas para um diagnóstico cinético-funcional contextualizado que avalie os DSS e suas implicações na capacidade funcional (Bispo, 2010). O fisioterapeuta possui arcabouço político e institucional para integrar a Atenção Básica de Saúde (ABS) e atuar nos níveis de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde (Corrêa, 2023). Para tanto, faz-se essencial o entendimento do território-processo em suas múltiplas dimensões e das narrativas em saúde, que fornecem uma via metodológica para apreender e compreender fenômenos investigados no campo da saúde (Ceccon, 2022).

Apesar de a saúde no território ser balizada pelos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – e de se concentrar em um cuidado que busca soluções e respostas para além da mera identificação de problemas (Pi-

nheiro, 2006), territórios como os quilombolas frequentemente exibem disparidades e lacunas nos modos de atenção à saúde, impactando adversamente a vida e perpetuando vulnerabilidades. Para a manutenção de um corpo ativo e funcional em uma sociedade desigual, a funcionalidade é um componente intrínseco da saúde (Leitão, 2004).

A Fisioterapia, ao eleger o corpo social, conforme a conceituação de Bourdieu, como manifestação do *habitus* e lócus de investimento de poder e dominação (Medeiros, 2011), e o movimento humano como seu objeto primordial de estudo, desenvolve estratégias para analisar as vulnerabilidades em saúde e suas repercussões na funcionalidade. Tal abordagem permite o estabelecimento de um elo fundamental para a promoção e prevenção de agravos e doenças, assegurando qualidade de vida e dignidade humana, sobretudo para indivíduos em situação de marginalidade, como as comunidades quilombolas, cujos corpos são historicamente marcados pelo aprisionamento e pela distância da fraternidade social.

O objetivo deste trabalho é identificar as vulnerabilidades em saúde da população quilombola sob a perspectiva da auto narrativa fisioterapêutica, analisando a inter-relação entre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e seu impacto na funcionalidade, e dimensionando o espectro de atuação do fisioterapeuta no Quilombo do Maracujá, situado no Território do Sisal, Bahia.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi concebido sob uma abordagem qualitativa, alicerçada nos preceitos da etnografia social. Esta escolha metodológica justifica-se pela sua capacidade de proporcionar uma compreensão aprofundada dos fenô-

menos sociais, ao investigar as experiências humanas dentro de seu contexto cultural e social específico (Victora, 2000). Os participantes do estudo foram os membros da comunidade quilombola do Quilombo do Maracujá, oficialmente certificada pelo Artigo 4º do Decreto nº 4.887, localizada no município de Conceição do Coité, Bahia, Brasil. A particularidade desta comunidade, como um território de ancestralidade e resistência, confere um significado ímpar à investigação das intersecções entre saúde, funcionalidade e determinantes sociais.

O contexto social em foco foi explorado primariamente através da narrativa em saúde, com uma ênfase particular na auto narrativa. Esta técnica se constitui como um método investigativo robusto para a análise de experiências subjetivas, possibilitando a construção de “diagramas de cuidado” que são essenciais para o planejamento e a gestão de serviços de saúde (Cecilio, 2014). No escopo deste estudo, a auto narrativa foi operacionalizada pela pesquisadora como um processo de auto etnografia reflexiva, onde sua própria vivência e rememoração na comunidade foram os principais veículos para a coleta de dados, conferindo uma perspectiva *emic* e uma profundidade interpretativa que seriam difíceis de alcançar por outros métodos. A pesquisadora, ao se posicionar como sujeito e objeto da pesquisa, buscou revelar as complexidades e nuances da realidade quilombola sob um olhar interno e engajado, mantendo uma postura de reflexividade constante para mitigar vieses e enriquecer a análise.

O instrumento de observação foi sistematicamente delineado a partir da pré-definição de categorias de análise. O foco temático central recaiu sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), estruturados conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss, 2007; Lima, 2008). Este modelo,

que hierarquiza os determinantes de saúde em camadas que vão do indivíduo (idade, sexo, fatores genéticos) aos fatores macro (condições socioeconômicas, culturais, ambientais, serviços de saúde), serviu como arcabouço para identificar e categorizar os múltiplos fatores que impactam a saúde e a funcionalidade da população estudada. Adicionalmente, a análise contemplou a saúde da população negra sob a perspectiva da diagramação da funcionalidade, concebendo a “dor” não apenas como uma manifestação física, mas como um fenômeno sensorial e existencial, cuja “escuta” atenta dos relatos dos indivíduos permitiu acessar os “signos” de sofrimento e as estratégias de enfrentamento.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora por meio de registros escritos, observacionais e narrativos, que emergiram do processo de rememoração de suas vivências e interações na comunidade. Estes registros consistiram em:

Notas de Campo: Observações descritivas detalhadas sobre o ambiente físico e social, interações, eventos cotidianos e expressões não-verbais da comunidade.

Diário de Campo: Reflexões pessoais da pesquisadora sobre suas percepções, sentimentos, dilemas éticos e o desenvolvimento de sua compreensão sobre os fenômenos observados, servindo como um instrumento de reflexividade.

Narrativas Registradas: Transcrições e sistematizações das histórias e relatos orais obtidos informalmente no dia a dia da comunidade, capturando a linguagem e a perspectiva dos membros.

A admissão de uma relação intrínseca entre pesquisador e pesquisado e o contexto social foi fundamental para a construção da confiança e a profundidade da coleta de da-

dos. Essa imersão permitiu a emergência de dados ricos e complexos, essenciais para uma análise qualitativa.

A fundamentação teórica para a análise narrativa baseou-se em Polkinghorne (1985), que postula que a investigação do significado narrativo visa a elucidação das ações que produzem um tipo particular de significado, e a inferência das implicações desse significado para a existência humana. Segundo o autor, “O conhecimento paradigmático foca no que é comum entre as ações”. Essa perspectiva é crucial para pesquisadores que buscam não apenas descrever, mas também dar voz aos pesquisados, promovendo uma análise que favoreça a transformação social.

A objetivação dos dados, essencial para a credibilidade do estudo qualitativo, foi obtida através de revisões críticas e permanentes do trabalho de campo. Este processo de validação interna envolveu a triangulação de diferentes fontes de dados (observações, relatos, rememoração) e a validação por pares implícita na discussão dos achados.

Para a sistematização dos dados, foram adotados os seguintes elementos no registro:

Ambientes (interno/externo): Descrição dos espaços físicos onde as interações e observações ocorreram.

Linguagens/Escutas: Análise das formas de comunicação verbal e não verbal, e a qualidade da escuta das narrativas.

Relacionamentos: Observação das dinâmicas interpessoais e comunitárias.

Tempo: Contextualização temporal dos eventos e processos observados.

Tais informações foram rigorosamente documentadas

em uma agenda e um diário de campo, servindo como repositórios primários para a análise.

A análise de dados ocorreu em fases distintas. Inicialmente, os dados brutos foram sintetizados em categorias temáticas emergentes das narrativas e observações. Posteriormente, realizou-se a síntese dos dados por meio de um processo de “lapidação e ordenamento”, que envolveu a identificação de padrões, a construção de tipologias e a articulação entre as categorias. Para guiar essa síntese, foi utilizada a conceituação de “ilusão da transparência” de Bourdieu (1985), que preconiza a primazia dos achados sociológicos sobre as interpretações superficiais, buscando desvendar as estruturas ocultas que moldam as vulnerabilidades e as relações de poder presentes na comunidade quilombola. Este rigor metodológico visou garantir a fidedignidade e a profundidade da análise dos resultados.

3. RESULTADOS

A análise das auto narrativas e observações revelou um complexo entrelaçamento de vulnerabilidades sociais, econômicas e estruturais que impactam diretamente a funcionalidade e o bem-estar da população do Quilombo do Maracujá, delineando uma urgente demanda por intervenções fisioterapêuticas específicas e adaptadas.

A trajetória de *Maria da Glória*, uma matriarca quilombola de 60 anos, personifica as repercussões somáticas dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) relacionados à dimensão socioeconômica e ao trabalho. Com formação educacional limitada e tendo criado 12 de seus 14 filhos em condições de extrema precariedade habitacional e financei-

ra, sua aposentadoria não a exime da labuta rural, essencial para o sustento familiar. Os diagnósticos de bursite nos ombros, hipertensão, osteófitos, tendinite e hérnia discal configuram um quadro de múltiplas comorbidades osteomusculares, diretamente associadas ao esforço físico repetitivo e às condições ergonômicas desfavoráveis da atividade laboral. O relato da queda durante o corte de mandacaru ilustra a intrínseca relação entre a atividade produtiva, a carga física e a deterioração da capacidade funcional. A preferência pela farmacoterapia em detrimento do tratamento fisioterapêutico evidencia barreiras de acesso, desinformação ou a priorização de soluções imediatas em um contexto de escassez de recursos e tempo. Do ponto de vista fisioterapêutico, intervenções ortopédicas que incluem eletroterapia para analgesia, crioterapia para controle inflamatório e cinesioterapia para recuperação da mobilidade e fortalecimento muscular seriam cruciais para a melhoria da qualidade de vida e a manutenção da independência funcional de Maria da Glória.

A trágica experiência de *Leandra*, filha de Maria da Glória, com 35 anos, gestante de 9 meses, expôs a falência do sistema de serviços sociais e de saúde. A peregrinação de Leandra à maternidade, marcada pela subestimação de seus sintomas (dores abdominais intensas) e pela ausência de exames diagnósticos essenciais (coleta de urina, ultrassonografia), culminou em um diagnóstico errôneo de infecção urinária e na perda fetal por síndrome da aspiração de mecônio. O subsequente óbito materno por hemorragia pós-parto, agravado pela falta de higiene e negligência hospitalar (ausência de lençóis limpos, desconsideração de sangramento excessivo por profissionais que proferiram comentários racistas), revela uma falha sistêmica que transcende a assistência clínica, adentrando o campo do racismo institucional. A

idade, o sexo e a gestação são fatores de risco que demandam uma atenção fisioterapêutica obstétrica especializada, capaz de empregar métodos não farmacológicos para o manejo da dor, técnicas de conscientização corporal e fortalecimento da musculatura pélvica, fundamentais para a prevenção de complicações. A ausência de tal acompanhamento contribuiu para um desfecho fatal, sublinhando o papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar para identificar e mitigar fatores adversos à saúde materna. O caso de Leandra, uma mulher negra saudável que teve sua vida ceifada, alinha-se às estatísticas alarmantes de mortalidade materna desproporcional entre mulheres negras (Silva et al., 2017), reforçando a necessidade de intervenções fisioterapêuticas, inclusive no âmbito do cuidado paliativo, que visem à qualidade de vida e, em casos extremos, à dignidade no processo de morte.

A análise da **infraestrutura e saneamento**, especificamente o acesso à água encanada, ilustra a persistência de condições de vida precárias. Décadas de espera e promessas não cumpridas geraram uma desconfiança arraigada, levando muitos moradores a rejeitar a instalação de água encanada em suas residências, preferindo manter o árduo trabalho de buscar água em tanques com baldes sobre a cabeça. Essa escolha, embora historicamente compreensível, perpetua um esforço físico extenuante que resulta em dores crônicas, lesões musculoesqueléticas, contraturas e desvios posturais. A fisioterapia comunitária e ortopédica são essenciais para abordar as disfunções decorrentes dessas condições ambientais e sociais, promovendo a educação em saúde e o desenvolvimento de estratégias de manejo da carga física.

A dimensão das **condições socioeconômicas e culturais** se manifesta na ausência de um conceito de lazer que promova a saúde e o bem-estar. A comunidade do Quilom-

bo do Maracujá não associa o tempo livre a atividades recreativas ou à prática de exercícios físicos. Inversamente, o álcool é culturalmente percebido como um vetor de felicidade e socialização. O consumo excessivo, contudo, acarreta uma diminuição da força muscular, da coordenação motora e do equilíbrio, comprometendo a funcionalidade geral dos indivíduos. Nesse contexto, a fisioterapia neurológica, juntamente com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e o apoio à saúde mental, pode atuar na recuperação funcional e na promoção de hábitos saudáveis, visando a melhoria da qualidade de vida e a redução dos impactos deletérios do consumo de álcool.

O legado de *Anízio de Oliveira Souza*, avô da pesquisadora, ao narrar a fundação da comunidade por quatro negros e o orgulho intrínseco da identidade negra (“ninguém é mais bonito do que o outro, é tudo uma coisa só”), contrasta com as adversidades vivenciadas pela comunidade. A história de Anízio, que migrou para São Paulo em busca de melhores condições de vida para sua família, exemplifica como a dimensão do trabalho, especialmente a migração interna, impacta a estrutura familiar e o desenvolvimento infantil, com possíveis repercussões no desenvolvimento motor das crianças.

A saúde mental e cardiovascular da comunidade se apresenta fragilizada, com uma prevalência de aproximadamente **90% de hipertensão e problemas psicológicos**, como depressão e ansiedade. Antes do reconhecimento oficial como quilombo, a necessidade de pais trabalharem em centros urbanos distantes e a consequente inserção precoce dos filhos no mercado de trabalho em detrimento da educação, demonstram a intersecção da falta de acesso à educação, o desemprego e as

precárias condições de vida e trabalho como DSS estruturantes. Esses fatores culminam em desgaste mental, estresse crônico e doenças cardiovasculares e respiratórias. A fisioterapia neurológica, cardiovascular e respiratória são cruciais para o manejo dessas condições, atuando na prevenção de agravos, na reabilitação e na promoção da qualidade de vida.

O **racismo institucional** é evidenciado por relatos de discriminação em serviços de saúde, como a enfermeira branca que, ao atender um paciente quilombola, proferiu que “pessoas da cor dele não sente dor e não demonstra sentimentos como pessoas da cor de pele dela”. Este incidente, além de ser uma violação ética, demonstra como os serviços de saúde podem ser permeados por vieses racistas, intensificando a vulnerabilidade dos pacientes. A fisioterapia, ao adotar um olhar humanizado e integral, pode atuar na construção de um cuidado em rede, promovendo a integração da equipe e um atendimento equânime e respeitoso.

O **acidente de trabalho** que resultou na mutilação da mão de um quilombola, enquanto operava um motor de sinal, e os relatos de seus colegas sobre as condições de trabalho precárias (baixa remuneração, ausência de refrigeração para alimentos, exigência de força braçal), sublinham a dimensão do trabalho como fator de adoecimento e perda de funcionalidade. Esse cenário exige a atuação da fisioterapia do trabalho, focada na prevenção de lesões musculoesqueléticas, na ergonomia e na reabilitação, visando mitigar os impactos da precarização laboral na saúde dos trabalhadores.

Por fim, a **rememoração de abusos e violências**, como o relato de uma aluna sobre violência sexual durante uma aula na escola, ressalta o profundo impacto físico e psicológico. Essa rememoração do passado, que invade o presente,

exige uma abordagem multiprofissional que inclua a fisioterapia, para abordar as implicações na saúde da criança, na saúde escolar e na saúde mental.

A Tabela 1 sintetiza a relação entre os Determinantes Sociais de Saúde identificados, seus impactos na funcionalidade e as áreas da fisioterapia pertinentes para uma intervenção eficaz no Quilombo do Maracujá:

Tabela 1. Relação entre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), seus impactos na funcionalidade e as áreas de atuação da Fisioterapia no contexto do Quilombo do Maracujá, Conceição do Coité, Bahia, Brasil, 2024.

Determinante Social de Saúde (DSS)	Impacto na Funcionalidade	Área de Atuação da Fisioterapia
Socioeconômico, Trabalho Precarizado	Dor crônica, limitação de movimento, fraqueza muscular, restrição de AVDs.	Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica, Fisioterapia do Trabalho, Fisioterapia Comunitária.
Idade, Sexo, Gestação, Racismo Institucional	Complicações gestacionais, dor psicossomática, vulnerabilidade a desfechos materno-infantis adversos, morbimortalidade.	Fisioterapia Ginecológica e Obstétrica, Fisioterapia em Saúde da Mulher, Fisioterapia Paliativa, Fisioterapia em Saúde Coletiva.
Serviços Sociais e de Saúde Inadequados	Dor física e psicológica, ausência de acompanhamento preventivo e reabilitador, aumento da morbimortalidade evitável.	Fisioterapia Hospitalar, Fisioterapia em Saúde Mental, Fisioterapia em Urgência e Emergência, Fisioterapia Comunitária.

Determinante Social de Saúde (DSS)	Impacto na Funcionalidade	Área de Atuação da Fisioterapia
Fatores Hereditários, Sexo, Serviços de Saúde Ineficientes	Dor, morbidade e mortalidade precoce.	Fisioterapia Paliativa, Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória.
Saneamento Básico Inadequado (Água e Esgoto), Condições Ambientais Gerais	Dor musculoesquelética crônica, lesões por esforço, contraturas, desvios posturais.	Fisioterapia Comunitária, Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica.
Condições Socioeconômicas e Culturais (Consumo de Álcool)	Diminuição da força muscular, coordenação motora e equilíbrio, transtornos neuropsicomotores.	Fisioterapia Neurológica, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), Fisioterapia em Saúde Mental.
Educação Deficiente, Desemprego, Condições de Vida e Trabalho Adversas	Desgaste mental, estresse crônico, hipertensão, adoecimento sistêmico, distúrbios musculoesqueléticos.	Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia Cardiovascular, Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia do Trabalho, Fisioterapia em Saúde Mental.
Vulnerabilidade por Serviços Sociais e de Saúde Insuficientes/ Discriminatórios	Impacto na integridade física e psicológica, barreiras de acesso ao cuidado.	Fisioterapia Hospitalar, Fisioterapia em Gestão de Saúde, Fisioterapia Comunitária (foco na equidade e humanização).

Determinante Social de Saúde (DSS)	Impacto na Funcionalidade	Área de Atuação da Fisioterapia
Condições de Vida e Trabalho Precárias (Acidentes de Trabalho)	Distúrbios musculoesqueléticos severos, perda de funcionalidade, limitações permanentes.	Fisioterapia do Trabalho, Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica, Fisioterapia Reabilitadora.
Abusos e Violências (Físicas e Psicológicas)	Traumas físicos e psicológicos, dor psicossomática, disfunções motoras e sensoriais.	Fisioterapia em Saúde Mental, Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia em Saúde Escolar.

*Fonte: Construção própria.

Os resultados, portanto, demonstram que as vulnerabilidades da população quilombola são multifacetadas e profundamente interligadas aos DSS. A fisioterapia, com sua amplitude de especialidades, emerge como uma ferramenta essencial não apenas para a reabilitação de agravos específicos, mas também para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a mitigação dos impactos das desigualdades sociais na funcionalidade e na qualidade de vida.

4. DISCUSSÃO

A análise das narrativas e das condições de vida no Quilombo do Maracujá permitiu uma elucidação das vulnerabilidades sob o amparo dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), da funcionalidade e do papel da Fisioterapia, revelando a intrínseca relação entre a saúde e as estruturas sociais. As histórias individuais e coletivas sublinham a urgência das demandas em saúde do trabalhador, saúde da

mulher e criança, e a indispensabilidade de uma gestão em saúde que integre a perspectiva fisioterapêutica.

A interconexão entre DSS como escolaridade precária, trabalho precarizado, saneamento deficitário e condições ambientais desfavoráveis, demonstra um impacto direto e significativo na funcionalidade dos indivíduos, manifestado por limitações de movimento, dor crônica e distúrbios musculoesqueléticos. A baixa escolaridade e renda, aliadas à dificuldade de acesso a políticas públicas e à localização geográfica remota, estabelecem barreiras substanciais ao acesso a serviços de saúde (Mota et al., 2021). No Quilombo do Maracujá, essas barreiras são corroboradas pelas vivências relatadas, que acentuam a marginalização histórica da comunidade e a perpetuação de ciclos de adoecimento.

A centralidade do trabalho na perda de funcionalidade é um achado proeminente, derivando do dimensionamento das vulnerabilidades que perpassam as lógicas do capitalismo e a criação de “Trabalho Barato” (Moore, 2022). O corpo negro, no contexto brasileiro, é historicamente e frequentemente inserido em um mercado de trabalho informal e precário, sendo percebido como uma força produtiva secundária. Essa realidade culmina em corpos “disfuncionais”, que servem ao capital, mas permanecem desassistidos em termos de cuidado em saúde. Na Comunidade Quilombola do Maracujá, a dependência do motor de sisal para o sustento familiar tem gerado um impacto direto na saúde, resultando em perda de funcionalidade e alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, que se configuram como as principais causas de afastamento do trabalho. A Fisioterapia na Saúde do Trabalhador, conforme Barbosa (2016) e Filho et al. (2018), pode atuar proativamente com ações de prevenção de lesões (particularmente discopatias degenerativas), iden-

tificação de riscos ocupacionais, avaliação postural, implementação de programas de ginástica laboral, tratamento fisioterapêutico específico e palestras de conscientização. Tais intervenções visam à redução da dor musculoesquelética e à mitigação do sofrimento físico e mental associado. A dimensão do trabalho, portanto, se cruza com a Fisioterapia Ortopédica e a Fisioterapia Comunitária, que priorizam a compreensão das repercussões das vulnerabilidades no corpo funcional, abrindo espaço para uma construção transdisciplinar e extensionista que reflete na própria formação do fisioterapeuta (Lacerda & Ribeiro, 2011).

Os DSS são os principais promotores das desigualdades em saúde, determinando as condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (Carrapato et al., 2017). As determinações econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações, resultando em um corpo “tatuado” pela dor e pela exclusão social.

A Saúde da Mulher e da Criança emergiu com verbalizações que ressaltam a necessidade imperativa de “acolher”, demandando a inserção do fisioterapeuta nos cuidados da Atenção Básica de Saúde (ABS) e sua articulação com a atenção hospitalar, promovendo um cuidado “precoce” (Belmonte, 2018). Observa-se que os indicadores de cuidado em saúde da mulher são significativamente mais baixos entre mulheres pretas e pardas com baixa escolaridade ou ensino fundamental incompleto (Silva et al., 2017). A fisioterapia desempenha um papel importante na Saúde da Mulher, concentrando-se no tratamento e na melhoria da qualidade de vida. Inclui a aplicação de técnicas durante a gestação e o puerpério, utilizando recursos não

farmacológicos e intervindo na biomecânica do trabalho de parto (Maduenho et al., 2022). O manejo da dor é representativo, e técnicas específicas são fundamentais para uma abordagem fisioterapêutica eficaz (Borba et al., 2020). O acompanhamento fisioterapêutico à gestante permite a identificação de fatores de risco, sendo a fisioterapia eletiva para essa prática, fundamentada em uma abordagem que previne possíveis agravos durante a gestação, parto e puerpério (Keil et al., 2022).

Informações cruciais sobre riscos pré-natais não são acessíveis às mulheres pardas e negras na mesma proporção que às mulheres brancas. Dados de Silva et al. (2017) revelam que a mortalidade materna é significativamente mais elevada entre mulheres negras (60%) em comparação com mulheres brancas (34%). Esse quadro é ainda mais alarmante ao se constatar que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados por ações adequadas dos serviços de saúde (Silva et al., 2017). Nesse contexto, a inserção do fisioterapeuta no Cuidado Paliativo, que abrange distúrbios físicos, psicossociais e espirituais, é fundamental, especialmente no manejo da dor (Silva et al., 2022).

A saúde da criança e as questões físicas e emocionais remetem ao debate sobre a dor psicossomática e a intervenção fisioterapêutica. Isso abre espaço para as implicações dos Transtornos Mentais Comuns e das disfunções que afetam a funcionalidade (dor, imagem corporal e postura), mediadas pela saúde na escola (Nascimento & Carvalho, 2023).

É patente a necessidade de estabelecer uma rede de atenção contínua que integre a Atenção Básica de Saúde (ABS) e a atenção hospitalar. Essa rede deve fundamentar-se na humanização da atenção e da gestão em saúde no SUS, visando

acolher o sujeito de forma integral e justa. A compreensão de que o corpo negro requer atenção e cuidado específicos é crucial, exigindo a desconstrução do racismo na área da saúde. O corpo negro ainda é frequentemente percebido como funcional e resiliente, incapaz de expressar dor, o que impacta negativamente seu bem-estar psicológico devido a falas e ações racistas de profissionais. O preconceito, de natureza individual e histórica, vulnerabiliza a população negra a diversas condições de doença, como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e anemia falciforme (Davis, 2018; Silva et al., 2017).

Assim, a presença do fisioterapeuta em espaços de gestão é vital, com uma compreensão de cuidado humanizado, acolhedor e focado nos DSS. Isso implica valorizar a escuta ativa, desenvolver vínculos terapêuticos e integrar o ser humano com seu ambiente, a fim de construir um cuidado humanizado e integral (Carvalho, 2017). Tais ações devem conceber estratégias que considerem a funcionalidade física e a integridade psicológica do sujeito quilombola. Uma estratégia a ser incorporada na gestão em saúde, conforme Oliveira (2021), é a “abertura para ouvir o outro, como outro, sem decalques e planejamentos prévios”. Trata-se de um movimento que implica o diálogo, o reconhecimento da importância da conversa e, crucialmente, a reflexão sobre a descolonização de práticas e da formação em saúde.

Ao se tratar da prestação de serviços de saúde em comunidades quilombolas, é imperativo que os saberes tradicionais e a historicidade sejam preservados e respeitados, embora possam ser complementados por ações que visem à melhoria da qualidade de vida e à maximização das práticas de cuidado em saúde (Souza et al., 2021). A persistência da “incompletude do processo de abolição” é evidente na negação de direitos fundamentais (Feitosa et al., 2021). O enten-

dimento dos DSS sob a perspectiva do modelo de Dahlgren e Whitehead reforça a necessidade de criar redes de atenção que ampliem o reconhecimento das adversidades enfrentadas pelo sujeito negro (Pinheiro, 2006; Corrêa, 2023).

Para que o cuidado se materialize efetivamente em um território de predominância negra e quilombola, politicamente assegurado, o foco deve ser a afirmação das ausências e a visibilização do corpo frente ao racismo estrutural (Barbosa et al., 2021; Silvio, 2019). A discussão corrobora que a fisioterapia, com sua amplitude de atuação, possui um papel fundamental não apenas na reabilitação física, mas na promoção da saúde integral, na prevenção de agravos e na gestão de políticas públicas que combatam as desigualdades e garantam o direito à saúde para as populações mais vulneráveis.

5. CONCLUSÃO

A abordagem auto narrativa, sob o prisma da escuta fisioterapêutica, revelou de forma inequívoca as complexas barreiras de acesso aos serviços de saúde, com particular destaque para a ausência ou insuficiência da fisioterapia na comunidade quilombola do Maracujá. Os dados apresentados demonstram que o diálogo sobre o acesso à fisioterapia não pode ser dissociado de uma compreensão aprofundada dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e seu impacto multifacetado na funcionalidade e no bem-estar dos indivíduos.

O conceito de saúde, nesse contexto, é intrinsecamente moldado pelo lugar social ocupado e pela persistência do racismo, que historicamente vulnerabiliza homens e mulheres negras a situações de adoecimento e mortalidade. As limitações funcionais e os déficits de saúde observados na comu-

nidade não são meras disfunções físicas; elas são o resultado tangível de uma sociedade profundamente desigual, configurando uma “incapacidade social” que se manifesta no corpo.

A funcionalidade, ao se debruçar sobre o ambiente, as condições de vida e o cotidiano da comunidade, permite uma inter-relação vital entre saúde, um corpo ativo e funcional, e o território-processo. Essa interconexão propicia um terreno fértil para o desenvolvimento da Fisioterapia Comunitária, uma área que possui a capacidade de intervir nas raízes das vulnerabilidades, promovendo saúde e bem-estar de forma contextualizada e culturalmente sensível.

Contudo, a superação desses desafios exige o reconhecimento e a implementação da transdisciplinaridade para um cuidado ampliado. Este estudo reitera a necessidade imperativa de integrar diversas especialidades da Fisioterapia, incluindo a Obstétrica, Ortopédica, Neurológica, do Trabalho, Cardiovascular, Respiratória, Integrativa e de Saúde Mental. A sinergia entre essas áreas permite uma abordagem holística e eficaz diante da complexidade das demandas de saúde da população quilombola.

Os Determinantes Sociais de Saúde, como demonstrado, corroboram as iniquidades em saúde, tornando essencial a humanização da atenção. Essa humanização transcende o atendimento individual, abrangendo, primordialmente, o alinhamento da gestão em saúde com as necessidades reais da população. Somente por meio dessa abordagem integrada e humanizada será possível garantir o direito ao acesso equitativo a todas as áreas da atenção à saúde, incluindo o cuidado fisioterapêutico especializado. A pesquisa, portanto, não apenas evidencia as lacunas existentes, mas também reforça que a busca pela saúde plena é indissociável da luta por justiça social e equidade racial, exigindo o compromisso

so contínuo de profissionais e gestores na desconstrução de práticas discriminatórias e na promoção de um cuidado verdadeiramente integral, respeitoso e emancipador.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.L. **Racismo estrutural**. São Paulo, 2019.

BARBOSA, R. R. da S; SOUZA, A. A. P; SILVA, C. S. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **R. Kátal**, Florianópolis, v 24, n. 2, p. 353-363, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77967>

BELMONTE, C. N. **Fisioterapia precoce em pacientes críticos: revisão da literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário de Brusque, Brusque, 2018.

BORBA, E.O; AMARANTE, M.V; LISBOA, D.D.J. Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. **Fisioter. Pesqui.** 28 (3) • Jul-Sep 2021. DOI: DOI: 10.1590/1809-2950/21000628032021

BUSSA, P.M. **A saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CARRAPATO, P; CORREIA, P; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v 26, n. 6, p. 676-689, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017170304

CARVALHO, V.L. **Cuidado humano**. São Paulo: Editora Senac, 2017.

CECCON, S. B. Narrativa em saúde: um campo para a produção de sentidos e de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 11-20, 2022.

CIMINO, V. Humanização em Saúde: humanizar para comunicar ou comunicar para humanizar? **Contracorrente**, [s.l.], V. 1, P. 232. DOI: 8569220081, 9788569220084

CORRÊA, G. M. **Atenção fisioterapêutica e saúde da população negra: percepção da qualidade do cuidado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo, Boitempo, 2018.

FEITOSA, F. R. S; CASTILHO, C. J. M; LACERDA, R. dos S. Comunidades quilombolas e políticas públicas: invisibilidade ou inclusão?. **Revista Equador (UFPI)**, [s. l.], v 10, n. 3, p. 45-60. DOI: <https://doi.org/10.26694/equador.v10i3.12633>

FILHO, R.V.T; ABE, G.M; DAHER, M.T. A influência genética na degeneração discal – Revisão sistemática da literatura. Goiânia, **Rev Bras Ortop** 2020;55(2):131–138. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692626>. ISSN 0102-3616.

KEIL, MJ; DELGADO, AM; XAVIER, M A O; NASCIMENTO, C M. Fisioterapia em obstetrícia pelos olhos das gestantes: um estudo qualitativo. **Fisioter. Mov.**, 2022, v. 35, Ed Esp, e356017.0 DOI: [10.1590/fm.2022.356017.0](https://doi.org/10.1590/fm.2022.356017.0)

LACERDA, D A L; RIBEIRO, K S Q S. **Fisioterapia na comunidade**. João Pessoa, Editora Universitária, 2011.

LEITÃO, A. V. P. **Funcionalidade e incapacidade**. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

LIMA, M A G; TRAD, L A B. Chronic pain: an insubordinate object. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.117-133, Jan.-Mar. 2008.

MADUENHO, T.R.C et al. Perfil do conhecimento de mulheres sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da mulher. **Fisioter. Pesqui.** 29 (3) • Jul-Sep 2022

MENEZES, F C. Repensando a funcionalidade do racismo para o capitalismo no país contemporâneo. **Libertas. R. Fac. Serv. Soc.**, Juiz de Fora, v 13, n 1, p. 9-72, 2010.

MOORE, J W. **Antropoceno ou Capitaloceno? Natureza, história e a crise do capitalismo**. São Paulo, Elefante, 2022.

MOTA, A. N. et al. Um olhar para a vulnerabilidade: análise da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas no Brasil. **J Hum Growth**, [s. l.], v 31, n. 2, p. e302-309, 2021. DOI: [10.36311/jhgd.v31i1.1404](https://doi.org/10.36311/jhgd.v31i1.1404)

NASCIMENTO, A S C; CARVALHO, F L O. **Atuação da fisioterapia nas dores psicossomáticas com ênfase nas terapias inte-**

grativas: revisão integrativa. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/33096>

OLIVEIRA, I. V; LIMA, J. M. A; SANTOS, G. L. “Escrevivências” e afectos literários entre universidade e escola. **Práxis Educativa**. revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa, [s. l.], v. 17, p. 1-19, 2022. DOI: 105212/PraxEduc.v.17.18362.008

PINHEIRO, R; MATTOS, R A. **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro, CEPESC, 2006.

POLKINGHORNE, D.E. Narrative configuration in qualitative analysis. In: RABELO, A O. A importância da investigação narrativa na educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 114, p. 171-188, jan.-mar. 2011.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista.** São Paulo, Companhia das Letras, 2019.

SILVA, C. O et al. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Uma Política do SUS.** Brasília. 2017.

SILVA, A.M.G; PESSOA, M.G.V. CARVALHO, V.L. Intervenções fisioterapêuticas nos pacientes em cuidados paliativos. **Fisioter. Bras** ; 23(5): 748-759, 2022-10-12. 57071-012, 2022. DOI: 10.33233/fb.23i5.5010

SILVIO, A. B. **Racismo estrutural e direitos humanos.** São Paulo: Elefante, 2019.

SOUZA, V. A; GURGEL, I. G. D; ALBUQUERQUE, P. C. Residência Multiprofissional em Saúde: (trans)formação para o SUS em comunidades quilombolas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 32, n. 3, p. e320313, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202232031>

TRAD, L. A. B; et al. **Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência.** EDUFBA: Salvador. 2021.

VICTORA, C G; KNAUTH, D R; HASSEN, M N A. **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução do tema.** Porto Alegre, p. 133, 2000.

WERNECK, J; LOPES, F. **Saúde da população negra.** Brasília, ABPN, 2012.

CAPÍTULO II

UMA CRÍTICA MULTIDISCIPLINAR SOBRE A PÓS-MODERNIDADE: ANÁLISE INTEGRATIVA ENTRE NEUROCIÊNCIA, PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

Amanda da Silva Oliveira⁵

Priscila Góes da Silva⁶

RESUMO

Este trabalho tem como principal objetivo a exploração e análise integrativa sobre a rotina moderna, fomentando um pensar crítico e multifacetado sobre a modernidade e suas causalidades. Busca-se fundamentar a crítica sob uma perspectiva neurocientífica, psicológica e sociológica, se apoiando no arcabouço de pesquisas sobre o tema e suas idiossincrasias.

Palavras-chave: Neurobiologia. Modernidade Líquida. Rotina Contemporânea. Impacto.

1 INTRODUÇÃO

A normalização da pujante dinâmica social atual, composta por uma conjuntura cada vez mais líquida e saturada de demandas e estímulos, constitui um grave problema que

⁵ Discente do curso de Psicologia da FARESI.

⁶ Docente do curso de Psicologia da FARESI. Graduada em Letras e Especialista em Psicopedagogia. E-mail: priscila.goes@faresi.edu.br.

se traduz tanto em impactos neurobiológicos, quanto existenciais, se caracterizando por uma problemática que ameaça a qualidade e o correto funcionamento da vida. Os efeitos desse fenômeno reverberam de um único sujeito para os seus correlatos e, por sua vez, para o resto do mundo (Fonceca *et al.*, 2024). De acordo com Bauman (2001), a cultura hedonista vigente vem produzindo uma sociedade que não suporta a frustração e foge do sofrimento, o culto ao hiperconsumo e o prazer a qualquer custo corrobora para o que este filósofo conceitua sob o termo “Modernidade Líquida”, ratificando a questão. Nesse sentido, a volatilidade das relações e a busca desenfreada por soluções rápidas e superficiais visam mais do que o evitamento de desconfortos emocionais, mas também podem apontar para o epicentro desse dilema: Uma rotina de vida construída sob uma premissa anti biológica em uma era de super estímulos pela chamada “geração cortisol” (Bocchi, R., 2021). De forma análoga, é pertinente dizer que a avalanche de diagnósticos psicopatológicos somado a medicalização excessiva surge, na verdade, como um mecanismo para suportar o “Novo Normal” da pós-modernidade, resultado de um débil arcabouço social que se instaurou às custas da nossa lucidez mental e que se retroalimenta neste século: Uma vida fácil, rápida, movida pela ilusão do prazer desmesurado e pela busca plástica da felicidade sem precedentes. (Bauman, 1998)

A condição pós-moderna provoca um certo deslocamento dos sujeitos em relação às suas crenças e condições humanas que antes pareciam mais confortáveis e estáveis, provocando um igual deslocamento no funcionamento biológico, que em alguns momentos, por vezes prolongados, desequilibram a produção hormonal, o funcionamento cerebral e as respostas corporais. No caso do cortisol, quando em excesso e por um longo período, pode causar algumas consequências desagradáveis, entre elas o aumento do estresse, irritabilidade e depressão, por causar a li-

beração de adrenalina e por sua ação direta no cérebro. Nesses casos pode ocorrer também a redução dos mecanismos utilizados pelo organismo como respostas contra substâncias estranhas presentes no corpo, a chamada imunidade. (Bocchi, 2021)

É pensando nesse agravante que se faz tão relevante não só discutir e pensar criticamente, como fomentar soluções sobre a relação entre a rotina moderna e seus impactos neurofisiológicos na vida do indivíduo e da sociedade. De igual forma, é a partir da reflexão desses fatores que iremos não só compreender todas as causalidades do *modus operandi* atual e os seus impactos, mas também exercitar um fazer mais crítico para a prática psicológica e o papel do profissional psicólogo frente ao exposto.

2 METODOLOGIA

Através da revisão da literatura científica sobre os pontos levantados, busca-se refletir criticamente sobre os impactos neurofisiológicos, sociais e psicológicos dos hábitos estabelecidos na era pós-moderna. Diante disso e dos resultados expostos, busca-se questionar o estilo de vida da sociedade atual, fomentando reflexões que indagam: Será que o *modus operandi* atual nada mais é do que o produto de um sistema social que se retroalimenta do adoecimento físico e psicológico do sujeito? Afinal, este estilo de vida não contempla as verdadeiras necessidades biopsicossociais do indivíduo, mas as subverte enquanto patrocina a indústria médica e farmacocêntrica, tornando-os escravos das suas próprias mazelas. (Foucault., 2003)

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de cunho descritivo e multidisciplinar, realizada através da revisão bibliográfica com fontes primárias e secundárias, tendo por referencial

teórico diferentes autores e áreas do conhecimento, periódicos, bem como sites oficiais do governo do Brasil com publicações oficiais do ministério da saúde, entre outros. Para tal, foram levantados um total de aproximadamente 25 peças, entre artigos e livros, tendo sido feita verificação e seleção posterior dos artigos de maior relevância para abarcar o assunto da referida pesquisa.

Para a revisão bibliográfica, foram utilizados sites acadêmicos como PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar, Sci-Hub, Research Gate, além de revistas científicas independentes. Após leitura e extensa avaliação dos conteúdos recolhidos nos endereços supracitados, um fichamento de citações foi elaborado e posteriormente desenvolvido na discussão dessa peça, respeitando o devido rigor científico para o destrinchamento da tese em questão, bem como levantamento das conclusões subsequentemente mencionadas.

3 DESENVOLVIMENTO

O conceito de saúde, outrora definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ultrapassa a mera ausência de doença, abrangendo um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual (OMS, 1993). Esta abordagem é fundamentada por documentos tais quais a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que ratifica o direito à saúde como parte integrante do direito à vida. No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito fundamental, promovendo discussões pertinentes em diferentes âmbitos. (Rozeira, 2020)

Contudo, a importância dada a saúde muitas vezes se limita aos aspectos orgânicos e fisiológicos, negligenciando os impactos dos aspectos comportamentais e mentais na qualidade de vida do sujeito. O fenômeno da patologização surge quando comportamentos e respostas emocionais normais são interpretados como sinais de doença, contribuindo para medicalização massiva da sociedade. (Rozeira; Silva, 2021)

Com o advento do resgate conceitual e prático do que hoje se intitula como psicologia baseada em evidências na chamada “Década do Cérebro” - declaração essa realizada pelo então presidente dos Estados Unidos em 1990, George H. W. Bush (Jones; Mendell, 1999) - é notável o apoio massivo de profissionais da saúde nas neurociências, vindo a mesma como ferramenta eficaz na busca de soluções biológicas para fenômenos complexos e variados, bem como dispositivo fundamental para sustentar os interesses econômicos de grupos monopolistas no campo da saúde - lê-se aqui indústria farmacêutica e médica - que faz da premissa neurocientífica ‘muleta’ para psicopatologização e medicalização da vida, aniquilando a subjetividade e responsabilidade do indivíduo. (Rozeira *et al.*, 2024).

A proposta desse artigo, no entanto, é utilizar a própria abordagem neurofisiológica - que há muito foi utilizada como parte estratégica de convencimento para o patrocínio de uma sociedade farmacocêntrica na ‘resolução’ de transtornos psicológicos (Foucault., 2003) - como promoção do pensar crítico sobre a pós-modernidade e como objeto de reflexão sobre os impactos causados pelo *modus operandi* da vida contemporânea, além de promover discussão sobre as idiosincrasias que lhe são próprias.

3.1 CONCEITO DE MODERNIDADE E PÓS-MODERNIDADE

A pós-modernidade pode ser caracterizada pela crise das certezas e das ideias da filosofia como construtoras da verdade, seguida de uma crise das utopias. Pode ser definida enquanto período histórico marcado por grandes mudanças sociais, culturais, artísticas, filosóficas, científicas e estéticas que surgiram após a Segunda Guerra Mundial. (Bocchi., 2021)

A modernidade se refere ao período histórico iniciado nos séculos XVIII ao XX na Europa, nesta época o conjunto de transformações sociais, culturais políticas e econômicas que surgiram se consolidaram com o Iluminismo, a Revolução Científica, a Revolução Industrial e a formação do Estado Moderno. Esse período marca a transição de uma sociedade tradicional e feudal para uma sociedade industrial, urbana, capitalista e secularizada. (Hobsbawm, 1995)

O sociólogo Zygmunt Bauman é um dos pensadores mais influentes na crítica à modernidade contemporânea. Para ele, a modernidade clássica descrita acima entrou em colapso a partir do final do século XX e foi substituída por uma nova forma de modernidade (ou pós-modernidade): A modernidade líquida. Bauman então, fala da pós-modernidade não só como uma ruptura, mas como continuidade mutante da modernidade sólida, pois ela sugere que os valores e estruturas da modernidade se tornaram instáveis, voláteis e fluidos (Bauman, 2001; 2005).

A pós-modernidade, portanto, é conceituada segundo Bauman (2001) como uma fase líquida e fluída do final do século XX em diante, marcada pela transitoriedade e instabilidade, além da insegurança, incerteza, consumismo e descartabilidade.

Para fins de análise, no entanto, usaremos neste artigo os referidos termos, modernidade e pós-modernidade, de maneira intercambiável.

3.2 MODUS OPERANDI PÓS-MODERNO: UMA CRÍTICA MULTIDISCIPLINAR

A humanidade alcançou um grau de desenvolvimento técnico-científico sem precedentes — curas para doenças outrora fatais, acesso instantâneo à informação, automação de tarefas cotidianas, tecnologias que “facilitam” a vida. No entanto, esse progresso não se converteu em saúde mental, bem estar subjetivo ou sentido existencial. Ao contrário: O avanço material e tecnológico coexiste com uma epidemia silenciosa de ansiedade, depressão, burnout, transtornos de humor, crises de identidade e vazio existencial. Vivemos, portanto, em um contexto histórico paradoxal em que o avanço científico e tecnológico caminha lado a lado com o aumento do sofrimento psíquico e do adoecimento mental. A pós-modernidade, marcada pela fluidez das relações, hiperconectividade e cultura da performance, gera condições que desencadeiam estresse crônico, ansiedade e esgotamento físico e mental. Dessa forma, a sociedade contemporânea prossegue adoecendo as pessoas e transformando sofrimento legítimo em “patologias” tratáveis, sem nunca mudar as suas causas. (Han, 2015; Bauman, 2001)

A modernidade sustentou a ideia de que o progresso técnico traria emancipação, conforto e liberdade, no entanto, ela se desvelou em contradição. A liberdade de escolha se tornou uma sobrecarga, e não uma libertação, como apontam autores como Guy Debord em *A sociedade do Espetáculo*, que denuncia o modo como a vida passou a ser

vivida como imagem e representação, em detrimento da experiência autêntica. Han (2017), por sua vez, argumenta que a sociedade do desempenho e da performance se estrutura em torno da autoexploração e da positividade tóxica, já que nesse modelo o indivíduo não é mais coagido por um “não pode”, mas compelido a ser livre, produtivo e eficiente o tempo inteiro. Essa falsa liberdade o transforma em seu próprio alçó. Enquanto isso, Bauman (2001) mostra que tudo se torna líquido — inclusive os vínculos e a estabilidade psíquica. A aparente autonomia do indivíduo contemporâneo esconde novas formas de opressão e adoecimento, travestidas de liberdade.

A pandemia de COVID-19 foi um ponto de inflexão que veio a ratificar a pós-modernidade e intensificar o seu processo de inserção insidiosa na vida da sociedade, pois escancarou o quanto o sofrimento legítimo tem sido medicalizado, enquanto as suas causas estruturais — sociais, econômicas e relacionais — permanecem intocadas (World Health Organization, 2022; Han, 2021). O isolamento social forçado, o uso excessivo de telas, a intensificação da vigilância digital e o aumento generalizado da ansiedade transformaram o chamado “novo normal” em um cenário de adoecimento psíquico coletivo. Relatórios da Organização Mundial da Saúde e estudos publicados na *The Lancet Psychiatry* evidenciam os impactos profundos e duradouros da pandemia sobre a saúde mental global (houve aumento de 28% e 26% de transtorno depressivos e de ansiedade em apenas um ano), revelando uma crise que ultrapassa o âmbito biomédico e atinge diretamente os alicerces psicossociais da vida contemporânea. (Ribeiro *et al.*, 2021; WHO, 2022)

Byung-Chul Han (2017) propõe que a sociedade do desempenho adoce por excesso de positividade e autoexploração. Nesse cenário, não somente as subjetividades são moldadas, mas o próprio corpo reage neurofisiologicamente às pressões impostas pelo estilo de vida pós-moderno. Esse adoecimento, embora muitas vezes rotulado como individual, tem origem em dinâmicas coletivas, estruturais e invisíveis.

Diante disso, é importante lembrar que o cérebro humano não foi feito para vivenciar um nível constante de ameaça (literal ou simbólica). Enquanto animais sofrem com estresse apenas em situações pontuais e reais de perigo, o ser humano pós-moderno se mantém em estado de alerta crônico, sendo bombardeado com prazos, pressão social, multitarefa digital, entre outros. Esta condição ativa constantemente o eixo hipotálamo-hipófese-adrenal (HHA), levando à liberação prolongada de cortisol e, por consequência, ao desgaste físico e psíquico (Sapolsky, 1998).

Em sua obra, Greg MacKeown (2015, p. 173) afirma que a “a falta de limites é algo atípico desta nossa era não essencialista”. A tecnologia transformou a fronteira que existia entre trabalho e família em uma barreira transponível. Nesse novo cenário, se espera que todos os funcionários estejam ininterruptamente disponíveis para a empresa, levando o trabalho como parte irrestrita da vida, tal como um sacerdócio – expectativa amplificada pela ilusão de acesso constante ao outro. A vida profissional, portanto, deixa de ser apenas parte da vida do indivíduo para ocupar um espaço de arbitrariedade, se tornando uma extensão identitária do sujeito ao invés de um mero ofício prático necessário. Ratificando, assim, o que outrora foi bem colocado por Greg

MacKeown, “A vida profissional invadiu insidiosamente o território familiar.” (2015, p. 173; MacKeown, 2015).

Em adição a isso, os circuitos neurais responsáveis pelo comportamento social e pela regulação emocional só estão acessíveis quando o sistema nervoso percebe o ambiente como seguro. Ou seja, o sistema nervoso dos mamíferos depende de segurança para executar funções biológicas essenciais — e a ausência dessa segurança compromete tais funções (Porges, 2011). Nesse sentido, a falta de vínculos afetivos — realidade cada vez mais comum em uma era hiperconectada, porém isolada — e a hiperestimulação sensorial rompem a regulação vagal, dificultando a homeostase e afetando diretamente o processamento emocional e relacional.

A tecnologia, nesse contexto, assume um papel ambíguo. Enquanto facilita o acesso à informação e à comunicação, também promove uma substituição gradual dos vínculos reais por interações mediadas por ela. A ascensão da inteligência artificial generativa — como o ChatGPT — simboliza uma vida cada vez mais automatizada, onde a mediação algorítmica substitui a presença humana (Santos, 2024). Sherry Turkle (2011), em *Alone Together*, argumenta que estamos “conectados, mas sós” — criando laços com máquinas enquanto nos distanciamos das relações humanas genuínas.

À luz da análise de Lisa Feldman Barrett (2017), a autora complementa essa perspectiva ao afirmar que emoções não são reações automáticas ao mundo externo, mas construções ativas do cérebro com base em um coquetel de informações sensoriais, experiências passadas e contexto cultural. Assim, dado que emoções são “assinaturas neurais”

fortemente influenciadas pelo estado fisiológico do corpo, é pertinente dizer que hábitos desregulados — como sono irregular, sedentarismo e estímulo excessivo — impactam diretamente a saúde emocional, tornando o cérebro menos eficiente na gestão afetivas.

Por fim, se faz imperativo refletir sobre o modo como o sofrimento psíquico é interpretado e tratado na contemporaneidade. O processo de psicopatologização transforma manifestações humanas legítimas — como tristeza, cansaço, frustração e medo — em diagnósticos clínicos passíveis de medicalização. Como denuncia Thomas Szasz em *O Mito da Doença Mental*, e Franco Basaglia no movimento da antipsiquiatria, o sofrimento é capturado por um sistema biomédico que silencia a crítica social e mantém intactas as estruturas que produzem o adoecimento. Tristeza vira depressão, distração vira TDAH, cansaço extremo vira burnout — e o sujeito, em vez de ser escutado e tido em consideração, é medicado.

A crítica multidisciplinar ao *modus operandi* pós-moderno, portanto, vem para elucidar e refletir as camadas que compõem o sofrimento contemporâneo, revelando que ele não é apenas uma questão clínica, mas política, social, cultural e neurobiológica. Para compreendê-lo e enfrentá-lo, é preciso mais do que intervenções pontuais: é necessária uma mudança de paradigma.

4. CONCLUSÃO

Em face a discussão exposta e em meio a constatação de uma sociedade que opera sob o ritmo da urgência num mundo que violenta os ritmos do corpo e os alicerces da vida psíquica

(bombardeados por notificações constantes, agendas lotadas e consumo instantâneo), uma indagação pertinente ressoa: O que seria viver em alinhamento com a neurobiologia humana?

Para Porges (2001), Barret (2017) e Sapolsky (1998), um estilo de vida que contempla a neurobiologia humana se certifica de respeitar os ciclos naturais e orgânicos do corpo, acompanhando o processamento do sistema nervoso que, por sua vez, necessita de pausas, repetição e de tempo para integração emocional e cognitiva. Da mesma forma, a neurociência mostra que o nosso cérebro evoluiu para lidar com as relações reais, conexões significativas e tarefas sequenciais, não com a fragmentação da atenção e a hiperconectividade digital. Assim, viver em coerência com a arquitetura biológica do cérebro e do sistema nervoso implica reconhecer a importância dos ciclos naturais, da presença consciente, do ritmo cadenciado e do afeto como elementos estruturantes da saúde e da subjetividade.

Portanto, é nessa reconexão entre biologia, ética e sociedade que será possível recuperar a autonomia sobre o tempo vivido e preservar, sobretudo, a integridade humana ante às pressões sociais que o cercam, fazendo da ética do cuidado não só forma de resistência, mas quiçá o ato mais revolucionário de todos os tempos.

REFERÊNCIAS

- BARRETT, Lisa Feldman. **How emotions are made: the secret life of the brain**. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2017.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

- BAUMAN, Zygmunt. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BOCCHI, Roberta. **O cérebro pós-moderno: a geração cortisol**. 2021. Disponível em: <https://robertabocchi.com.br/o-cerebro-pos-moderno-a-geracao-cortisol/>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- FONCECA, Figenia Vaz de Medeiros et al. As faces do vazio existencial na modernidade líquida: uma aproximação conceitual. **Ciências da Saúde: Psicologia**, v. 28, n. 133, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/as-faces-do-vazio-existencial-na-modernidade-liquida-uma-aproximacao-conceitual/>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- HAN, Byung-Chul. **A sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- HAN, Byung-Chul. **A sociedade paliativa**. Petrópolis: Vozes, 2021.
- HOBBSAWM, Eric. **A era das revoluções: 1789-1848**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- JONES, E. G.; MENDELL, L. M. Assessing the Decade of the Brain. **Science**, v. 284, n. 5415, p. 739, 1999. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.284.5415.739>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- MARTINEZ, A. R.; CRUZ, I. R. Análise dos impactos de uma quarentena na expressão das neuroses do sujeito pós-moderno. In: ATENA EDITORA. **Capítulos de livros publicados pela Atena Editora**. [S. l.], 2023.
- McKEOWN, Greg. **Essencialismo: a disciplinada busca por menos**. Tradução de Alessandra Luglio. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 20 maio 2025.

PORGES, Stephen W. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York: W. W. Norton & Company, 2011.

RIBEIRO, Wagner Silva et al. Mental health in Latin America: an urgent public health priority. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 8, p. 652-653, 2021.

ROZEIRA, Carlos Henrique Barbosa. Questionando rótulos: o perigo da psicopatologização e da medicalização da vida. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 3, p. 1-24, 2024.

SAPOLSKY, Robert M. **Why zebras don't get ulcers: an updated guide to stress, stress-related diseases, and coping**. 2. ed. New York: W. H. Freeman & Company, 1998.

SAWAIA, Bader B. **As artimanhas da exclusão: análise ética da lógica da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SANTOS, Márcio Carneiro dos. Inteligência artificial customizada e automação de processos: por que o ChatGPT não serve para organizações? **Organicom**, São Paulo, v. 21, n. 44, p. 1-17, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/organicom/article/view/220971>. Acesso em: 31 maio 2025.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

TURKLE, Sherry. **Alone together: why we expect more from technology and less from each other**. New York: Basic Books, 2011.

CAPÍTULO III

A EDUCAÇÃO EM DIABETES MELLITUS E INSULINOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DA DOENÇA.

Emanuela Miranda Lima Sancho⁷

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência em nosso país. Por tratar-se de uma doença crônica não transmissível que envolve mudanças no estilo de vida é necessário que os pacientes conheçam essa doença e entendam os motivos devidos aos quais as restrições existem, bem como as consequências da não adesão ao seu tratamento e como realizar o tratamento da forma adequada, tornando o paciente corresponsável no processo. O Projeto de Educação em DM/Insulinoterapia visa fornecer aos pacientes as informações necessárias para o seu tratamento adequado. O projeto acontece, voltado para os pacientes e seus cuidadores desde 2021. No ano de 2025, o objetivo será sensibilizar a equipe da atenção primária do município de Serrinha, de forma que esta esteja apta a lidar com as demandas necessárias neste aspecto, e possam atuar como multiplicadores desse conhecimento, de forma a beneficiar o maior número possível de pacientes portadores de DM, e, sobretudo, os usuários de insulina.

⁷ Médica Endocrinologista. E-mail: emlsancho@gmail.com.

Palavras-chave: Insulinoterapia. Educação em Saúde. Diabetes Mellitus.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência em nosso país. No Brasil, estima-se que 16,8 milhões de indivíduos entre 20-79 anos sejam portadores de Diabetes (Brasil, 2020). Atualmente o Brasil ocupa a 5ª posição no mundo em número de portadores de DM (perdendo apenas para China, Índia, EUA, Paquistão), afirma o International Diabetes Federation (IDF). E esse número tende a crescer. Estima-se que no ano de 2030, serão 21,5 milhões de brasileiros portadores de DM. Segundo o IBGE, na Bahia, a doença atinge cerca de 15,43% da população.

Ainda segundo o IDF, no mundo, em 2021, 537 milhões de adultos (20-79 anos) estavam vivendo com DM. Com previsão para 2030 de que sejam 643 milhões e em 2045, 783 milhões de adultos (20-79 anos) portadores de DM.

O tratamento do Diabetes envolve, além do tratamento medicamentoso, uma mudança no estilo de vida daquele indivíduo (tratamento não medicamentoso) (ADA, 2022); sendo considerados, inclusive como fatores de risco: um estilo de vida sedentário, maus hábitos nutricionais, além de predisposição genética, entre outros fatores (em se tratando do DM tipo 2). No caso dos pacientes portadores de DM tipo 1, existe ausência na produção pancreática de insulina por destruição autoimune das células beta-pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina. Existem diversos outros tipos de Diabetes em que um mecanismo fisiopatoló-

gico será mais ou menos importante que o outro. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia, no Brasil, dentre os pacientes portadores de DM, cerca 90% são portadores de DM 2, o que equivale a cerca de 14,4 milhões de pessoas. Já os portadores de DM 1 representam cerca de 10% dos casos, ou seja, cerca de 1,6 milhões de pessoas (SBD, 2022). Os demais subtipos de DM – LADA, MODY, DM mitocondrial, entre outros – são mais raros, por isso os números aproximados e a dificuldade de obter dados específicos. Além disso, nem sempre são de fácil diagnóstico de certeza, limitado, sobretudo aos valores dos exames definidores, muitas vezes inacessível à população pelo seu alto custo.

Por tratar-se de uma doença crônica que envolve mudanças no estilo de vida é necessário que os pacientes conheçam essa doença e entendam os motivos devidos aos quais as restrições existem, bem como as consequências da não adesão ao seu tratamento, tornando o paciente corresponsável no processo. Além disso, é importante salientar que muitos desses pacientes, ou por serem portador de DM 1, ou por estarem com DM 2 descompensado, necessitam uso de insulina para controle da doença, sendo esta uma droga que deve ser usada adequadamente, visto os riscos implicados no seu mau uso.

A expressão “epidemia branca” refere-se à expressiva quantidade de pacientes que não aderem ao tratamento prescrito pelos profissionais de saúde que os atende. Se, em parte, isso se deve ao perfil do paciente, em parte deve-se também a ausência da educação em saúde necessária no tratamento de uma doença crônica, especialmente aquelas que envolvem mudança de hábitos de vida.

Sabe-se ainda que dentre as dificuldades no controle do diabetes estão:

- 1) Dificuldade no acesso a acompanhamento médico regular;
- 2) Dificuldade no acesso a medicamentos;
- 3) Dificuldade na adesão do paciente ao tratamento;
- 4) Falta de iniciativas de educação regular em diabetes e consequentes erros processuais no tratamento do DM;
- 5) Dificuldades inerentes ao processo de insulinoterapia;
- 6) Dificuldade no acesso a insumos em insulinoterapia.

Mas existe ainda uma questão mais alarmante, que chama atenção para a urgência da implementação de um programa obrigatório de educação em diabetes aos pacientes em todos os estágios da saúde, sobretudo na atenção primária, onde muitas complicações podem ser evitadas. Este ponto é: o uso de insulina sem a adequada orientação do paciente.

De forma simplificada, a insulina é o hormônio que retira a glicose da corrente sanguínea e a coloca dentro da célula, para que esta glicose seja utilizada como fonte de energia para as atividades celulares. Bem, os pacientes com DM tipo 1 dependem de insulina desde o diagnóstico; por outro lado, os pacientes DM 2 e alguns outros subtipos, se não controlados adequadamente com antidiabéticos orais, acabam evoluindo para necessidade do uso de insulina, sob risco de complicações agudas e crônicas importantes.

Contudo, a insulina é um medicamento cuja dose deve ser devidamente calculada, baseado no peso do paciente, idade, comorbidades, rede de apoio, nível de instrução, e

uma série de outros detalhes que utilizamos, do ponto de vista médico, para definir a dose do medicamento. Uma dose menor do que a necessária, refletirá em controle insatisfatório do Diabetes, com risco de complicações a curto e longo prazo. Enquanto uma dose maior do que a necessária, pode incorrer em episódios de hipoglicemia, que, a depender da intensidade, pode levar o paciente a coma e até mesmo óbito, se não for revertida a tempo. A grande questão é: muitos pacientes recebem prescrição da insulina, mas não sabem, na realidade, como manusear o medicamento (a aplicação da insulina é feita através de uma injeção subcutânea, que pode ser feita com caneta de insulina ou com seringas e ampolas fornecidas pelas unidades de saúde).

Na prática do consultório, é extremamente comum que, ao questionar ativamente o paciente e pedir que ele demonstre como faz em casa para aplicar o medicamento, encontremos uma série de erros como:

- Puxada errada da medicação, seja para uma quantidade menor, seja para uma quantidade maior, muitas vezes com variações expressivas.

- Mistura incorreta das insulinas, o que inutiliza o medicamento.

- Armazenamento incorreto da insulina, que pode inutilizar o efeito da substância.

- Aplicação em horários errados, aumentando risco de hipoglicemias graves.

- Aplicação em locais inadequados do corpo, bem como ausência do rodízio dos locais de aplicação.

- Mudanças de dose por conta própria feitas pelos pacientes e/ou familiares, aumentando em muito o risco de

hipoglicemias graves, bem como descompensação de todo o esquema de insulina.

- Dificuldade na adequação da dose aos diferentes tipos de seringa de insulina e suas diferentes métricas.

Porém é importante lembrar que o paciente não detém essas informações. Essas informações devem ser repassadas pela equipe de saúde, que deve multiplicar essa informação, treinando esses pacientes para o uso correto da insulina de forma que, ao mesmo tempo, se alcance o controle adequado da doença desses pacientes e ao mesmo tempo, eles não estejam expostos a tamanho risco.

Desde o ano de 2021, o Projeto de Educação em Diabetes aconteceu em várias edições no município de Serrinha, voltado para pacientes e seus cuidadores, tendo treinado cerca de 700 pessoas entre 2021 e 2023. Atualmente estamos na 15 edição (provavelmente, assim espero, este número já estará desatualizado quando da publicação deste capítulo).

Ao longo desse caminhar, percebemos, portanto, que a falta de conhecimento em detalhes referentes à insulino-terapia não se restringem apenas aos pacientes, mas também aos profissionais da área de saúde. Daí então a iniciativa de expandirmos os objetivos do Projeto de Educação em DM/ Insulino-terapia para os profissionais de saúde atuantes na atenção primária do município de Serrinha.

Desta forma, este projeto de intervenção se propõe a sensibilizar às equipes da Atenção primária do Município de Serrinha; bem como treinar uma equipe de Referência em Educação em DM a ser instituída no município; para que as unidades de saúde, por sua vez, atuem como multiplicadores do conhecimento, permitindo um tratamento

adequado e seguro a todos os pacientes. O município, por sua vez, poderá investir na iniciativa de manter uma Equipe de Referência de educação em DM/Insulinoterapia local, objetivando a perpetuação desse projeto nos cuidados dos pacientes por ele atendidos.

Este trabalho justifica-se por, em se educando o paciente e seu cuidador a respeito da sua doença e abordagem terapêutica, aumenta-se a independência do paciente na autogestão de sua doença; aumenta-se o engajamento e assim, a adesão do paciente ao tratamento, promovendo melhor controle da doença, que pode ser refletido, por exemplo, na melhora da hemoglobina glicada destes pacientes; promove-se ainda incremento na segurança do paciente, ao facilitar que o mesmo conheça os cuidados necessários, especialmente aqueles relacionados à insulinoterapia, reduzindo, por exemplo, a ocorrência de hipoglicemias graves em pacientes usuários de insulina.

2. MATERIAIS E MÉTODOS (OU METODOLOGIA)

Este trabalho tem como público-alvo os profissionais da atenção primária de saúde municipal, e, através desses, os pacientes portadores de Diabetes Mellitus atendidos pela rede de atenção primária em saúde, bem como seus cuidadores. Ele visa modificar uma situação-problema que é o baixo de nível de conhecimento dos pacientes em relação à sua doença de base e o seu tratamento, especialmente em relação aos cuidados em insulinoterapia - o que contribui para um alto índice de complicações agudas e crônicas secundários ao Diabetes Mellitus – por meio de um programa de educação continuada para esses pacientes.

Tal processo educativo dar-se-á através de encontros regulares com intuito de sensibilizar as equipes com relação aos cuidados e orientações em DM/Insulinoterapia. Nesses encontros, serão abordados temas a respeito da doença, tais como: tratamento não medicamentoso, tratamento medicamentoso, possíveis complicações crônicas e agudas do DM, consequências da doença não controlada. Serão também realizados instrução e treinamento ativo dos processos envolvidos na insulinoterapia: armazenamento, puxada, locais de aplicação, automonitorização glicêmica, entre outros.

Além do treinamento dos profissionais, objetiva-se a definição e o treinamento de uma equipe de referência na atenção primária do município de Serrinha, visando que esta equipe atue como multiplicadora do conhecimento nesta área no município, bem como fortalecedora deste movimento. O treinamento desta equipe servirá como projeto piloto para possíveis expansões deste treinamento, criando-se uma rede de referência de Educação em Diabetes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este projeto tem como resultado esperado a formação de uma equipe da atenção primária qualificada em Educação em Diabetes/Insulinoterapia, que possa executar o programa de educação elaborado, transmitindo o conhecimento no tema a outras equipes de saúde, atuando como multiplicadora do conhecimento e, idealmente, criando uma rede de suporte ao paciente em suas dúvidas sobre o processo da doença e dos cuidados em terapia com insulina. Espera-se ainda, a criação e manutenção de uma Equipe de Referência Municipal em Educação e DM e Insulinoterapia.

O resultado visa o melhor controle do DM por parte dos pacientes que serão beneficiados com a expansão e execução desse programa regular de educação pelas unidades básicas de saúde. A longo prazo, mas não passível de monitoramento no presente estudo, intenciona-se a redução de complicações crônicas evitáveis do DM, significando melhora da qualidade de vida desses pacientes.

O “Projeto de Educação em Diabetes/Insulinoterapia” é um projeto de baixíssimo custo - já que se faz necessária apenas a realização de reuniões de treinamento e capacitação das equipes e dos pacientes nos cuidados em insulinoterapia.

Apesar do baixo custo, este projeto de intervenção apresenta grande potencial de melhorar a evolução do DM e suas complicações crônicas, na medida em que capacita o paciente a prover o seu melhor cuidado; e mais que isso, reduz em muito o risco de uma complicação potencialmente fatal (hipoglicemia grave) para o paciente usuário de insulina que é absolutamente evitável com uma medida tão simples quanto um treinamento regular em insulinoterapia.

Além de configurar uma possibilidade real de redução das complicações agudas e crônicas do Diabetes, refletindo em importante melhoria da qualidade de vida para os pacientes; essa medida tem ainda potencial de expressiva redução de custos para o Estado devido ao tratamento de complicações crônicas por DM, por exemplo:

Um paciente com DM controlada reduz significativamente o risco de evoluir para:

a) Hemodiálise por Nefropatia diabética;

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2023), 30% dos portadores do DM 1 e entre 10 a 40%

dos portadores de DM 2 podem apresentar problemas renais. No mundo, o diabetes já é a principal causa de doença renal crônica.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020), os dados se invertem, mas continuam compatíveis entre si, encontrando-se que, aproximadamente 30% dos pacientes com diabetes tipo 2 desenvolvem nefropatia diabética, enquanto dentre os pacientes portadores de DM1, 10-20% desenvolvem a complicação.

b) Retinopatia diabética;

A porcentagem de pacientes com retinopatia diabética varia entre 30% a 40% dos pacientes portadores de DM 2 e 80% a 90% dos pacientes com diabetes tipo 1 (BRASIL, 2021).

c) Acidente Vascular Cerebral (AVC);

O Diabetes Mellitus é considerado um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, representando um risco 2 a 4 vezes maior para ocorrência da complicação em pacientes portadores de DM, em comparação a população sem DM, como aponta a American Stroke Association.

d) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);

Segundo dados Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2020), o diabetes é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares como: infartos, acidentes vasculares cerebrais e obstruções das artérias, especialmente das pernas e pés, além de formação de aneurismas (dilatação de um vaso sanguíneo).

O risco de um diabético sofrer um infarto chega a 40% a mais nos homens e 50% a mais nas mulheres.

De acordo com a American Heart Association, pacientes com diabetes têm um risco 2 a 3 vezes maior de sofrer

um Infarto Agudo do Miocárdio comparado à população geral (AHA, 2022).

e) Amputações / Ulcerações e Infecções / “Pé diabético”;

Dentre os pacientes portadores de DM, cerca de 10% a 15% são acometidos por amputações de membros inferiores ao longo da vida devido a complicações relacionadas à doença. (IDE, 2021) (ADA, 2022).

Em relação às complicações em geral relacionadas à vasculopatia periférica do DM, além de todo o transtorno na vida do paciente, estima-se que

(...) o custo médio de internação é de R\$ 4.367,04, e representa apenas uma parte do tratamento do pé diabético, que inicia no atendimento primário de saúde, por vezes se arrasta por meses ou anos, passa por repetidas internações hospitalares e se estende indefinidamente com elevadas taxas de reulceração. (Oliveira, 2014).

Segundo a Associação Americana de Diabetes,

Estudos apontam que a educação e suporte para o autocuidado do diabetes (DSMES) está associada a um melhor conhecimento sobre diabetes e comportamentos de autocuidado, níveis mais baixos de A1C, menor peso auto-relatado, melhor qualidade de vida, redução do risco de mortalidade por todas as causas, comportamentos de enfrentamento positivos e custos reduzidos de cuidados de saúde. Melhores resultados foram relatados para intervenções de DSMES que duraram mais de 10 horas ao longo de 6-12 meses, incluíram suporte contínuo, foram culturalmente e adequadas à idade, personalizadas para as necessidades e preferências individuais, abordaram questões psicossociais e incorporaram estratégias comportamentais. (ADA, 2022).

Sabemos que o controle de uma doença multifatorial depende não apenas de uma iniciativa, mas do controle de uma série de variáveis, algumas delas não passíveis de intervenção. De forma que, não é possível atribuir integralmente uma possível melhoria ao processo supracitado.

Contudo, sabemos também a importância da autonomia e engajamento do paciente para o sucesso terapêutico; estes, por sua vez, podem ser estimulados pelo processo de sensibilização ao conhecimento acerca da doença e seu tratamento. Como defende Paulo Freire (FREIRE, 1982), o conhecimento coloca o paciente em um lugar de protagonista da sua própria vida. O que o sensibiliza e o faz assumir responsabilidades, aumentando em muito a adesão ao processo terapêutico como um todo.

Diante de todo o exposto, da alta prevalência de DM na população, e das suas altas taxas de complicações, muitas vezes resultado de um mau controle da doença por longos anos, faz-se de extrema importância a conscientização e a aceitação da condição de diabético pelos pacientes, visando aumentar as chances de sucesso do tratamento. Estas, por sua vez, podem ser alcançadas através da educação e do esclarecimento a respeito da doença (Elnour, 2024).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde deve preocupar-se sempre com a efetividade de suas ações. Não importa apenas cumprir um número, mas sim garantir que a saúde, a melhoria da qualidade de vida chegue de fato à população que dela necessita, só assim conseguiremos garantir realmente um acesso universal a saúde à população brasileira (BRASIL, 1988).

A Educação em Saúde e Educação na Saúde tornam-se fundamentais neste contexto para controle de uma doença crônica não transmissível tão comum em nossa sociedade, e com projeções de crescimento. Faz-se extremamente necessário, que os profissionais da saúde e os pacientes estejam bem-informados com relação os cuidados necessários para

o bom controle da doença, sobretudo, naqueles que fazem uso de insulinoterapia, onde tantas nuances podem interferir no adequado controle terapêutico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. **Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022.** *Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S60–S82. <https://doi.org/10.2337/dc22-S005>

AMERICAN Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. **Diabetes Care**, 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S60–S82. <https://doi.org/10.2337/dc22-S005>. Acesso em: 22 jan.2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes Care**. 2022. Disponível em: care.diabetesjournals.org. Acesso em: setembro de 2023.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics – 2022 Update. **Circulation**, v. 145, n. 8, p. e153–e639, 2022. DOI: 10.1161/CIR.000000000 00001052. Acesso em: setembro de 2023.

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. **Statistics about Stroke and Diabetes**. Disponível em: www.stroke.org. Acesso em: 25 de set. de 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Diabetes 2022**. Disponível em: www.gov.br/saude. Acesso em: setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras de Retinopatia Diabética 2021**. Disponível em: www.gov.br/saude. Acesso em: setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portal_dab/documentos/atlashipertensaodiabetes.pdf. Acesso em 29 Ago.2024

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/diabetes-mellitus-diabetes/#:~:text=Tal%20doen%C3%A7a%20tem%20atingido%20propor%C3%A7%C3%B5es,necess%C3%A1rio%2C%20encaminhados%20ao%20m%C3%A9dico%20nefrologista>. Acesso em: 25 de set. 2024.

BROWNLEE, M. The Pathobiology of Diabetic Complications: A Unifying Mechanism. **Diabetes**, v. 54, n. 6, p. 1615-1625, 2005. DOI: 10.2337/diabetes.54.6.1615. Acesso em: setembro de 2023.

BURKE, S. D., Sherr, D., & Lipman, R. D. **Partnering with diabetes educators to improve patient outcomes**. Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy, 7, 45–53. 2014. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S40036>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Department of health and human services. **National Diabetes Statistics Report, 2020**. Disponível em: www.cdc.gov. Acesso em: setembro de 2023.

ELNOUR, S.M.B. et al. Effect of Diabetes Self-Management Education on Glycaemic Control in Sudanese Adults with Type 2 Diabetes. **Journal of Biosciences and Medicines**, 12, 316-327. March , 2024. <https://doi.org/10.4236/jbm.2024.123026>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FERREIRA, A F R. **Influência do Conhecimento da Diabetes no Controle da Diabetes**. Universidade de Coimbra. Setembro 2016. Disponível em <https://hdl.handle.net/10316/47332>. Acesso em 06 Nov. 2024.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas 10th Edition**, 2021. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: setembro de 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/facts-figures/>. Acesso em: 29 Ago 2024.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **Diabetes Atlas 10th Edition** – 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf. Acesso em 29 Ago. 2024.

MILLER, J. L. et al. Retinopathy in diabetes: a comprehensive review. **Journal of Diabetes Research**, v. 2020, p. 1-14. DOI: 10.1155/2020/6895768. Acesso em: setembro de 2023.

OLIVEIRA, A. F. De; et al. Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 06. Acesso em: 29 ago. 2024, pp. 1663-1671. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.09912013>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.09912013>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021-2022**. Disponível em: www.diabetes.org.br. Acesso em: setembro de 2023.

CAPÍTULO IV

OS DESAFIOS QUE ATRAPALHAM O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DAS CRIANÇAS AUTISTAS DE 2 A 8 ANOS NAS ESCOLAS EM CONCEIÇÃO DO COITÉ - BA

Alice de Carvalho Mota, Allef Alves da Silva,
Giovanna Oliveira Gois, Laiele Martins Do Carmo,
Lara Stefany de Jesus Oliveira e
Maria Mere Rosa da Silva⁸
Priscila Góes da Silva⁹

RESUMO

Este artigo investiga os principais obstáculos que afetam o desenvolvimento cognitivo de crianças autistas de 2 a 8 anos em escolas de Conceição do Coité (BA), ressaltando como o diagnóstico precoce, o apoio familiar e as adaptações pedagógicas são fundamentais para promover aprendizagens significativas. A revisão bibliográfica evidencia que alterações na rotina sem o devido suporte sensorial podem gerar estresse e comprometer o comportamento das crianças, enquanto o envolvimento afetivo dos familiares e o preparo contínuo dos professores contribuem para criar um ambiente escolar inclusivo, no qual cada aluno com TEA possa desenvolver maior independência e interação social. Conclui-se que o progresso dessas crianças depende de uma

⁸ Docentes do curso de Psicologia da FARESI.

⁹ Docente do curso de Psicologia da FARESI. Graduada em Letras e Especialista em Psicopedagogia. E-mail: priscila.goes@faresi.edu.br.

colaboração estreita entre família, escola e profissionais, de modo a respeitar suas necessidades individuais e potencializar suas capacidades cognitivas.

Palavras-chave: Crianças autistas. Ambiente escolar inclusivo. Desenvolvimento cognitivo.

1. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o autismo é classificado como um grave transtorno caracterizado por comportamentos repetitivos e estereotipados e defasagem na linguagem e interação social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1 a cada 100 crianças possuem autismo, que pode ser detectado na primeira infância (em muitos casos infelizmente são diagnosticadas muito mais tarde), apresentando como características respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, como também dificuldades na compreensão da linguagem.

Os sintomas do Transtorno no Espectro Autista (TEA) são: dificuldade de comunicação por deficiência no domínio da linguagem e no uso da imaginação para lidar com jogos simbólicos, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo. Ao mesmo tempo é importante destacar que o TEA não tem cura, é uma condição permanente que acompanha a criança durante toda a sua vida. De acordo com Mello (2007, p. 17):

As causas do autismo são desconhecidas. Acredita-se que a origem do autismo esteja em anormalidades em alguma parte do cérebro ainda não definida de forma conclusiva e, provavelmente, de origem genética. Além disso, admite-se que possa ser causado por problemas relacionados a fatos ocorridos durante a gestação ou no momento do parto.

A instituição escolar tem um papel significativo na investigação do diagnóstico, visto que é o segundo lugar de interação social depois da sua família. Onde será mais difícil para uma criança autista se adaptar as regras (Santos, 2008). Nesse sentido, a instituição escolar se constitui como um recurso indispensável para enriquecer as experiências sociais das crianças com TEA, dando a elas a oportunidade de interação com os colegas e favorecendo o desenvolvimento de novas aprendizagens e comportamentos.

Embora existam estudos sobre crianças autistas no ambiente escolar, o tema ainda é tratado de forma fragmentada, evidenciando a falta de recursos necessários para trabalhá-lo, principalmente em instituições públicas. De acordo com pesquisas realizadas, esses estudos têm se concentrado na área da saúde, sendo insuficiente na área da educação, justamente onde o tema deveria receber maior destaque. Afinal, é nesse espaço que o indivíduo desenvolve a socialização, a aprendizagem e a afetividade.

Na sequência, infelizmente os profissionais da educação não são preparados apropriadamente para lidar com crianças autistas e a ausência de informações dificulta todo o processo de aprendizagem dessas crianças (Santos, 2008). Episódios de isolamento, fobias, distúrbios do sono, dificuldades alimentares, crises de birra, comportamentos agressivos ou auto lesivos são apenas alguns dos problemas que podem surgir quando não há um acompanhamento adequado por parte dos educadores e responsáveis, o que afeta diretamente o desenvolvimento cognitivo dessas crianças.

Em relação aos seus responsáveis, segundo Pereira-Silva e Dessen (2003):

As interações estabelecidas no microsistema família são as que trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais (ex.: escola, local de trabalho dos genitores, clube) também contribuam para o seu desenvolvimento.

Ou seja, as primeiras situações de aprendizagem, socialização e inclusão vivenciadas pelas crianças com autismo começa no ambiente familiar. A forma como o sujeito adequa-se no ambiente social e escolar parte da dinâmica familiar, tornando-se, portanto, local de grande importância para a compreensão do desenvolvimento humano, onde alguns sujeitos irão expressar seus primeiros comportamentos.

Diante disso, dar-se-á continuidade a este trabalho com a dúvida: como os comportamentos dos educadores e familiares influenciam no desenvolvimento cognitivo das crianças com TEA?

O presente trabalho apresenta uma visão sobre os desafios que podem interferir negativamente no desenvolvimento cognitivo de crianças com autismo entre dois à oito anos de idade, com enfoque na sua vida escolar dentro desse período. O tema escolhido surgiu a partir da observação das dificuldades enfrentadas por crianças autistas, especialmente no que diz respeito à aprendizagem, a falta de interação em sala de aula, à dificuldade de comunicação e de expressão.

Sendo assim, destacamos que este estudo pode ser um importante contribuinte para a valorização da Educação, ao apresentar a vivência cotidiana de uma criança autista em seu ambiente escolar. Essa abordagem pode auxiliar tanto pessoas leigas quanto estudiosos da área a fortalecer e ama-

durecer seus conhecimentos sobre o autismo, promovendo uma compreensão mais ampla e sensível da realidade dessas crianças no contexto educacional.

Esse artigo tem como propósito colaborar com as pesquisas existentes sobre o autismo, complementando os estudos na área da educação, em especial a educação infantil. Para que assim o tema não seja tratado de forma fragmentada, se desfocando do campo da saúde e dando o destaque que é necessário no ambiente educacional.

2. METODOLOGIA

Através de uma revisão bibliográfica, este trabalho se desenvolveu investigando, analisando e reunindo percepções e conhecimento acerca do tema proposto. De acordo Cavalcante; Augusta (2020), trabalhos de revisão bibliográfica tem como característica o uso e análise de documentos científicos como teses, dissertações, artigos científicos sem a uso direto dos fatos empíricos, utilizando-se, acima de tudo, das contribuições e observações dos autores sobre determinado tema (Cavalcante; Augusta, 2020).

Este trabalho teve como base de dados artigos científicos, livros, periódicos encontrados nas plataformas digitais como Google Acadêmico, Scielo, entre outros utilizando-se de palavras-chave relacionadas com o estudo. A abordagem utilizada foi a qualitativa, onde se busca identificar quais as reflexões e discussões são coerentes e relevantes sobre o Autismo e as dificuldades encontradas no ensino de crianças. Neste trabalho, foi realizada a sistematização e reflexão crítica acerca do tema com enfoque nas evidências disponíveis, bem como os avanços e limitações de pesquisa existentes.

3. DESENVOLVIMENTO

A identificação precoce do autismo na primeira infância é crucial para promover uma melhor qualidade de vida para a criança no futuro, podendo ajuda-la a melhorar suas habilidades de comunicação e sociabilização, tornando-a mais independente. Caso o diagnóstico seja tardio, a falta das capacidades sociais e comunicacionais nas crianças com transtorno podem ser um impedimento a aprendizagem, principalmente por meio das interações sociais ou em contextos com seus colegas. Em suas residências, é importante insistir em rotinas e a aversão a mudança, como sensibilidade sensoriais, que podem interferir na alimentação, no sono, tomando os cuidados da rotina extremamente difíceis, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (APA). Segundo Mello (2007, p. 22):

Sinais de alerta no neurodesenvolvimento da criança podem ser percebidos nos primeiros meses de vida, sendo o diagnóstico estabelecido por volta dos 2 a 3 anos de idade. O diagnóstico de autismo é feito basicamente através da avaliação do quadro clínico. Não existem testes laboratoriais específicos para a detecção do autismo. Por isso, diz-se que o autismo não apresenta um marcador biológico.

3.1 AUTISMO DE 2 À 8 ANOS: RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

A relação da criança autista com os familiares é a base para o seu progresso, é com a família que o portador do transtorno irá adquirir o mínimo de independência e amadurecimento para futuramente aprender e se relacionar com mais facilidade. Apesar de que o cuidado à pessoa com TEA exige da família extensos e permanentes períodos de dedicação, provocando, em muitos casos, a diminuição das

atividades de trabalho, lazer e até de negligência aos cuidados à saúde dos membros da família. Isto significa que o Ministério da Saúde está diante da necessidade de ofertar, também aos pais e cuidadores, espaços de escuta e acolhimento, de orientação e até de cuidados terapêuticos específicos (Ministério da Saúde, 2014).

Para Andrade & Rodrigues (2010) os pais precisam de acompanhamento e intervenções, pois como ainda não possuem informações ou experiências sobre temática, os sentimentos de medo e insegurança tornam-se presente para a famílias que possuem uma criança “diferente”. Ou seja, algo que reflete nos membros da família de maneira que cada um terá uma maneira subjetiva para reagir.

Diante desse contexto, os pais necessitam de acompanhamento psicológico, pois possuem medo em relação ao futuro da criança e insegurança por não saberem como lidar e agir com a situação, resultado de uma realidade que a pouco tempo era desconhecida por eles. Vai ser através de acompanhamento e intervenções terapêuticas que esses membros da família irão assimilar as informações, já que cada um reage de maneira diferente ao diagnóstico, o que dá segmento na alteração da autoestima e no rompimento dos estigmas e informações distorcidas.

Para os autores Fávero e Santos (2005), o estresse vivenciado pelas famílias de crianças autistas normalmente está ligados a situações de comparação ou associação que exista dentro das famílias em relação a essas crianças, o constante deslocamento para terapias, visitas médicas, além de fatores financeiros contribuem para influenciar negativamente o emocional do círculo familiar. Já Paniagua (2004) reforça o exato oposto ao dizer que em algumas famílias, ter uma crian-

ça autista presente pode ajudar a criar um laço solidário entre os familiares e ainda findar com discordâncias pré-existentes entre familiares justamente em prol dessa criança com TEA.

Dito isto, embora exista uma grande carga emocional e física para os familiares de crianças autistas para lidar com essa nova realidade, ainda há a possibilidade para que isso seja benéfico para as relações intrafamiliares, uma vez que pode ser firmada a união do núcleo familiar em prol da criança diagnosticada com autismo, assim como há a possibilidade de haver um rompimento desse núcleo. Então se faz importante mais uma vez reforçar não só o entendimento a respeito dessa nova realidade assim como procurar auxílio de profissionais para saber como agir.

3.2 INTERAÇÕES COM O AMBIENTE ESCOLAR

As dificuldades encontradas pelas famílias para incluir a criança autista no ensino regular, que são: as mudanças constantes de rotina referentes a modificação semanal da regência, que por consequência causa confusão e posteriormente afeta negativamente seus comportamentos adaptativos, além disso também temos a falta de recursos, tanto das instituições como também do corpo docente no que diz respeito a formação profissional para atender a essa demanda (Amaral; Shaw, 2020).

Estas dificuldades passam a contribuir na rotina de professores e da escola como um todo. Como maneira de melhorar a adaptação, fazendo com que consequentemente obtenham a diminuição dessa contingência trazida pela criança e promovendo sua aprendizagem é adaptar o currículo. Conforme Valle e Maia (2010, o. 23), a adaptação curricular se define como o “o conjunto de modificações que se

realizam nos objetivos, conteúdos, critérios, e procedimentos de avaliação, atividades e metodologia para atender as diferenças individuais dos alunos”.

A inclusão envolve a capacidade de incluir todos os indivíduos sem levar em consideração aspectos físicos. Valorizando assim o indivíduo, independente de suas diferenças, mostrando que pode, de fato, pertencer a qualquer ambiente. (Lúcio, 2021). Para que seja possível atender as necessidades do educando e obter a inclusão é necessário que leve em consideração a equidade, de modo que cada discente tem suas diferenças e identidade, para que cada um possa desenvolver todas as suas capacidades.

Ao compreender isso, é imperativo que o docente tenha um direcionamento claro ao iniciar o processo de inclusão, desenvolvendo assim estratégias reforçando a singularidade dos alunos e seus respectivos potenciais. É necessário rever a formação dos professores, tornando-os capazes de trabalhar em situações que envolvem os alunos com transtornos globais e/ou deficiências, para desempenhar um papel crucial na formação desses alunos com qualidade, de modo que haja uma formação geral que englobe todos os tipos de deficiência e posteriormente com uma formação especializada. (Declaração de Salamanca, 1994).

A execução das práticas pedagógicas inclusivas e eficazes requer, certa abordagem multidisciplinar que considere não apenas as características individuais das crianças com TEA, mas idem as demandas do ambiente escolar. Esse desenvolvimento neural das crianças é fortemente influenciado por interações dinâmica entre suas características individuais e o contexto educacional que as cerca. Compreendendo essa inter-relação complexa, educadores e pro-

fissionais podem formar ambientes escolares que não apenas acomodem as necessidades específicas de cada criança com TEA, mas que também as estimulem a desenvolver habilidades essenciais para uma vida acadêmica e social plena (Benitez *et al.*, 2021). Assim os alunos passarão a sentir segurança e confiança no professor durante sua prática.

Diante disso, é possível notar que a escola é muito importante para o desenvolvimento dessas crianças, essencialmente no que diz respeito à convivência. Segundo Höher Camargo e Bosa (2012), é essa convivência que desenvolve as crianças autistas em suas interações, além de ensinar outras crianças a conviver com as diferenças. Silva e Facion (2008) reiteram isso ao dizer que os outros alunos também se enriqueceriam dessa relação por conta das diferenças, e Fiaes e Bichara (2009) complementam que é no ensino regular que a criança com dificuldades encontra mais modelos para seguir.

Dito isso, o ambiente escolar é um fator determinante no desenvolvimento neurológico das crianças diagnosticadas com TEA, sendo que será a escola que desempenha esse papel crucial na modelagem das experiências cognitivas, sociais e emocionais dessas crianças, influenciando assim diretamente seu desenvolvimento (Gaspardo *et al.*, 2019). Sendo assim, quando professores, condutores e todos os profissionais do ambiente escolar se envolvem nas buscas por conhecimentos dessa temática, a forma como essa influência se manifesta traz um ponto crucial para a implementação de práticas pedagógicas que não sejam apenas inclusivas, mas que também sejam eficazes na promoção do progresso e bem-estar dessas crianças (Pletsch, 2009; Benitez *et al.*, 2021).

Vygotsky (1989) diz que a diversidade nesses ambientes sociais cria diferentes aprendizados e que as relações

interpessoais são essenciais pra esse processo. Dias (2019) também acrescenta que nesse conceito de escola inclusiva o professor deve preservar essa interação dos estudantes como uma troca de experiências. Segundo Dias, 2019, p.11:

Compete ao professor inferir planejamentos de ações que favoreçam o desenvolvimento de todos, considerando as individualidades, fazendo adaptações para melhor atender a todos.

O que torna a superação de dificuldades um dos propósitos primordiais do professor de estudantes com TEA.

4. CONCLUSÃO

O desenvolvimento cognitivo de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é profundamente influenciado por dois fatores essenciais: um ambiente familiar acolhedor e sobretudo afetoso, e uma prática educacional que possa ser inclusiva e adaptada às suas necessidades. Quando há uma parceria real entre a família e os educadores, as chances da criança se desenvolver de forma mais equilibrada e positiva aumentam significativamente.

A entrada da criança autista na escola pode haver mudanças significativas na dinâmica familiar. Isso porque, ao começar a conviver com outros grupos sociais e interagir com colegas, a criança amplia seu universo de experiências. Ao mesmo tempo, os pais também passam a fazer parte desse novo ambiente, interagindo com outras famílias e ganhando mais confiança no potencial de aprendizado e desenvolvimento dos seus filhos.

Como destaca Silva (2019), é essencial que se criem laços entre familiares, professores, as próprias crianças e outros profissionais envolvidos. Pois essa conexão é o que

permite que as atividades pedagógicas realmente façam sentido para cada criança, considerando suas necessidades e características únicas. Até mesmo que várias crianças compartilhem o diagnóstico de autismo, cada uma tem seu próprio ritmo, sua identidade e sua rotina e respeitar isso é essencial para que elas aprendam e se desenvolvam da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. S. C.; SHAW, G. S. L. Dificuldades e conquistas no processo de ensino-aprendizagem de estudante autista em sala de aula do ensino regular do município de Antônio Gonçalves/Bahia. **Perspectivas em Diálogo**, v. 7, n. 15, p. 229-238, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/14708/pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

ANDRADE, Fabiana Azevedo de; RODRIGUES, Lilian Cavaleiro. Estresse familiar e autismo: estratégias para melhoria da qualidade de vida. **Psicologia IESB**, v. 2, n. 2, 2011.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

AUTISMO e suporte familiar: relações afetivas estabelecidas entre crianças com autismo. Disponível em: <https://cognvox.com.br/autismo-e-suporte-familiar-relacoes-afetivas-estabelecidas-entre-criancas-com-autismo/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BENITEZ, Priscila; PAULINO, Vanessa C.; OLIVEIRA JR, Ailton P. et al. Atitudes sociais de agentes educacionais em relação à inclusão e à formação em análise do comportamento aplicada. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Bauru, v. 27, p. 477-492, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/Sdz5BrfLZFNdCcrbsSqQWhR/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2025.

BOSA, C. A. Autismo: disciplinas psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 1, p. S47-S53, 2006.

BRITES, L. Desafios no processo de escolarização em crianças com autismo. Disponível em: <https://institutoneurosaber.com.br/artigos/desafios-no-processo-de-escolarizacao-em-criancas-com-autismo/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

CAVALCANTE, Livia Texeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83–102, 2020.

CAMPELO, L. D. et al. Autismo: um estudo de habilidades comunicativas em crianças. **Revista CEFAC**, v. 4, p. 598–606, 2009.

DA SILVA VENDAS, A. P.; DE SOUZA PEREIRA, C.; DOS SANTOS, S. C. R. Transtorno do espectro do autismo (TEA): uma intervenção psicopedagógica na Escola Roberto de Menezes Lins, Pilões-PB. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cintedi/2020/TRABALHO_EV137_MD1_SA6_ID452_29092020222504.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.

DE CARVALHO, N. O. V. et al. Autismo infantil: impacto no diagnóstico e repercussões familiares e sociais. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, 2022.

DE PAULA NUNES, Debora Regina; QUEIROZ ORRICO AZEVEDO, Mariana; SCHMIDT, Carlo. Inclusão educacional de pessoas com autismo no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 557–572, set./dez. 2013.

DIAS, Renan Italo Rodrigues. A inclusão do aluno com transtorno do espectro autista na escola comum: desafios e possibilidades. **EaD e Tecnologias Digitais na Educação**, Dourados, v. 7, n. 9, p. 123–130, 2019. Disponível em: <https://200.129.209.78/index.php/ead/article/view/10745/5459>. Acesso em: 11 maio 2025.

FÁVERO, Maria Ângela Bravo; SANTOS, M. A. dos. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 358–369, 2005.

GASPARELO, Andressa Cristina Bevenutti; CRUZ, José Anderson Santos; CUNHA, Arielly Kizzy. Educação inclusiva: a importância da inclusão dos alunos com TEA no ambiente escolar. **Revista Científica UBM**, v. 21, n. 41, 2019. Disponível em: <https://revista.ubm.br/index.php/revistacientifica/article/view/927/172>. Acesso em: 11 maio 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Avaliação e atendimento à pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA).**

1. ed. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2023.

LUCIO, Juliane Silva Souza. **Inclusão escolar: uma reflexão sobre os alunos especiais no ensino regular.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Formação de Professores e Humanidades.

MELLO, A. M. S. Ros De. **Autismo: guia prático.** 8. ed. São Paulo, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Diretrizes de atenção: à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

OLIVEIRA, Francisco Lindoval. Autismo e inclusão escolar: os desafios da inclusão do aluno autista. **Revista Educação Pública**, v. 20, n. 34, 8 set. 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/34/joseph-autismo-e-inclusao-escolar-os-desafios-da-inclusao-do-aluno-autista>. Acesso em: 11 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Autismo. 15 nov. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 13 abr. 2025.

PANIAGUA, Gema et al. **As famílias de crianças com necessidades educativas especiais.** In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PEREIRA, C. A. V.; PEREIRA, C. F. V.; PEREIRA, C. C. V. Autismo infantil: aplicações do ensino estruturado na inclusão escolar. **Revista Ciência e Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 3, p. 75-77, dez. 2013.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças com Síndrome de Down e suas interações familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 503-514, 2003.

PLETSCH, Márcia Denise. A formação de professores para a educação inclusiva: legislação, diretrizes políticas e resultados de pesquisas. **Educar em Revista**, n. 33, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602009000100010>. Acesso em: 11 maio 2025.

SANTOS, Ana Maria Tarcitano. **Autismo: um desafio na alfabetização e no convívio escolar**. São Paulo: CRDA, 2008.

SERRA, D. C. G. **A inclusão de uma criança com autismo na escola regular: desafios e processos**. Rio de Janeiro, fev. 2004.

VALLE, T. G. M.; MAIA, A. C. B. **Aprendizagem e comportamento humano**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

ZILBOVICIUS, M.; MERESSE, I.; BODDAERT, N. Autismo: neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 1, p. S21–S28, 2006.

CAPÍTULO V

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO: COM ÊNFASE NA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA

Jamile Andrade Santos¹⁰

Jeidson de Jesus Almeida¹¹

Fernanda Almeida Rodrigues¹²

RESUMO

A leucemia linfóide aguda (LLA) é o tipo de câncer que mais acomete a população infantil, a patologia surge na medula óssea, levando a um crescimento desordenado da célula. Sua causa ainda é desconhecida, mas sabe-se que fatores ambientais e genéticos podem influenciar. Entretanto apresenta altos índices de cura, chegando a 80%, quando diagnosticada precocemente. Para tal acontecimento necessita-se de profissionais capacitados e aptos para as condutas adequadas, o que não ocorre frequentemente, por algumas razões como: poucas pesquisas sobre a temática e menos informações difundidas durante a graduação, sobre o protagonismo fisioterápico nesse público, gerando uma abordagem escassa. Constantemente o tratamento para LLA inicia-se com a quimioterapia que desencadeia alguns efeitos adversos como: cardiotoxicidade, dor, fadiga, fraqueza muscular

¹⁰ Fisioterapeuta.

¹¹ Fisioterapeuta e docente da FARESI.

¹² Fisioterapeuta e docente da FARESI.

respiratória e neuropatia periférica. Estudos mostram que o fisioterapeuta tem um papel crucial para amenizar esses sintomas, além de quando não há possibilidade de cura, o paciente é direcionado aos cuidados paliativos, nesse momento a fisioterapia busca promover a dignidade desse paciente, principalmente na fase terminal. Essa revisão bibliográfica visou mostrar a eficiência da assistência fisioterapêutica nos cuidados paliativos oncológicos pediátricos, com ênfase na leucemia linfóide aguda, através de artigos, sites e livros, com um recorte temporal de 2014 a 2024, assim como excluídas obras que não seguiam as temáticas propostas. Se percebeu, a eficiência das condutas fisioterapêuticas tanto nos sintomas gerado pela quimioterapia, quanto nos cuidados finais desse paciente, assim como proporciona apoio ao paciente e familiar na iminência da morte.

Palavras-Chave: Cuidado paliativo. Fisioterapia. Leucemia linfóide aguda. Oncologia pediátrica.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil os índices de acometidos por câncer crescem a cada ano, causando preocupações, pois mesmo com os avanços tecnológicos, muitas vezes o diagnóstico é tardio, impossibilitando a cura, ocasionando um acompanhamento paliativista, que tem como objetivo promover bem-estar aos pacientes e conforto aos mesmos e familiares (Inca, 2022).

O câncer infanto-juvenil é uma das preocupações governamentais, tornando-se um problema de saúde pública. Atualmente no Brasil, é uma das principais causas de morte por doença, em crianças e adolescentes. Essa patologia tem seu crescimento celular anormal e desordenado, multipli-

cando-se muito rápido, podendo afetar diferentes tecidos e órgãos no organismo. (Inca, 2022).

Nas crianças, o câncer apresenta-se com frequência no sistema sanguíneo e nos tecidos de sustentação, consequentemente as leucemias são comuns nessa população, a exemplo disto, a leucemia linfóide aguda (LLA), afeta cerca de 75% das crianças e adolescentes, essa patologia pode causar diversos sintomas como febre, fadiga, dores nos ossos e articulações, entre outros, essa enfermidade pode progredir rapidamente, logo, destaca-se a importância do diagnóstico precoce. (Inca, 2022 e Unimed, 2023).

O diagnóstico precoce aumenta a expectativa de cura, sendo necessária uma investigação minuciosa, que ocorre através do caso clínico do paciente e exames solicitados. Com a confirmação do diagnóstico, inicia-se o tratamento para a LLA. A escolha da quimioterapia como tratamento inicial, possui uma boa incidência na literatura, porém, quando não há resultados esperados, opta-se pelo transplante de células-troncos, contudo, outros métodos são utilizados como radioterapia e a imunoterapia com células CAR-T que utiliza linfócitos T, células de defesa do próprio paciente, após serem coletadas e modificadas em laboratório (Nunes *et al.*, 2023).

Entretanto, como qualquer procedimento utilizado no tratamento da LLA, existem efeitos colaterais que ocorrem com recorrência, como algia musculoesquelética, edemas, alteração do padrão respiratório entre outros que às vezes geram quadros de desmotivação aos pacientes, resultando em impactos significativos na permanência no acompanhamento. Diante desse quadro, mostra-se a necessidade do fisioterapeuta para amenizar os efeitos adversos desses métodos. (Weber *et al.*, 2023).

A fisioterapia tem um papel fundamental no acompanhamento dessas crianças, na luta contra a LLA, principalmente no combate dos efeitos adversos dos quimioterápicos, visando promover a manutenção e propor qualidade de vida, especialmente nos cuidados paliativos, que propõem manter a dignidade dos pacientes e familiares, que neste momento estão lidando com as incertezas do tratamento, e a ideia de perder um ente querido. Portanto, os cuidados na fase terminal de um paciente oncológico visam controlar o sofrimento, podendo promover uma diminuição nos quadros álgicos e proporcionar mais conforto neste estágio (Dantas *et al.*, 2015).

Apesar dos grandes impactos dessa doença na vida das crianças, são escassas as pesquisas que abordam o protagonismo da fisioterapia e seus benefícios. Por outro lado, os próprios profissionais da área, têm pouco entendimento sobre a fisiopatologia, efeitos colaterais do tratamento e como podem estar direcionando as condutas nos seus atendimentos (Passos *et al.*, 2019).

Num estudo realizado por Passos et al, em 2019, foi identificado que poucos alunos no último semestre de fisioterapia, tinham conhecimento sobre a importância do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, assim como lidar com os familiares, ficando evidente que o tema é abordado de modo superficial no decorrer da graduação. Sendo assim, tornam-se relevantes mais pesquisas e trabalhos científicos sobre o papel do fisioterapeuta nesses cuidados, para ampliar o olhar do profissional ao prestar atendimentos a esses pacientes.

O presente trabalho levanta o questionamento: qual é a eficiência da assistência fisioterapêutica nos cuidados

paliativos oncológicos pediátricos? Logo, esta pesquisa tem o objetivo de analisar os benefícios da fisioterapia no manejo dos efeitos adversos, associados ao tratamento oncológico com ênfase na quimioterapia, apresentando as principais ações e recursos terapêuticos diante desse tratamento e expondo a importância do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e no apoio às crianças e familiares na iminência da morte.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica sobre a eficiência da assistência fisioterapêutica nos cuidados paliativos oncológicos pediátricos, com ênfase na leucemia linfóide aguda. A pesquisa inicial foi realizada através da busca bibliográfica nas seguintes plataformas: *Scientific Electroniclibrary Online* (SciELO), livros, Google Acadêmico, sites do governo e Núcleo de Apoio ao Combate do Câncer Infantil (NACCI).

A pesquisa foi realizada no período entre os meses de fevereiro a novembro de 2024. Os descritores utilizados foram: cuidados paliativos, fisioterapia, leucemia linfóide aguda, tratamento e oncologia pediátrica. Como critério de seleção para artigos foram utilizadas combinações destes descritores publicados nos últimos 10 anos, de 2014 a 2024, estando disponíveis em português e inglês, já o critério de exclusão foi realizado através da eliminação dos trabalhos que não seguiam as temáticas propostas e linha temporal definida. Ao total foram encontrados 172 artigos, excluídos 142 artigos e incluídos 30 artigos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 CÂNCER INFANTIL

A palavra “câncer” vem do grego *karkínos*, que significa caranguejo, sendo utilizada pela primeira vez por Hipócrates, considerado o pai da medicina. Evidenciou-se que o câncer não é uma doença nova, após ser detectada em múmias egípcias, comprovando que ele acometia os seres humanos há mais de 3 mil anos antes de Cristo. O câncer refere-se a um grupo de mais de 100 doenças, sendo caracterizadas pelo crescimento anormal e descontrolado de células que sofreram modificações genéticas, podendo invadir outros tecidos e órgãos. (Inca, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2023), estima-se que, entre 2023 e 2025, serão diagnosticados quase oito mil novos casos de câncer infantojuvenil no Brasil. As formas mais frequentes de câncer na infância e adolescência são as leucemias, com destaque para a leucemia linfóide aguda (LLA) que trata-se de uma neoplasia hematológica heterogênea, caracterizada pela alteração das células-tronco da medula óssea, ocasionando uma proliferação clonal desordenada das células precursoras com origem linfóide, resultando células ainda imaturas na circulação sanguínea, gerando prejuízos a produção normal de leucócitos, hemácias e plaquetas, levando à substituição dos componentes da medula óssea vermelha por células leucêmicas. (Dantas, et al, 2015).

Apesar dos avanços na saúde, a LLA ainda tem causas desconhecidas, as hipóteses direcionam para combinação de fatores ambientais e uma predisposição genética, podendo ser ou não hereditária. No Brasil, o câncer infantil muitas vezes tem diagnóstico tardio, dificultando o tratamento e diminuindo as chances de sucesso de cura, que podem che-

gar a 80% dos casos, estes dados enfatizam a importância do diagnóstico precoce. Entretanto, para tal objetivo necessita-se de investimentos na área da saúde, assim como treinamentos aos profissionais para que os mesmos sejam capazes de identificar os sinais e sintomas iniciais da doença. (Sociedade brasileira de pediatria, 2017).

O conhecimento científico sobre a LLA, proporciona ao profissional a capacidade de identificar indícios da patologia, pois seus sinais e sintomas como edemas, cefaleias, náuseas, vômitos, fraqueza, febre e rigidez de nuca, são manifestações inespecíficas, consequentemente, podem ser confundidas com outras doenças comuns na infância. Logo, um diagnóstico preciso faz toda diferença, podendo ser através da história clínica do paciente, exame físico e exames laboratoriais, todavia, sua precisão é por meio do mielograma que é a punção aspirativa da medula óssea, destinado a analisar a funcionalidade e características da medula, como: tamanho, formato, tipo e contagem de células. Quando o resultado não é conclusivo, pode-se realizar a biópsia da medula. (Claudia Ana, 2017).

A compreensão do fisioterapeuta às particularidades da fisiopatologia e seus efeitos colaterais do método qui-mioterápico escolhido, faz-se necessário para que o profissional se sinta seguro e apto na sessão de fisioterapia e consequentemente o paciente e familiares, pois haverá dias, que o mínimo esforço será suficiente, a fim de evitar o cansaço máximo do paciente e complicações futuras. Para isso torna-se relevante uma boa avaliação fisioterapêutica, pois nela constata-se como se encontra a capacidade funcional do paciente dentre outros achados. É importante ressaltar que a patologia pode ser a mesma, mas cada ser é único, com suas singularidades, desse modo uma conduta nem

sempre será benéfica para todos, pois as individualidades precisam ser respeitadas. (Passos, et al, 2019).

PRINCIPAIS TRATAMENTOS DA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA EM CRIANÇAS

Atualmente, o tratamento inicial para a LLA envolve quimioterapia e radioterapia, seguida por um transplante de células-tronco, em alguns casos. Após os resultados dos exames constando a confirmação do diagnóstico, os pacientes com leucemia iniciam o tratamento com quimioterapia, os mesmos combinam-se com o sangue e são transportados para o organismo, visando eliminar as células leucêmicas, a fim de restaurar a função da medula óssea e as contagens sanguíneas. Portanto, o tratamento constitui-se em três etapas: indução, consolidação e manutenção. A indução é uma fase curta e intensa, durando cerca de um mês, já a consolidação é uma fase também intensiva, mas se estende por alguns meses, e a manutenção trata-se de uma fase menos intensa para prevenir a recidiva, podendo durar dois anos. (Weber, et al, 2023).

A radioterapia pode ser combinada à quimioterapia para contribuir na eliminação das células leucêmicas, presentes na medula óssea e órgãos que estas células afetaram. A radioterapia tem seu mecanismo de ação através de induzir a ionização celular, ocasionando a produção de nitrogênio e oxigênio reativos que atuam nos radicais livres, causando danos celulares. Quando as alternativas convencionais não surtem efeito ou tem maior chance de recidiva, utiliza-se o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), que é uma infusão intravenosa com o objetivo de regular a função da medula e sistema imunológico. (Weber, et al, 2023).

O Brasil é o terceiro maior banco de dados de doação de medula óssea no mundo, quando esse recurso não tem eficácia, inicia-se o tratamento com terapia genética a Car-TCell, sendo capazes de reconhecer os marcadores de células tumorais. Essas células são derivadas das próprias células do paciente, que são alteradas em laboratórios, no entanto ainda está na fase de teste, sendo assim, existem algumas questões a serem respondidas e seguidas antes de iniciar esse método, como por exemplo, o fator da idade, em que é necessário ter no máximo 25 anos para realização do processo (Weber, et al, 2023).

PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS OCASIONADOS PELA QUIMIOTERAPIA

A escolha da conduta para o tratamento decorre da extensão da patologia. A quimioterapia é o termo usado para uso de drogas no tratamento oncológico, sendo o método mais utilizado de início para manejar a doença. No entanto ela provoca uma série de alterações no organismo, assim como no estado emocional. Mesmo com os avanços na saúde, ainda se tem altos índices de pacientes com efeitos adversos do tratamento como: fadiga, cardiotoxicidade, neuropatia periférica, fraqueza muscular respiratória, e dor, além dos prejuízos nas atividades de vida diária, afetando diretamente na qualidade de vida. Estes efeitos, podem ser amenizados com as condutas fisioterapêuticas (Martins e Rodrigues, 2022).

A cardiotoxicidade é baseada nas alterações estruturais cardíacas e redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), sendo classificada em grau I, II e III. Podendo estar relacionada à dosagem, frequência e duração.

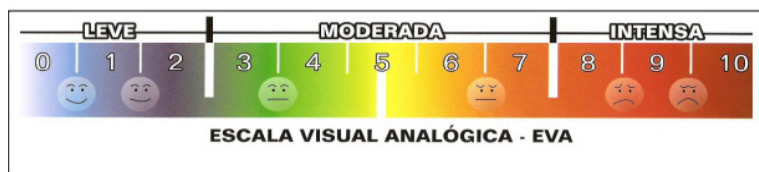
Crianças que sobreviveram ao câncer apresentam altos índices de sofrerem manifestações clínicas cardiovasculares como a insuficiência cardíaca, em razão do prolongamento dos quimioterápicos no corpo, associados à ausência de atividade física e aumento do processo inflamatório. Os quimioterápicos que mais causam alterações no ventrículo esquerdo são as antraciclinas dentro deste grupo, está a doxorrubicina (Borges, et al, 2018).

A cardiotoxicidade associada ao tratamento quimioterápico, pode surgir nas primeiras semanas ou após anos do procedimento. As principais causas que levam os pacientes a procurar a unidade de saúde são: dispneia, cansaço e fadiga. Todos os pacientes que realizaram quimioterapia devem ser avaliados por um cardiologista, assim como realizar acompanhamento com o fisioterapeuta, para promoção de efeitos benéficos ao corpo (Quadro-1), (Hajjar, et al, 2020).

A dor é um dos sintomas que mais causam medo aos pacientes. Estudos mostram que 60% a 80% desses indivíduos irão vivenciá-la, sendo definida como qualquer percepção de dor ligada ao câncer e o tratamento escolhido, causando uma lesão tecidual real ou potencial. A dor pode ser nociceptiva ocasionando um dano tecidual contínuo, podendo ser somática ou visceral, já a neuropatia é uma alteração no sistema nervoso, exemplo a compressão da medula óssea. O objetivo da fisioterapia é promover uma otimização das 5 dimensões relacionadas à dor, sendo, analgesia, minimizar os efeitos adversos, melhorar a funcionalidade para realizar atividade de vida diária, diminuir o uso inadequado das drogas e otimizar a relação afetiva da dor e humor. (Gomes e Melo, 2023).

Portanto, é indispensável uma avaliação fisioterapêutica contínua e detalhada, através da anamnese, exames físicos e testes, para identificar as características da dor. A mensuração da dor é subjetiva, somente o portador poderá relatá-la, para tal fim existe a escala visual analógica, constituindo-se em um escore de 0 a 10 de verificação da intensidade de dor pelo paciente, porém é necessário questionar ao paciente o seu grau de dor, sendo 0 para ausência e 10 o nível máximo (Imagem 1). Material primordial para analisar a evolução do paciente durante o acompanhamento terapêutico. O fisioterapeuta tem a função de gerenciar a dor desses pacientes, a fim de melhorar sua qualidade de vida, através das práticas integrativas e complementares (PICS) e analgesia (Quadro-1) (Maniaes *et al.*, 2022).

IMAGEM 1: ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Fonte: Sesab (2017, p. 1).

Crianças que estão em tratamento contra o câncer estão sujeitas a sofrerem alterações nas funções pulmonares, decorrentes da toxicidade da quimioterapia, causando danos ao tecido pulmonar. Contudo, não se sabe como ocorre essa alteração, se é ocorrente na fase inicial da quimioterapia ou em longo prazo. O acompanhamento com o fisioterapeuta é necessário para amenizar esses efeitos, como a fraqueza muscular respiratória, que é a redução das forças musculares inspiratória e expiratória. Para distinguir esse sintoma é fundamental realizar uma boa ava-

liação, realizar testes respiratórios, exames complementares, a exemplo da espirometria, assim como as técnicas de fisioterapia adequadas (Quadro-1) (Macedo *et al.*, 2014).

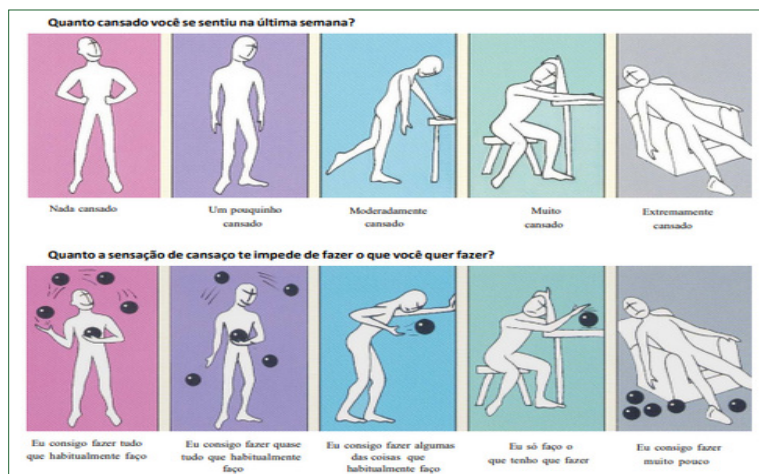
A fadiga é o sintoma mais frequente em pacientes oncológicos, afetando de 80% a 90%. Em algum momento da vida os indivíduos vão passar por essa sensação descrita como angustiante e insistente de cansaço físico, emocional e cognitivo, que não melhora com sono ou repouso, comprometendo a capacidade funcional e prejudicando na qualidade de vida. Ainda não existe um consenso sobre a definição da fadiga relacionada ao câncer (FRC), no entanto abrange vários sistemas fisiológicos e bioquímicos, que estão diretamente ligados ao próprio câncer, estágio e efeitos colaterais do tratamento.

Possivelmente, essa FRC inicie nos músculos esqueléticos, causada pela diminuição da atividade física, apesar disso, o sistema nervoso central também colabora para essa sensação, por meio de mecanismos centrais da fadiga, em que alterações do input neural que chega aos músculos, diminuem o recrutamento de unidades motoras. A cronicidade da fadiga está relacionada com prováveis adaptações metabólicas e fisiológicas, como o descondiçãoamento e a caquexia, que é a perda contínua da massa muscular. (Borges *et al.*, 2018).

O diagnóstico da FRC está relacionado a eliminação de causas reversíveis que podem ser tratadas e examinadas, complementando-se pela anamnese, exame físico, exames laboratoriais e pela utilização de instrumentos de avaliação pela equipe multidisciplinar. Atualmente existem vários instrumentos para avaliação da fadiga, dos quais 8 foram validados no Brasil e 4 direcionados a pacientes

oncológicos. O pictograma de fadiga, foi elaborado para avaliar a intensidade e impacto da fadiga nas atividades de vida diária (AVD), através de 10 imagens apresentadas, pode-se observar o paciente com câncer, ele informará a intensidade e as atividades de vida diária, que consegue realizar (imagem 2). A escala de fadiga de piper revisada é um instrumento extenso com 27 itens, apresentados em 4 dimensões (sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva/ emocional), com pontuação que variam de 0 a 10.

IMAGEM 2: PICTOGRAMA DE FADIGA



Fonte: Borges et al. (2018)

A escala *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT), também é outro exemplo: constituída com 40 itens, com gradação em escala de likert de 0 a 4 que abrangem diferentes dimensões de bem-estar físico, familiar/social, emocional e funcional, como também uma subescala com 13 itens para avaliação da fadiga que envolve aspectos físicos. O instrumento FA13 da FORTC: elaborado com 13 perguntas que engloba

três aspectos (físico, psicológico e cognitivo), com respostas em graduação de Likert a qual varia de 1 a 4, também se destaca entre os instrumentos para avaliação (Borges, et al, 2018).

Os pacientes identificados com a FRC moderada a grave devem ser avaliados e tratados, o fisioterapeuta tem um papel essencial com medidas não farmacológicas, através das PICS, as mesmas são regulamentadas no Brasil desde de 2006, estando disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), que englobam relaxamento, reflexologia e musicoterapia. Os exercícios aeróbicos, de força e flexibilidade têm seus benefícios para a FRC (Quadro-1) (Borges et al, 2017 e Ministério da saúde, 2017).

A neuropatia periférica também conhecida como neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ) é desencadeada pelo aumento da toxicidade dos quimioterápicos no organismo, causando irregularidades nos nervos periféricos e no percurso da medula óssea até a periferia. Comprometendo a capacidade funcional, apresenta uma série de sintomas neuromusculares como fraqueza muscular, desequilíbrio, dificuldade na motricidade fina, dormência, ataxia, redução da sensibilidade e risco aumentado de queda. Prejudicando a qualidade de vida dos pacientes.

Existem instrumentos para a avaliação da NPIQ, sendo o questionário *Quality of life questionnaire* - CIPN20, o mais utilizado que engloba 3 subescalas que analisam as manifestações sensoriais, motoras e autonômicas, tendo-se o escore de 0 a 10, as pontuações elevadas significam intensas alterações no organismo. Diante disso o fisioterapeuta tem a habilidade de diminuir esses sintomas, por meio de técnicas evidenciadas. (Quadro-1). (Henrique, et al, 2019).

4. RESULTADOS

A Intervenção fisioterapêutica no manejo dos efeitos adversos relacionados ao tratamento oncológico com ênfase na quimioterapia, apresenta efeitos benéficos na melhoria de sintomas como cardiotoxicidade, dor, fadiga, fraqueza muscular respiratória e neuropatia periférica, como mostra o quadro 1.

QUADRO 1: EFEITOS DA PICS E EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS

Sintoma	Método	Benefícios	Tipo de estudo / nome do artigo	Autor/ Ano
Cardiotoxicidade	Exercício resistido associado exercício aeróbico	Melhora o sistema imunológico e a força muscular, diminui o processo inflamatório e aumenta o consumo de oxigênio e melhora a qualidade de vida	Artigo de revisão: Fadiga: Um Sintoma Complexo e seu Impacto no Câncer e na Insuficiência Cardíaca	Borges et al., 2017
Dor	Crioterapia, eletroterapia, mobilização articular, terapia manual exercício físico e aeróbico, fortalecimento muscular, técnicas de relaxamento, posicionamento adequado e cinesioterapia	Melhora no quadro algico, aumento da amplitude articular e resistência muscular esquelética.	Atuação da fisioterapia no controle da dor em criança com leucemia: uma revisão de literatura.	Souza et al. (2017).

Fadiga	Musicoterapia, reflexologia, exercício de relaxamento muscular, exercício físico, aeróbico e de força.	Ameniza o sintoma, melhora a regulação emocional, melhora a capacidade funcional, do equilíbrio, evita atrofia muscular, reduzindo o esforço nas atividades de vida diária.	Revisão integrativa da literatura estudo tem caráter bibliográfica	Nogueira et al, 2023. rodrigues felipe, 2019
Fraqueza muscular respiratória	Exercícios aeróbicos, treino muscular inspiratório e expiratórios	Melhora a força muscular respiratória, aumenta a capacidade pulmonar, além de promover a reexpansão pulmonar.	Livro - Oncologia para fisioterapeutas pág.201 e 269	Maniaes Thalissa, 2022
Neuropatia periférica	Treinos de equilíbrio e coordenação, estimulação sensorial, terapia manual, massoterapia, exercícios aeróbicos e resistidos.	Melhora significativa na função de força, equilíbrio, e sensibilidade, além da analgesia e relaxamento muscular.	Artigo de revisão narrativa: Intervenções não farmacológicas no tratamento da neuropatia periférica induzida pela quimioterapia	Henrique et al, 2019

Fonte: Elaborado pela autora.

A quimioterapia provoca uma série de efeitos adversos, causando alterações no organismo das crianças, modificando sua rotina, bem como alteram a dinâmica da família. As informações apresentadas no quadro-1 mostram os benefícios proporcionados pelas condutas fisioterapêuticas, para amenizar os sintomas e aumentar a capacidade funcional desses pacientes que estão em tratamento. No entanto, quando a patologia não apresenta regressão e começa a avançar, inicia-se um olhar mais paliativo, a fim de promover uma qualidade de vida e não necessariamente a cura.

Os cuidados paliativos tiveram seu surgimento no Reino Unido na década de 60. No Brasil, seus primeiros registros foram nos anos 90, os quais visavam a promoção da autonomia, alívio do sofrimento físico e apoio em todos os estágios do câncer, principalmente no estágio terminal, sendo esse o mais difícil para todos os envolvidos, visto que a morte é um mistério para os vivos. Nesse processo é fundamental acompanhar o paciente nos seus últimos momentos, e familiares em luto com um olhar humanizado (Gomes e Othero, 2021).

Os cuidados paliativos têm como simbolismo a borboleta, pois, apesar do seu curto período de vida, consegue polinizar as plantas, embelezar a natureza e espalhar alegria. Sendo um exemplo que a vida não é medida pelo tempo, mas pela intensidade com que é vivida. Dessa forma os cuidados envolvem o processo de assistência e conforto aos pacientes no decorrer das mudanças da vida que englobam, cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os aspectos físicos através de minimizar os sintomas ocasionados pela doença e tratamento, os aspectos psico-

lógicos promovem cuidado aos sentimentos e emoções diante das grandes indagações. Os aspectos sociais visam promover apoio ao paciente, evitando que o mesmo fique desassistido dos cuidados necessários. Os aspectos espirituais proporcionam amparo religioso ou orientações sobre a vida e morte. (Costa e Soares, 2015).

Val salientar que espiritualidade não é sinônimo de religião. Conforme Cervelin e Kruse (2014).

A espiritualidade engloba as necessidades humanas universais, ela pode ou não incluir crenças religiosas específicas e fornece uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa. Já a religião pode ser entendida como um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, sagrado ou divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados a tais crenças.

O ser humano que detém uma patologia incurável, que possa ter sua vida interrompida e que apresenta sinais de angústias, é merecedor de um amparo da equipe multidisciplinar, do início da doença até os métodos que pretendem curar ou diminuir os sintomas da doença. Dentro dessa equipe podemos citar o fisioterapeuta com o papel excepcional de forma primária, secundária e terciária, detendo habilidades para trabalhar em todas as fases da vida, prestando serviços independentes da enfermidade sendo aguda ou crônica. Os cuidados paliativos na pediatria propõem apoio e atenção ao familiar e promover qualidade de vida aos pacientes (Eliezer *et al.*, 2021).

Sem expectativa de cura, o fisioterapeuta tem o propósito de aliviar os sintomas e melhorar a funcionalidade desses pacientes, principalmente nos estágios terminais, por meios apropriados, visando a fase que a doença está, as crenças e valores da criança e familiares. Sendo assim são ações com-

plementares e integradas. Nos casos que demandem analgesia, pode-se utilizar os recursos como: estimulação elétrica nervosa transcutânea, crioterapia e terapia manual. Os efeitos em decorrência das mudanças psicofísicas, como o estresse, podem ser minimizados com o uso de métodos de relaxamento e atividade física.

Nas intervenções osteomioarticulares destacam-se exercícios resistidos, aeróbicos e exercícios com descarga de peso, nas alterações do sistema linfático existem as técnicas como drenagem linfática manual, bandagens elásticas, eletroterapia, aparelhos de compressão pneumática e mobilização passiva e ativa. Os instrumentos implementados para a fadiga são: exercícios físicos e técnicas que preservem a energia. Para um melhor desempenho pulmonar, são aplicados manejos respiratórios, à exemplo disso, a drenagem postural, os exercícios respiratórios, a oxigenoterapia, o suporte ventilatório invasivo e não invasivo, apresentam bons resultados. As medidas para prevenção de úlceras de pressão são as mudanças de decúbitos, orientações sobre manter a integridade da pele, visando sempre respeitar as singularidades da criança (Mendes *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2019).

4.1 CUIDADO HUMANIZADO AO PACIENTE PEDIÁTRICO NA FASE TERMINAL E AO FAMILIAR NO PROCESSO DE LUTO

Diante das patologias crônicas e incuráveis, existem sentimentos como desespero e inseguranças, decorrente do ciclo da vida entre nascimento e morte, ficarem bastante próximos. A morte interrompe e modifica o percurso natural da vida, que é nascer, crescer e se desenvolver, mudando os planos e sonhos e o anseio de um futuro próspero. Em razão disso, muitas vezes é impensável abordar

a morte de uma criança, pois isso gera angústias e medos, principalmente para aqueles que estão ligados diretamente a essa criança. Tradicionalmente, no Brasil tem-se uma resistência em expor a finitude da vida de um paciente pediátrico, pois traz consigo a impotência e incapacidade de saber que não há mais alternativas a serem feitas, levando a um sofrimento dos familiares e equipe envolvida. Frequentemente esses profissionais não estão aptos a cuidar do processo de morrer, isto pode ser resultante de características próprias ou em decorrência à uma ausência do conteúdo durante a formação acadêmica ao não explorar a morte e os processos nela envolvidos de maneira aprofundada. (Monteiro *et al.*, 2022)

Quando se percebe que a morte é inevitável, é necessário ofertar os cuidados para esses pacientes em estágio terminal. Ao cuidar do processo de morrer, a dignidade e conforto até nos últimos segundos de vida deve ser assegurada, minimizando o máximo possível de sofrimento e angústia para esses pacientes. O fisioterapeuta terá um papel crucial, através das PICS e outros métodos, é relevante a importância da participação da equipe multidisciplinar atuando num mesmo objetivo, para encontrar as melhores condutas e respeitar os momentos em que processos invasivos não são apropriados, trazendo um olhar focal ao cuidado e acolhimento emocional para o paciente e familiares (Bastos, 2019).

A melhor coisa que posso fazer por alguém na hora da morte é estar presente. Presente ao lado dessa pessoa, diante dela, por ela, para ela. Um estado de presença multidimensional que somente o caminho da compaixão pode revelar.” (Quintana Arantes, 2019, p. 111-112.

O luto é o processo mais desgastante que ocupa um espaço vasto na vida da pessoa enlutada, onde ela se es-

conde na esperança de ressignificar esta fase, pois a percepção da ausência é presente e exaustiva, e conviver com a consciência que a presença física não é mais possível, torna-se uma ideia devastador. A duração do processo de luto é incerta, pois, nesta fase há muitos dilemas que envolvem individualidades e solidão, entretanto a fase do luto tem um objetivo, que é a reconstrução simbólica da relação, de um novo amanhã, porque o amor é um sentimento duradouro e não morre. O luto pode ser para sempre um processo ativo e vivo, uma vez que olhar as fotos ou ouvir algo a respeito do indivíduo perdido trará recordações, muitas vezes dolorosas. Esta fase não é sobre esquecer uma pessoa perdida, e sim saber viver com essas lembranças (Quintana Arantes, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do exposto, pode-se concluir que o fisioterapeuta possui um papel fundamental tanto no manejo dos efeitos adversos da quimioterapia quanto nos cuidados finais desse paciente, entretanto, com base nas pesquisas encontradas para esse trabalho, nota-se uma limitação mais clara sobre a temática, evidenciando a relevância de mais elaborações de pesquisas científicas sobre o tema, assim como discussões durante a graduação, pois é um assunto complexo, tornando-se um grande desafio para os profissionais e envolvidos, assim como a necessidade de mais tecnologias que visam contribuir na sobrevida desse indivíduo e na sua qualidade de vida.

Sendo assim, desempenhar um papel diante de um paciente no fim da vida não é fácil, então é necessário um profissional apto para tal atuação, cabendo ao mesmo buscar

por conhecimentos atuais e adequados ao tratamento da doença, afim de garantir uma abordagem humana, personalizada e adequada para a singularidade de cada indivíduo, pois os últimos momentos de vida são os mais valiosos para o paciente e familiares.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Janaina de Souza. **Perfil de utilização de antieméticos na clínica pediátrica do Instituto Nacional de Câncer - José Alencar Gomes da Silva**. Residência Multiprofissional em Oncologia / Farmácia. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/9667/1/TCC-%20Janaina%20de%20Souza%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

BORGES, Jacqueline Aparecida et al. Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no câncer e na insuficiência cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 4, p. 433–442, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/TW8pBFjsffj9tyM6K6rkQLm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2024.

BASTOS, Ana Clara de Sousa Bittencourt. **Na iminência da morte: cuidado paliativo e luto antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores**. 2019. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/tese_ana_clara_verso_final.pdf. Acesso em: 2 nov. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Câncer infanto-juvenil**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil>. Acesso em: 20 mar. 2024.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Revista Enfermagem em Atualidade**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/kvtgdRs3BXBtFZ7gKqgcdRQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2024.

ELIEZER, Izabel Cristina Gualberto; FERRAZ, Suelen Braga dos Santos; SILVA, Anita de Oliveira. Atribuições do fisioterapeuta na atenção

primária à saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 6, n. 12, p. 105–127, jun. 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/atribuicoes-do-fisioterapia>. Acesso em: 2 nov. 2024.

COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 631–641, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/pY5XpWHG4SCfcL3p9fTb4FR#ModalHowcite>. Acesso em: 11 nov. 2024.

DANTAS, Giselly Karitta Santana et al. Diagnóstico diferencial da leucemia linfóide aguda em pacientes infanto-juvenis. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 3–18, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1877>. Acesso em: 27 ago. 2024.

GOMES, Alana Mabda Leite; MELO, Cynthia de Freitas. Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 28, p. e53629, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/6RNghwmwtkGbXFqFpdx9MQr/#ModalHowcite>. Acesso em: 9 abr. 2024.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/#ModalHowcite>. Acesso em: 31 mar. 2024.

CAPÍTULO VI

SUS: DILEMAS CRÔNICOS E DESAFIOS AGUDOS FRENTE À PANDEMIA.

Vitória Gabriele Chagas Oliveira¹³

Denieire Santiago dos Santos¹⁴

Walléria Caroline Silva Oliveira Matias¹⁵

RESUMO

O sistema único de saúde é o sistema de saúde pública mais complexo do mundo, tendo como princípios a integralidade, transversalidade e universalidade. Ele foi criado em 19 de setembro de 1990 pela lei 8.080/90. Desde a sua criação, tem sido um fator relevante para a saúde brasileira, como o avanço contra diversas doenças. No entanto, esse sistema tem sofrido diversos ataques pelos seus administradores, tendo seus recursos diminuídos e investimentos congelados. O 30º aniversário do SUS foi marcado por uma crise sanitária causada pela pandemia de SARS-Cov-2, o primeiro da família coronavírus que infecta seres humanos, potencialmente grave, de alta transmissibilidade e de distribuição global. A luta contra a pandemia no país foi uma tarefa complexa devido às limitações do sistema. A heterogeneidade social impediu que as formas de prevenção e cuidados

13

14

15

às vítimas seguissem de forma justa, as pessoas com mais recursos pagavam caro pelos seus cuidados e/ou tinham a opção de seguir a quarentena, enquanto a classe baixa sucumbia (Barbosa et al., 2022). Objetivo: Análise dos impactos gerados pela pandemia de Covid-19 no sistema de saúde brasileiro. Metodologia: Revisão bibliográfica sistemática qualitativa. Inicialmente foi realizada uma pesquisa ampla que abordasse o tema de Sobrecarga do sistema de saúde evidenciado pela pandemia. Para a seleção de artigos foi efetuada uma busca nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Após a aplicação dos filtros foram identificados 65 artigos relevantes para esse estudo. 7 destes foram selecionados para embasamento dos resultados. Resultados: De acordo com as produções científicas coletadas, é possível notar que, apesar de o SUS ser um programa de saúde de referência devido aos seus princípios, enfrenta problemas recorrentes de sucateamento, o que resultou em diversos desafios multifacetados diante da pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Sobrecarga do sistema de saúde. SUS. COVID-19. Saúde pública. Saúde mental na pandemia.

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil não era um direito de todos, assim como em muitos países atualmente. Só tinham acesso àqueles que podiam arcar com o custo e/ou aqueles que trabalhavam de maneira formal. Graças ao movimento sanitarista, em 1988, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do estado. Em 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela lei 8.080 (Brasil, 2002).

No período em que o SUS foi criado, o país sofria uma hiperinflação que se relacionava ao período militar (1964-1985). No que diz respeito à saúde, o Brasil ainda sofria com epidemias herdadas da república velha e, apesar de campanhas de saúde/vacinação, pouco se conseguia resolver devido aos problemas sociais e sanitários (Mereles, 2018).

Um exemplo é a epidemia de meningite, uma doença altamente infecciosa que se manifesta nas formas virais e bacterianas, segundo Carlos Fidélis (2022) o país na época tinha em média 90 milhões de habitantes e 67mil casos da doença.

Estudos realizados por Geovane Máximo *et al.* (2021), comprovam que a instauração do SUS diminuiu entre 1990-2019 os perfis epidemiológicos e aumentos na longevidade foram acompanhados, mesmo com os desafios relacionados aos problemas sociais e sanitários, o SUS evitou o progresso das doenças infecciosas, infecto-parasitárias, entre outras.

Um grande exemplo é a erradicação da rubéola e do sarampo, as únicas taxas que se mantiveram crescentes foram das doenças crônicas não transmissíveis, porém no ano de 2020 um fator influenciou na alteração desses dados, uma crise sanitária global: a covid-19. (Máximo *et al.*, 2021)

O 30º aniversário de instauração do SUS foi marcado pela pandemia de um vírus respiratório identificado como um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da síndrome respiratória aguda grave 2, um betacoronavírus que pertence ao gênero Sarbecovirus. (Marco Ciotti *et al.*, 2020). Pode ser potencialmente grave, de alta transmissibilidade e de distribuição global.

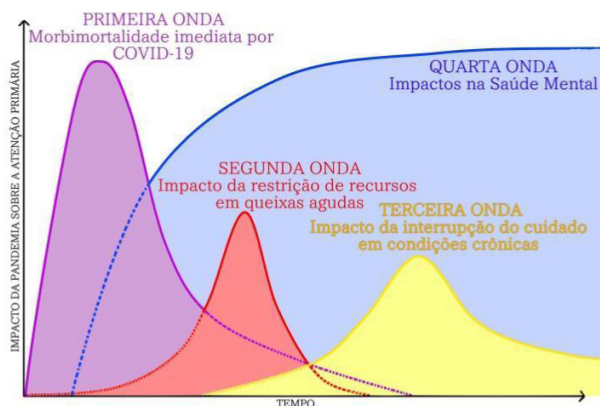
A transmissão do vírus ocorre quando aerossóis ou gotículas contendo o vírus são inalados ou entram em contato

direto com mucosas. Além disso, há o risco de contaminação quando há contato com superfícies que estejam contaminadas pelo vírus e, conseqüentemente, as mãos alcançam os olhos, nariz ou boca, sem higienizá-las adequadamente. Além disso, ambientes fechados e mal ventilados ou com aglomerações de pessoas são fatores de risco para a transmissão. (OPAS, 2020) “O período de incubação da doença compreende de 1 a 14 dias, geralmente de 3 a 7 dias, podendo chegar a 24 dias, o que torna difícil o rastreamento das infecções” (Bandeira, 2023).

Victor Tseng mostrou, através de um gráfico de quatro curvas, o excesso de demanda que afetou os serviços de saúde. A primeira, caracterizada pelo alto índice de morbimortalidade por COVID-19, está ligada às vítimas direta e indiretamente afetadas pelo vírus, ou seja, pacientes contaminados pelo vírus e os pacientes que sofreram os impactos descritos na segunda e terceira onda: a realocação de recursos médicos, a interrupção do cuidado em condições crônicas, tudo isso resultou na quarta onda consequência na saúde mental, como mostra a figura 1.

Nesse âmbito, O presente trabalho justifica-se na análise de tais impactos descritos da pandemia de Covid-19 no sistema de saúde brasileiro, com isso, o estudo pode ter um efeito benéfico para a ciência e saúde coletiva.

FIGURA 1 - ONDAS DE SOBRECARGA NA PANDEMIA.



Fonte: Adaptado de Victor Tseng, Emory University por Savassi et al. (2020)

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática qualitativa. Tal técnica de pesquisa que se utiliza da literatura como uma fonte de dados sobre um tema específico. As revisões sistemáticas são extremamente úteis para integrar os resultados de um conjunto de estudos realizados em separado sobre uma determinada terapêutica.

Os passos para a realização desta revisão seguiram uma sucessão de cinco etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) definição de descritores e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) busca na literatura e pré-seleção de produções científicas; 4) seleção das produções científicas; 5) análise e interpretação dos resultados. Posto isto, surgiu o seguinte problema de pesquisa: Quais são os dilemas crônicos e desafios agudos frente à pandemia no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Inicialmente foi realizada uma pesquisa ampla que abordasse o tema de Sobrecarga do sistema de saúde evidenciado pela pandemia. Para essa etapa, foram pesquisadas palavras chaves relacionadas ao tema a fim realizar esse primeiro filtro. Essas foram: “Sobrecarga do sistema de saúde”, “COVID-19” “Saúde mental na pandemia”. Foi aplicado ainda o operador booleano AND com os termos “COVID-19”, “SUS” e “Saúde pública”, que consiste na combinação desses termos para filtrar no banco de dados os artigos que contem todas as palavras-chaves, de forma a restringir a amplitude dos documentos a fim de realizar uma pesquisa mais específica de acordo com o interesse desse estudo.

Para a seleção de artigos foi efetuada uma busca nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se dos seguintes descritores: “SUS” “Pandemia por COVID-19” “Saúde pública”. Após a aplicação dos filtros foram identificados 65 artigos relevantes para esse estudo. 7 destes foram selecionados para embasamento dos resultados.

Foram excluídos da seleção de artigos para esse trabalho, aqueles que não estavam publicados entre os anos de 2018 à 2023 na língua portuguesa e inglesa, e os não inclusos na temática da sobrecarga dos sistemas de saúde. Os outros materiais extraídos de repositórios online de Universidades Brasileiras, sites informativos de dados nacionais e mundiais como: OMS - Organização Mundial de Saúde, OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde, FIOCRUZ e MS - Ministério da Saúde e materiais audiovisuais foram para embasar a construção teórica do tema abordado.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. LINHA DO TEMPO DA COVID-19

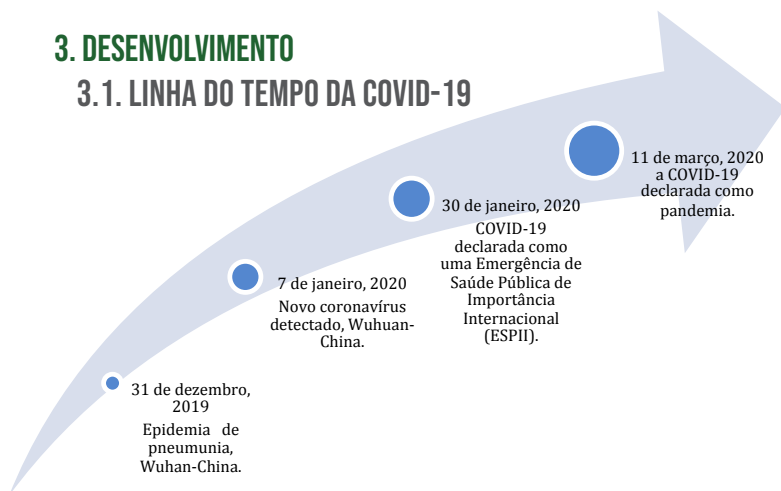


Figura 2. Fonte: Dados da OMS, desenvolvido pela autora

A princípio, a OMS recebeu um alerta de diversos casos de pneumonia sem causa definida na república popular chinesa Wuhan, porém existia-se a suspeita de uma nova cepa da família coronavírus nunca identificado em humanos, após estudos confirma-se a existência do vírus, daí por diante os números de infecção eram crescentes a ponto de ser decretado pela OMS como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), foi a 6ª vez na história que a Organização Mundial de Saúde declara esse alerta e em 11 de março de 2020 a COVID-19 foi declarada como pandemia. (OPAS, 2020)

Inicialmente, era caracterizada como uma infecção respiratória aguda, mas, com o decorrer do tempo e o surgimento de variantes, suas manifestações passaram a ser sistêmicas.

3.2. COVID-19 NO BRASIL

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, um senhor de 61 anos que fez

uma viagem à Itália, nesse período o país contava com o maior número de casos confirmados do continente europeu e duas mortes confirmadas, o segundo caso confirmado no Brasil foi um homem de 32 anos que também estava na Itália, “o que se nota é que a classe alta teve maior risco de contaminação quando se expôs a situações de risco, como viagens e participação de festas, enquanto as classes mais baixas estavam expostas diariamente, seja no transporte público, no trabalho e, em alguns casos, na própria moradia pela falta de estrutura.” (Sanar, 2021)

Quando a primeira morte pelo vírus no país foi declarada, o primeiro caso de transmissão comunitária também foi registrado. Após três dias, houve a declaração de transmissão comunitária em todo o país e a necessidade de decretos determinando medidas de controle foram indispensáveis.

A situação no Brasil seguiu crescendo de forma impressionante, assim como em todo o mundo. A primeira ação do Ministério da Saúde é a aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde, a inclusão de médicos no programa mais médicos e a disponibilização da telemedicina. Após a OMS declarar a Covid-19 como uma pandemia, o MS regulamenta os critérios de isolamento e quarentena. (Brasil, 2020)

3.3. MORBIMORTALIDADE

Um estudo realizado por Maciel JAC *et al.* (2023), que analisa a evolução do padrão de distribuição de morbimortalidade por Covid-19 no Brasil, revelou um impacto mais severo em regiões com prevalência da população menos favorecida, ou seja, a Covid-19 foi muito mais do que uma doença sistêmica, foi uma doença social. Medidas de prote-

ção e decretos foram lançados, mas seria praticamente impossível seguir as orientações sanitárias em uma moradia pequena, uma aglomeração de familiares e uma necessidade de exposição à contaminação para garantir o sustento, dificultando o distanciamento social.

Observa-se que os determinantes sociais de saúde têm uma grande influência nas mortes diretamente ligadas ao vírus, outrossim, nas mortes de ligação indireta. Barbosa TP *et al.*, (2022) em seus estudos associa o envelhecimento, a capacidade limítrofe dos serviços de saúde de oferecer testagem em massa, a cobertura de leitos hospitalares e contextos de grandes desigualdades sociais aos agravos e mortes por Covid-19, além disso, os pacientes que sofrem de doenças crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em maio de 2022 o número total de mortes relacionadas à COVID-19, “O excesso de mortalidade é calculado como a diferença entre o número de mortes que ocorreram e o número que seria esperado na ausência da pandemia com base em dados de anos anteriores.”

No período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021 foram registradas, aproximadamente, 14,9 milhões de vítimas, estes números incluem as mortes diretamente ligadas ao vírus, ou seja, pacientes contaminados pela Covid-19 e evoluíram a óbito e mortes indiretamente ligadas que são as estavam relacionadas à sobrecarga do sistema (OPAS, 2022)

“Em 2021, o ano mais grave da crise sanitária, o Brasil teve 424 mil mortes por covid-19. Desde então, esses números caíram de forma dramática: foram 74 mil óbitos em 2022, 14 mil em 2023 e 3,5 mil nesses primeiros cinco meses de 2024.” (BBC, 2024). O fator determinante para essa que-

da no número de mortes está associado ao início da vacinação de covid-19 que iniciou no ano de 2021.

A campanha de vacinação teve início em janeiro, com a administração das vacinas AstraZeneca/Fiocruz e Sinovac/Butantan. A vacina Pfizer/Wyeth foi acrescentada em maio e a Janssen em junho, totalizando quatro vacinas disponíveis contra a doença. As estimativas de eficácia na prevenção de mortes mostraram-se mais elevadas entre os indivíduos com idades entre 20 e 39 anos vacinados com o imunizante AstraZeneca, com 97,9%. Esse percentual é ainda maior, de 82,7%, entre os indivíduos com idade entre 40 e 59 anos vacinados contra a CoronaVac. (Renck *et al.*, 2021; FIOCRUZ, 2021)

3.4. COLAPSO DOS SISTEMAS:

3.4.1. RESTRIÇÃO DOS RECURSOS

O governo Temer acelera os processos de contrarreforma. A PEC 95/2016 congela os recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, limitando o investimento e moldando os gastos em uma única realidade. O presidente procurou utilizar o “método FHC” para lidar com a crise econômica, mas isso não foi benéfico para a população. (Argum, 2018)

A partir da narrativa de que o descontrole de gastos foi responsável pela crise econômica, o governo Temer adotou uma política econômica baseada no detrimento das políticas sociais, o que significa a redução das despesas primárias em relação ao PIB e às receitas. “Em sua essência, essa emenda constitucional impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988” (Menezes *et al.*, 2019).

Contudo, a situação do país entre 2017 e 2018 e a aprovação da PEC 95/2016 não foram os únicos responsáveis pelo colapso da saúde brasileira, apesar de a norma estabelecer o fim do estado garantidor de direitos, os percentuais de financiamento vinham sofrendo alterações desde 1990, ano de criação do programa, até os dias atuais. (Moreira, 2018)

Além disso, “muitas análises políticas e científicas publicadas em publicações especializadas e na grande mídia demonstraram inequivocamente que a má gestão da pandemia pelo governo Jair Bolsonaro, seja por dolo ou por negligência ou omissão, foi fundamental para o agravamento da crise de saúde pública” (Oliveira, 2024)

“Os princípios do SUS não são negados explicitamente” (Soares, 2010), dentre todos os desafios enfrentados pelo programa desde a sua implementação em 1990, o mais custoso foi cumprir o estabelecido de que é de responsabilidade do estado o investimento no programa para a execução dos seus princípios.

3.4.2. OFERTA DE LEITOS

Noronha *et al.*, (2020) traz em seu estudo sobre a pressão do sistema de saúde brasileiro dados referentes a quantidade de leitos “Em 2019, o Brasil apresentava 8.139 estabelecimentos hospitalares e 490.397 leitos. Essa oferta equivale a aproximadamente 2,3 leitos por 1.000 habitantes, o que corresponde a praticamente metade da média observada em 2017 para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)”

O estudo ainda traz que “somente 10% dos estabelecimentos hospitalares são de grande porte (acima de 150).

Embora em menor número, esses hospitais concentram 42% dos leitos, seguidos dos de médio porte (51 a 150 leitos), com 35%. A taxa de ocupação dos leitos gerais no SUS é relativamente baixa para os hospitais de pequeno porte, 24% (até 29 leitos) e 32% (entre 30 e 50 leitos), comparada a 75% nos hospitais de grande porte. Para leitos de UTI, percebe-se o esgotamento maior do sistema de saúde, principalmente, nos hospitais de grande porte, com taxa de ocupação média de 60% (médio porte) e 77% (grande porte).” (Noronha *et al.*, 2020)

A oferta de leitos no Brasil já se apresentava deficiente e com a demanda gerada pela pandemia o sistema saturou, o que levou esses estabelecimentos de saúde a operarem além das suas capacidades. Foi-se necessário à adaptação de hospitais de campanha para suprir essa carência. (Noronha *et al.*, 2020)

Cotrin Junior e Cabral (2020) trazem dados sobre a constituição de novos leitos, fazendo um comparativo com os já existentes, “houve um incremento de 14.220 leitos, o que representa um aumento total de 23,59%, e que é bastante significativo.”

Apesar disso, o mesmo estudo traz que esse crescimento não foi muito benéfico ao SUS, pois destes 14.220 novos leitos, apenas 3.104 estavam disponíveis para toda população, em percentual isso representa 21,82% dos novos leitos UTI, enquanto isso, 78,18% pertencia ao setor privado, comprovando a desigualdade social no país (Cotrin Junior; Cabral, 2020).

Vale ressaltar que além das internações por COVID-19, nesses estudos, foram consideradas outras causas de internação como fonte de ocupação de leitos.

3.4.3. EQUIPAMENTOS HOSPITALARES ESSENCIAIS

“Como fazer escolhas quando há inúmeras demandas e falta de recursos?” a simultaneidade de pacientes em situação grave que necessitavam de tratamentos especiais, contrastou no número de equipamentos disponíveis, em determinada fase da pandemia, foi necessário a elaboração de medidas para avaliação de prioridade, a Resolução nº 2.156/2016 estabelece cinco níveis de prioridade, que vão desde a prioridade máxima, que considera pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem limitações de suporte terapêutico, até a última prioridade, relativa aos pacientes com doença em estágio terminal ou moribundo, sem possibilidade de recuperação.” (Bitencourt, 2020; Moreira, 2020).

Isso porque, a “pneumonia pelo novo coronavírus causa lesão grave do parênquima pulmonar em 10-20% dos casos, com hipoxemia intensa e muitas vezes refratária às intervenções habituais”, sendo necessário um maior suporte ventilatório, o que inclui oxigenação com sistemas de baixo e alto fluxo, ventilação não invasiva (VNI) e outros métodos de resgate, como a posição prona (Cimini, 2022; Holanda *et al.*, 2020).

A Importância da ventilação dá pois substitui e auxilia a ventilação espontânea com o objetivo de melhorar as trocas gasosas, reduzir o trabalho respiratório, aumentar a oxigenação, reduzir a hipercapnia e acidose metabólica além de melhorar a relação ventilação/perfusão (V/Q) pulmonar, entretanto a limitação estrutural não permitiu que esse suporte chegasse a todos (Roberto *et al.*, 2020; Holanda *et al.*, 2020)

Uma das maneiras mais eficazes de prevenir a superlotação das unidades de cuidado intensivo seria o cuidado preventivo, o uso de equipamentos de proteção individual, o

cumprimento dos protocolos de quarentena e a verificação através de testes dos pacientes que se expuserem, entretanto com o remanejo de profissionais para atenção hospitalar, quantidade reduzida de testes e EPIs para distribuição, alavancou a transmissão comunitária, atingindo classes mais frágeis, como os idosos e pacientes crônicos, superlotando as unidades de alta complexidade. (Silveira Moreira, 2020; Savassi *et al.*, 2020)

“O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) informam o recebimento de mais de 4,8 mil denúncias por carência desses equipamentos e continuam cobrando rigor na utilização dos materiais de proteção” (Rosa, 2021). De acordo Prometal, empresa de produção de EPIs, a deficiência desses equipamentos, que está relacionada à produção e venda, tornou-se mais cara, devido não somente aos investimentos necessários para atender à demanda, como também aos cuidados sanitários necessários para manter a produção e proteger a saúde dos colaboradores.

Outra medida relevante é a testagem das pessoas expostas ao vírus, que não foi compensada devido à baixa quantidade de testes. De acordo com a plataforma Our World in Data, da Universidade de Oxford, o Brasil é um dos países com o menor índice de testagem por mil habitantes. Isso se deve ao fato de que “os grandes produtores de testes são empresas multinacionais, havendo uma demanda global e o mercado farmacêutico brasileiro é, em geral, altamente dependente de insumos importados” (Laczynski, 2022). Os poucos materiais disponíveis eram direcionados aos pacientes com sintomas mais graves, além da demora na obtenção de resultados (BBC, 2022).

3.4.4. INTERRUPÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

“A pandemia afetou direta e indiretamente a saúde das pessoas e ameaçou o progresso contra várias doenças” (Sai-so,2022) a relocação de materiais e profissionais para o enfrentamento da Covid-19, afetou negativamente nos demais setores de saúde e contribuiu para o elevado número de mortes (OPAS, 2022).

A deficiência na atenção primária resultou na falta de assistência pré-natal e puericultura, o que atrasou diagnósticos relevantes; pacientes crônicos, principal fator de risco para agravamento da covid-19, deixaram de ser acompanhados de forma adequada. Mesmo com a implantação de recursos digitais como a telemedicina, alguns serviços como a imunização ficaram deficientes, o que contribuiu para o crescimento de doenças já controladas (Savassi *et al.*,2020).

“A realidade imposta pelo novo coronavírus impactou amplos setores da saúde, isso se deve, principalmente, pelas regras de isolamento vigentes durante todo o período, o que diminuiu as buscas pelos serviços de saúde, incluindo os de imunização. Salienta-se que essa medida contribuiu para a diminuição da propagação do vírus, mas, simultaneamente, pode ter colaborado para a queda da cobertura vacinal” (Carvalho *et al.*,2023).

Além do mais, o papel da prevenção pertencia à atenção primária, entretanto com o remanejamento de profissionais para atenção hospitalar, quantidade reduzida de testes e EPIs para distribuição, alavancou a transmissão comunitária, atingindo classes mais frágeis, como os idosos e pacientes crônicos, superlotando as unidades de alta complexidade (Moreira, 2020).

3.5. IMPACTO NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os profissionais da saúde se dedicaram ao enfrentamento da Covid-19 desde o seu surgimento até a sua disseminação, nesse cenário, viveram o medo de serem infectados, o sofrimento dos pacientes ou a morte, bem como a angústia dos familiares em relação à falta de suprimentos médicos, às informações incertas sobre diversos recursos, à solidão e às preocupações com entes queridos, ao sofrimento psíquico e ao adoecimento mental, o que, em alguns casos, leva à relutância em trabalhar (Teixeira *et al.*, 2020).

Outro ponto relevante é que profissionais recém-formados e estudantes que tiveram seus diplomas adiantados (Brasil, 2020) lidam com a ansiedade do novo e do desconhecido. Apesar de o Covid-19 ser algo novo até para profissionais que já atuam na área há anos, esses novos profissionais lidaram com a frustração da falta de experiência (Teixeira *et al.*, 2020).

“Além de enfrentarem os maiores riscos de infecção em seus esforços para proteger a população em geral, estão expostos à fadiga pelas cargas elevadas de trabalho, em condições frequentemente inadequadas, e ao sofrimento psicológico relacionado à gravidade dos casos, perdas e incertezas num contexto pandêmico” (Griep *et al.*, 2022).

Dado o grande número de contaminados, também foi necessário aumentar a carga horária. O cuidado dos cuidadores não era previsto, uma vez que, naquele momento, era necessário controlar uma emergência global. É importante salientar que o uso frequente dos equipamentos de proteção individual resultou em lesões por pressão. Um estudo realizado por Koh aponta uma alta incidência de complicações cutâneas, segundo esse estudo, “a prevalência de le-

sões cutâneas relacionadas aos equipamentos de proteção foi de 97,0% (526/542) entre profissionais de saúde da linha de frente e incluíram lesões cutâneas que afetavam a ponte nasal, as mãos, a bochecha e a testa” (Teixeira *et al.*, 2020)

Ser da linha de frente significou enfrentar o inimigo ‘cara a cara’, apesar de existirem equipamentos de proteção individual, não era distribuído o suficiente e o número de contaminações de profissionais era muito grande devido ao grau de exposição (Fiocruz, 2021).

“Há muitas evidências que indicam o alto grau de exposição e contaminação dos profissionais de saúde pelo COVID-19. Estima-se que na China, cerca de 3.300 profissionais de saúde foram infectados e 22 morreram” (Teixeira *et al.*, 2020)

No Brasil o nível de risco de contaminação dos profissionais de saúde quase dobrou com relação ao número registrado na China durante a epidemia. Este raciocínio é comungado em um estudo que aponta que as medidas de proteção previstas no protocolo de manejo clínico do coronavírus, no Brasil, dizem respeito à biossegurança, mas há relatos de profissionais e sindicatos denunciando condições de trabalho precarizadas, higiene inadequada, jornadas extenuantes, falta de treinamento e, inclusive, insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de proteção, mesmo nos serviços de terapia intensiva (Sunde; Niperia, 2020).

A série televisiva *Sob Pressão* (2017) apresenta de forma clara o sofrimento enfrentado pelos profissionais da saúde ao lidar com o sistema de saúde brasileiro. Em dois episódios denominados “plantão covid”, são apresentados os problemas enfrentados nos hospitais de campanha, como a falta de recursos, a pressão exercida sobre os profissionais de saúde, além de funcionários exaustos e doentes. Apesar de ser ficção, não fugiu da realidade que os profissionais da saúde brasileiros enfrentaram.

3.6. SAÚDE MENTAL

A pandemia trouxe uma nova forma de viver, uma vez que as medidas de controle impostas levaram a uma mudança nas relações interpessoais, nos estudos, no trabalho e na forma de consumir. A situação epidemiológica do país estava preocupante, o medo de nunca sair daquela realidade, o luto por familiares e amigos que partiram sem direito a despedida, a ansiedade por não poder garantir o sustento, a hiper convivência que gerou conflitos, tudo isso contribuiu para o desgaste mental da população (Sanar, 2021).

Além de enfrentar o caos apavorante causado por um vírus mortal, o Brasil enfrentava um governo irresponsável e negacionista, que, em conjunto com as contrarreformas psiquiátricas e na saúde em geral, deixou a população sofrendo sem a assistência necessária. Este governo não apenas aumentou o cenário de desmantelamento iniciado em 2016, como também usou táticas arbitrárias e antidemocráticas, como a redução deliberada da supervisão dos serviços e da transparência das políticas de saúde mental (Oliveira, 2024).

Um relatório anual do Global Mind Project que apresenta dados anuais sobre o bem-estar mental no planeta, revela que o bem-estar mental permaneceu nos mesmos níveis da pandemia, sem alterações nos índices de 2021 e 2022. O Brasil, ao lado de África do Sul e Reino Unido, ocupa a última posição. Dos entrevistados, 38% sentem-se melhorando e 27% estão “encantados” e “se debatendo”. A taxa de angústia no Brasil é significativa (34%) (CNN Brasil, 2024).

O cenário de baixa assistência psicológica e falta de recursos para lidar com a pandemia, resultou em profissionais sobrecarregados e a população doente, o desespero e o desânimo foram algumas principais das consequências desse caos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as produções científicas coletadas, é possível notar que, apesar de o SUS ser um programa de saúde de referência devido aos seus princípios, enfrenta problemas recorrentes de sucateamento, o que resultou em diversos desafios multifacetados diante da pandemia de COVID-19. Entre eles, a escassez de insumos, a capacitação de recursos humanos, a infraestrutura em saúde, a disponibilidade de testes diagnósticos, a sobrecarga na jornada de trabalho dos profissionais de saúde, além das altas taxas de morbimortalidade. (Santiago *et al.*, 2022)

As restrições de recursos definidos pela Emenda Constitucional 29/2016 resultaram em um desequilíbrio na assistência, ao mesmo tempo em que o Brasil sofre com a verba insuficiente do governo federal, o SUS vê crescer a demanda por seus serviços, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Este era o cenário do país em 2018, com a chegada da pandemia em 2020 a situação apresentou-se crítica. Em seu plano de governo, no entanto, o ex e inelegível presidente da República, Jair Bolsonaro, assegurava que não pretendia aumentar o percentual destinado à saúde, afirmando que “é possível fazer muito mais só com os atuais recursos” (Cobaito, 2022; Saldiva; Veras 2018)

Tais decisões contribuíram para que ainda no primeiro ano de pandemia ocorressem grandes filas de espera para internação em UTI, levando à uma elevada ocorrência de óbitos por falta de acesso, ou acesso tardio aos cuidados de alta complexidade. Um grande exemplo é o município de Manaus, único do estado do Amazonas com capacidade para oferta de cuidados hospitalares de alta complexida-

de, que entre os meses de abril e maio ocorreu o primeiro e grave colapso do sistema de saúde produzido no país (Freitas *et al.* 2023).

O cenário de pandemia requereu uma adaptação e uma reorganização assistencial e estrutural nas instituições e serviços de todos os níveis de complexidade. A rotatividade de profissionais foi um grande desafio enfrentado, equipes foram escaladas para atender esses leitos de isolamento, o que impediu que a atenção primária fosse assistida de forma adequada, mesmo com a adição da telemedicina, nem todos os pacientes tinham acesso. Alguns procedimentos e tratamentos foram suspensos devido ao risco de exposição aos aerossóis que aumentam a transmissão da doença, o que fez com que diversos pacientes crônicos evoluíssem para quadros agudos. (Silva *et al.*, 2021; Savassi *et al.*, 2020).

Os fatores listados foram os principais responsáveis pelo aumento da morbimortalidade. No que diz respeito aos equipamentos, além dos aparelhos de ventilação mecânica da assistência avançada, também houve uma grande escassez de equipamentos de proteção individual, o que deixou a área de prevenção exposta e aumentou o número de pacientes graves. Tudo isso causou um impacto na saúde mental de trabalhadores da saúde, que foram expostos a um alto grau de infecção, cargas horárias exaustivas, além de lidar com os sentimentos de medo, luto e ansiedade (Teixeira *et al.*, 2020).

As incertezas da pandemia traziam terror psicológico não somente aos profissionais, mas também a população, conforme afirma Oliveira (2024) o desespero e o desânimo foram algumas das consequências da pandemia para a saúde mental, vista não apenas como um fenômeno biológico

e de saúde pública, mas também pelos seus inegáveis efeitos na economia, na política e na cultura, exigindo, portanto, uma perspectiva interdisciplinar para ser compreendida.

A campanha vacinal iniciada em janeiro de 2021 representou uma luz no fim do túnel para uma população que estava sem esperanças. Uma análise de dados realizada por Moura *et al.* (2022) revela uma redução significativa nos números de mortalidade, uma vez que as vacinas protegem contra as formas graves da doença e são constantemente modificadas para se adaptar às variações. No que diz respeito aos números de morbidade, não houve uma alteração significativa, uma vez que isso precisaria ser combinado com outros cuidados, como o uso de máscara, álcool em gel, entre outros.

Outro fator relevante para a aceitação das vacinas foi a infodemia. O termo foi usado para definir o excesso de notícias falsas sobre as vacinas. Atualmente, o Brasil ainda apresenta casos de morbimortalidade por Covid-19, entretanto em número reduzido, graças a vacinação. (BBC, 2024; Fujita *et al.*, 2022)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de três anos, as nossas vidas foram reinventadas, a humanidade experimentou outra forma de viver, suas relações interpessoais, seus estudos, o trabalho, a forma de consumir. Milhares de pessoas morreram e os sobreviventes sofreram sequelas, sejam elas sistêmicas ou psicológicas.

Os fatores sociais tiveram um impacto significativo, uma vez que as classes mais vulneráveis sofreram mais, o Brasil, mesmo com seu diferencial que é um sistema de saú-

de publica universal, não assistiu da maneira esperada essas classes, devido falhas nesse sistema inteiramente relacionadas à restrição dos recursos.

Essa restrição implicou na ausência de equipamentos, como testes de Covid-19, o que afetou negativamente o controle do número de contaminados, contribuindo para a transmissão comunitária, isso resultou em superlotação de leitos e escassez de ventiladores mecânicos nos hospitais. Apesar da criação de hospitais de campanha, a situação permaneceu fora do controle, os profissionais da linha de frente trabalhavam de forma exaustiva, desenvolvendo burnout, e houve aqueles que se contaminaram e morreram.

Esses fatores aumentaram significativamente a morbimortalidade mediata e imediata entre os pacientes que sofreram o covid-19 e aqueles que apresentavam condições crônicas que ficaram sem assistência devido ao direcionamento dos serviços à assistência covid-19.

Contudo, conclui-se que a adesão vacinal foi crucial para redução dos agravos da covid-19, dessa forma é possível analisar que, o impacto das quatro ondas descritas por Tseng seria menor se as políticas públicas de saúde seguissem, na prática, o que é descrito na teoria. Assim, as camas desfavorecidas seriam beneficiadas e 700 mil óbitos²¹ seriam evitados.

REFERÊNCIAS

MARTINS, T. C. de F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483–4496, out. 2021.

HISTÓRIA da saúde pública no Brasil e a criação do direito à saúde. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude->

-historia-da-saude-publica-no-brasil/. Acesso em: 28 maio 2024.

DANDARA, L. Maior surto de meningite do país, na década de 1970, foi marcado pela desinformação. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-surto-de-meningite-do-pais-na-decada-de-1970-foi-marcado-pela-desinformacao>. Acesso em: 28 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19 – OPAS/OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 28 maio 2024.

LINHA do tempo. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo>. Acesso em: 28 maio 2024.

MOREIRA, R. da S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

NEVES, N. M. B. C.; BITENCOURT, F. B. C. S. N.; BITENCOURT, A. G. V. Ethical dilemmas in COVID-19 times: how to decide who lives and who dies? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, supl. 2, p. 106–111, 2020.

COBERTURA vacinal e taxa de abandono nas capitais do nordeste brasileiro entre 2018 e 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31547/17769>. Acesso em: 28 maio 2024.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

GRIEP, R. H. et al. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 entre trabalhadores de unidades de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2022.

MEC autoriza formatura antecipada de estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/212-noticias/educacao-superior-1690610854/87651-mec-autoriza-formatura-antecipada-de-estudantes-de-medicina-enfermagem-farmacia->

-e-fisioterapia?Itemid=164. Acesso em: 28 maio 2024.

EINSTEIN, G. C., da Agência. Saúde mental dos brasileiros pós-pandemia é uma das piores do mundo. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/saude-mental-dos-brasileiros-pos-pandemia-e-uma-das-piores-do-mundo/>. Acesso em: 28 maio 2024.

COTRIM JUNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. da S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

PUBLICAÇÃO Saúde nas Américas aborda impacto da COVID-19 – OPAS/OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/27-9-2022-publicacao-saude-nas-americas-aborda-impacto-da-covid-19>. Acesso em: 28 maio 2024.

CIMINI, C. C. R. Evidências na COVID-19: atenção primária, tele-saúde e atenção hospitalar. **Pesquisa BVS Saúde**, p. 158, 2022.

CAPÍTULO VII

SILENCIAR PARA OUVIR: O PODER TRANSFORMADOR DA ESCUTA ATIVA

(TEXTOS DE AUTORIA DOS DISCENTES DE PSICOLOGIA)

PAULO HENRIQUE FRANÇA

A fala como sabemos, um instrumento importantíssimo, até então, privilégio de nós seres humanos. O diálogo é de extrema importância para a humanidade, pois somos seres sociáveis, e na minha concepção, não há sociedade sem o diálogo, mas com certeza, há quem diga o contrário.

Por sua vez, a escuta, nem sempre está presente em um diálogo, pois, assim como falou Christin Dunkan, em um vídeo, no canal, “Casa do saber”, que está disponível na plataforma Youtube - “Para poder escutar o outro, é preciso esvaziar-se de si”.

Com essa frase, podemos refletir sobre a ideia de uma escuta, onde temos que silenciar a nossa mente, ou seja, calar os nossos pensamentos, evitar o julgamento ou a leitura do que é ouvido do outro, a partir do nosso mundo, da nossa realidade, nossas vivências. E como essa tarefa é difícil, em um mundo em que temos que nos posicionar perante todo e qualquer assunto, vejo que um “talvez”, já não é mais muito bem aceito, daí escutar o que o outro tem a externalizar e não julgar, cada vez mais, torna-se uma missão, quase impossível.

Feliz de nós, há aqueles profissionais, chamados; PSICÓLOGOS, os quais desempenham esse papel de forma tão majestosa (claro, não agravando a todos, pois maus profissionais existem em todas as áreas). O Psicólogo aprende a façanha de promover a cura através da própria fala do paciente, ou seja, a escuta, se executada de forma correta, pode fazer com que o outro reconheça os seus males, muitas vezes ali camuflados entre as palavras, vindo de forma suave, imperceptível para aquele que não sabe escutar o outro, pois a fala se trata de um retrato do mundo interior do ser que ali verbaliza.

Só saberá a importância da escuta, quem já precisou e foi escutado, pois já sentiu os benefícios de ter encontrado no outro, o acalento que só um bom ouvinte pode dar.

ANNA LOUISE PINTO

Escutar é fundamental, pois é por meio da escuta que aprendemos e ajudamos. A escuta também faz parte da empatia, e auxiliar as pessoas a se encontrarem e a solucionarem seus problemas é um dos pilares de uma linda profissão chamada Psicologia.

A escuta estabelece conexões, cria vínculos de amizade e até mesmo possibilita o desenvolvimento de relacionamentos mais profundos. Melhorar a comunicação também faz parte de uma boa escuta, pois permite a assimilação de novas palavras e proporciona boas experiências de aprendizagem.

Doar seu tempo para ouvir um amigo ou até mesmo um desconhecido traz novas vivências e contribui para o seu crescimento pessoal, tornando-o uma pessoa melhor, com mais empatia e respeito pelo outro. A importância de ouvir não está na curiosidade sobre a vida do outro, mas

sim no valor de estarmos em constante evolução para nos tornarmos seres humanos cada vez melhores.

Quando somos escutados, nos sentimos acolhidos e amados. Por isso, é essencial fazermos o mesmo pelo próximo, para que ele também se sinta assim. Até mesmo uma discussão intensa pode ser resolvida por meio de um bom diálogo e de uma escuta atenta de ambas as partes.

A frustração de uma pessoa que deseja ser ouvida, mas não encontra alguém disposto a escutá-la, pode ser muito grande. É nesse contexto que a terapia se torna essencial. Ouvir cria laços e nos permite evitar mal-entendidos, abrindo caminho para o desenvolvimento de amizades sinceras e duradouras.

REBECCA SILVA

Quando o assunto é ouvir as pessoas, gera-se um certo descontentamento que, porventura, acaba sendo o sentido “chave” da comunicação. Quando uma pessoa resolve falar claramente, isso estará relacionado ao seu ponto de vista, à sua forma predominante de pensar, unida à sua vivência.

Porém, quando alguém se prontifica a escutar, nem sempre entende no mesmo sentido em que a fala foi direcionada. Assim, ocorre uma variação de pontos de vista que ajuda a abrir novos caminhos e a quebrar barreiras.

Quando algo é direcionado ao outro, é muito provável que ele esteja buscando ajuda ou, de certa forma, uma saída (falando em termos de psicanálise). Em diferentes casos, a discordância em relação ao sentido da fala nem sempre é bem aceita. Diante da diversidade existente em cada ser humano, essa controvérsia pode ocasionar conflitos, que às vezes não são resolvidos.

O ato de escutar o que está sendo dito nos leva a sair das nossas próprias crenças e a aceitar, de forma espontânea, a visão do outro. Isso demonstra empatia como expressão de humanidade. O saber nos mostra como é bom ser acolhidos e vistos da forma que merecemos, algo que, muitas vezes, não acontece.

LARENE SANTOS

A reflexão sobre a importância de escutar o outro é essencial para o desenvolvimento da empatia e do cuidado genuíno nas relações humanas, principalmente no contexto profissional. Ouvir de verdade significa ir além da mera escuta, envolvendo-se de maneira profunda com o que o outro está expressando, sem julgamentos ou interrupções. Essa prática de escutar é um ato de renúncia ao ego, pois exige que deixemos de lado nossos próprios interesses e preocupações para nos concentrarmos no que o outro sente e precisa.

Infelizmente, muitas vezes nos deparamos com profissionais que parecem indiferentes ou desinteressados nas histórias e emoções compartilhadas pelos outros, o que pode prejudicar a qualidade do atendimento e a confiança no processo. No entanto, é fundamental que cada um de nós busque ser mais empático, mais sábio e mais atento às necessidades alheias. Isso não só melhora as relações pessoais e profissionais, mas também contribui para um ambiente mais acolhedor e inclusivo.

A falta de tolerância e a ausência de amor ao próximo são desafios que, infelizmente, se tornaram mais evidentes em nossa sociedade. No entanto, é preciso persistir na busca por dias melhores, onde possamos ser ouvidos, acolhidos e respeitados em nossas dificuldades e emoções. Ao escutarmos com atenção e oferecermos apoio com empatia, podemos ajudar a aliviar o sofrimento dos outros e criar uma

rede de suporte e compreensão. Afinal, nunca sabemos o que o outro está enfrentando e um simples gesto de ouvir pode fazer toda a diferença na vida de alguém.

NOELMA MIRANDA

Escutar é um ato de respeito e percepção do outro e de sua importância. No geral, não fomos educados a desenvolver essa habilidade, principalmente por se tratar de um momento de renúncia do eu.

O que há de tão desconfortável em parar e escutar o outro, se desejamos ser escutados? Será pelo fato de que, ao pararmos para escutar o outro, nos deparamos com nossas próprias vulnerabilidades?

A escuta é o momento em que damos ao outro a oportunidade de se ouvir, de se esvaziar de seus preconceitos, de perceber que não se trata de si, e sim do outro. É também um momento em que temos a oportunidade de desenvolver a empatia.

A ausência dela é um dos maiores causadores de conflitos, além de ser um dos principais limitadores da resolução dos mesmos.

A habilidade de escutar não é uma tarefa fácil, pois exige de nós a administração das nossas emoções para dar lugar às emoções do outro. E se entendêssemos o quanto é importante sermos escutados? Será que nossa postura mudaria? Ou nosso egocentrismo é tão acentuado que nem sequer questionamos isso, para não percebermos a necessidade do outro?

A escuta tem um papel fundamental em nossas relações: ela transmite respeito, acolhimento, empatia, dentre tantas outras coisas.

Que sejamos melhores ouvintes!

FRANKLIN MIRANDA

Vivemos em uma sociedade imediatista, na qual cada vez mais as pessoas têm dificuldade em disponibilizar tempo para escutar o outro. Tudo precisa ser muito rápido e objetivo e, quando alguém se dispõe a escutar, geralmente fica impaciente, desejando que o diálogo termine logo.

Na verdade, o que muitos fazem nos dias de hoje é apenas ouvir, e não escutar. Ouvir é algo superficial e não exige esforço para compreender o que está sendo dito. Já escutar requer atenção, empatia, paciência, disposição etc.

As pessoas têm necessidade de falar e, quando falam, desejam ser escutadas e compreendidas. Precisamos estar preparados e disponíveis para escutar, lembrando que, ao assumir o papel de ouvintes, é essencial permitir que o outro fale sem ser interrompido, evitando julgamentos ou a tendência de trazer a conversa para si.

Falar é libertador e se torna uma experiência magnífica quando, do outro lado, há alguém disposto a escutar sem julgamentos ou desrespeito. Sem dizer uma única palavra, um bom ouvinte demonstra empatia e, por meio do olhar ou de gestos, deixa claro para quem fala: “Eu te compreendo!”.

EDILÉIA LIMA

No documentário da “Casa do Saber”, é destacada a importância e por que devemos estar atentos em relação à nossa forma de ouvir e compreender. Se não estivermos verdadeiramente atentos e dispostos a entender da forma como o outro quer passar, não adianta a nossa escuta no momento.

É relatado também um possível problema com o narcisismo, onde devemos tomar cuidado para não transparecer uma imagem de superioridade. Quando nos disponibilizamos a escutar o outro, devemos deixar o nosso “eu”, o lado que sabe de tudo e que pode resolver tudo. Essa atitude é essencial para que o indivíduo se sinta acolhido e entenda que também tem voz para desabafar o que está sentindo ou achando.

Focando no curso que estamos cursando, este assunto é extremamente crucial. Por exemplo, como podemos atender o paciente, compreender suas demandas e necessidades, se não paramos de falar do nosso dia e problemas? A falta de comunicação entre psicólogo e paciente já mostra que as terapias podem não estar ocasionando avanços, devendo-se analisar a situação pelo profissional, que poderá retornar ao caminho a ser seguido, identificando as possíveis interferências dessa troca.

Com isso, eu concluo que considero a escuta ativa do profissional essencial para que o outro possa ter uma direção. E, quando houver um diálogo entre amigos, para que se sinta pelo menos aliviado por não estar com as informações somente para si.

DENISE DE OLIVEIRA

Para que possamos escutar o outro com a intenção e a genuinidade de compreendê-lo, precisamos silenciar nosso próprio eu, nossas crenças e valores, renunciar aos nossos pontos de vista, às nossas vivências, aos nossos interesses e à necessidade de encontrar respostas de forma imediata.

A escuta ativa é de suma importância para uma comunicação assertiva. Compreender e discernir o pedido ou de-

sejo do outro de forma sincera estabelece uma relação de harmonia e continuidade entre as duas partes. Dessa forma, reconhecer quem somos, o que fazemos, em que acreditamos e a posição em que estamos inseridos na sociedade nos viabiliza o caminho para silenciar e dar espaço ao outro.

Outro ponto importante é a percepção na fala, ou seja, no que se diz e em como é dito. No ato de expor uma situação ou contar um fato, pode vir à tona toda a causa desse problema, tornando evidentes problemas inconscientes de difícil acesso para o outro. Isso contribui para a interpretação e compreensão do receptor de forma significativa para a resolução de uma determinada questão.

INGRID SANTOS

Quando nos referimos a escutar o outro, entramos em um assunto profundo e complexo, visto que, na sociedade em que vivemos, o egocentrismo fala mais alto. Muitos dizem ser bons em ouvir, mas será que realmente compreendem a mensagem que o outro quer passar ou só escutam baseados em seus interesses e crenças?

A realidade é que somos incapazes de escutar o outro de forma verdadeira e profunda. Estamos sempre correndo e preocupados conosco mesmos, a ponto de esquecermos de olhar para o outro com cuidado, compreender o que ele está disposto a dizer e acolher, sem julgá-lo, embasados em nossas vivências. Quando entendermos a importância de ouvir sem preconceitos, estaremos no trajeto correto.

Precisamos sair da nossa posição de detentores de poder e deixar que o outro se expresse, que mostre seus interesses, suas crenças e as coisas que o fazem ser quem é.

Entender que precisamos ser empáticos e que a blindagem gera o fracasso na comunicação e a necessidade de estar aberto ao outro.

Assim, a comunicação assertiva é cuidadosa e é a chave para a resolução das adversidades e diferenças. Estar aberto ao outro e à sua singularidade, compreender que os pensamentos divergentes existem e que podemos estar errados é o caminho.

MARIA MERE DA SILVA

No estágio de clínica-escola, conheci uma paciente de 61 anos que, mais do que qualquer intervenção, só precisava ser ouvida. Era uma mulher religiosa, conservadora, com crenças e hábitos enraizados. Desde a primeira sessão, percebi que seu sofrimento vinha de uma vida de desafios e de uma dor silenciosa que ninguém parecia notar.

Ela me contou sua história: casou-se jovem, teve três filhas e morava em outro estado. Criou as filhas, viu cada uma seguir seu caminho e, quando finalmente achou que teria um pouco de tranquilidade, sua vida tomou um rumo inesperado. Um simples check-up revelou um câncer na tireoide. O tratamento foi bem-sucedido, mas deixou marcas profundas—o medo constante de um novo diagnóstico, uma angústia que a acompanhava todos os dias.

Na busca por uma vida mais tranquila, ela e o marido decidiram se mudar para o interior. Mas os desafios não ficaram para trás. O marido enfrentava problemas cardíacos, diabete, hipertensão e utilizava um marca-passo, o que os fazia voltar frequentemente à capital para os tratamentos. Além disso, criavam uma neta adolescente que lutava con-

tra a depressão e a rebeldia, já havia tentado suicídio e se recusava a tomar medicação psiquiátrica.

Os conflitos familiares também eram constantes. Apesar de amar as filhas, sentia-se incompreendida e, muitas vezes, desvalorizada por elas. As diferenças de pensamento e as dificuldades de comunicação geravam desentendimentos frequentes. O relacionamento com o marido também era marcado por silêncios, submissão e uma sensação de solidão dentro do próprio lar.

Foi nesse contexto que ela chegou à clínica. Seu olhar carregava o peso de anos de batalhas. Ela falava sem parar, como se temesse que o silêncio a fizesse sentir ainda mais sozinha.

Durante quatro meses, uma vez por semana, eu simplesmente ouvi. Cada sessão era diferente, mas todas tinham algo em comum: um desabafo profundo, recheado de lágrimas, risos e memórias. Deixei que ela falasse, sem pressa, sem interrupções. Aos poucos, fui anotando padrões: uma autoestima destruída, a sensação de não ter mais valor, a crença de que nunca foi competente o suficiente.

Mas, ao mesmo tempo, vi uma mulher forte. Trabalhava incansavelmente na roça, cuidava dos animais, da casa, da família. Havia nela uma força que ela mesma não enxergava, depois de algumas sessões, comecei a provocar reflexões:

O que faz você pensar assim?

Será que isso é realmente o que você quer?

Como você gostaria que essa situação fosse diferente?

O que pode fazer para se sentir valorizada?

Essa dor ainda faz sentido para você?

Essas perguntas a fizeram olhar para si mesma de uma forma diferente. Aos poucos, notei mudanças. Seu jeito de falar mudou, sua postura ficou mais firme. A mulher que antes se via sem valor começou a se permitir enxergar suas qualidades.

Um dia, ela chegou radiante. Contou que, pela primeira vez, impôs sua vontade ao marido, e ele aceitou. Algo tão simples, mas que para ela foi gigantesco. Era um sinal claro de que estava resgatando sua própria voz.

Ao final das sessões, encontrei uma mulher diferente daquela que entrou pela primeira vez na sala. Havia nela um brilho novo, um olhar mais vivo. Ela me agradeceu, disse que não precisava mais de terapia, mas que, se eu continuasse na clínica, gostaria de seguir com o atendimento.

Foi quando percebi o impacto do simples ato de ouvir. Muitas vezes, as pessoas não precisam de grandes soluções, mas de um espaço seguro para se expressarem. Ouvir transforma. Ouvir cura.

Essa paciente foi uma experiência enriquecedora, pois me mostrou o poder da escuta e do acolhimento no processo terapêutico. Ver sua evolução e perceber o impacto positivo do nosso trabalho reforça minha motivação para continuar ajudando outras pessoas.

Recentemente, recebi notícias de que ela continua bem e, cada vez mais, fortalecida. Saber que sua evolução segue acontecendo me trouxe ainda mais certeza sobre a importância do acolhimento e da escuta no processo terapêutico.

Essa lição levarei para toda a minha jornada profissional.

AMANDA OLIVEIRA

Decerto, o conceito de táxi se transformou em algo muito mais acessível com o advento do Uber.

É correto dizer, portanto, que o Uber se estabeleceu como uma ferramenta facilitadora para os mais variados grupos sociais que formam a diversa tapeçaria da nossa sociedade, desde entusiastas da tecnologia até aqueles que prezam pela economia aliada ao conforto no longo prazo.

Há outro grupo, no entanto, que também compartilha do mesmo júbilo – grupo do qual faço parte – e que, numa entrevista qualquer realizada pelo Datafolha, frequentemente cairia no esquecimento e sequer seria mencionado como um dos mais favorecidos:

OS POETAS.

E com “poetas” aqui, não me limito aos escritores, mas me refiro a todos aqueles que escolhem enxergar as pessoas através de lentes que revelam além do óbvio ou àqueles que se interessam pela vida até nos seus dias mais banais.

Ainda não está convencido? Deixe-me contar-lhe uma história.

Era uma vez...

Uma eloquente poeta da vida.

Certo dia, inspirada pela melancolia causada por uma semana emocionalmente excruciante e solitária, ela se levantou da cama e disse:

“Hoje me levarei para passear!”

Apressou-se em pegar o celular, movida por uma fagulha de entusiasmo, e pediu um Uber.

Em outros dias, ela pediria esse serviço apenas com o intuito de chegar ao destino final, não fosse a teimosia que, fruto dos sentimentos que borbulhavam em seu interior, ansiava muito mais pelo prazer de vivenciar a jornada.

A verdade é que a poetisa flertava com a ideia de que, no momento em que entrasse no Uber, seria ela, um completo estranho e alguns minutos do que poderia ser a viagem mais marcante daquele motorista – criava-se, então, um senso de responsabilidade para fazer a diferença na vida de alguém que ela provavelmente jamais veria novamente.

Boa tarde, senhora!” A poeta sorriu para a motorista, os olhos brilhantes, em divertimento com o seu próprio jeito levado e com as possibilidades que lhe aguardavam.

“Qual é o seu nome?” Emendou a passageira.

“Meu nome é Helena, minha filha. Sinta-se à vontade para conferir no aplicativo novamente para a sua segurança, se assim desejar...”

“Oh, não, não! Pergunto porque me interessa saber quem me dará o prazer dessa viagem hoje, não o faço para aferir dados! Muito obrigada, de qualquer forma; aprecio o seu zelo. A propósito, que belíssimo nome você tem! É um grande prazer, Helena.”

A motorista limitou-se a cumprimentá-la de volta, com um olhar intrigado. Em seguida, pronunciou-se, mudando de assunto:

“Oh, que sede! Este é um dia quente, não acha?” A motorista disse casualmente, enquanto realizava seu ofício sem grandes pretensões ou ânimos que lhe fossem apazíveis.

“Por favor, aceite a minha garrafa.” – devolveu a poeta, apressando-se em tirar da bolsa uma garrafa de água, objeto que fazia parte do seu nomeado “kit de sobrevivência”. Nele, encontravam-se um fone de ouvido, um livro, um par de canetas, um diário e, por fim, uma garrafa d’água. – “Está fresca.”

“Oh, minha filha, muito obrigada pela sua gentileza! Cai como uma luva e é de muito bom grado.” A motorista respondeu, surpresa, como quem jamais esperasse tal altruísmo.

“Por favor, disponha.” A poeta sorriu de volta, da maneira mais amistosa possível.

No caminho, a poeta foi presenteada com a beleza etérea do pôr do sol.

Admirando o fenômeno, disse: “É de fato um dia quente, senhora, mas veja, uma linda pintura emoldura a imensidão do céu azul.”

“É verdade, minha filha.” – ela respondeu enquanto olhava de soslaio para a poeta, que ainda se encontrava absorta. – “Mas me diga, de onde a senhorita vem?”

“Venho de uma pequena cidade sem grande relevância, no interior.”

“Oh, agora eu vejo! Tamanha gentileza haveria de ter suas bases em uma origem de igual acordo. Pessoas da cidade grande jamais teriam a intencionalidade que tens com a vida.”

“Me sinto agraciada por suas palavras, senhorita. As recebo como joias de imenso valor.”

“A vida é tão curta para se perder aos nossos caprichos e amenidades egoístas, minha filha. Tenho uma amiga que sofre dia e noite com o advento de um câncer, doença que

a acometeu na flor da juventude! Me entristeço profundamente por sua sina e sofro pelo seu irremediável destino.” Helena disse, com olhos chorosos.

“Vejo que grande é a dor que a assola neste momento, Helena. Compadeço-me por você e sua amiga e silenciosamente peço aos céus que a livrem desse mal. Imagino o quão devastado deve estar o seu coração.” A poeta respondeu com doçura.

“Oh... minha filha, é sim uma grande tribulação vivenciar tais infortúnos em vida. A existência torna-se cinzenta e intrincada em temporadas conflituosas.” Acentuou-se uma expressão cansada em seu rosto, destacando olhos que expressavam uma tristeza inconsolável.

Os olhos, eles nunca mentem.

“Tenho para mim que ela haverá de se restaurar completa e inteiramente, Helena. Eu prometo que sua amiga ficará bem.” A poeta sorriu genuinamente, sua voz convicta, como quem constata uma verdade ao invés de apenas proferir palavras de conforto, seus olhos encontrando os da motorista, que acenou.

“Suas palavras em mim ressoam como uma melodia celestial, minha filha. Tamanha é sua amabilidade.” A motorista finalizou, chegando ao endereço de destino e manobrando o carro no estacionamento.

“Obrigada, Helena.” Despediu-se a poetisa, abrindo a porta do carro. Não obteve resposta.

Quando alcançou a calçada, ouviu uma voz atrás dela:

“Você entrou no carro dizendo que gostaria de ter o prazer de saber com quem dividiria a viagem, mal sabendo

que eu é que teria o prazer de ser sua motorista! Quem dera todos os meus passageiros fossem como você, minha filha! Que a vida a presenteie com mais do que cênicos pôres do sol. Faça-me um favor e seja imensamente feliz!”

A desconhecida, que agora tinha um nome, uma história, uma grande amiga que estava doente, que era cautelosa, que estivera com sede e que não gostava tanto assim do calor, agora se despedia, com ternura nos olhos, uma lágrima já rolando pelo rosto e um tímido sorriso.

A poeta sorriu de volta, acenando enquanto a motorista desaparecia ao longe.

Estarrecida, sentou-se na calçada antes de se dirigir à cafeteria e constatou para si mesma:

“Após uma semana exaustiva, me levei para passear. Essa está sendo a minha primeiríssima visita a alguns lugares lindos nesta cidade. Experimentarei salgados finos, tomarei um café sofisticado com tantas notas saborizadas que o meu infantil paladar sequer conseguirá decifrar, eu comprarei uma peça de roupa e me sentirei bonita sem tantas amarras. Sim, eu irei me autopremiar por aguentar alguns dias de desolação, sim, eu irei fazer tudo isso, e sim, o dia certamente será excepcional... Mas, ironicamente, não por nenhuma dessas coisas.

Mas por todas as pessoas que eu toquei e me tocaram de volta.”

É por esse motivo que qualquer era e suas idiossincrasias cai bem aos poetas, que, ao realizar uma atividade automática ou trivial do dia a dia, seja ela mediada por tecnologia ou não, a farão imbuídos de interesse genuíno pela vida e pelo outro.

Com isso, deixo aqui um convite.

Meu convite é para que você seja mais gentil do que o usual, a não só ouvir, mas verdadeiramente escutar e, por fim, ver o resultado dessa experiência acontecendo diante dos seus olhos.

Based on a true story.

“What do you want to be when you grow up?”

“Kind.”

O menino, a toupeira, a raposa e o cavalo.

