

**VISÕES INTERDISCIPLINARES SOBRE
POLÍTICAS PÚBLICAS**

VOL. 2

PEMBROKE COLLINS

CONSELHO EDITORIAL

PRESIDÊNCIA Felipe Dutra Asensi

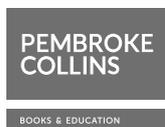
CONSELHEIROS Adolfo Mamoru Nishiyama (UNIP, São Paulo)
Adriano Moura da Fonseca Pinto (UNESA, Rio de Janeiro)
Adriano Rosa (USU, Rio de Janeiro)
Alessandra T. Bentes Vivas (DPRJ, Rio de Janeiro)
Arthur Bezerra de Souza Junior (UNINOVE, São Paulo)
Aura Helena Peñas Felizzola (Universidad de Santo Tomás, Colômbia)
Carlos Mourão (PGM, São Paulo)
Claudio Joel B. Lossio (Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal)
Coriolano de Almeida Camargo (UPM, São Paulo)
Daniel Giotti de Paula (INTEJUR, Juiz de Fora)
Danielle Medeiro da Silva de Araújo (UFSB, Porto Seguro)
Denise Mercedes N. N. Lopes Salles (UNILASSALE, Niterói)
Diogo de Castro Ferreira (IDT, Juiz de Fora)
Douglas Castro (Foundation for Law and International Affairs, Estados Unidos)
Elaine Teixeira Rabello (UERJ, Rio de Janeiro)
Glaucia Ribeiro (UEA, Manaus)
Isabelle Dias Carneiro Santos (UFMS, Campo Grande)
Jonathan Regis (UNIVALI, Itajaí)
Julian Mora Aliseda (Universidad de Extremadura, Espanha)
Leila Aparecida Chevchuk de Oliveira (TRT 2ª Região, São Paulo)
Luciano Nascimento (UEPB, João Pessoa)
Luiz Renato Telles Otaviano (UFMS, Três Lagoas)
Marcelo Pereira de Almeida (UFF, Niterói)
Marcia Cavalcanti (USU, Rio de Janeiro)
Marcio de Oliveira Caldas (FBT, Porto Alegre)
Matheus Marapodi dos Passos (Universidade de Coimbra, Portugal)
Omar Toledo Toribio (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Peru)
Ricardo Medeiros Pimenta (IBICT, Rio de Janeiro)
Rogério Borba (UVA, Rio de Janeiro)
Rosângela Tremel (Juscibernética, Florianópolis)
Roseni Pinheiro (UERJ, Rio de Janeiro)
Sergio de Souza Salles (UCP, Petrópolis)
Telson Pires (Faculdade Lusófona, Brasil)
Thiago Rodrigues Pereira (Novo Liceu, Portugal)
Vania Siciliano Aieta (UERJ, Rio de Janeiro)

ORGANIZADORES:

FELIPE ASENSI, LUCAS MANOEL DA SILVA CABRAL, NARA RÚBIA ZARDIN,
ROSÂNGELA TREMEL

VISÕES INTERDISCIPLINARES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

VOL. 2



PEMBROKE COLLINS
Rio de Janeiro, 2022

Copyright © 2022

Felipe Asensi, Lucas Manoel da Silva Cabral, Nara Rúbia Zardin,
Rosângela Tremel (orgs.)

DIREÇÃO EDITORIAL Felipe Asensi

EDIÇÃO E EDITORAÇÃO Felipe Asensi

REVISÃO Coordenação Editorial Pembroke Collins

PROJETO GRÁFICO E CAPA Diniz Gomes

DIAGRAMAÇÃO Diniz Gomes

DIREITOS RESERVADOS A

PEMBROKE COLLINS

Rua Pedro Primeiro, 07/606

20060-050 / Rio de Janeiro, RJ

info@pembrokecollins.com

www.pembrokecollins.com

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada ou reproduzida sob quaisquer meios existentes sem autorização por escrito da Editora.

FINANCIAMENTO

Este livro foi financiado pelo Conselho Internacional de Altos Estudos em Direito (CAED-Jus), pelo Conselho Internacional de Altos Estudos em Educação (CAEduca) e pela Pembroke Collins.

Todas as obras são submetidas ao processo de peer view em formato double blind pela Editora e, no caso de Coletânea, também pelos Organizadores.

V832

Visões interdisciplinares sobre políticas públicas / Felipe Asensi,
Lucas Manoel da Silva Cabral, Nara Rúbia Zardin e Rosângela Tremel
(organizadores). – Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2021.

v. 2; 432 p.

ISBN 978-65-89891-63-5

1. Ciência política. 2. Políticas públicas. 3. Direito. 4. Interdisciplinaridade.
I. Asensi, Felipe (org.). II. Cabral, Lucas Manoel da Silva (org.). III. Zardin, Nara
Rúbia (org.). IV. Tremel, Rosângela (org.).

CDD 320

SUMÁRIO

ARTIGOS - SAÚDE.....	13
CAUSAS PARA O ATRASO NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO.....	15
<i>Paula de Castro Nunes</i>	
<i>Aluísio Gomes da Silva Júnior</i>	
<i>Lívia Manolio Franco</i>	
A EVOLUÇÃO DA PANDEMIA COVID 19 NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE ATÉ A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÚMERO 34.....	27
<i>Guilherme Fortes Machado</i>	
COBERTURA E IMPACTOS NO ACESSO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO.....	48
<i>Paula de Castro Nunes</i>	
<i>Aluísio Gomes da Silva Júnior</i>	
DESVENDANDO ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS SOBRE A TÉCNICA DA HIPODERMÓCLISE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	60
<i>Juliana Lagreca Pacheco</i>	
A JUDICIALIZAÇÃO DO CULTIVO DA CANNABIS PARA FINS MEDICINAIS E O PROJETO DE LEI Nº 399/2015: O DEBATE ACENDE, O LEGISLATIVO PUXA, A POLÍCIA PRENDE, A JUSTIÇA PASSA.....	72
<i>Felipe Rhamnusia de Lima</i>	
SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	89
<i>Clarice Bezerra</i>	

NEFRITE LÚPICA EM HOMEM ADULTO: UM RELATO DE CASO.....	101
<i>Stephanie Pereira da Costa Rodrigues</i>	
<i>Ana Carulina Guimarães Belchior</i>	
DESAFIOS DA GESTÃO EM UM HOSPITAL DE CAMPANHA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	114
<i>Ana Cristina Vasconcelos Dias</i>	
<i>Cristiane Rodrigues de Oliveira</i>	
<i>Eduardo Fernandes da Silva Júnior</i>	
<i>Elber José Assaiante dos Santos</i>	
CONTRIBUIÇÕES DO PLANTÃO PSICOLÓGICO VOLTADO À POPULAÇÃO CARENTE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19.....	132
<i>Juscislayne Bianca Tavares de Morais</i>	
<i>Maria Suzana Ferreira Sampaio</i>	
O EMPREGO DA CLOROQUINA PARA O TRATAMENTO DE COVID-19, FUNDAMENTADO NO DIREITO AO PRÓPRIO CORPO E À AUTONOMIA DA VONTADE.....	145
<i>Janaina Reckziegel</i>	
<i>Wendell Wesley Matos Ludwig</i>	
EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, IMPACTO NA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	158
<i>Adriana Costa Pires</i>	
<i>Naildes Conceição Almeida</i>	
<i>Maiza de Oliveira Abreu Pires</i>	
<i>Adriana do Prado Rodrigues Carneiro</i>	
O IMPACTO DA ABERTURA DE UM CENTRO OBSTÉTRICO EM UM HOSPITAL NO INTERIOR PAULISTA.....	177
<i>Lívia Manolio Franco</i>	
POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+	197
<i>Itamara Rodrigues Moura</i>	

SAÚDE MENTAL COMPARTILHADA: A VOZ DE QUEM ESCUTA	210
<i>Marcia Leão de Lima</i>	
<i>Gleberson de Santana dos Santos</i>	
<i>Luciane Prado Kantorski</i>	
O CONSTITUCIONAL E O ÉTICO.....	226
<i>Felipe Frota Barroso Furtado</i>	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES PRIVADAS DE LIBERDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	239
<i>Fernanda Augusta Penacci</i>	
<i>Carmen Maria Casquel Monti Juliani</i>	
ARTIGO - SOCIOLOGIA E PP.....	259
O FATOR ECONÔMICO DA ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL: DIÁLOGO ENTRE MARX E WEBER E A QUESTÃO DA SEGREGAÇÃO SOCIOESPACIAL.....	261
<i>Arnaldo Oliveira Rodrigues</i>	
ARTIGOS - TECNOLOGIA.....	275
PIBIOGÁS: PLATAFORMA DE INFORMAÇÕES DO BIOGÁS.....	277
<i>Bárbara Dias Cabral</i>	
TECNOLOGIAS DIGITAIS: VILÃ OU MOCINHO? UM DESAFIO CONSTANTE PARA ATORES DA EDUCAÇÃO.....	291
<i>Gilmária Oliveira Dos Santos</i>	
REDES SOCIAIS COMO AMPLIFICADORAS DO VIÉS DE CONFIRMAÇÃO.....	307
<i>Guilherme Elizeu Alves da Silveira</i>	
<i>Wylker Carlos Magalhães Assis Silva</i>	
ARTIGOS - TEMAS CONTEMPORÂNEOS.....	319
A BUSCA DA ORDEM COMO PRETEXTO PARA A REDUÇÃO DAS LIBERDADES: DA QUEDA DA REPÚBLICA À ASCENSÃO DO IMPÉRIO GALÁCTICO EM STAR WARS.....	321
<i>Johnattan Martins Pinheiro</i>	
<i>Denison Melo de Aguiar</i>	

CIDADANIA VERSUS DIREITOS HUMANOS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.....	337
<i>Antonio Guedes Cavalcante Júnior</i>	
AS STARTUPS, OS ECOSISTEMAS DE INOVAÇÃO E O ÂMBITO JURIDICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	352
<i>Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar</i>	
LEI 13.719/2018 – LGPD: LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E SEUS IMPACTOS NA SOCIEDADE.....	368
<i>Maria Neurilane Viana Nogueira</i>	
<i>Juliana Wayss Sugahara</i>	
<i>Reginaldo Sales Hissa Filho</i>	
<i>Vinícius Dias de Moura</i>	
A ASCENSÃO DO GOVERNO JAIR BOLSONARO À LUZ DAS TEORIAS DAS ELITES.....	385
<i>Nathália Gonçalves Zapparoli</i>	
RESUMOS.....	407
MUSICOTERAPIA: DA ESCUTA A INTERAÇÃO E INTERVENÇÃO.....	409
<i>Jafé Martins de Almeida</i>	
POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA.....	414
<i>Itamara Rodrigues Moura</i>	
FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS NA PROTEÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.....	419
<i>Patricia Candemil Farias Sordi Macedo</i>	
<i>Milena Petters Melo</i>	
OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DIGITAIS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.....	423
<i>Gabrielle Alves Nascimento de Souza</i>	
ALGORITMOS: A REPRODUÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL NA ESFERA VIRTUAL.....	426
<i>Gabrielle Alves Nascimento de Souza</i>	

CONSELHO CIENTÍFICO DO CAED-Jus

- Adriano Rosa (Universidade Santa Úrsula, Brasil)
- Alexandre Bahia (Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil)
- Alfredo Freitas (Ambra College, Estados Unidos)
- Antonio Santoro (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)
- Arthur Bezerra de Souza Junior (Universidade Nove de Julho, Brasil)
- Bruno Zanotti (PCES, Brasil)
- Claudia Nunes (Universidade Veiga de Almeida, Brasil)
- Daniel Giotti de Paula (PFN, Brasil)
- Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo (Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil)
- Denise Salles (Universidade Católica de Petrópolis, Brasil)
- Edgar Contreras (Universidad Jorge Tadeo Lozano, Colômbia)
- Eduardo Val (Universidade Federal Fluminense, Brasil)
- Felipe Asensi (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil)
- Fernando Bentes (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil)
- Glaucia Ribeiro (Universidade do Estado do Amazonas, Brasil)
- Gunter Frankenberg (Johann Wolfgang Goethe-Universität - Frankfurt am Main, Alemanha)
- João Mendes (Universidade de Coimbra, Portugal)

- Jose Buzanello (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil)
- Klever Filpo (Universidade Católica de Petrópolis, Brasil)
- Luciana Souza (Faculdade Milton Campos, Brasil)
- Marcello Mello (Universidade Federal Fluminense, Brasil)
- Maria do Carmo Rebouças dos Santos (Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil)
- Nikolas Rose (King's College London, Reino Unido)
- Oton Vasconcelos (Universidade de Pernambuco, Brasil)
- Paula Arévalo Mutiz (Fundación Universitaria Los Libertadores, Colômbia)
- Pedro Ivo Sousa (Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil)
- Santiago Polop (Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina)
- Siddharta Legale (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)
- Saul Tourinho Leal (Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasil)
- Sergio Salles (Universidade Católica de Petrópolis, Brasil)
- Susanna Pozzolo (Università degli Studi di Brescia, Itália)
- Thiago Pereira (Centro Universitário Lassale, Brasil)
- Tiago Gagliano (Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil)
- Walkyria Chagas da Silva Santos (Universidade de Brasília, Brasil)

SOBRE O CAED-Jus

O **Conselho Internacional de Altos Estudos em Direito (CAED-Jus)** é iniciativa consolidada e reconhecida de uma rede de acadêmicos para o desenvolvimento de pesquisas jurídicas e reflexões interdisciplinares de alta qualidade.

O **CAED-Jus** desenvolve-se via internet, sendo a tecnologia parte importante para o sucesso das discussões e para a interação entre os participantes através de diversos recursos multimídia. O evento é um dos principais congressos acadêmicos do mundo e conta com os seguintes diferenciais:

- Abertura a uma visão multidisciplinar e multiprofissional sobre o direito, sendo bem-vindos os trabalhos de acadêmicos de diversas formações;
- Democratização da divulgação e produção científica;
- Publicação dos artigos e resumos em livro impresso no Brasil (com ISBN), com envio da versão digital aos participantes;
- Interação efetiva entre os participantes através de ferramentas via internet;
- Exposição permanente do trabalho e do vídeo do autor, durante o evento, no site para os participantes;

O Conselho Científico do **CAED-Jus** é composto por acadêmicos de alta qualidade no campo do direito em nível nacional e internacional, tendo membros do Brasil, Estados Unidos, Colômbia, Argentina, Portugal, Reino Unido, Itália e Alemanha.

Em 2021, o **CAED-Jus** organizou o seu tradicional **Congresso Interdisciplinar de Políticas Públicas (ConiPUB 2021)**, que ocorreu entre os dias 27 e 29 de outubro de 2021 e contou com 50 Áreas Temáticas e mais de 250 artigos e resumos expandidos de 43 universidades e 22 programas de pós-graduação *stricto sensu*. A seleção dos trabalhos apresentados ocorreu através do processo de *peer review* com *double blind*, o que resultou na publicação dos livros do evento.

Esta publicação é financiada por recursos do Conselho Internacional de Altos Estudos em Direito (CAED-Jus), do Conselho Internacional de Altos Estudos em Educação (CAEduca) e da Editora Pembroke Collins e cumpre os diversos critérios de avaliação de livros com excelência acadêmica nacionais e internacionais.

ARTIGOS - SAÚDE

CAUSAS PARA O ATRASO NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

Paula de Castro Nunes¹

Alúcio Gomes da Silva Júnior²

Lívia Manolio Franco³

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o câncer de mama é a maior causa de mortes relacionadas a mulheres em todo o mundo (com exceção do câncer de pele não melanoma), com cerca de um milhão de mulheres diagnosticadas e mais de 500.000 mortes a cada ano. Pelas estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2021, ocorrerão 66.280 casos novos de câncer de mama, configurando

1 Pós doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF); Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela UFF; Membro do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA) e do LAPPIS.

2 Médico sanitarista; Doutor em Saúde Pública pela ENSP - FIOCRUZ; Professor Titular e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF); Coordenador do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA); Pesquisador associado do LAPPIS.

3 Médica Pediatra; MBA de Gestão em Saúde na Universidade de São Paulo (USP); cursando Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

29,7% dos casos na população feminina. Apesar iniciativas de políticas públicas, as taxas de mortalidade da doença permanecem elevadas no país.

E, para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer. O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).

A mudança no estilo de vida da população, com a adoção de hábitos não saudáveis e a substituição de causas de morbimortalidade são fatores significativos no aumento de casos de câncer na população mundial. Dentre todos os tipos de câncer, a neoplasia mamária é o tipo que mais se destaca entre as mulheres, fato que pode ser constatado pelas estatísticas e pelos estudos epidemiológicos atuais. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com manutenção do peso corporal são fatores de proteção, ou seja, estão relacionados ao menor risco no desenvolvimento do câncer de mama (MEDEIROS; THULER; BERGMANN, 2021).

Um importante fator prognóstico para o câncer de mama é a detecção em estágio inicial, quando o tumor possui maiores índices de cura. O Brasil, seguindo a tendência de outros países em desenvolvimento, tem a situação agravada pela elevada frequência de diagnósticos tardios (INCA, 2021a; RENK, 2014; SOUZA *et al.*, 2019).

A alta taxa de mortalidade no país deve-se ao fato da maior parte dos tumores de mama serem diagnosticados em estadiamentos avançados. Aproximadamente 60% dos tumores mamários no Brasil são diagnosticados nos estágios III e IV (em um estadiamento de 4 níveis). Quanto mais tarde o tumor é diagnosticado, os recursos terapêuticos tornam-se mais limitados e mutilantes, tornando a morbidade pós-tratamento maior e mais complicada (CASTRO NUNES, 2015).

Um dos principais obstáculos e fator determinante para o diagnóstico tardio do câncer de mama é o atraso na investigação de lesões mamárias suspeitas, o que reflete a ineficiência do Sistema Único de Saúde (SUS). A sobrevida média após cinco anos do diagnóstico é de 85% em países desenvolvidos e, em países em desenvolvimento é em torno de 60% (MEDEIROS; THULER; BERGMANN, 2021; RENK, 2014; CABRAL *et al.*, 2019).

De fato, o elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e o início do tratamento podem produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e da sobrevida. Além disso, um tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à

qualidade de vida; pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, e resulta na sobreposição de sequelas e maior sofrimento físico e psicológico às pacientes (TEIXEIRA; ARAÚJO NETO, 2020; GONÇALVES, 2014)

O presente artigo tem por objetivo traçar um perfil epidemiológico e analisar as possíveis causas para o atraso na assistência de pacientes com câncer de mama em um hospital de ensino da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

1. METODOLOGIA

Este é um estudo de corte transversal de base hospitalar. A coleta de dados foi realizada de forma padronizada por meio de formulário previamente aprovado e testado, por três investigadores treinados.

Quanto às questões éticas pertinentes, devido à operacionalização desse estudo, necessitar de informações sigilosas e privadas, contidas nos prontuários das pacientes selecionadas pela amostra fez-se necessária a análise do seu conteúdo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Dessa forma, o estudo foi aprovado no dia 14 de setembro de 2012, sob o nº de registro 127 / 11

Foram selecionados os prontuários de todas as novas pacientes atendidas no ano de 2013 no serviço de Mastologia do hospital de ensino em questão, que tiveram diagnóstico de câncer de mama. Tais prontuários foram identificados através do RHC, constando de 141 pacientes, nos meses de janeiro a março de 2015. Devido à carência de dados no prontuário geral, foram realizadas buscas nos prontuários do Serviço de Oncologia e Mastologia, que possuíssem prontuários próprios. Consultas também foram feitas ao banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Foram excluídos os prontuários que não continham informações suficientes, devido à falta de informação sobre o estadiamento clínico inicial, e os que não foram localizados durante a coleta de dados.

A análise descritiva das variáveis selecionadas foi realizada com base na estimativa das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e das distribuições de frequência para as demais variáveis independentes (categóricas). A distribuição de ocorrência do desfecho foi avaliada no início do estudo e nos períodos que se seguem. Para a realiza-

ção das análises estatísticas, gráficos e tabelas foi utilizado o Software SPSS Statistics versão 22.0 (SPSS Inc.).

A construção de variáveis epidemiológicas tradicionais é importante pois pode ajudar na construção de inferências causais. Porém, a inclusão das dinâmicas sociais dentro desse tipo de análise faz com que seja agregada a noção de processo.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, tanto a assistência quanto a gestão são estruturadas pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), com a organização da rede de assistência oncológica de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (que faz parte da PNAO), determina que o cuidado integral seja prestado ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer deverá ser feito em estabelecimentos de saúde devidamente habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Unacons e Cacons tem por objetivo oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando desde o diagnóstico, estadiamento até o tratamento. Esses estabelecimentos deverão garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente (INCA, 2021b).

A pesquisa se deu em um hospital de ensino da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, que é referência regional e cadastrado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), enquadrando-se como um hospital terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia, ou seja, definir o estadiamento clínico, tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica, além de possuir obrigatoriamente um Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Entretanto, à época, a falta de um prontuário único e a ausência de dados vitais chamaram a atenção dos pesquisadores (INCA, 2021b).

Em relação a cor/raça, predomina a parda com 40,58% das mulheres, o que faz sentido pelo Estado do Rio de Janeiro enfrentar grande migração populacional. O que difere dos achados de Matos, Pelloso e Carvalho (2010) que, por ter sido realizado na região sul do país, encontraram

81,1% de brancas (que se deve ao seu processo migratório mais influenciado por países europeus). A raça branca parece ter maior associação de risco para o desenvolvimento do câncer de mama do que outras raças. No estudo de Monteiro (2016), aproximadamente a metade das pacientes estudadas eram brancas (50,5%), proporção muito próxima das não brancas (49,5%), difere do nosso estudo, apesar de se tratar de regiões próximas. Ao observar o risco de atraso maior que 60 dias relacionado à cor da pele, Monteiro (2016) notou que as pacientes não brancas apresentaram estimativa 7% maior que as brancas, o que pode se relacionar a outras variáveis que, tradicionalmente, são elencadas a fatores socioeconômicas.

Quanto aos fatores de risco etilismo e tabagismo, observou-se que a maioria das entrevistadas (50,72%) relatou não fazer uso de bebida alcoólica e 48,55% referiram não fazer uso de cigarro, atualmente. Segundo o INCA, estudos comprovam que o consumo de bebidas alcoólicas está fortemente relacionado com o desenvolvimento de diversos tipos de câncer, dentre eles o de mama, uma vez que o etanol tem efeito cancerígeno sobre as células, funcionando como solvente ao chegar no intestino, facilitando a entrada de outras substâncias carcinogênicas. Vale ressaltar que há uma evidente relação dose-resposta entre o risco de câncer e o consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, maior será o risco de desenvolver o câncer de mama, quanto maior for a dose ingerida e o tempo de exposição (INCA, 2020). No estudo do Monteiro (2016), 60,5% das pacientes com câncer de mama nunca foram fumantes.

Com relação aos antecedentes familiares para o câncer de mama, na população estudada, evidenciou-se 26,09% os possuem. No estudo de Matos, Pelloso e Carvalho (2010), seus achados mostraram que somente 2,3% possuem mãe com câncer de mama, 3,9% irmã e 0,2% filha, sendo que esse percentual sobe para 8% no caso de possuir outro familiar com histórico de câncer de mama. Outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, mostrou 5,6% de prevalência de história familiar de câncer de mama na população estudada e, quando considerados parentes que não são de primeiro grau, a prevalência aumentou para 10,2%. Nas duas pesquisas observa-se que poucas foram as mulheres que possuíam algum parentesco de primeiro grau com câncer de mama, assim como o encontrado no presente estudo. De acordo com INCA (2021a), esse risco eleva-se quando o parente possui câncer de mama antes dos 50 anos e em ambas as mamas.

TIPO DE CIRURGIA	%
Mastectomia Radical Modificada	31,9
Mastectomia Simples	9,1
Segmentectomia	22,7
TRATAMENTO NEO-ADJUVANTE	
Sim	28,4
Não	33,9
TRATAMENTO ADJUVANTE	
Quimioterapia	35,8
Radioterapia	35,8
Hormonioterapia	34,9
Bifosfanatos	41,3

Quadro 1 – Distribuição percentual do tratamento realizado pelas pacientes atendidas no Serviço de Mastologia de um hospital de ensino da região metropolitana do Rio de Janeiro.

Nota-se, no quadro 1, a maior parte das pacientes foi submetida a cirurgias radicais, semelhante aos resultados encontrados por Avelar (2014), em que aproximadamente a metade das pacientes realizou cirurgia radical/mastectomia total (49,9%). Na análise de Monteiro (2016), o tipo de tratamento realizado como primeira opção foi cirúrgica de 60,6%.

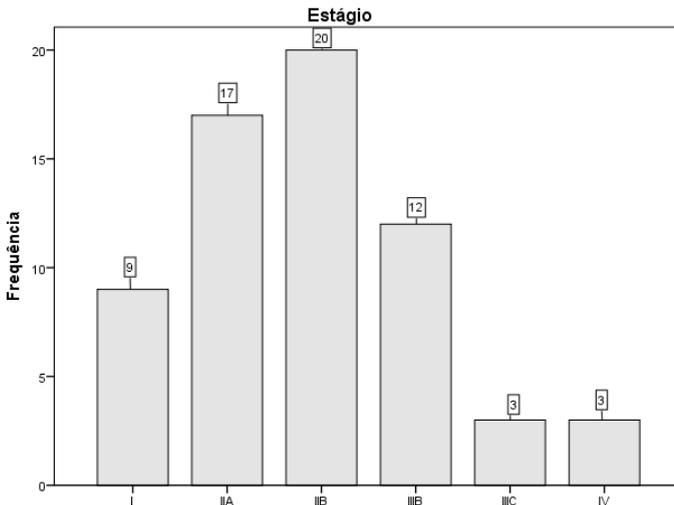


Figura 1. Estadiamento inicial detectado das pacientes atendidas no Serviço de Mastologia de um hospital de ensino da região metropolitana do Rio de Janeiro. 2013.

Considerando que neoplasias da mama diagnosticadas em estadiamento avançado são as que se apresentam nos graus: IIB, III e IV, 28,99% da amostra estudada apresenta esse estágio. Ao retirarmos os números inválidos (28 prontuários não encontrados e 44 prontuários sem informações) e ajustando as porcentagens de acordo com as informações válidas, 60,60% das pacientes encontravam-se em estadiamento avançado, um resultado semelhante ao encontrado em Ribeirão Preto, onde 72,4% apresentavam tumor de mama avançado ao diagnóstico.

Rezende (2010), em seu estudo, relata que das 104 mulheres avaliadas, 51,0% encontravam-se em uma fase avançada da doença (estádios clínicos II = 28,8%, III = 8,7% e IV = 13,5). Da mesma maneira, o estudo de Gonçalves et al (2009) mostra que das mulheres estudadas, 3 (5,2%) encontravam-se diagnosticadas com estadiamento I, 50 (34,5%) com estadiamento II, 24(41,3%) com o estadiamento III e 11(19%) com o estadiamento IV, reiterando o que já havia sido mostrado por Rezende (2010) e pelos resultados deste estudo, em que 60,60% apresentavam estadiamento avançado (IIB em diante).

Observando todos os resultados, notamos que o perfil de mulheres que possuem maior número de fatores de risco vai de encontro àquele grupo que tradicionalmente possui menos acesso aos demais bens e serviços – como a saúde, a educação, o saneamento básico, etc., ou seja, a desigualdade social brasileira se reflete claramente neste aspecto, e fica evidenciada na mortalidade de mulheres com câncer de mama, que possuem quantidade elevada de fatores de risco e ainda grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Medeiros; Thuler e Bergmann (2021), mostram que a alta taxa de mortalidade, principalmente nas nações menos desenvolvidas, deve-se, principalmente, à falta de ações que busquem a detecção precoce dos casos de câncer de mama, resultando em diagnósticos tardios, com estadiamento avançado, inúmeras vezes incuráveis. Além disso, a falta de estruturas adequadas para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno corroboram para este cenário. Ressalta-se também, que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, barreiras culturais e o pouco conhecimento da população sobre o câncer de mama aumentam a quantidade de indivíduos que atrasam ou não aderem ao tratamento.

Oliveira *et al.* (2011), ao tratarem do acesso à assistência oncológica na rede pública de saúde no Brasil, constataram que a distância geográfica da unidade de saúde ao local de residência do usuário constituía a maior influência relacionado ao acesso. A maior parte da oferta de serviços de atenção oncológica (de mama) encontra-se nas regiões metropolitanas brasileiras e que desses, quase a metade está concentrada no Rio de Janeiro e em São Paulo. Apesar disso, a distância incorporou dificuldades adicionais à própria doença, em função do extenso deslocamento que as mulheres com câncer de mama necessitaram fazer. Sendo assim, estratégias para transporte e hospedagem das pacientes têm papel destacado e devem ser consideradas.

Avelar, C. (2014), concorda com Oliveira *et al.* (2011), entretanto demonstraram em seus achados que a maior parte dos pacientes tinha tempo de atraso total do tratamento oncológico aumentado quando a distância estava na faixa entre 0-50Km, tendendo a diminuir à medida que a distância aumentava.

Quanto ao atraso no diagnóstico, há maior chance de retardo na confirmação diagnóstica nas mulheres cujo tempo entre o início da doença e a data da primeira consulta foi superior a 1 mês, e quando o tempo entre a primeira consulta e o resultado diagnóstico foi maior que 10 meses (REZENDE, 2010; PAIVA; CESSE, 2015).

Paiva e Cesse (2015) realizaram um estudo que tinha como objetivo investigar os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes com câncer de mama. Os autores obtiveram resultados semelhantes aos nossos: a faixa etária mais representada foi das pacientes entre 60 e 79 anos (48%), em que a maioria se apresentava em estádios avançados (72%) e após, pelo menos, três meses do início dos sintomas (64%). O diagnóstico foi confirmado em menos de 30 dias (88,9% dos casos); porém o início do tratamento excedeu os 60 dias em 56,6% dos casos. Como conclusão, o estudo demonstrou que para a maior parte das pacientes, há atraso no estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento, que se distribui nos diversos níveis de atenção à saúde e possui aspectos relacionados tanto às usuárias, como aos profissionais e aos serviços de saúde.

Segundo Monteiro (2016), que analisou o perfil das pacientes com câncer de mama em um hospital de referência oncológica na cidade do Rio de Janeiro, alguns fatores isolados relacionados aos atrasos puderam

ser identificados, como as faixas etárias mais avançadas, chegar com o diagnóstico histopatológico realizado, chegar à triagem com tumores infiltrantes operáveis e menores níveis de escolaridade. Além desses, outros fatores também parecem contribuir para aumentar o risco de atraso, sendo eles morar fora da cidade do Rio de Janeiro, tumores com estadiamento avançado e inoperáveis, e ter sido submetida a biópsia de linfonodo sentinela para estadiamento axilar. Reafirmando alguns dos fatores que prejudicam o acesso e geram os atrasos.

Fazendo um paralelo ao estudo feito para analisar o atraso diagnóstico, em Ribeirão Preto, São Paulo, no qual a maioria das mulheres apresentava baixa escolaridade (58,9%), faixa etária entre 40 e 69 anos (73,1%), falta de conhecimento sobre o autoexame mamário (55,8%) e não regularidade do exame mamográfico (52,6%), percebe-se que, apesar de levantar dados diferentes dos vistos nesse estudo, é notável que fatores que culminam na desinformação prejudicam o acesso, demonstrando e reforçando o impacto da desigualdade social no curso da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior parte das pacientes com câncer de mama têm recebido o diagnóstico já em estadiamento avançado, o que demanda custos no tratamento e pior prognóstico. Este atraso deve-se, principalmente, à dificuldade de acesso que encontram desde a realização dos primeiros exames, até a assistência nos centros especializados.

Percebemos que há variáveis que tradicionalmente se relacionam a dificuldade de acesso, como raça, pior nível socioeconômico e escolaridade, demonstrando que nesse aspecto é de suma importância que busquemos a equidade no acesso aos serviços de saúde e, principalmente relativas a doenças como o câncer de mama, em que o atraso determina o desfecho desfavorável da paciente. Vale lembrar que a equidade é uma diretriz do SUS e deve ser aplicada na rede de atenção à saúde.

Identificamos que há inequidades nos acessos e alguns fatores socioeconômicos e culturais produzem diferenças positivas e negativas no acesso aos níveis de atenção à saúde. O processo de planejamento da atenção à saúde do município, tradicionalmente, não leva em conta esses fatores. E, a instituição dos mecanismos de regulação deveria possibilitar o aces-

so racional dos pacientes conforme suas necessidades de diagnóstico e de tratamento, principalmente nas unidades de maior densidade tecnológica ou de referência especializada. Entretanto, tais mecanismos muitas vezes burocratizam o acesso constituindo verdadeiras barreiras.

Os seguimentos populacionais possuem vulnerabilidades diferenciadas, que devem ser levadas em conta no planejamento da atenção oncológica, merecendo, portanto, priorização no processo de regulação. O desconhecimento desses fatores, produz uma suposta igualdade de acesso que não se concretiza e prejudica profundamente estas camadas da população e/ou indivíduos.

Dessa forma, buscamos fornecer subsídios para o campo da saúde coletiva, utilizando abordagens metodológicas diferenciadas e aprofundando a compreensão dos aspectos de vulnerabilidade das pacientes. A possibilidade de usá-los na perspectiva da gestão da atenção à saúde se apresenta como relevante científica e socialmente.

Acreditamos que todos os esforços do SUS devam estar voltados para melhorar a eficiência na organização dos serviços de saúde. Implementar um programa de rastreamento efetivo, diminuindo os tempos de espera das pacientes de câncer de mama, agilizando o encaminhamento dos casos suspeitos para outros níveis de assistência e adequando a realização dos métodos diagnóstico e dos tratamentos. Melhorar a estruturação e o funcionamento dos serviços de saúde são fatores imprescindíveis e urgentes para atender ao aumento constante da demanda da doença de forma adequada e preconizada nas diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

AVELAR, C. **Avaliação do tempo entre a detecção e o tratamento cirúrgico do câncer de mama no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. 2014. Dissertação (Mestrado). Patologia Médica. UFMG. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9MRFWB/1/cl_udio_saliba_disserta__o_revisada_jan2014_vers_o_final_ap_s_a__defesa.doc.pdf. Acesso em: 30 ago 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCAa). Coordenação de Prevenção e Vigilância / **Divisão de**

Vigilância e Análise de Situação, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 21 ago 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCAb). **Onde tratar pelo SUS**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus> Acesso em: 09 set 2021.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenças no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 613-622, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n2/613-622/pt>. Acesso em: 08 set 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>.

CASTRO NUNES, P. **As iniquidades no acesso das pacientes com câncer de mama à rede pública de saúde do município de Niterói-RJ**. 2015. Tese (Doutorado). Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. UFF. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/12666/1/PAULA%20DE%20CASTRO%20NUNES%20TESE.pdf> Acesso em: 08 set 2021.

GONÇALVES, L. L. C. *et al.* Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3):394-400. Disponível em: < www.ee.usp.br/reecusp/>. Acesso em: 25 jul 2021.

MEDEIROS, G. C.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Determinants of delay from cancer diagnosis to treatment initiation in a cohort of brazilian women with breast cancer. **Health & social care in the community**, v. press, p. hsc.13284, 2021.

MONTEIRO, S. O. Atrasos no tratamento do câncer de mama: fatores associados em uma coorte de mulheres admitidas em um centro de referência do Rio de Janeiro. 2016. 144 f.: tab. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

- OLIVEIRA, E. X. G.; PINHEIRO, R. S.; MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Cien Saude Colet.**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.
- PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/374/244>. Acesso em: 15 ago 2021.
- RENCK, Decio Valente *et al.* Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do cancer de mama com intervencao de mamografo movel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saú-de Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, Jan. 2014. Disponível em<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100088&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017113>.
- REZENDE *et al.* Causas do retardo na confirmação diagnostica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 2, p 75-81, 2009.
- RODRIGUES, G. M. *et al.* Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 30, p. e200813, 2021.
- SOUZA *et al.* Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 21, p 53508, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/18387/5/Artigo%20-%20Tanielly%20Paula%20Sousa%20-%202019.pdf>. Acesso em: 07 set 2021.
- TEIXEIRA; ARAÚJO NETO. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX, **Saude soc.**, v. 29, n. 3, 12 out. 2020.

A EVOLUÇÃO DA PANDEMIA COVID 19 NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE ATÉ A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÚMERO 34

Guilherme Fortes Machado⁴

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 tem causado efeitos impressionantes em todo o mundo, com dezenas de milhões de pessoas infectadas e mais de um milhão de vítimas (ZAMPOGNA, 2021). A Covid-19, doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019 (OLIVEIRA 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a epidemia da Covid-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e em 11 de março de 2020, uma pandemia.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), governos estaduais e municipais começaram a estabelecer medidas para o enfrentamento das consequências do novo coronavírus. O MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19) em 22 de janeiro de 2020. No Rio Grande do Sul (RS) o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) apresentou o Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pela Covid-19 no final de janeiro, publicado em dois de fevereiro de 2020 (RIO GRANDE DO SUL. SES-RS, 2020), para se preparar para o monitoramento, controle e assistência a casos de infecção.

⁴ Fisioterapeuta da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) – Palmeira das Missões.

Em 12 de março de 2020 o Governo do RS publicou o Decreto 55.115, e adotou as primeiras medidas temporárias de prevenção ao contágio pela Covid-19 (novo Coronavírus) no âmbito do Estado. Em 19 de março de 2020, foi declarado estado de calamidade pública em todo o território do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pela Covid-19, foi instituído o Gabinete de Crise para o Enfrentamento da Epidemia Covid-19, Conselho de Crise, Grupo Interinstitucional de Monitoramento das Ações de Prevenção e Mitigação dos efeitos da Covid-19 no Sistema Prisional do Estado do Rio Grande do Sul e Centro de Operação de Emergência – COVID 19 (COE Covid-19) (SES/RS).

O primeiro caso de Covid-19 foi identificado no RS em 29/02/2020 (confirmação laboratorial em 10/03/2020). No dia 20 de março de 2020 foi declarada situação de transmissão comunitária do novo coronavírus no Território Gaúcho. Esse cenário se caracteriza quando não é mais possível identificar a fonte de transmissão de pacientes que contraem a doença, indicando que o vírus circula entre a população.

A consolidação dos dados sobre casos e óbitos por Covid-19, coletados e disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, vem sendo realizada desde o início da pandemia. Isso permite o conhecimento da dinâmica da doença no RS e, conseqüentemente, o estabelecimento de políticas para desacelerar o incremento no número de casos.

Segundo Escobar (2020) estudos que aprofundem a investigação e caracterização da mortalidade por Covid-19 podem contribuir para a compreensão do comportamento da doença na população, em diferentes locais, projetando os possíveis tipos de desfecho. É de suma importância elucidar como o coronavírus reagiu com o tempo, quais faixas etárias e sexo mais afetados, bem como o seu perfil. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever a evolução da Covid-19 no Rio Grande do Sul até a semana epidemiológica 34 de 2021.

Para o enfrentamento ao coronavírus, é preciso entender o peso da Covid-19 no perfil da mortalidade do estado. Portanto, é fundamental que estudos científicos possam orientar a tomada de decisão dos gestores no sentido de adoção de medidas não farmacológicas que protejam o sistema de saúde e a vida das pessoas.

METODOLOGIA

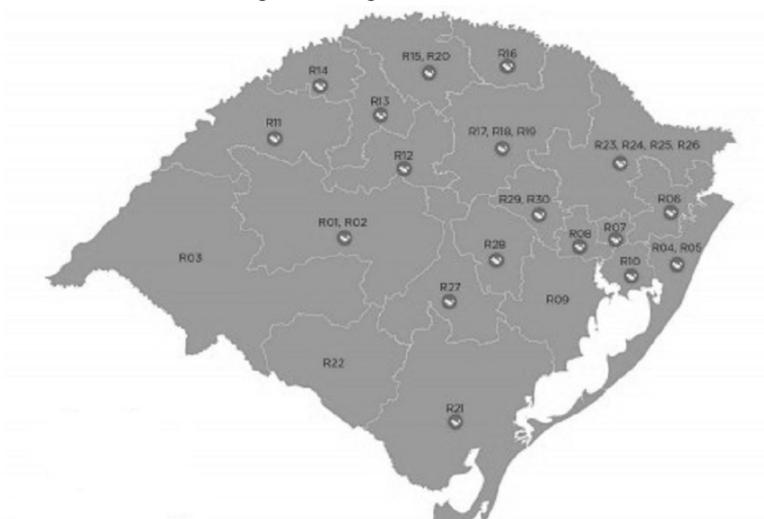
Trata-se de um estudo transversal ou seccional com abordagem descritiva e quantitativa sobre a evolução da Covid-19, cuja unidade de análise foi o Rio Grande do Sul. Cabe referir que a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (MANZATO; SANTOS, 2012).

A abordagem quantitativa se caracteriza pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação (RAUPP, BEUREN, 2006).

O presente estudo trata da expressão da Covid-19 na população do estado, entendendo que a pandemia de SARS-CoV-2 pode ser mais bem controlada quanto mais se conhecer, em nível local, as variáveis que condicionam essa expressão.

O RS possui 497 municípios, o sistema de saúde está organizado em trinta regiões e sete macrorregiões. No entanto, para o acompanhamento dos indicadores relativos à Covid-19, reuniram-se algumas regiões de saúde, totalizando 21 regiões Covid-19, conforme se visualiza no mapa a seguir.

Figura 1 – Regiões Covid-19 RS



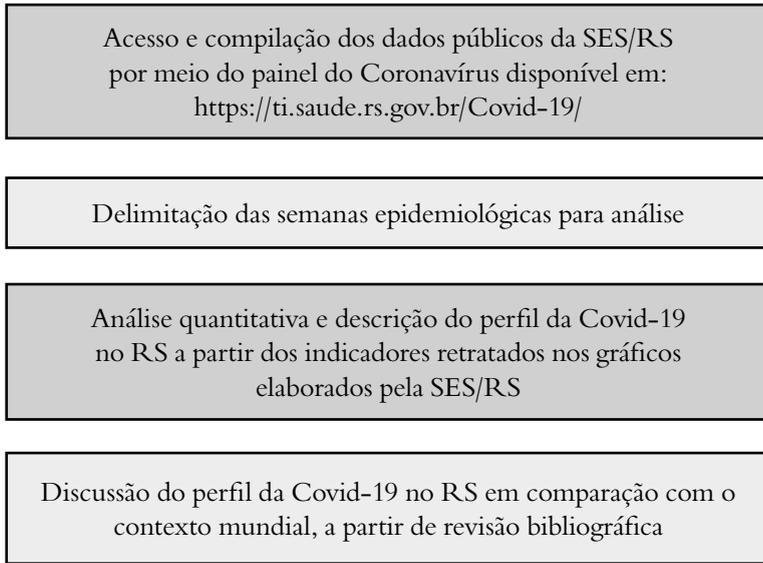
Fonte: SES/RS

Para a situação epidemiológica, considerou-se o período entre 10 de março de 2020 o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus, e 31 de agosto de 2021 (data de extração dos dados)

Os dados e gráficos utilizados na pesquisa foram extraídos do Painel Coronavírus RS (link: <https://ti.saude.rs.gov.br/Covid-19/>), os quais são de domínio público. O painel foi criado pela secretaria de saúde do RS (SES-RS) para apresentar os principais dados epidemiológicos da Covid-19. São utilizados como fontes os dois sistemas de notificações oficiais do Ministério da Saúde no monitoramento da doença: o e-SUS Notifica e o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe). O e-SUS Notifica (que antes era chamado de e-SUS VE) é a ferramenta na qual são notificados os casos de síndrome gripal (SG) que não precisam de internação hospitalar. Casos de SG atendidos em Unidades Sentinelas são notificados no SIVEP-Gripe (Síndrome Gripal). Nos casos em que a pessoa apresenta quadro mais grave da infecção (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG) e é necessária a hospitalização, a notificação é feita no SIVEP-Gripe (SRAG Hospitalizado). Ambos os sistemas são utilizados pelos serviços de saúde públicos e privados e pelas secretarias municipais de saúde para realização das notificações e monitoramento dos casos e seus contactantes (sintomas, exames realizados, resultados, evolução, entre outros).

Os casos confirmados de Covid-19 nos sistemas são diariamente identificados pela Secretaria Estadual da Saúde (SES) e publicados no painel, sendo utilizados os seguintes critérios de confirmação, conforme protocolos vigentes: laboratorial, clínico-epidemiológico, clínico-imagem e clínico. Para dados populacionais o painel utiliza Estimativas de 2019 utilizadas pelo TCU. O fluxograma abaixo ilustra o processo metodológico da pesquisa:

Figura 2 – Fluxograma da metodologia utilizada na construção do presente estudo



RESULTADOS

Desde a primeira confirmação em 10 de março de 2020 até o término da Semana Epidemiológica (SE) 34 de 2021 (28/08/2021), foram confirmados, considerando-se as diferentes definições de caso empregadas no período, 1.408.218 casos. Deste total, 109.210 (7,8%) foram notificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados, e 34.410 (2,4%) evoluíram a óbito.

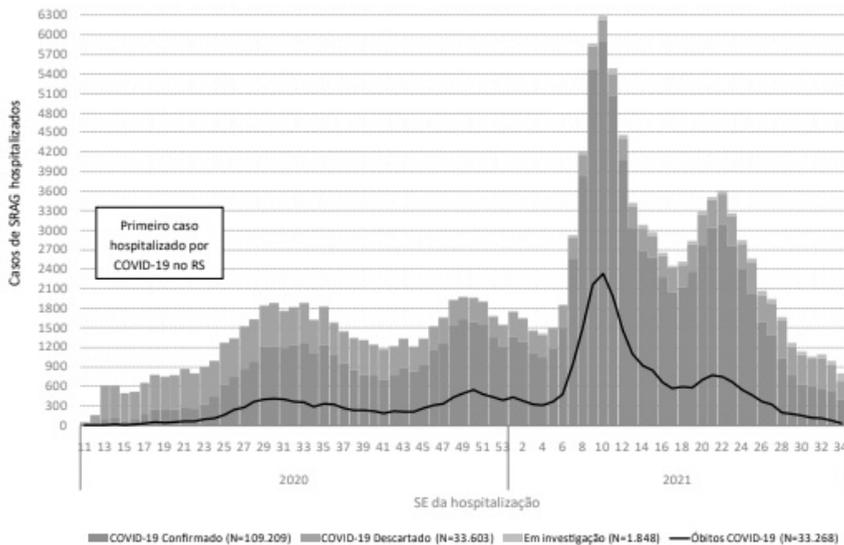
No período ocorreram 140.408 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), 106.387 hospitalizações confirmaram para COVID-19. A taxa média de ocupação de leitos de UTI foi de 56,7%, o que corresponde a 1.894 pacientes em 3.340 leitos de UTI. (SES –RS)

A Figura 3 apresenta os 144.660 casos hospitalizados por SRAG da SE 11/2020 à SE 34/2021, segundo confirmação para Covid-19. A partir da SE 23, há aumento expressivo da incidência, com estabilização a partir da SE 30 e redução a partir da SE 36. Um novo forte aumento nas hospitalizações por Covid-19 ocorreu entre as SE 45 e 53, caracterizando a maior incidência até aquele momento. A partir da SE 05/2021, o aumento na incidência apresentou padrão exponencial e sem precedente, chegan-

do à frequência de 5.898 hospitalizações ocorridas na SE 10/2021, o que representa 3,6 vezes a ocorrência observada na SE 49/2020, a qual havia sido a pior da série histórica.

Dos 40.374 óbitos por SRAG da SE 11/2020 até a SE 34/2021, 34.410 (85,2%) foram confirmados para SARS-CoV-2. Destes, 33.268 passaram por internação, apresentados na Figura 1 por SE de hospitalização. Observa-se um notável crescimento a partir da SE 23 até a SE 30, na qual se constata o início da redução dos óbitos. A partir SE 45, observa-se novo aumento expressivo, atingindo 552 óbitos dos hospitalizados na SE 50. Na SE 05/2021, tem início a maior elevação da incidência de óbitos observada na pandemia até aqui, com um aumento de 348% em três semanas, atingindo 2.330 óbitos dos hospitalizados na SE 10/2021. Destaca-se que os dados são parciais a partir da SE 31/2021, pois o desfecho das hospitalizações ocorre, em especial para casos de maior gravidade, após o transcurso de algumas semanas.

Figura 3 – Casos hospitalizados por SRAG segundo confirmação para Covid-19 e óbitos confirmados para Covid-19, por SE da hospitalização, RS, 2020-2021

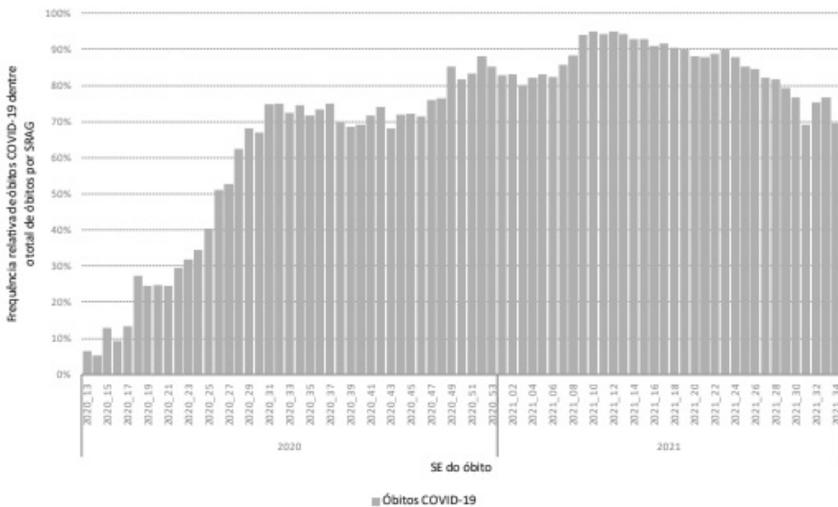


Fonte: SES-RS.

Do total de 34.410 óbitos ocorridos até a SE 34/2021, 11.773 passaram por hospitalização mas não internaram em UTI, e outros 1.142 (3%) não foram hospitalizados. Até 31/08, 7% do total de casos não possuíam desfecho da hospitalização. Entre as hospitalizações com desfecho registrado, a taxa de letalidade hospitalar foi de 33% (33.268/101.971).

Já entre internações em UTI, foi de 61% (21.495/35.026). Entre as hospitalizações em que se fez uso de suporte ventilatório invasivo, a taxa de letalidade foi de 76% (18.444/24.148). A Figura 4 apresenta a frequência relativa de óbitos confirmados para Covid-19 dentre o total de óbitos por SRAG, por SE do óbito. Observa-se que o aumento da proporção acompanha os picos de incidência da pandemia no RS, ultrapassando 90% entre as SE 09 e 17/2021.

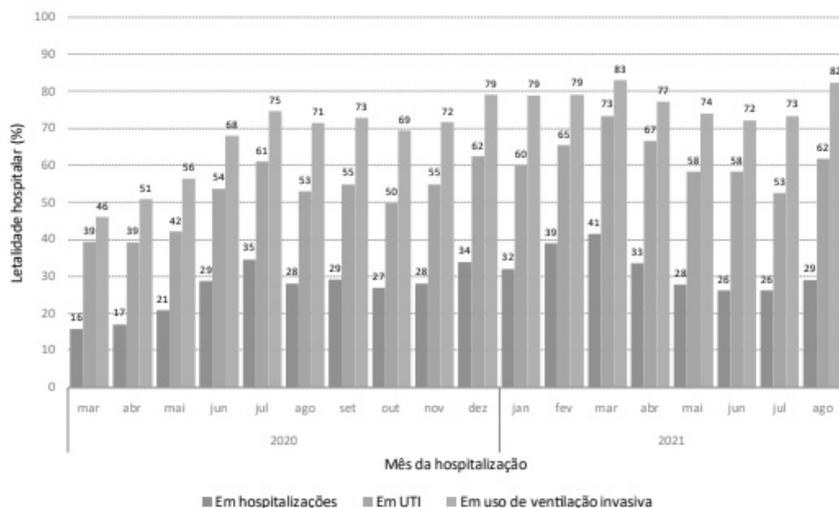
Figura 4 – Frequência relativa de óbitos confirmados para Covid-19 dentre o total de óbitos por SRAG, por SE do óbito, RS, 2020-2021



Fonte: SES-RS

A Figura 5 apresenta série temporal da letalidade hospitalar por mês da hospitalização. Nos meses de maior incidência de hospitalizações (julho e dezembro de 2020 e janeiro, fevereiro, março e abril de 2021), a letalidade foi maior. Para o mês de agosto de 2021, os dados são parciais e ainda apresentam viés de informação, devido ao padrão conhecido de registros no Sivep-Gripe, os quais são mais rápidos quando o desfecho é óbito em comparação com os registros da evolução para alta hospitalar.

Figura 5 – Letalidade hospitalar de casos de SRAG confirmados para Covid-19 por mês da hospitalização, segundo internação em geral, internação em UTI e uso de suporte ventilatório invasivo, RS, 2020-2021



Fonte: SES- RS

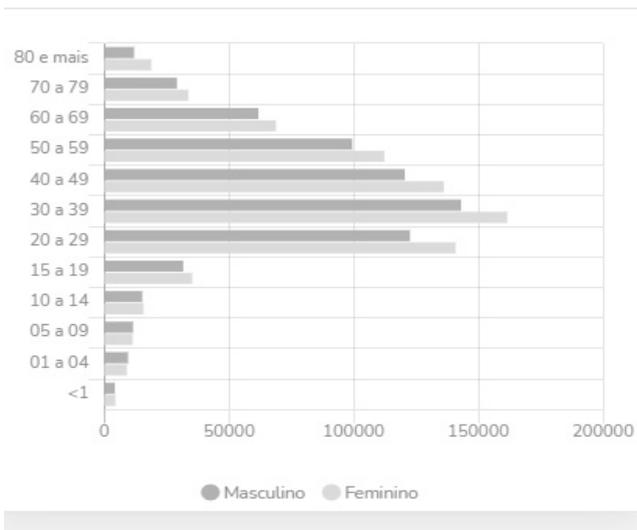
Da análise por gênero, verifica-se que entre as mulheres 53%. Já a frequência de hospitalizações por SRAG confirmadas para Covid-19 foi 20% maior para o sexo masculino. Para óbitos, esta diferença relativa foi de 18%. Foram notificados 691 casos de SRAG confirmados para Covid-19 em gestantes e 226 em puérperas. Evoluíram a óbito 50 gestantes e 36 puérperas.

Figura 6 – Casos por gênero



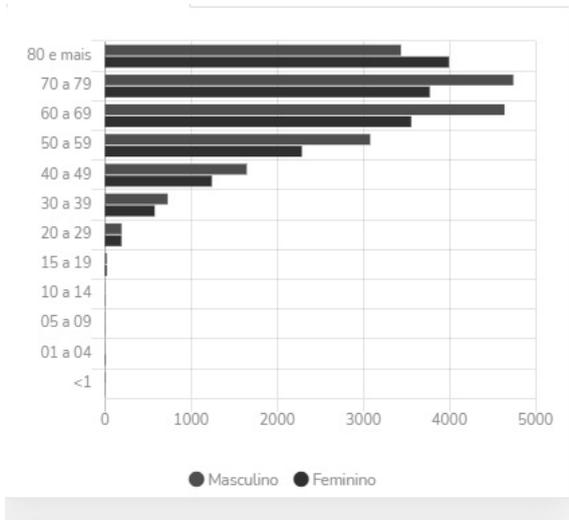
Fonte: SES- RS

Figura 7 – casos por Gênero e faixa etária



Fonte: SES- RS

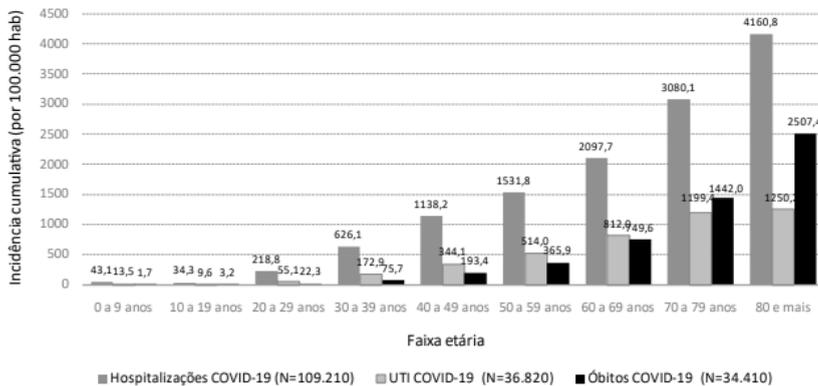
Figura 8 – Óbitos por Gênero e Faixa Etária



Fonte: SES- RS

As taxas de incidência cumulativa dos casos segundo faixa etária evidenciam que o risco para casos graves eleva-se de forma contínua com o aumento da idade. Os idosos (60 anos e mais), em comparação com os não idosos, apresentaram risco relativo de 4,6 para hospitalizações, de 5,5 para internação em UTI e de 11,3 para óbito.

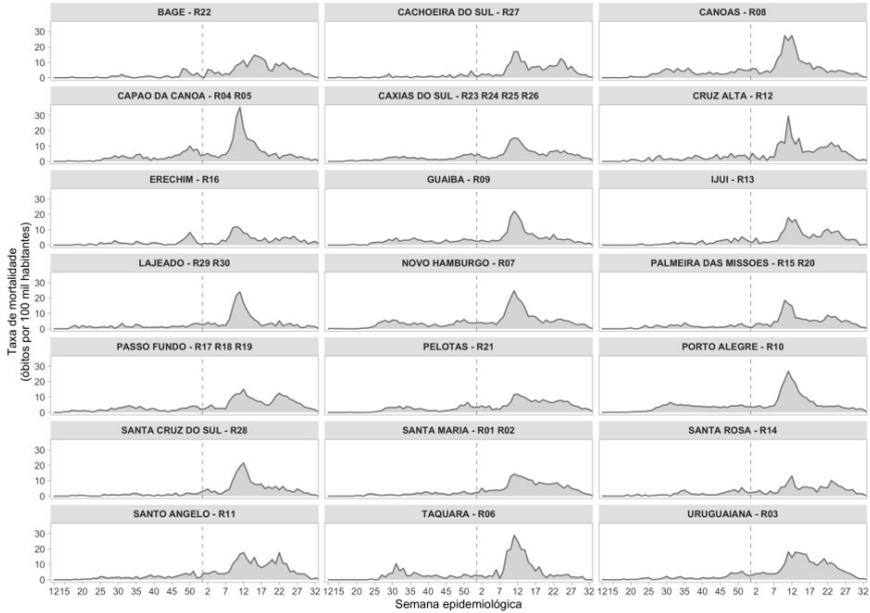
Figura 9 – Incidência cumulativa por 100.000 habitantes de hospitalizações, internações em UTI e óbitos por SRAG confirmados para Covid-19 segundo faixa etária, RS, 2020-2021



Fonte: SES-RS

No que se refere a taxa de mortalidade por Covid-19 por Semana Epidemiológica do óbito, segundo Região de residência, todas as Regiões do estado apresentaram a maior taxa de mortalidade ao longo de toda a pandemia no pico que ocorreu entre a SE 05 e 15/2021.

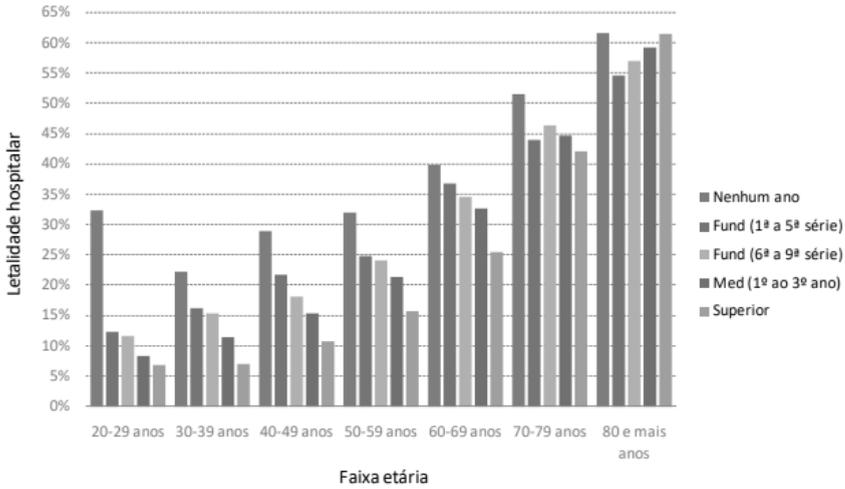
Figura 10 – Taxa de Mortalidade por Região



Fonte: SES - RS

Considerando as notificações com dados válidos de escolaridade (43% do total de notificações de SRAG confirmadas para Covid-19), pessoas sem nenhum ano de escolaridade formal apresentaram letalidade hospitalar 235% maior que a de pessoas com ensino superior. A Figura 11 mostra que a variação da letalidade hospitalar apresentou um padrão de elevada desigualdade até a faixa etária dos 60 a 69 anos, com maior letalidade entre pessoas de menor escolaridade. A partir da faixa etária dos 70 a 79 anos a desigualdade foi menor.

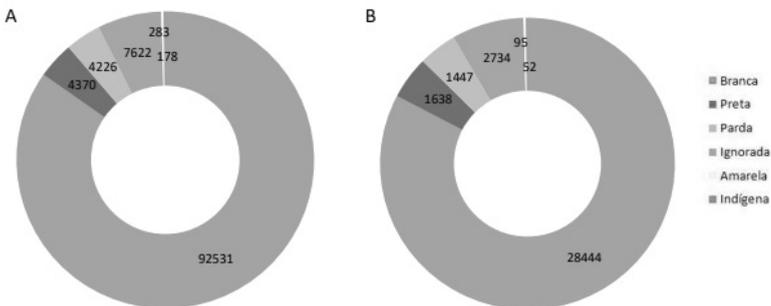
Figura 11 – Letalidade hospitalar de casos de SRAG confirmados para Covid-19 por faixa etária, segundo escolaridade, RS, 2020-2021



Fonte: SES - RS

A Figura 12 indica a distribuição de hospitalizações e óbitos segundo a raça/cor. Esta distribuição observa apenas os dados em que houve informação quanto a raça/cor registradas nos sistemas de informação. Assim, para os 95.009 casos com desfecho que tiveram a raça/cor informada, a letalidade hospitalar foi de 28% para indígenas, 32% para pessoas brancas, 35% para pessoas pardas, 36% para pessoas de cor amarela e 38% para pessoas da cor preta.

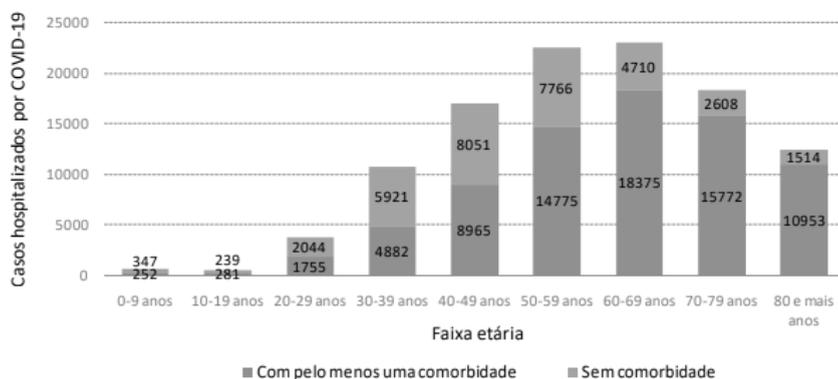
Figura 12 – distribuição de hospitalizações e óbitos segundo a raça/cor



Fonte: SES - RS

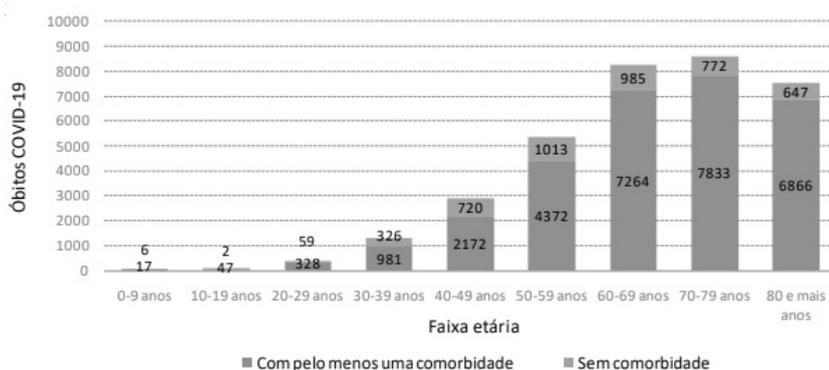
Dentre as hospitalizações por SRAG confirmadas para Covid-19, 70% das pessoas apresentaram pelo menos uma comorbidade. Quando se consideram apenas os idosos, essa prevalência é de 71%. Por outro lado, 44% dos indivíduos hospitalizados com menos de 60 anos de idade não relataram comorbidade (Figura 13). A presença de ao menos uma comorbidade é maior no grupo que internou em UTI 80%, e chega a 87% entre os indivíduos que evoluíram a óbito. Não foram observadas diferenças entre as proporções das manifestações clínicas apresentadas por idosos e demais grupos etários.

Figura 13 – Casos de hospitalização com pelo menos 01 comorbidade



Fonte: SES-RS

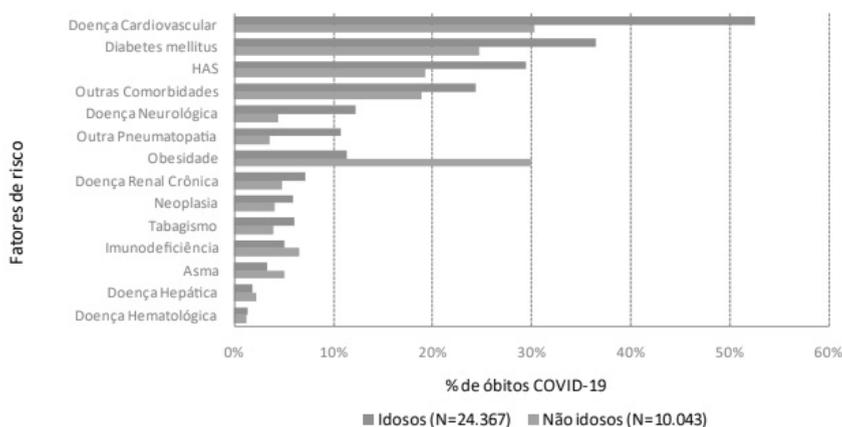
Figura 14 – Óbitos com pelos menos 01 comorbidade



Fonte: SES-RS

Quando se analisa a distribuição das comorbidades em óbitos por faixa etária dicotomizada em idosos e não idosos, nota-se que as duas mais prevalentes, doença cardiovascular e diabetes, mantêm-se. Por outro lado, a obesidade foi 2,7 vezes mais prevalente entre não idosos (30% em não idosos e 11% em idosos) e a imunodeficiência foi 1,3 vezes mais prevalente em não idosos (6% em não idosos e 5% em idosos).

Figura 15 – Prevalência de comorbidades em óbitos confirmados para Covid-19, RS, 2020-2021



Fonte: SES – RS

A comorbidade mais prevalente, para os dois grupos, foi doença cardiovascular. A segunda comorbidade mais prevalente entre idosos foi diabetes mellitus. A segunda comorbidade mais prevalente entre não idosos foi obesidade.

DISCUSSÃO

Os dados analisados para o Estado de Rio Grande do Sul demonstraram que a letalidade por Covid-19 é mais alta, com significância estatística, quanto maior for a faixa etária a partir dos 60 anos, como já evidenciado no continente europeu. As letalidades sempre maiores entre os mais velhos e entre os homens também se repete para as demais doenças gripais, conforme os dados constantes no Boletim Epidemiológico Especial, referente à Semana Epidemiológica 34 (ESCOBAR, 2020).

Corroboram com este resultado os estudos europeus, onde até a 32^a semana epidemiológica, os óbitos estavam concentrados em pessoas com idade acima dos 65 anos (89%) (BARBOSA, 2020). Ademais, alguns autores indicam que entre idosos a mortalidade tende a ser nove vezes maior do que nos outros grupos etários. Isto se deve, principalmente, porque nesta faixa de idade há maior prevalência de comorbidades, o que determina maiores complicações com apresentações de formas mais severas da Covid-19, elevando a letalidade nesse segmento populacional (COSTA, 2020).

Estudo de Mascarello (2021) mostrou que idade avançada (60 anos ou mais), sexo masculino, baixa escolaridade, raça/cor da pele amarela e preta, presença de morbidade e multimorbidade foram condições associadas a um maior risco de internações, internações em UTI e mortalidade por Covid-19, enquanto ser do sexo feminino apontou um efeito protetor. A mesma situação pode ser evidenciada no Estado do Rio Grande do Sul.

Para Galvão (2020) com relação à faixa etária, observou-se um efeito dose-resposta, em que os idosos entre 60 e 79 anos apresentaram risco 2,87 e idosos com 80 anos ou mais apresentaram risco 7,06 vezes maior de morrer por Covid-19 que indivíduos até 59 anos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a Europa, Ásia e América do Norte indicam maior letalidade por Covid-19 no sexo masculino, o que pode ser explicado por fatores geográficos, culturais e genéticos (SALVATI, 2020).

No RS, a Covid-19 o número de casos confirmados tem apresentando uma característica mais feminina. Há indícios de que isso acontece, entre outras razões, pelo maior risco e exposição apresentado pelos profissionais de saúde, majoritariamente composto por mulheres, além de elas estarem na linha de frente dos esforços de mitigação da pandemia em diversas comunidades (ZARULLI, 2019). Além disso, muitas mulheres são provedoras de seus lares, compondo o mercado de trabalhadores informais que precisam se deslocar para trabalhar.

Referente ao excesso de mortalidade por Covid-19, entre os homens, está de acordo com os achados de outros países. Do ponto de vista social, esse resultado pode estar relacionado ao menor contato dos homens com os serviços de saúde e à baixa adesão a hábitos saudáveis; homens fumam mais e higienizam menos as mãos quando comparados às mulheres (ORELLANA, 2020). Outro fator biológico importante pode ter relação

com o fato de que no plasma dos homens encontram-se os maiores níveis de enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), um receptor localizado na superfície das células que facilita a entrada do coronavírus e a consequente infecção de células saudáveis (SAMA, 2020).

É importante destacar que menor letalidade e outros desfechos negativos podem estar associados a maior percepção dos sintomas da doença e rápida procura por serviços de saúde, tratando-se do sexo feminino. Indivíduos do sexo masculino tendem a buscar os serviços de saúde apenas nas fases mais graves da doença, quando geralmente são menores os recursos terapêuticos (ORELLENA, 2020).

O acometimento de crianças, tanto para incidência quanto para letalidade, tem sido inferior à dos adultos e idosos. A população pediátrica é considerada de baixo risco para Covid-19 e varia entre 1 a 5% dos casos confirmados por Covid-19. Entretanto, é importante ressaltar que indivíduos infectados com quadro respiratório e sistêmico leve também podem transmitir a doença, principalmente sem o respeito das medidas de distanciamento social (ANDRADE, 2021).

Na faixa etária pediátrica, é importante ressaltar que esses indivíduos com quadro respiratório e sistêmico leve também podem transmitir a doença, caso não se respeite as medidas de distanciamento social (ANDRADE, 2021).

Referentes as comorbidades estudo de Galvão (2020) evidencia que presença de comorbidades mostrou-se o fator com maior efeito para a ocorrência de óbitos por Covid-19. Segundo o autor a presença de comorbidades aumenta o risco de óbito em 9,44 vezes em comparação aos indivíduos sem comorbidade.

A despeito da presença de casos sem informação de cor da pele, ter cor de pele não branca aumentou o risco de ocorrência de óbito por Covid-19, comparado aos indivíduos de pele branca. O efeito da etnia/cor da pele no risco de óbito por Covid-19 também foi notado em uma análise de sobrevivência de casos confirmados de Covid-19 realizada no Reino Unido (GALVÃO, 2020). Mesmo após o ajuste pelas variáveis sexo, idade, pobreza e região, indivíduos de etnias com cor de pele não branca tiveram risco de óbito até duas vezes maior que indivíduos brancos.

Na composição racial dos vulneráveis pela Covid-19 no Brasil, os moradores de favelas e periferias, pessoas em situação de rua é o grupo

com maior prevalência de morbidades específicas (diabetes e hipertensão, por exemplo) são expressivamente compostos por pessoas negras (BERNARDES, 2020). Este fato pode explicar o maior número de casos em pessoas negras no Rio Grande do Sul.

A população com menor nível de escolaridade, que na conjuntura brasileira é composta majoritariamente por negros, também é a população com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e elevada dependência exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS); de menor renda, e que vivem em áreas precárias de habitação e infraestrutura de serviços básicos e com os piores indicadores sociais e de saúde (MALTA, 2015).

A literatura evidencia que o nível de escolaridade pode ser considerado um fator de risco para a disseminação de doenças infecciosas virais e para a evolução ao óbito (LEMOS, 2009). Em países de alta renda, além dos determinantes socioeconômicos e étnico-raciais, a composição demográfica das populações também parece influenciar no excesso de mortes. Portanto, independentemente do país e da região, há evidências de que a pandemia de Covid-19 esteja expondo e ampliando as iniquidades em saúde, principalmente nas regiões mais pobres (ORELLANA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo por objetivo descrever a evolução da Covid-19 no Rio Grande do Sul, o presente artigo realizou uma análise epidemiológica de dados oficiais desde o início da pandemia até a semana epidemiológica 34 de 2021 (28/08/21). A interpretação dos dados oficiais permitiu estabelecer um perfil do adoecimento no lócus da pesquisa.

Da análise pormenorizada dos dados, foi possível verificar que o pico de hospitalizações e óbitos em decorrência da doença aconteceu no ano de 2021. A frequência relativa de óbitos confirmados para a Covid-19 dentre o total geral de óbitos por Síndrome Respiratório Grave, analisada por semana epidemiológica, demonstra o mesmo padrão, chegando a um aumento de 90% na semana 17/2021, se comparada com a semana 09/2021. Ainda, constatou-se que nos meses de maior incidência de hospitalização (julho e dezembro de 2020 e janeiro, fevereiro, março e abril de 2021) houve também maior letalidade.

Com relação ao perfil demográfico, as mulheres foram mais acometidas pela doença, no entanto, a frequência de hospitalizações e óbitos foi maior para o sexo masculino. Entre as mulheres, destaca-se ainda o expressivo número de óbitos de gestantes e puérperas.

No que se refere a faixa etária, o estudo demonstrou que a população idosa é mais vulnerável para o desenvolvimento de comorbidades, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, transtornos mentais, o que acaba agindo como um determinante do desenvolvimento da forma grave da doença, potencializando o risco de óbitos. As doenças cardiovasculares e o diabetes representaram as comorbidades prevalentes em pessoas idosas que foram a óbito. Já nas pessoas não idosas, a comorbidade prevalente e a imunodeficiência prevaleceram.

Da análise das curvas da taxa de mortalidade por Região Covid-19, foi possível identificar que a curva que vinha se mantendo sem grandes elevações no ano de 2020, cedeu espaço para grandes picos no primeiro semestre de 2021.

Com relação às condições socioeconômicas, verificou-se ainda que pessoas sem nenhum ano de escolaridade apresentaram letalidade hospitalar expressivamente maior a de pessoas com ensino superior completo.

A população de cor preta representou a maior taxa de letalidade hospitalar no território gaúcho. Importa mencionar, entretanto, que algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos dados apresentados no presente ensaio, dentre as quais cita-se a subnotificação de casos e óbitos. A subnotificação implica na subestimativa dos indicadores calculados. Muito embora o Rio Grande do Sul tenha monitorado e acompanhado os dados junto aos municípios e hospitais, as pesquisas⁵ revelam que ainda não foi possível estimar oficialmente a magnitude da subnotificação e seu impacto sobre as estimativas apresentadas.

A despeito do exposto, a presente análise se propõe a contribuir para uma leitura de dados que possa proporcionar uma maior compreensão epidemiológica sobre o cenário pandêmico no Rio Grande do Sul, auxiliando na reconstrução da história e na tomada de decisões futuras em cenários de crise.

5 Exemplo disso é a pesquisa EpiCovid-19, coordenada pela Universidade Federal de Pelotas, cujos principais resultados podem ser acessados no site do governo gaúcho: <<https://www.estado.rs.gov.br/estudo-epidemiologico-pesquisa-de-prevalencia>>.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Márcia Reimol de, LAMOUNIER, Joel Alves. Letalidade por Covid-19 em crianças: uma revisão integrativa. In: **Residência Pediátrica** 2021. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/864/letalidade%20por%20covid-19%20em%20criancas-%20uma%20revisao%20integrativa>. Acesso em: 10 set. 2021.
- BARBOSA, Isabelle Ribeiro *et al.* Incidence of and mortality from Covid-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [on-line]**. 2020, v. 23, n. 01. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>>. Acesso em: 09 set. 2021.
- BERNARDES, Julia Adão, ARRUIZZO, Roberta Carvalho. Geografia e Covid-19: neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. In: **Revista Tamoios**. 2020;16(1):188-205. Disponível em: [file:///C:/Users/ses4226917/Downloads/50645-171923-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ses4226917/Downloads/50645-171923-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 01 set. 2021.
- COSTA, Juliana Alves *et al.* Implicações Cardiovasculares em Pacientes Infectados com Covid-19 e a Importância do Isolamento Social para Reduzir a Disseminação da Doença. In: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2020, v. 114,. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200243>>. Acesso: 31 ago. 2021.
- ESCOBAR, Ana Lúcia, RODRIGUEZ, Tomás Daniel Menéndez, MONTEIRO, Janne Cavalcante Letalidade e características dos óbitos por Covid-19 em Rondônia: estudo observacional. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2021, v. 30, n. 1 . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100019>>. Acesso em 03 set. 2021.
- GALVÃO, Maria Helena Rodrigues e RONCALLI, Angelo Giuseppe Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por Covid-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia [on-line]**. 2020, v. 23. Dis-

ponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200106>>. Acesso em: 03 set. 2021.

KALACHE, Alexandre *et al.* Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *In: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2020, v. 23, n. 06. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

LEMOS, Daniele Rocha Queiroz *et al.* Fatores de risco associados à gravidade e óbitos por influenza durante a Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 em região tropical/semiárida do Brasil. *In: Revista de Ciência e Saúde Biológicas*. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/165>. Acesso em: 20 set. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl>>. Acesso em: 05 set. 2021.

MASCARELLO, Keila Cristina *et al.* Hospitalização e morte por Covid-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. *In: Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300004>>. Acesso em: 06 set. 2021.

MANZATO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. *In: Departamento de Ciência de Computação e Estatística-IBILCE-UNESP*, p. 1-17, 2012. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall *et al.* Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de Covid-19. *In: Cadernos de Saúde Pública* 2020, v. 36, n. 7; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>>. Acesso em: 03 set. 2021.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006.

SALVATI Lorenzo *et al.* A gendered magnifying glass on Covid-19. **In Clin Mol Allergy** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12948-020-00129-2>. Acesso em: 03 set. 2021.

ZAMPOGNA Elisabetta *et al.*. Evolução temporal da capacidade de exercício em pacientes em recuperação de pneumonia associada à Covid-19. In: *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2020. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/how-to-cite/3555/pt-BR> Acesso em: 03 set. 2021.

ZARULLI Virginia *et al.* Women live longer than men even during severe famines and epidemics. In: *Proc Natl Acad Si USA*. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29311321/>. Acesso em: 10 set. 2021.

COBERTURA E IMPACTOS NO ACESSO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO

Paula de Castro Nunes⁶

Aluisio Gomes da Silva Júnior⁷

INTRODUÇÃO

Em termos globais, uma das principais inovações em saúde do século XX foi a Atenção Primária à Saúde (APS), que encontra campo fértil nos sistemas universais e públicos de saúde, segundo Mendonça *et al.* (2018). Barbara Starfield, pesquisadora norteamericana e demais expoentes da área da saúde, exaltaram a importância da APS e demonstraram que sistemas de saúde baseados na atenção primária têm maior resolutividade, efetividade e eficiência (MENDONÇA *et al.*, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo adotado amplamente por países, desde a década de 1960, com o objetivo de proporcionar um acesso mais efetivo aos sistemas de saúde e tentar reverter o enfoque cura-

6 Pós doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF); Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela UFF; Membro do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA) e do LAPPIS.

7 Médico sanitário; Doutor em Saúde Pública pela ENSP - FIOCRUZ; Professor Titular e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF); Coordenador do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA); Pesquisador associado do LAPPIS.

tivo, individualista e hospitalocêntrico, instituído pela modelo biomédico flexneriano nos sistemas de saúde nacionais, para um modelo preventivo, focalizado no coletivo, territorializado e democrático, ou seja, incluindo a proposta da participação social (FAUSTO; MATTA, 2021; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Segundo Giovanella (2019 e 2021), há vasta evidência científica de que os sistemas universais de saúde possuem superioridade qualitativa, eficiência e equidade ao terem como estrutura: integralidade, o financiamento e prestação de serviços da APS públicos e regulação do Estado para que seja garantido o acesso universal, colocando a saúde como um bem público.

Considera-se a Conferência de Alma-Ata como um marco porque foi a primeira conferência de cuidados primários em saúde, realizada no ano de 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, e se buscou uma definição para APS:

São cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (UNICEF, 1979):

A Conferência de Alma-Ata convocou o governo de todo o mundo a formulação de políticas nacionais e planos de ação para a implementação da APS para os sistemas nacionais de saúde integrais no sentido de enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando questões políticas e recursos. Tendo em vista, principalmente, à redução das disparidades entre os países centrais e os periféricos, expressa no ideário da

APS integral e saúde para todos da Carta de Alma-Ata, documento final da reunião (GIOVANELLA, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Atualmente, existem e coexistem formatos distintos de APS. Por um lado, o modelo proveniente da medicina comunitária, que tem como estrutura o coletivismo restrito às comunidades locais e na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada (“cesta básica de saúde”). Por outro lado, uma APS mais ampla, sistêmica e integrada, que possibilita articulações intersetoriais para o desenvolvimento social e econômico das populações (FAUSTO; MATTA, 2021; GIOVANELLA, 2020).

No Brasil, a APS traz reflexos dos princípios da Reforma Sanitária, movimento que fundou o Sistema Único de Saúde (SUS), levando-o a adotar o termo “Atenção Básica à Saúde (ABS)” para dar ênfase à reorientação do modelo assistencial, baseado em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. O termo foi substituído no atual governo para Atenção Primária à Saúde. Nota-se que há diversos sentidos de APS e que estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde (FAUSTO; MATTA, 2021).

A APS iniciou-se no Brasil através do desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de sua ampliação, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (no governo Itamar Franco) com o intuito de modificar a atenção à saúde vigente naquele momento e reorientar o modelo assistencial, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, reorganizando os serviços de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (SISSON, 2007, FACCHINI *et al.*, 2006; NEVES *et al.*, 2018).

Em 2003, teve início o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e em 2006, o PSF concretizou-se como estratégia de Estado, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde então a estratégia tem alcançado avanços graduais e progressivos em sua cobertura populacional no atendimento integral da população, e promovido redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde (MACINKO *et al.*, 2006; FACCHINI *et al.*, 2006; NEVES *et al.*, 2018).

O modelo de atenção era fragmentado, com estrutura hierárquica definida por níveis de complexidade com relação a ordem e grau de importância

entre os diferentes níveis e a Atenção Primária à Saúde (APS) era considerada menos complexa do que os níveis secundário e terciário, com subvalorização da APS – tanto no sentido material quanto simbólico (OPAS, 2013; MENDONÇA *et al.*, 2018, PINTO & GIOVANELLA, 2018).

Segundo Giovanella (2019) e Bousquat e colaboradores (2014), a Constituição Federal brasileira de 1988 reconhece interpelação entre o desenvolvimento econômico e social e das variáveis ambientais na determinação social das doenças e estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O Sistema Único de Saúde (SUS) é criado como um sistema público universal, que busca cumprir com as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A mudança do modelo assistencial na direção do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecendo-se como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, com equipes multiprofissionais e função de porta de entrada preferencial (gatekeeper) e coordenação da atenção na rede. Possui como características a longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da assistência dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os atributos complementares são a orientação familiar e comunitária e competência cultural, de acordo com as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, predominam na APS as tecnologias leves e leve-duras, de acordo com MERHY (1997). Cabe ao governo federal o papel de indução de políticas de saúde, principalmente da criação e financiamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MENDONÇA *et al.*, 2018; PENNA, 2008, BOUSQUAT *et al.*, 2014).

No modelo atual (pretendido e preconizado pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS), a estruturação de Redes de Atenção em Saúde (RAS), é poliárquica, o sistema se organiza sob a forma horizontal de atenção a saúde. A rede horizontalizada consta de pontos de atenção a saúde de diferentes densidades tecnológicas, sem ordem ou grau de importância entre eles, sendo organizadas a partir de um centro de atenção, a APS e tendo em vista a preconização da totalidade da cobertura da ESF na população brasileira (SORANZ, 2016; OPAS, 2013).

O trabalho tem como objetivo realizar uma análise comparativa da expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro (RJ).

1. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal que consta de dados secundários, provenientes de dados livres de dois sistemas de informação do Ministério da Saúde – Governo Federal, o Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (E-Gestor AB) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

O Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (E-Gestor AB) configura-se como uma plataforma de centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais de todas as unidades federativas do país (BRASIL, 2021).

Já o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído através da Portaria GM/MS nº 1.412/2013. Tem o objetivo de alimentar e gerar informações sobre o financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Integra o Departamento de Saúde da Família, que propõe a automação dos processos, gestão da informação, melhorando os processos de trabalho (BRASIL, 2020).

Foi realizada uma análise no sistema de informação e gestão da atenção básica (e-gestor) e o sistema de informação em saúde para a atenção básica (sisab), realizamos um estudo comparativo da expansão e retração da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019.

No E-gestor AB, dentro dos relatórios de acesso público, acessamos ao “Histórico de Cobertura por competência e unidade geográfica”, solicitando o relatório da cobertura da atenção básica segundo município e período específicos.

O SISAB foi consultado para informações complementares como produção e indicadores de desempenho dentro do período estipulado.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados sistematizados e analisados neste estudo, em 2008, a cobertura de equipes completas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) correspondia a 3,5% da população do município do Rio de Janeiro,

considerada a mais baixa entre as capitais nacionais, dados que também foram consolidados por Howe *et al.* (2016) e Soranz (2016).

A APS é considerada a estratégia prioritária de reorientação da atenção primária e principal porta de entrada do SUS. Tem papel fundamental como primeiro contato da população com o sistema de saúde, longitudinalidade, resolutividade, na coordenação e base do cuidado na rede de atenção à saúde, por meio de suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (MALTA *et al.*, 2013; SIMÕES *et al.*, 2016; HOWE *et al.*, 2016).

Corroborando com o nosso estudo, Simões *et al.* (2016) descreveram a experiência do mesmo município na expansão da ESF para a sua população, que buscou a reorientação no modelo assistencial à saúde. Demonstraram que o município do Rio de Janeiro obteve um aumento de mais de 100% no número de equipes de saúde da família completas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, evidenciado na série histórica.

Howe e colaboradores (2016), apontaram que como em outras regiões do Brasil, no Rio de Janeiro foram observados declínios nos índices de morbimortalidade, principalmente em crianças menores de 5 anos de idade. Fica evidente, que os benefícios não são apenas quantitativos, mas também qualitativos quanto a ampliação do acesso à saúde de forma integral e referentes à diminuição incidência e prevalência e da prevenção dos agravos encontrados na população.

Segundo Malta *et al.* (2013) no Brasil, a ESF teve uma ampla expansão, devido a um grande incentivo financeiro e de planejamento do Ministério da Saúde, o que reitera os dados apresentados no artigo de Simões e colaboradores em neste estudo, para o Município do Rio de Janeiro.

Na pesquisa realizada por Malta e colaboradores (2013) evidenciaram que, na Região Sudeste, o Estado do Rio de Janeiro era o que apresentava a menor cobertura, proporcionalmente, entre as demais regiões. Apesar disso, quando avaliaram a cobertura da capital do Estado, notaram que entre os anos de 2008 e 2013, houve ampliação de 3,5% para 41%, considerada expressiva. Bousquat *et al.* (2017) corroboram com os resultados desse estudo.

Pinto e Giovanella (2018) avaliaram os efeitos da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao longo das duas últimas décadas no país, medindo a oferta do acesso e as internações por condições sensíveis

à atenção básica (ICSAB), um método importante para a avaliação do impacto da APS em doenças crônicas. Os resultados demonstraram a redução em 45% das taxas de ICSAB por 10.000 habitantes, passando de 120 para 66 entre os anos de 2001 a 2016. O estudo conclui que os resultados sugerem que a expansão da APS incrementa a melhoria do acompanhamento das condições crônicas, da qualidade do diagnóstico oportuno e do acesso aos medicamentos necessários.

Todavia, nas nossas análises, no mês de dezembro de 2016, chegou a atingir 66%, dessa forma, identificamos que ocorreu uma importante expansão na cobertura esse ano. Entretanto, devido à crise financeira, mudança de gestão e redução das equipes, em dezembro de 2019, foi reduzida a 50%.

Dois estudos abordaram a crise econômica e suas consequências na APS no município do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2019: Melo, Mendonça e Teixeira (2019) e O'DWYER *et al.* (2019).

O'DWYER *et al.* (2019), analisaram e exploraram os efeitos da crise financeira do Estado do Rio de Janeiro e da sua capital, o município do Rio de Janeiro nas receitas e despesas, produção de serviços em saúde e indicadores de saúde e indicadores de desempenho no município, no período de 2013 a 2018. Os resultados mostraram que as receitas e despesas sofreram redução, assim como a provisão de serviços, havendo queda da cobertura na Atenção Primária, produção ambulatorial, internações totais, número de leitos, contratação de médicos e agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgias realizadas e taxa de ocupação de hospitais. Os tempos de espera para todos os serviços, assim como o número pendências na regulação aumentaram. Apesar disso, o impacto nos indicadores de saúde e desempenho não foi observado, inicialmente, porque persistiram dentro dos parâmetros dos períodos anteriores, o que mostra o poder de resiliência e a potência assistencial da Atenção Primária, apesar do impacto financeiro e estrutural das medidas de austeridade econômicas impostas pela união. As conclusões foram que a conjuntura financeira e as medidas ameaçam o direito à saúde e as respostas governamentais de austeridade praticadas implicaram na redução do desempenho do sistema de saúde do município além de questionarem a decisão política de interromper a centralidade da agenda de consolidação da APS com alinhamento da ênfase na atenção hospitalar, retornando ao paradigma biomédico flexneriano e hospitalocêntrico.

Já o estudo de Melo, Mendonça e Teixeira (2019), abordou e descreveu a crise na atenção primária à saúde do sistema público de saúde da cidade do Rio de Janeiro, a partir de 2018. Citam que o município teve importante expansão da atenção primária desde o ano de 2009, contextualizando que houve a adoção de Organizações Sociais (OSs) como forma de contratação de profissionais de saúde e para gerenciamento dos serviços, assim como na gestão no nível central, incrementando a infraestrutura das unidades básicas de saúde e priorizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ênfase na medicina de família e comunidade, ademais de adotar práticas gerenciais identificadas como a normatizações de ofertas de serviços, avaliação e remuneração por desempenho, dentre outras.

O artigo aborda também a crise econômica que assolou o Estado do Rio de Janeiro e seus impactos na capital, além da crítica à decisão política do gestor municipal de reduzir o número de equipes de saúde da família, que não considerou a Política Nacional de Atenção Básica, o histórico de expansão da APS do governo antecessor e argumentar ser possível otimizar recursos e o que de fato ocorreu foi a priorização da atenção hospitalar em detrimento da retração da APS. Os autores concluíram que a crise da APS no município do Rio de Janeiro, cristalizada em constantes atrasos de pagamento aos funcionários contratados através das Organizações Sociais (OSs) e servidores de carreira, redução no acesso às ações e serviços de saúde, demissões e cortes de equipes de saúde da família, combina de elementos no nível local e nacional.

Podemos verificar, através da literatura científica consultada e das análises das variações, em termos de expansão e retração, da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro que a crise financeira por si só não seria necessariamente a única causa para que essa diminuição da cobertura fosse sentida. Notamos que, assim como afirmam os estudos apresentados de Melo, Mendonça e Teixeira (2019) e O'DWYER *et al.* (2019), a opção do governo municipal em reduzir o número de equipes de saúde da família, fragmentando e descontinuando a assistência à população foi uma medida que trouxe repercussões nos indicadores de saúde relacionados a cobertura da atenção primária à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacamos que houve importante incremento e expansão na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sinalizando para o aumento do acesso aos serviços de saúde e, por consequência, da equidade no acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população do município do Rio de Janeiro, até 2016.

Entretanto, não só a crise financeira que o Estado do Rio de Janeiro e sua capital estavam envolvidos enfraqueceu a saúde no nível municipal. A decisão política da gestão (realmente pautada em critérios políticos e não técnicos) em reduzir o orçamento da APS, demitindo equipes de saúde da família e reduzindo a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em detrimento da atenção hospitalar, retornando ao modelo hospitalocêntrico flexneriano foi uma medida determinante e que trouxe repercussões nos indicadores de saúde relacionados a cobertura da atenção primária à saúde e, conseqüentemente, no acesso e na equidade aos serviços de saúde.

A dependência municipal junto às Organizações Sociais (Oss) debilitou ainda mais a questão, evidenciando assim a fragilidade da Atenção Primária a Saúde (APS), de seus processos e de gestão, que impactaram diretamente na redução do acesso aos serviços de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT A *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva** 2017; 22:1141-54.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (E-Gestor AB)**. 2021. Acesso em: 10 set 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. 2020. Acesso em: 10 set 2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.

FACCHINI LA *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006 set;11. V.3. P.669-81.

FAUSTO, M. MATTA, G. **Atenção Primária à Saúde: Histórico e perspectivas**. Acesso em: 10 set 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%20Sa%C3%BA-de.pdf>.

GIOVANELLA L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Saúde Debate** 2014; V.51. 30-7.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**. v. 35, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. . Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556, 2021.

Howe *et al.* Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21. V.5. Maio 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.06482016>.

MACINKO J *et al.* Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**. 2006 Jan;60. V.1. P.13-9.

Malta DC *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016;21. V.2. P. 327-38.

MELO, E. MENDONÇA, MH. TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 24 (12) 25 Dez 2019. Acesso em: 22 set 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n12/4593-4598/>.

- MENDONÇA, M. *et al.* Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa [on-line]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2018. ISBN: 978-85-7541-629-7.
- NEVES, Rosália Garcia *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017170, set. 2018. Acesso em: 15 set 2021. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso>. Epub 31 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>.
- O'DWYER *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 24 (12) 25 Nov 2019 Dez 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série Técnica Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: **OPAS**, 2013.
- PENNA M *et al.* Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 41(Suplemento II):6-10, 2008. Acesso em: 20 set 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/VLDHx4CGsrYhZrpRNp7DN-VP/?format=pdf&lang=pt>.
- PINTO, L. GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**. 23 (6) Jun 2018 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
- SIMÕES, P *et al.* Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ)**. v. 15, n. 3, jul-set/2016.

SISSON, M. C. Considerações sobre o programa de saúde da família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde Sociedade**. 2007. V.3. P.85-91.

SORANZ, D. *et al.* Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21 (5) maio 2016. Acesso em: 19 set 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZwCk6XXyXtCZWcr-gVgzM4w/abstract/?lang=pt>.

UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Cuidados Primários de Saúde. Brasil, 1979. (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978).

DESVENDANDO ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS SOBRE A TÉCNICA DA HIPODERMÓCLISE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Juliana Lagreca Pacheco*⁸

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, em associação ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando à longevidade os portadores dessas doenças. (MATSU-MOTO, 2012)

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis respondem por mais de 70% das mortes no Brasil. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, têm respondido por um elevado número de mortes antes dos 70 anos, gerando perda da qualidade de vida e incapacidades (IBGE, 2014). No entanto, os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo uma assistência quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Porém, essas abor-

⁸ Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG e Prefeitura de Betim-MG. Pós-graduada em Cuidados Paliativos e Terapia de Dor, Enfermagem do Trabalho e Auditoria em Enfermagem.

dagens ora insuficientes, ora inadequadas, quase sempre ignoram o sofrimento e são ineficazes no tratamento de sintomas mais prevalentes como a dor (MATSUMOTO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) conceitua cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias diante do problema associado à doença com risco de vida, mediante prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente apresentam condições que dificultam a manutenção de adequados níveis de nutrição e hidratação, necessitando, portanto, de vias alternativas para suporte clínico. Com as debilidades inerentes à doença como caquexia e desidratação, a via intravenosa pode estar prejudicada, e a hipodermóclise pode ser uma alternativa para pacientes que necessitam de reposição de fluidos, eletrólitos e medicamentos. (INCA,2009)

A hipodermóclise ou terapia subcutânea consiste na infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea. Por ser dotado de capilares sanguíneos, o tecido subcutâneo é uma via favorável à administração de fluidos e/ou medicamentos pois, estes serão absorvidos e transportados pelos capilares sanguíneos à microcirculação. (INCA,2009)

As principais indicações da hipodermóclise são: impossibilidade de acesso venoso; impossibilidade de ingestão por via oral; possibilidade de permanência do paciente em casa. (INCA,2009). NHS(2011) cita vantagens e desvantagens da hipodermóclise, sendo as vantagens: Pode ser usada quando os pacientes não conseguem tolerar a administração oral durante náuseas, vômitos ou disfagia; Aumento do conforto do paciente, evitando a necessidade de injeções repetidas; Adequado para pacientes que estão sonolentos, comatosos ou semicomatosos; Evita a administração de um excessivo número de comprimidos; O cateter pode ser deixado por 72 horas ou mais, se não apresentar sinais flogísticos, assim demanda menos cuidados de enfermagem. E as possíveis desvantagens: Possibilidade de inflamação ou irritação no local de infusão; Possibilidade de extravasamento no local de infusão; Possibilidade de reação alérgica (evento raro).

Diante de uma vivência pessoal num serviço hospitalar que atende grande número de pacientes em cuidados paliativos, e diante das dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem a respeito do conhecimento da técnica correta e suas indicações, surgiu a necessidade desta revisão da literatura.

Os objetivos do estudo foram: identificar os cuidados aplicados na inserção, manutenção e manejo da hipodermóclise e elencar as possíveis complicações desta técnica.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa na modalidade revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada em março de 2018, na Biblioteca Virtual em Saúde. O termo utilizado foi “hipodermóclise”. A escolha do termo único foi realizada após tentativas de relacioná-lo a outros termos como “cuidados paliativos” e “enfermagem”, onde se observou que houve pequeno número de publicações disponíveis. Sendo assim, com o termo “hipodermóclise” surgiram 118 resultados, que, após aplicação dos seguintes filtros: texto completo disponível; Inglês; Português; Espanhol; Ano 2012 a 2017; Artigo; Tese; tema principal: hipodermóclise, retornaram 24 artigos, sendo 14 da base de dados Medline; 6 artigos da base BDNF e 5 artigos da base de dados LILACS. Após leitura e correlação com os objetivos deste estudo, 8 artigos foram selecionados e catalogados conforme a tabela 1*. A análise dos dados ocorreu através de leitura criteriosa, com identificação de informações relevantes para o estudo, transcrição dos pontos-chaves em forma de fichamentos bibliográficos que, após verificação de elementos congruentes, estes foram agrupados em seis categorias com a finalidade didática: indicações da hipodermóclise; locais de aplicação da infusão; medicamentos utilizados na via subcutânea; técnica de punção; volume de infusão e reações adversas.

Tabela 1:

1	A Randomized Clinical Trial of Recombinant Human Hyaluronidase-Facilitated Subcutaneous Versus Intravenous Rehydration in Mild to Moderately Dehydrated Children in the Emergency Department	2012	P.R. SPANDORFER et al.	Estudo clínico randomizado, multicêntrico, que comparou a reidratação com solução salina por via subcutânea com hialuronidase versus reidratação intravenosa em crianças com desidratação leve a moderada, no Canadá.
2	Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.	2013	JUSTINO et al	Pesquisa descritiva, prospectiva, quantitativa, realizada em um hospital filantrópico localizado em Curitiba- Paraná. Os sujeitos eram 16 pacientes com idade superior a 18 anos, no estágio avançado da doença e que estavam sendo submetidos à técnica de hipodermóclise.
3	Hipodermóclise como alternativa para a reidratação em crianças	2014	D'AMATO G. et al (Colômbia)	Artigo de revisão que retrata dois principais estudos sobre hipodermóclise em pediatria. O primeiro chamado Infuse realizado em 2007-2008; o segundo denominado Infuse Peds2 entre 2008 e 2009.
4	Hipodermóclise: redescoberta da via subcutânea no tratamento de indivíduos vulneráveis	2014	ZIRONDE et al.	Revisão Integrativa da literatura que caracteriza pesquisas produzidas sobre hipodermóclise e indica suas vantagens e desvantagens.

5	Hipodermóclise: revisão da literatura para auxiliar a prática clínica.	2015	BRUNO, Vanessa Galuppo	Revisão da literatura que analisou informações disponíveis sobre os medicamentos que podem ser administrados através da hipodermóclise.
6	Terapia Subcutânea para pacientes em cuidados paliativos: e experiência de enfermeiras na atenção domiciliar	2016	CARDOSO et al.	Relato de experiência de enfermeiras em um programa de internação domiciliar no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, a respeito do uso de terapia subcutânea em pacientes em cuidados paliativos.
7	Efeitos Adversos da Hipodermóclise em Pacientes Adultos: Revisão Integrativa	2016	NUNES & SOUZA	Revisão Integrativa da Literatura que identificou estudos que abordaram os efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos.
8	A Prospective Study of Hypodermoclysis Performed by Caregivers in the Home Setting	2016	M. VIDAL et al.	Estudo prospectivo randomizado que identificou se os cuidadores de pacientes em cuidado domiciliar eram capazes de administrar infusões via hipodermóclise.

1. RESULTADOS INICIAIS

1.1 INDICAÇÕES DA HIPODERMÓCLISE

Uma pesquisa quantitativa, prospectiva e descritiva, realizada em um hospital de referência em oncologia no Paraná, identificou que as principais indicações para hipodermóclise naquele estudo foram: náuseas e vômitos (25%); doença terminal (25%), náuseas e vômitos e doença terminal (12,5%) e debilidade severa e doença terminal (12,5%). As demais

indicações foram: desidratação leve/moderada, náuseas e vômitos, dor severa e doença terminal, dor de difícil controle por analgésico via oral e falta de medicação via oral na farmácia do hospital, cada um com 1% de incidência. (JUSTINO *et al.*, 2013)

Em um relato de experiência de enfermeiras de um programa de internação domiciliar no Rio Grande do Sul que atende pacientes oncológicos em seus domicílios, pelo SUS, a indicação da hipodermóclise ocorreu em pacientes nos quais as vias endovenosa e oral estavam comprometidas ou limitadas. (CARDOSO *et al.*, 2016)

Para ZIRONDE *et al.* (2014), a hipodermóclise é uma via segura, a qual possibilita uma infusão de fármacos como analgésicos e antibióticos, e oferece muitos benefícios ao cliente, melhora a adesão ao tratamento, possui fácil manuseio e pouca complexidade. Suas indicações são principalmente em pacientes considerados vulneráveis como: idosos, pacientes com doenças crônico-degenerativas e em cuidados paliativos.

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos teve como sujeitos 21 pacientes com câncer avançado e em internação domiciliar que eram submetidos a hidratação via hipodermóclise. (VIDAL *et al.*, 2016)

No Canadá, pesquisadores concluíram que a reidratação por via subcutânea facilitada pela enzima hialuronidase representa um tratamento menos invasivo e clinicamente eficaz para reidratação de crianças com desidratação leve a moderada, e para pacientes com dificuldades no acesso intravenoso. (SPANTORFER *et al.*, 2012).

1.2 LOCAIS DE APLICAÇÃO DA INFUSÃO

No estudo de Justino *et al.* (2013), percebeu-se que em relação à escolha do local para punção da hipodermóclise, não houve utilização de várias regiões que poderiam apresentar condições melhores para punção subcutânea. Principalmente considerando que o estudo tratava de pacientes com déficit nutricional em sua maioria, o que acarretava diminuição do tecido subcutâneo e intolerância a grandes infusões. Verificou-se que a região de escolha naquele serviço era a infraclavicular e em apenas 6,66%, a região abdominal. Esta última, por ser uma região com maior camada de tecido subcutâneo, poderia ter sido mais utilizada, fato que proporcionaria benefícios como: maior visibilidade

ao paciente quando este realiza o autocuidado, além de maior tolerância a grandes volumes.

Cardoso *et al.* (2016) citam a região abdominal, deltoide e infraclavicular como as regiões mais cômodas relatadas por pacientes de seu estudo. Destacou também que áreas com cicatrizes, hiperemias, edemas ou irradiadas são evitadas.

O estudo de Azevedo *et al.* (2012, apud ZIRONDE *et al.*, 2014) destaca recomendações para aplicações subcutâneas, dentre elas: menor inervação local, acesso facilitado e maior capacidade para receber o volume administrado. ZIRONDE *et al.* (2014) ressaltam também que na terapia subcutânea, os fluidos são absorvidos por difusão capilar e sua absorção fica reduzida na presença de edema e hematomas devido ao comprometimento da irrigação no sítio de infusão.

1.3 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA VIA SUBCUTÂNEA

Em um estudo realizado com pacientes em cuidados paliativos num Hospital do Paraná, a morfina foi o fármaco mais utilizado. (JUSTINO *et al.*, 2013). Cardoso *et al.* (2016), em sua pesquisa, utilizaram as seguintes medicações: Morfina, Dexametasona, Escopolamina, Haloperidol, Metoclopramida, Ondasetrona, Midazolam, Tramadol, além da solução de Cloreto de Sódio a 0,9%.

Bruno (2015), em uma revisão da literatura, destaca que há poucas informações relacionadas a medicamentos, pois poucas drogas foram estudadas para esta via até o momento, e poucas apresentam licença para uso em infusão subcutânea. Notou que as informações relacionadas ao preparo e administração dos medicamentos ainda não estão padronizadas. O autor destaca também que dos medicamentos comumente prescritos para esta via, sua prescrição se baseia mais em prática clínica do que na literatura propriamente.

Bruno (2015) elaborou uma relação (Quadro 1) contendo as compatibilidades entre os medicamentos via hipodermóclise e mostra algumas possibilidades de se otimizar sítios de punção, podendo levar assim, a um conforto maior para o paciente devido à diminuição na manipulação do acesso.

Quadro 1. Compatibilidade entre medicamentos pela hipodermóclise:

Ampicilina					C															
Atropina					C															
Clonazepam												C						C	C	
Clorpromazina								C				C	C	C				C	C	
Dexametasona		C		I	C		I	C	C	C	C	C	I	C	I			C	C	
Fenobarbital			I						I					C				I		
Furosemida			C									I	I	I				C		
Gransentrone																				
Haloperidol		C	I					C		C	C		C	C					C	
Hioscine			C				C			C	C	C	C	C	C	C			C	
Insulina			C	I									C	C	C	I		I		
Cetamina			C					C	C				C	C	C		C			
Metadona			C					C	C				C	C	I				I	
Metoclopramida		C	C		I			C	C	C	C		C	C	C			C	C	
Midazolam		C	I		I			C	C	C	C	C	C		C			C	I	C
Morfina		C	C	C	I			C	C	C	C	I	C	C			C	C	C	I
Octreotida			I						C	I			C		C					
Ondansetrone										C		C		C	C					
Ranitidina	I	C	C	I	C					I			C	I	C					
Tramadol			C					C	C				I	C	C	I				
Cefazidima																				
Clorpromazina																				
Dexametasona																				
Fenobarbital																				
Furosemida																				
Gransentrone																				
Haloperidol																				
Hioscine																				
Insulina																				
Cetamina																				
Metadona																				
Metoclopramida																				
Midazolam																				
Morfina																				
Octreotida																				
Ondansetrone																				
Ranitidina																				
Tramadol																				

Adaptado de BRUNO, Vanessa Galuppo. Hipodermóclise: revisão da literatura para auxiliar a prática clínica. *Einstein*. 13(1), pág 122-128, 2015.

1.4 TÉCNICA DE PUNÇÃO

Cardoso *et al.* (2016) fazem menção à técnica de punção da hipodermóclise, descrevendo os materiais utilizados: luvas, algodão embebido em álcool a 70%, cateter agulhado como scalpe (calibres entre 25 e 27), adesivo para fixar o dispositivo e uma seringa com soro fisiológico para preencher a extensão do cateter. A técnica foi descrita da seguinte forma:

1. Preencher com soro fisiológico para evitar que apareçam bolhas de ar ao injetar a medicação, provocando desconforto local;
2. Antissepsia do local da punção;
3. Realizar a prega cutânea;
4. Com o cateter, fazer a angulação de 30° a 45°;
5. Puncionar o tecido subcutâneo;

6. Aspirar o cateter para certificar-se de que o mesmo não está inserido na via intravenosa;
7. Concluir a fixação com fita adesiva para facilitar a visualização de sinais flogísticos, datar e assinar.

Em um estudo, BALDINI (2008, apud ZIRONDE *et al.*, 2014) faz considerações acerca da angulação das agulhas: ângulo de 30° para indivíduos magros; ângulo de 45° para indivíduos considerados normais e para indivíduos obesos, ângulo de 90°.

1.5 VOLUME DE INFUSÃO

De acordo com Azevedo (2012, apud ZIRONDE *et al.*, 2014) foi verificado que deve haver rodízio nos locais de aplicação e que o volume máximo em bolus não deve exceder 2 ml.

Bruno (2015) relata que deve-se avaliar as condições do paciente antes de indicar esta via, se existem outras drogas que já estão sendo administradas por via subcutânea e recordar que o limite para infusão deve ser de 3000ml em 24 horas, divididos em dois sítios distintos (1500ml em cada local de punção).

No estudo de Vidal *et al.* (2016), os pacientes receberam 1000 ml por dia de solução salina subcutânea por gravidade. A duração das infusões foram de 9 a 23 horas, com uma média de 13 horas para os primeiros 4 dias e 17 horas para os últimos 3 dias.

1.6 REAÇÕES ADVERSAS

D'Amato *et al.* (2014) relata que nos estudos *Infuse Peds-1* e *Infuse Peds-2* todos os pacientes apresentaram reações locais de eritema, edema e dor decorrentes da punção subcutânea, porém em nenhum caso foi necessária mudança do sítio de infusão.

Cardoso *et al.* (2016) relatam em seu estudo que as complicações da hipodermoclise se deviam principalmente às situações em que a velocidade de infusão não estava adequada, provocando discreto edema local e desconforto.

Nunes *et al.* (2016) escreveram um artigo de revisão bibliográfica que buscou identificar estudos que abordavam as reações adversas da hipodermóclise em pacientes adultos. Os efeitos adversos com maior incidência foram: dor local e sobrecarga de líquidos (61% dos estudos); edema local (53%) e celulite (38%). As reações menos descritas, que juntas tiveram incidência de 7,6% foram: falência cardíaca, sinais inflamatórios, perfuração intestinal, abscesso, hematoma, prurido local, rash, choque circulatório, edema de pulmão, necrose tecidual e sensação de queimadura. As autoras concluem que os efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos são, em sua maioria, mínimos e reversíveis, ou seja, não apresentam complicações que possam causar danos graves e/ou moderados em seu estado clínico que exijam intervenções complexas.

Vidal *et al.* (2016) relatam que em seu estudo os efeitos adversos relatados foram mínimos, com 4 infusões com dificuldade no cuidado com o cateter e vazamento. Apenas um paciente descontinuou a infusão devido a efeitos adversos. O desconforto foi a reação local mais comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, verificou-se que a hipodermóclise representa uma técnica importante em cuidados paliativos e que deve ser mais bem explorada pelos profissionais. A maior dificuldade encontrada nesta pesquisa foi a quantidade limitada de estudos originais sobre o tema no recorte temporal utilizado, o que sinaliza a necessidade de mais estudos primários acerca do tema.

Observei que 50% dos artigos utilizados na análise dos dados desta pesquisa, ou seja, 4 (quatro) artigos, tratava-se de revisões da literatura. Este fato corrobora com o que foi dito anteriormente sobre a necessidade de se empreender mais estudos clínicos que acrescentem informações acerca de medicações utilizadas, locais de aplicação, volume de infusão e reações adversas na prática da hipodermóclise.

Em relação à análise dos dados, verificou-se que as principais indicações da hipodermóclise são: desidratação leve ou moderada, inviabilidade da via oral ou venosa e em pacientes idosos ou em cuidados paliativos. Os locais de aplicação comumente utilizados são a região infraclavicular, o abdome e deltóide. Deve-se dar preferência a regiões com capacidade de

receber maiores volumes e com menor inervação local. Regiões irradiadas, com cicatrizes, hematomas ou edemas devem ser evitadas.

Verificou-se através do estudo que a maioria das prescrições de medicações para uso nesta via são baseadas na prática clínica, pois não há estudos suficientes a respeito do uso de todas as drogas em via subcutânea.

A técnica de punção descrita nesta revisão é de fácil entendimento e execução pelos profissionais, o que pode nortear a elaboração de protocolos assistenciais. O Volume de infusão máximo evidenciado foi de 3000 ml divididos em dois sítios com 1500ml cada.

As principais reações adversas encontrados na literatura foram edema e desconforto local. Mais estudos acerca das reações adversas devem ser realizados para que possa agregar maior conhecimento à prática.

Frente à necessidade de um cuidado especializado em enfermagem, e que busque integrar a prática baseada em evidências, emana o dever de aprimorar os conhecimentos frente a esta técnica que traz além de conforto, benefícios relacionados à analgesia e hidratação, principalmente para pacientes em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Terapia subcutânea no câncer avançado. / Instituto Nacional de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- BRUNO, Vanessa Galuppo. Hipodermóclise: revisão da literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein.** V. 13, n. 1, p. 122-128, 2015.
- CARDOSO, D. H.; MORTOLA, L. A.; ARRIEIRA, I. C. de O. Terapia Subcutânea para pacientes em cuidados paliativos: a experiência de enfermeiras na atenção domiciliar. **J Nurs Health.**, v. 6, n. 2, p. 346-54, 2016.
- D'AMATO, G. M. *et al.* Hipodermocclisis como alternativa para la rehidratación em niños. **Medicina UPB,** v. 33, n. 2, p. 138-144. Jul-dez 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** 2014.

- JUSTINO, E. T. *et al.* Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 1, p. 84-89, jan/mar 2013.
- MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e Princípios. **Manual de Cuidados Paliativos**, ago. 2012.
- National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, **World Health Organization**, 2002.
- NHS Lanarkshire. **Guideline for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care**. Dez. 2011. Disponível em: <http://www.nhs-lanarkshire.org.uk>.
- NUNES, Paula Martina da Silva Araújo, SOUZA, Regina Cláudia Silva. Efeitos Adversos da Hipodermóclise em Pacientes Adultos: Revisão Integrativa. **Rev. Min. Enferm.**, v. 20, p. e951, 2016.
- SPANDORFER, P. R. *et al.* A randomized clinical trial of recombinant human hyaluronidase-facilitated subcutaneous versus intravenous rehydration in mild to moderately dehydrated children in the emergency department. **Clinical Therapeutics**, v. 34, p. 2232-2245, 2012.
- VIDAL, M. *et al.* A prospective study of Hypodermoclysis performed by caregivers in the home setting. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol 52, N°4, October, 2016.
- ZIRONDE, Eliane Silmara; MARZENINI, Nathalya Leonardi; SOLER, Virtude Maria. Hipodermóclise: redescoberta da via subcutâneo tratamento de indivíduos vulneráveis. **Cuidarte Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 55-61, janeiro-junho 2014.

A JUDICIALIZAÇÃO DO CULTIVO DA CANNABIS PARA FINS MEDICINAIS E O PROJETO DE LEI Nº 399/2015: O DEBATE ACENDE, O LEGISLATIVO PUXA, A POLÍCIA PRENDE, A JUSTIÇA PASSA

*Felipe Rhamnusia de Lima*⁹

INTRODUÇÃO

O ditado reverso “a vida imita a arte” se aplica por vezes em tom jocoso ou mesmo por espanto, diante de determinado fato, frente a alguma referência artística pré-existente. O verso da música “Cachimbo da Paz”, de Gabriel O Pensador, que inspira o título deste artigo, reflete, não por gozação, diante da seriedade da situação, mas sim pelo estarecimento, a realidade atual da indefinição do nosso sistema jurídico quanto à licitude ou não do plantio de *Cannabis*¹⁰ para uso medicinal. Tal utilização se dá,

9 Advogado especializado em responsabilidade civil há 13 anos, graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com pós-graduação *lato sensu* pela Universidade Veiga de Almeida (UVA).

10 Nome científico da planta popularmente conhecida como "maconha", que possui três espécies: *sativa*, *indica* e *ruderalis*, sendo que essa última cepa, segundo artigo de Danielle Dresden no site *Medical News Today*, geralmente possui uma baixa concentração de THC e CBD, que pode não ser suficiente para produzir algum efeito medicinal, de modo que não é

porque aquela planta contém as substâncias chamadas CBD (canabidiol) e THC (tetrahydrocannabinol), existindo diversos estudos médicos apontando os seus benefícios terapêuticos. Contudo, existe o choque entre a tipificação criminal na Lei Antidrogas (Lei nº 11.343/2006), que veda o seu plantio, e os preceitos constitucionais que fundam o direito à saúde.

A despeito dos apontamentos científicos favoráveis ao uso terapêutico do CBD e do THC, têm-se que, atualmente, no Brasil, (i) os debates são acalorados sobre o tema, (ii) o Poder Legislativo vem tentando trazer para si a sua atribuição de normatização pelo Projeto de Lei nº 399/2015 — do qual trataremos mais adiante —, mas, ante a vagareza do andar, (iii) a polícia continua a prender e (iv) o Poder Judiciário, por vezes, deixa de entregar efetivamente a tutela jurisdicional, delegando a definição de casos concretos à Administração Pública, como chegou a ser noticiado em matérias jornalísticas: “Decisão do STJ sobre cultivo de maconha medicinal cria empurra-empurra com a Anvisa” e “Quinta Turma aponta competência da Anvisa e nega salvo-conduto para plantio e produção de óleo de maconha”.

No mês de abril deste ano, em *habeas corpus* que corre em segredo de justiça, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) conceder licença prévia para produção, preparo, posse e outras atividades relacionadas a matérias-primas extraídas da maconha. Aquela decisão se deu após o Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4) permitir apenas a importação das sementes de maconha, mas não o seu plantio. A Quinta Turma da Corte Superior negou o recurso em que uma mulher pedia salvo-conduto para cultivar a planta e produzir o óleo medicinal necessário ao seu tratamento de saúde. Apesar de a recorrente possuir autorização da Anvisa para importar o óleo que contém canabidiol entre os anos de 2016 e 2019, argumentou que o processo de aquisição do medicamento é complicado e oneroso, dificultando a continuidade do tratamento prescrito.

Nada obstante o STJ ter reconhecido ser atípica a importação de sementes de maconha, por não se enquadrarem no conceito de droga, observou que a licença prévia para atividades relacionadas a matérias-primas de drogas é atribuição da Anvisa. Somada à estreiteza cognitiva do *habeas*

corpus e à própria competência do colegiado de Direito Penal, o entendimento daquele colegiado foi de submeter a questão ao exame da autarquia responsável pela vigilância sanitária e, em caso de demora ou de negativa, que se apresentasse o tema ao Poder Judiciário, endereçando-o à jurisdição cível competente.

Há decisões recentes com entendimento diverso ao mencionado julgado do STJ, autorizando o cultivo doméstico de *Cannabis*, por enfermos, para fins terapêuticos, diante do alto custo e da complexidade burocrática para a importação do óleo. Considerando o imbróglio jurídico, que gera discussões a respeito da efetividade do direito à saúde e do risco à segurança e à saúde públicas, este breve estudo pretende analisar, sob um enfoque civil-constitucional, a (falta de) política pública com relação ao plantio de *Cannabis* para uso medicinal e identificar as soluções mais apropriadas à situação.

1. A PALAVRA DA CAUTELA

Em dezembro de 2020, a Comissão de Drogas Narcóticas das Nações Unidas reclassificou a maconha e a resina derivada da *Cannabis* para uma lista de substâncias consideradas menos perigosas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Antes, a maconha figurava ao lado de substâncias particularmente suscetíveis a abusos e à produção de efeitos danosos e sem capacidade de produzir vantagens terapêuticas, como a heroína. Agora não mais, por ter se agrupado a substâncias entorpecentes como a morfina. Portanto, apesar da reclassificação, aquela decisão não implica desnecessidade de controle, pelos países, contra a proliferação da droga.

A nossa Lei Antidrogas proíbe em todo o território nacional o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas. Todavia, também consta naquela norma exceção no sentido de que a União pode autorizar aqueles atos exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização.

Pelo mundo, já existe a aprovação de produtos oriundos da *Cannabis* e, no Brasil, a Anvisa autoriza a importação com receita médica, na forma da Resolução RDC nº 335, de 24 de janeiro de 2020. Nada obstante a Resolução Anvisa RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019, admitir, em

seu art. 18, a “fabricação e comercialização de produto de *Cannabis*, em território nacional, a empresa deve importar o insumo farmacêutico nas formas de derivado vegetal, fitofármaco, a granel, ou produto industrializado”, sendo vedada a importação da planta ou partes da planta. Isso significa que o cultivo permanece, por regra, proibido e passível, em tese, de tipificação penal do art. 33 da Lei Antidrogas.

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 399/2015, cuja redação original pretendia apenas alterar o art. 2º da Lei Antidrogas para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta *Cannabis sativa* em sua formulação. Apesar de, a princípio, não haver menção à produção ou ao cultivo, seria uma iniciativa de alento aos pacientes que se tratam por meio de importação de THC e CBD ou poderiam se tratar com as substâncias. Contudo, foi apresentado substitutivo ao projeto para que se passe a autorizar, mediante regulamentação, o cultivo da *Cannabis*: “Art. 1º As atividades de cultivo, processamento, pesquisa, armazenagem, transporte, produção, industrialização, manipulação, comercialização, importação e exportação de produtos à base *Cannabis sp.* são permitidas nos termos desta Lei.” E ainda: “Art. 3º É permitido o cultivo de *Cannabis* em todo o território nacional, desde que feito por pessoa jurídica, para os fins determinados e de acordo com as regras previstas nesta Lei.” Logo, a proposta atual não prevê autorização para o cultivo por pessoa física em âmbito doméstico, nada obstante haver tal discussão dessa modalidade na Câmara.

Interessante notar que o substitutivo ao Projeto de Lei nº 399/2015 prestigia a autonomia do médico na prescrição de medicamento canabinoide sem restrição e sem nem mesmo a necessidade de que sejam esgotadas todas as alternativas terapêuticas. A respeito do peso da prescrição pelo médico do paciente, Lucas Oliveira (2017, p. 64) ressalta a importância também como subsídio fundamental à judicialização: “Os laudos médicos desempenham um papel fundamental de forma a vincular a análise dos pacientes ao discurso médico referendado pela ciência contemporânea e a episteme, que fundamenta as práticas interventivas judiciais para a realização do direito à saúde.”

Há inúmeros estudos que apontam bons resultados da *Cannabis* no tratamento de epilepsia, autismo, Alzheimer, Parkinson, dores crônicas e câncer, entre outras situações como a depressão. Quanto a esse último

transtorno, acomete uma escala tão larga como 5,8% da população brasileira, segundo dados da OMS¹¹. Em abril deste ano, conforme noticiado em diversas mídias digitais, decisão da 3ª Vara Federal no Piauí autorizou o cultivo da planta para um paciente com depressão. Ele conseguiu a permissão na Justiça para cultivo da planta, extração artesanal do óleo de CBD e uso das flores para vaporização, com fins exclusivamente medicinais. Considerando a expressiva quantidade de pessoas com depressão no Brasil, tal precedente poderia conduzir a uma explosão de autorizações de cultivo. Na linha daquele entendimento judicial, haveria 12 milhões de potenciais cultivadores domésticos de *Cannabis* no Brasil, uma população equivalente a quase de três Uruguais e meio, como se verá no tópico seguinte, referente às experiências estrangeiras sobre a liberação de drogas.

A Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), em sua 94ª reunião ordinária, realizada em fevereiro deste ano, recomendou inicialmente a não incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS) do canabidiol 200mg/ml para o tratamento de crianças e adolescentes com epilepsia refratária a medicamentos antiepilépticos. Na ocasião, o Plenário considerou que as evidências disponíveis incluíam poucos pacientes, apresentaram benefício clínico questionável, aumento importante de eventos adversos e descontinuação do tratamento, com resultados de custo-efetividade e impacto orçamentário elevados.

Segundo Capez (2012, p. 771), seja sob um aspecto de saúde privada como pela pública, deve-se ter em mente que a proteção à saúde coletiva é o bem jurídico a ser tutelado no delito de tráfico ilícito de drogas, devido ao fato que o uso e a venda de tóxicos subordina ao risco um número indeterminado de pessoas, ocasionado perigo a toda sociedade. Para o criminalista, como expôs em seu artigo intitulado “Descriminalização das Drogas: Impossibilidade”, “a descriminalização, ao contrário do que se pensa, surtirá o efeito deletério de estimular o consumo de drogas.” Para ele, pela lei de mercado, com a liberação de drogas, haveria mais pessoas interessadas em seu uso, o que levaria à multiplicação dos traficantes.

11 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Casa de Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao/>. Acesso em: 23 set. 2021.

Naquele artigo, o professor pondera que a descriminalização das condutas previstas no art. 28 da Lei Antidrogas, dentre elas, quem, cultiva a maconha para o seu consumo pessoal, conduziria a uma perda de receita do tráfico pela legalização do uso da planta. Tal fator impulsionaria, no entender de Capez, os traficantes para a segunda opção de crimes práticos no Brasil: os crimes contra o patrimônio de todos, de maneira que haveria acréscimo nas estatísticas de furto, roubo, sequestro etc. O jurista se posiciona, assim, firmemente contrário a uma política criminal de afrouxamento do combate às drogas.

Com relação a substâncias entorpecentes, deve-se considerar que elas apresentam riscos maiores à saúde se comparadas às outras substâncias que não têm ação no sistema nervoso, por isso enfrentam maior controle sanitário e demandam critérios médicos mais rígidos. Consequentemente, cabe-nos apontar, em oposição à autorização do cultivo doméstico da *Cannabis* para fins medicinais, que tal prática não garantiria a qualidade do óleo, nem a precisão de sua dosagem. Com isso, haveria risco potencial à saúde dos próprios pacientes. Sob esse aspecto, há razão para preocupação com relação a uma autorização geral para pacientes.

Nas discussões do Projeto de Lei nº 399/2015 na Câmara dos Deputados, há críticas e apoios. Há quem se oponha a um chamado “marco legal da maconha”, apesar de haver suporte a defesa do acesso amplo a medicamentos novos ou caros à base da planta, inclusive no SUS, ainda que mediante importação de ingrediente farmacêutico ativo (IFA). Há expressiva resistência na Câmara contra o cultivo de *Cannabis* no país. Para alguns legisladores, a importação do canabidiol seria suficiente e prudente para evitar riscos à segurança pública. Diante deste cenário, quando se trata de legislação envolvendo substâncias entorpecentes, as vozes que se levantam pela cautela se fazem justificáveis.

1.1. EXPERIÊNCIAS ALIENÍGENAS

O ousado desafio de disputar, de forma pioneira no mundo, o negócio de drogas com os traficantes, da produção à venda, coube ao Uruguai ao legalizar o mercado de maconha. No ano de 2019, seis anos após a aprovação da lei que chamou a atenção internacional em dezembro de 2013, apurou-se que o país sul-americano apresentava resultados ambí-

guos sobre drogas. Sob o viés negativo, há estudos que evidenciam uma elevação da quantidade de usuários de maconha no Uruguai, onde ainda há um mercado ilegal lucrativo da droga. Adicionalmente, a violência ligada ao narcotráfico atingiu níveis preocupantes no país.

A legislação uruguaia foi além de estruturar um sistema controlado pelo Estado para a produção e venda de maconha em farmácias, mas também autorizou o cultivo privado de *Cannabis* para uso recreativo. No pequeno universo de uma população de 3,5 milhões de pessoas, segundo o seu *Instituto de Regulación y Control del Cannabis* (IRCCA), neste mês de setembro, há no Uruguai 45.920 adquirentes habilitados de farmácia e 12.757 pessoas autorizadas ao cultivo doméstico da planta¹². No entanto, segundo reportagem da BBC News Brasil¹³, no ano de 2018, apenas um em cada três consumidores no Uruguai obteve maconha no mercado regulamentado.

Conforme aquela matéria da BBC News Brasil, os dados apresentados pelo governo mostram um aumento na prevalência de uruguaianos que consumiram maconha pelo menos uma vez no ano passado: de 9,3% em 2014 para 14,6% em 2018. Acrescenta, ainda, que, embora o Uruguai se mantenha longe das taxas de criminalidade registradas pelos países mais violentos da região, segundo dados oficiais, no ano de 2018, houve um aumento de 45,8% nos homicídios em relação a 2017. A taxa de homicídios no país, que há duas décadas era comparável à da Europa, subiu pela primeira vez para dois dígitos: 11,8 a cada 100 mil habitantes. Há quem reflita que o conflito entre os grupos de traficantes no Uruguai tenha piorado, com a continuidade de disputa de territórios de drogas ilegais, como a cocaína. Há quem aponte ter sido um exagero acreditar que, com a legalização da maconha no Uruguai, os problemas com o tráfico de drogas terminariam, além de alguns sugerirem que o país teria se tornado um novo centro de interesse para o tráfico internacional de drogas.

Dados da Deutsche Welle¹⁴ relatam ter havido sérios reveses na experiência holandesa de descriminalização do uso de drogas, tendo se torna-

12 <https://www.ircca.gub.uy/cultivo-domestico-de-cannabis-psicoactivo/>

13 LISSARDY, Gerardo. O que realmente mudou no mercado de drogas no Uruguai após a legalização da maconha? *In*: BBC News Brasil. <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50842940>. Acesso em: 24 set. 2021.

14 HERNÁNDEZ, Anabel. Os efeitos colaterais da liberal política de drogas holandesa. *In*:

do um dos principais produtores mundiais de drogas sintéticas. De acordo com informações da imprensa, as autoridades holandesas acreditam que cartéis mexicanos dão assessoria a seus colegas do país europeu sobre a produção e o tráfico de metanfetaminas. E podem ser responsáveis por distribuir essas substâncias no mercado americano.

A mensagem do cientista social Pieter Tops, da Universidade de Tilburg e professor da Academia de Polícia Nacional, especialista entrevistado pela Deutsche Welle na mencionada matéria, é clara: a impunidade do narcotráfico na Holanda e a aceitação social impulsionam a produção de metanfetaminas, o que afeta diretamente vizinhos como a Alemanha. Ou seja, além do problema interno nacional, há contaminação dos países vizinhos desalinhados com aquela política de afrouxamento no combate às drogas.

Enfim, conforme matéria da Gazeta do Povo em junho deste ano, as experiências internacionais do Uruguai e dos Países Baixos não revelam o sucesso que se tem dito quanto às políticas de legalização das drogas, sendo verificados diversos efeitos negativos advindos da flexibilização das normas sobre drogas ilícitas.

2. DIREITO À SAÚDE

Como ensina Taveira (2009, p. 57), ao mencionar Ricardo Lobo Torres, a dignidade da pessoa humana, cujo núcleo essencial se identifica com a noção de mínimo existencial, trata-se de “condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e ainda exige prestações estatais positivas”. Sabe-se que o direito à saúde é um dos desdobramentos da dignidade da pessoa humana. E, como destaca Antonio Carlos de Jesus (2017): “não restam dúvidas que a utilização da *Cannabis sativa* devolve àquelas pessoas o mínimo de qualidade de vida e de bem-estar, com a obtenção de uma efetiva dignidade enquanto ser humano”. Por sua vez, o ministro Luiz Fux (2000, p. 22) descreve a saúde como a reunião de condições básicas biopsicológicas que permitem uma sobrevivência contra doenças, sendo direito de todos, conforme a Constituição Federal. O magistrado acrescenta: “Obedecido o esquema

Deutsche Welle. <https://www.dw.com/pt-br/os-efeitos-colaterais-da-liberal-pol%C3%ADtica-de-drogas-holandesa/a-51474620>. Acesso em: 24 set. 2021.

clássico de relação jurídica segundo o qual a todo direito corresponde um dever, o texto constitucional esclarece que a saúde é um direito correspondente ao ‘dever’ de o Estado provê-la” (2000, p. 23). Logo, como premissa, é preciso ressaltar ser dever do Estado assegurar a todos os cidadãos, sem distinção, o direito à saúde, que se sabe fundamental e consagrado nos arts. 6º, 196 e 197 da Constituição Federal.

O conhecido art. 186 do Código Civil descreve o que se entende por ato ilícito no sistema jurídico pátrio. Daí se extrai que eventual reticência Estatal na disponibilização de um medicamento ou mesmo alguma injusta proibição se caracterizam atos ilícitos, passíveis de medidas judiciais para compelir a Administração Pública a cumprir a sua obrigação constitucionalmente prevista. Como bem pontua Fux (2000, p. 45), a tutela de urgência, instituto consagrado no rito processual brasileiro e aplicável às cabíveis demandas judiciais referentes ao direito à vida e à saúde, “constancia uma norma *in procedendo* que permite ao juiz propiciar à parte do processo usufruir de imediato dos efeitos práticos pretendidos através do pedido formulado, tal como ocorreria na execução acaso favorável a decisão”. A bem dizer, o direito à saúde, que fundamenta a exigência de pleito de pacientes ao Estado para prover medicamento ou se abster de impedir seu acesso, não raro impõe que se imprima nos processos celeridade (art. 5º, LXXVIII, da Constituição Federal) apta a garantir a efetividade da prestação jurisdicional. Para isso, a tutela provisória de urgência é por vezes necessária, sob pena de se causar danos irreversíveis ao enfermo (arts. 139, IV, e 300 do Código de Processo Civil).

O §16 do art. 37 da Constituição Federal, incluído pela Emenda Constitucional nº 109 deste ano, impõe aos órgãos e entidades da Administração Pública, individual ou conjuntamente, a avaliação das políticas públicas, inclusive com divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados, na forma que lei regulamentar dispuser. Isso denota um esforço do legislador para impulsionar o Poder Executivo a uma (re)calibragem das políticas públicas, que devem apresentar resultados positivos não apenas em seus primeiros momentos de implementação, mas também ao longo do tempo, adaptando-se à realidade que se apresentar. Seja como for, não há vedação ao controle jurisdicional das políticas públicas com base na aplicação do princípio da precaução, desde que a decisão judicial não se afaste da análise formal dos limites de seus respectivos parâmetros

e privilegie a opção democrática das escolhas discricionárias feitas pelo legislador e pela Administração Pública.

O ministro Luís Roberto Barroso é abertamente favorável à descriminalização da maconha. Para ele, tal medida seria benéfica à segurança pública, por reduzir o poderio do tráfico de drogas. Aliás, para Barroso, descriminalizar o uso da droga é pouco. Seria preciso legalizar o uso da maconha, até mesmo visto que, segundo sustenta, a guerra às drogas, tal com vem sendo praticada há quase 50 anos, teria fracassado.

Outros argumentos do magistrado, pela legalização da maconha, baseiam-se na crise no sistema penitenciário. Para ele, é importante diminuir o índice de encarceramento tido por inútil de jovens primários que são presos como traficantes, os quais entram na prisão não tão perigosos e saem de lá realmente perigosos. Um outro objetivo da abertura com relação à maconha seria controlar o consumo, de forma a trazer benefícios individuais à saúde dos usuários, com repercussão coletiva.

Na justificação da proposta substitutiva ao Projeto de Lei nº 399/2015, consta o seu escopo: “permitir que a sociedade brasileira possa ser beneficiada, quando essencial e necessário ao tratamento de determinadas patologias, com o uso de apresentações farmacêuticas que tenham na sua fórmula a *Cannabis sativa*”. Segundo o projeto de lei, o efeito terapêutico e a toxicidade dos fármacos demonstram muito bem os limiares existentes para a classificação entre remédio ou veneno, nas quais uma mesma substância química pode ser enquadrada. Dessa forma, os riscos na utilização delas poderão ser maiores ou menores, a depender desses fatores e de aspectos intrínsecos ao paciente, que precisam ser considerados para que a eficácia e a segurança do uso de medicamentos possam ser avaliadas. Há drogas que, apesar dos riscos, possuem benefícios terapêuticos a justificarem a sua utilização como medicamentos, tal qual o CDB e o THC.

É importante salientar, com relação à responsabilidade estatal quanto à segurança pública, a cautela do Projeto de Lei nº 399/2015 no cultivo de *Cannabis* para fins medicinais, seja de uso humano ou veterinário. A modelagem de cultivo prevista é apenas em local fechado, independentemente do teor de THC contido na planta, ou seja, numa “Casa de Vegetação”. Tal local seria destinado ao plantio, do tipo estufa ou outra estrutura adequada, desde que projetado e mantido de modo a impedir o acesso de

peças não autorizadas, bem como garantir a contenção e a não disseminação no meio ambiente.

Também é importante destacar que o cultivo local da *Cannabis* deverá baixar o custo dos tratamentos para pacientes e governos das três esferas (União, Estados e Municípios), cuja solidariedade na prestação da saúde à população — inclusive ao responderem, em ações judiciais, a tutelas provisórias de urgência — deriva dos mandamentos dos arts. 6º e 196 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90. Diante da reticência estatal, em 2018, a pedido do Ministério Público Federal em Eunápolis (BA) no processo nº 1000181-84.2017.4.01.3310, a Justiça Federal determinou que a União incluísse medicamentos, já registrados pela Anvisa, à base de CBD e THC, na lista de fármacos ofertados pelo SUS. Todavia, a União, por meio da Anvisa, ainda se mostra omissa na respectiva regulamentação mais ampla do uso terapêutico da *Cannabis*; cabendo ao Poder Judiciário suprir a lacuna, quando a ele trazida demanda que o exigir, como nos pleitos de cultivo da erva.

Ademais, ainda que as atribuições relativas às políticas públicas na defesa da saúde da população sejam de competência dos Poderes Executivo e Legislativo, não pode, por outro lado, o Judiciário se furtar de suas responsabilidades frente a casos concretos (princípio da inafastabilidade da jurisdição, art. 5º, XXXV, da Constituição Federal). Impõe-se ao Estado Democrático de Direito o reforço da garantia dos direitos fundamentais, devendo ser coibida a prática de qualquer violação decorrente de conduta ativa ou omissiva referente a abusos, que podem se dar por qualquer um dos três Poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário.

O art. 196 da Constituição Federal não deixa pairar dúvidas quanto a quem imputa o dever de efetivar o direito fundamental à saúde: ao Estado. Assim, tem-se que ao Estado cabe se organizar em termos de instituições, pessoal, aparelhamento e atribuições para garantir que as pessoas estejam razoavelmente seguras para o uso da *Cannabis* e, assim, aptas a viverem normalmente suas rotinas, desfrutando de seus bens, da convivência doméstica, das atividades sociais e profissionais, a despeito do cultivo da planta em território nacional.

Mesmo com a autorização judicial para obtenção de CBD ou THC importados, por vezes, não há efetividade, pela complexidade do trâmite, como salienta Hannah Gurgel (2019, p. 283-295):

Como pode ser observado no Quadro 3, duas crianças, mesmo após quase três anos do deferimento do pedido judicial, ainda não conseguiram fazer uso do medicamento pleiteado, o qual, repita-se, chegou ao Brasil, mas não foi liberado pela equipe alfandegária da Anvisa, em Brasília (DF), diante da ausência de apresentação dos laudos e formulários médicos atualizados pelo citado ente público. [...]

Todavia, é possível considerar que judicialização não é a melhor alternativa para as falhas de gestão do Poder Público perante os indivíduos, pois os enfermos que necessitam do referido fármaco já possuem situação clínica debilitada, não podendo aguardar o desfecho de um complexo processo judicial ou, até mesmo, a benevolência do estado em cumprir as decisões judiciais proferidas em caráter antecedente, para, finalmente, terem acesso ao medicamento que necessitam. Especialmente porque, ao se analisar os autos das ações em referência, constatou-se que o Judiciário não tem demonstrado a necessária preocupação em fazer realmente valer as suas decisões, porquanto sequer as multas por inadimplemento fixadas nas demandas foram cobradas, a fim de coagir o réu ao cumprimento.

A burocracia para a aquisição de CBD e THC é dificultosa para aqueles que possuem capacidade econômica para tal, e ainda mais embaraçosa para aqueles que dependem do fornecimento da medicação pelo Estado, a um custo até maior ao erário do que seria caso houvesse o domínio de toda a cadeia produtiva em território nacional. A lacuna regulatória para pesquisa e produção no Brasil, com entraves na importação da matéria-prima, acaba levando o país à debilidade com produtos caros e de baixa qualidade.

Assim, fica claro que o Estado deve assegurar a saúde, em prestígio aos direitos fundamentais, nem que seja pela via contenciosa. Portanto, pode-se afirmar que, por força constitucional, o Estado brasileiro se sujeita a ser judicialmente obrigado a admitir o cultivo, diante do lapso na regulamentação a respeito do plantio nacional.

2.1. AUTORIZAÇÕES JUDICIAIS DE CULTIVO

Miriam Ventura (2010, p. 78) afirma que “o fenômeno da *judicialização da saúde* expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cida-

dãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos”. Sob esse aspecto, em julho deste ano, conforme noticiado em diversas mídias digitais, a 4ª Turma Recursal dos Juizados Especiais do Tribunal de Justiça do Paraná autorizou uma senhora a plantar *Cannabis* para tratar a fibromialgia que lhe acomete. A decisão se baseou na constatação de que pacientes que não têm condições de importar o medicamento devido ao alto custo, buscam no Judiciário uma forma de autorizar o cultivo, além de que a melhora do quadro da paciente com o uso do CBD reduz as chances de necessitar atendimento pelo SUS. Ademais, apesar de a Anvisa já ter aprovado o uso de *Cannabis* em certos medicamentos e de possuir normativo para importação excepcional, ainda não regulamentou o cultivo domiciliar, o que prejudica a efetividade do direito à saúde.

Afora o embasamento no direito à saúde individual das diversas decisões judiciais de autorização do cultivo da erva, outra questão é que a Anvisa acaba dificultando o desenvolvimento de novos produtos na atual situação em que se encontra a resistência contra a *Cannabis*, o que só avançará com a regulamentação do plantio, processamento e comercialização dos produtos da *Cannabis*. Até lá, o Brasil vem ficando atrasado no desenvolvimento tecnológico a respeito da planta, fazendo com que empresas brasileiras acabem perdendo competitividade em um mercado cada vez maior. Decerto, é preciso um amplo debate multidisciplinar, sem entraves moralistas, sobre os impactos na agricultura, na saúde e em questões sociais.

Com uma boa estruturação do cultivo nacional da *Cannabis*, o governo poderá economizar nas despesas de fornecimento de CBD e THC pelo SUS, além de reduzir internações. A regulamentação possibilitaria a produção nacional, mais barata do que a importação de substâncias, também evitando a saída de divisas do país, com a possibilidade até de exportação, inclusive de produtos como celulose, cosméticos, produtos de higiene pessoal, suplementos e gêneros alimentícios, pelo cultivo de cânhamo industrial, variedade da planta sem ação psicoativa.

O STF firmou entendimento no sentido de que é possível "o Poder Judiciário vir a garantir o direito à saúde, por meio do fornecimento de

medicamento ou de tratamento imprescindível para o aumento da sobrevida e a melhoria na qualidade de vida da paciente" (Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, Tribunal Pleno, de relatoria do ministro Gilmar Mendes, DJe 30.04.2010). Cumpre destacar que, no Tema 793, por ocasião do julgamento do RE nº 855.178-RG/SE, afetado pela sistemática dos recursos repetitivos, o STF assentou a tese de que: "O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente." Seguindo esta diretriz, Emílio Figueiredo (2016, p. 23) conclui que "a falta de regulamentação do cultivo de *Cannabis* e da produção artesanal de medicamentos e produtos com finalidade terapêutica, restringe o acesso democratizado às terapias com a planta medicinal e expõe pessoas ao risco de sofrerem consequências penais. Entre a criminalidade – em razão de interpretação equivocada do Poder Público – e a constitucionalidade – de condutas protegidas constitucionalmente – estão o cultivo e a produção artesanal, que devem ser contemplados na regulamentação do uso medicinal de *cannabis* no Brasil."

CONCLUSÕES

Em suma, é crucial a atuação estatal para garantir a efetividade do direito fundamental à saúde, sem descuidar da segurança pública e da proteção à saúde coletiva. Observamos que o Projeto de Lei nº 399/2015, em sua versão atual, segue a linha de progredir na autorização do cultivo da *Cannabis*, sem, contudo, deixar de consignar a responsabilidade do Estado no controle de forma rigorosa, na *ratio* já expressada pelo parágrafo único do art. 2º da Lei Antidrogas. Diante do que foi aqui brevemente analisado, conclui-se ainda não haver horizonte para uma solução a dar fim à judicialização, tudo levando a crer que ela persistirá para aqueles pacientes que se sentirem no direito de exigir a concessão de autorização do Estado para que plantem a erva. O enfraquecimento de tais pleitos, a nosso ver, dar-se-á, a depender do grau de sucesso do eventual modelo de cultivo nacional via pessoa jurídica.

A canção "A Arte de Viver", de Toquinho, já diz: "o tempo é um caminho pra se percorrer, às vezes sozinho, às vezes juntinho". Se há, atual-

mente, trevas nas políticas públicas brasileiras de saúde quanto à *Cannabis*, o enfermo, cujo tempo não lhe favorece, deverá contar com um advogado — do latim, *advocatus*, particípio passado de *advocare*, “chamar junto a si” — ou Defensor Público para lhe trazerem a luz do exercício do seu direito constitucional à saúde pela via judicial.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. Descriminalização da maconha. In: **Luís Roberto Barroso**. <https://luisrobertobarroso.com.br/2017/02/04/descriminalizacao-da-maconha-2/>. Acesso em: 24/09/2021.

BRASIL. **Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. **Código de Processo Civil (Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. **Constituição Federal, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. **Lei Antidrogas (Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. **Resolução ANVISA – RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-327-de-9-de-dezembro-de-2019-232669072>. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. **Resolução ANVISA – RDC nº 335, de 24 de janeiro de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-335-de-24-de-janeiro-de-2020-239866072>. Acesso em: 23 set. 2021.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal: legislação penal especial**. Vol. 4, 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Descriminalização das Drogas – Impossibilidade. In: **Fernando Capez**. Disponível em: <https://fernandocapez.com.br/descriminalizacao-das-drogas-impossibilidade/>. Acesso em: 23/09/2021.

DRESDEN, Danielle. *What's the difference between indica and sativa?* In: **Medical News Today**. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/indica-vs-sativa#hybrids>. Acesso em: 23/09/2021.

FIGUEIREDO, Emílio Nabas *et alii*. Entre a criminalidade e a constitucionalidade: o cultivo e produção de *cannabis* para fins terapêuticos. In: **Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) – Boletim 286 – Setembro/2016**. https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5834-Entre-a-criminalidade-e-a-constitucionalidade-o-cultivo-e-producao-de-cannabis-para-fins-terapeuticos. Acesso em: 24/09/2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Casa de Oswaldo Cruz**. Disponível em: <http://www.revistahscsm.coc.fiocruz.br/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao/>. Acesso em: 23/09/2021.

FUX, Luiz. **Tutela de Urgência e Plano de Saúde**. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2000.

GUALTIERI, Lucas de Moraes. O fracasso das experiências internacionais de legalização das drogas: “Por fora, bela viola; por dentro, pão bolorento”. In: **Gazeta do Povo**. <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/fracasso-experiencias-internacionais-legalizacao-das/>. Acesso em: 24/09/2021.

GURGEL, Hannah Larissa de Carvalho *et alii*. Uso terapêutico do canabidiol: a demanda judicial no estado de Pernambuco, Brasil. In: **Saúde e Sociedade [on-line]**. v. 28, n. 3, p. 283-295. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180812>. Acesso em: 25/09/2021.

JESUS, Antonio Carlos Justo de *et alii*. Legalização da maconha para fins medicinais. In: **Revista do Curso de Direito do Centro Univer-**

sitário Brazcubas. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/revdu-bc/article/view/247/399>. Acesso em: 24/09/2021.

LISSARDY, Gerardo. O que realmente mudou no mercado de drogas no Uruguai após a legalização da maconha? *In: BBC News Brasil.* <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50842940>. Acesso em: 24/09/2021.

MAXX, Matias. Decisão do STJ sobre cultivo de maconha medicinal cria empurra-empurra com a Anvisa. *In: Pública.* <https://apublica.org/2021/04/decisao-do-stj-sobre-cultivo-de-maconha-medicinal-cria-empurra-empurra-com-a-anvisa/>. Acesso em: 23/09/2021.

OLIVEIRA, Lucas Lopes *et alii*. Discursos médicos e jurídicos sobre maconha na Paraíba: a judicialização do direito ao acesso à maconha medicinal. *In: Revista de Estudos Empíricos em Direito.* V. 4, n. 2. 17 maio 2017. <https://reedrevista.org/reed/article/view/147>. Acesso em: 24/09/2021.

STJ. Quinta Turma aponta competência da Anvisa e nega salvo-conduto para plantio e produção de óleo de maconha. *In: Superior Tribunal de Justiça.* <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/14042021-Quinta-Turma-aponta-competencia-da-Anvisa-e-nega-salvo-conduto-para-plantio-e-producao-de-oleo-de-maconha.aspx>. Acesso em: 23/09/2021.

TAVEIRA, Christiano *et alii*. **Direito constitucional.** Vol. 5. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

VENTURA, Miriam. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva.* <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?-format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24/09/2021.

SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Clarice Bezerra¹⁵

INTRODUÇÃO

O presente ensaio teórico propõe discutir a atuação do profissional de Serviço Social na área da saúde, especificamente no âmbito atenção básica, temática pertinente diante da nossa conjuntura atual que vem sendo marcada por retrocessos, tornando-se importante a discussão do papel do Assistente Social, e os apontamentos dos desafios que marcam a sua atuação no âmbito da saúde e as possibilidades para realização de ações qualificadas e condizentes com a profissão, dentro das equipes multiprofissionais.

Dessa forma, busca-se evidenciar os elementos que condicionam a Atenção Básica no Brasil e como o profissional de Serviço Social se insere neste espaço sócio-ocupacional, essa discussão é imprescindível diante da conjuntura de sucateamento, desresponsabilização do Estado, ataques/retiradas dos direitos obtidos através de muita luta e resistência.

Portanto, faz-se necessário uma compreensão acerca da relação que os profissionais da atenção básica necessitam para a realização do trabalho junto as famílias, uma vez que é preciso ser pautado a partir das necessidades de cada realidade individualmente, potencializando o viés da promoção e prevenção, entendendo que a saúde pública é um espaço de participação população, e que os usuários vão em busca não só da cura para

15 Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa – Trabalho, Ética e Direitos (GEPTED/UFRN).

suas doenças, mas da promoção de saúde diária, com ênfase na prevenção e ampliação de conhecimentos acerca do processo saúde-doença.

SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O termo Atenção Básica é adotado pelo Ministério da Saúde para diferenciar a proposta da Saúde da Família dos cuidados primários de saúde, interpretado como política de focalização e atenção primitiva à saúde. Atualmente, tanto o CONASS quanto o Ministério da Saúde utilizam a terminologia “Atenção Primária à Saúde”, aceita internacionalmente. Portanto, a nomenclatura “Atenção Básica” é atualmente utilizada no país para definir Atenção Primária à Saúde, tendo como principal estratégia a Saúde da Família (CONASS, 2011).

Esta, por sua vez, surgiu em 2003 através do CONASS pela necessidade de se fortalecer a Atenção Primária, tendo em vista que ela é a principal porta de entrada da rede de serviços integrados, portanto, o eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Ela deve estar orientada não somente para o sujeito e sua autonomia, mas para a família e sua comunidade, provendo cuidados para doenças crônicas e demais necessidades de saúde coletiva. Ou seja, tornar a Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da APS (BRASIL, 2011).

Desde a NOB 01\96, verifica-se a ênfase na Atenção Primária e a expansão do PSF, contudo a partir do pacto a estratégia de saúde da família passa a ser prioritária para o fortalecimento na atenção primária nos pequenos, médios e grandes municípios (HOFMANN, 2017, p. 34).

Razão pela qual a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada e regulamentada pela Portaria 648\2006 com o objetivo de estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção prática para o Programa Saúde da Família (PSF), bem como para o Programa de Agentes Comunitários (PAC).

O CONASS, ao longo dos últimos anos, vem sendo a protagonista na busca pela consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no fortalecimento da APS. Em 2003, criou o documento “Atenção Primária-

Seminário do CONASS para a construção de consensos”, no qual os Secretários Estaduais de Saúde propuseram o estabelecimento da ESF como prioridade no desenvolvimento da APS no SUS, através de articulações, negociações e integração entre gestores e equipes do Programa Saúde da Família (PSF), reorientando a APS como modelo de atenção e não mais como programa limitado às ações de saúde de baixa resolutividade (CONASS, 2011).

Em 2012, a PNAB regulamenta mais uma vez o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, diminuindo ainda mais o repasse e com isso precarizou ainda mais os serviços. Apesar disso, substituiu a modalidade PSF para a Estratégia Saúde da Família. E a PNAB 2017, através da Portaria nº 2.436/2017, trouxe rebatimentos ainda mais severos para a Atenção Primária, o qual estabeleceu que o então modelo de ESF não fosse mais prioridade enquanto modelo assistencial, implementando também a Estratégia de Atenção Básica (EAB), embora aquele modelo seja superior se comparado à atenção básica, pois produziu impactos muito positivos na população.

Além disso, reduziu investimentos com a equipe de Saúde da Família, limitando a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, cada profissional com carga horária mínima de 10 horas semanais. No lugar de Agentes Comunitários de Saúde, serão incorporados os Agentes de Controle de Endemias, estes, por sua vez, ficarão responsáveis por realizar ações de saúde que é de inteira competência da enfermagem, comprometendo ainda mais a qualidade nas ações e serviços de saúde e os enfermeiros, por sua vez ficam proibidos de acumular funções. O NASF também não foi isento de retaliações, pois será convertido em NASF-AB, seguindo o mesmo retrocesso sofrido pela ESF e a carteira de serviço passa a oferecer um pacote mínimo de funções. Sem falar na Emenda Constitucional 95, que agrava o subfinanciamento crônico através de redução progressiva dos recursos por vinte anos.

O serviço social é uma profissão que se encontra vinculada ao antagonismo de classes, onde de um lado temos os interesses da classe trabalhadora e do outro os interesses da classe dominante. Partindo de uma perspectiva crítica dialética seguindo os preceitos do código de ética da profissão (1993), voltado para uma intervenção profissional na questão

social, se caracteriza a necessidade de sua atuação nas diversas áreas que atuem com as políticas e direitos garantidos pelo estado, e o compromisso com a defesa dos direitos da classe trabalhadora tendo em vista uma nova ordem societária.

A constituição de 1998, foi uma grande conquista que veio a colaborar com a nova formação ideológica da profissão, a qual a seguridade social no Brasil foi inaugurada, composta pelo tripé Previdência, Saúde e Assistência Social, no qual a Saúde (sendo) é colocada como não contributiva e direito de todos; a Previdência social è restrita aos trabalhadores contribuintes e a Assistência Social destinada a quem dela necessitar (OLIVEIRA e SARRETA,2009,p.03). Desse modo, pode se colocar como as principais conquistas para a saúde inseridas na constituição:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano; – As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; – Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; – A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; – Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, p. 50- 51).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi um resultado dessas conquistas, foi feita por meio de movimentos sociais, gestores das três esferas do governo, usuários entre outros, “é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012, p.09)”. Dessa forma, é preciso elucidar algumas mudanças advindas

da portaria nº 2.423, de setembro de 2017, onde traz novas aspectos para a Política de Atenção Básica no qual cabe reflexões e desdobramentos para a nossa atuação profissional, assim como para a sociedade.

A primeira mudança na qual pode ser observada é o reconhecimento de outras formas organizacionais de equipes desde que sigam os princípios e diretrizes da Atenção Básica, tais equipes serão formadas de acordo com as necessidades locais, propõe também a redução da população adscrita que antes era 4 mil e passa a ser agora 2 mil até 3.500 por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família, a integração da vigilância em saúde e Atenção Básica propondo dessa forma uma reorganização dos processos de trabalho em equipe, o NASF também sofre mudanças, pois agora passa a ser complementar as equipes de AB ditas como tradicionais, além das equipes de Estratégia de Saúde da Família, por último houve a inclusão de um gerente de AB, com o objetivo de fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita. Essas alterações possuem um prazo curto para entrar em vigor, por tal motivo faz-se necessária uma apropriação de todos esses elementos, uma vez que trará impactos no nosso âmbito de trabalho.

Dentre essa perspectiva e prezando o bem do indivíduo e do coletivo, o Serviço Social na Atenção Básica à Saúde (ABS) se coloca como atuante na defesa da saúde primária, visando a saúde não somente como doença e cura, médico e paciente, mas tendo uma interação maior com uma equipe multiprofissional, tendo foco na prevenção e na qualidade de vida da família. Dessa forma a atuação do serviço social na área de saúde consiste em:

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descharacterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação

em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CEFESS, 2010,p.28)

O Assistente Social foi sendo colocado de forma gradativa na saúde, na ABS (Atenção básica de saúde) ele se coloca como equipe de apoio junto com outros profissionais, é importante ressaltar outro avanço que é a Estratégia da família, que teve princípio com o programa de saúde em 1994, que tenta atingir a população em seu contexto, na constituição das famílias que ali residem, indo além do atendimento restritivo para entender a doença e suas prevenções dentro das condições individuais e coletivas dos usuários. Sendo assim, o assistente social pode contribuir de acordo com sua formação crítica dentre a questão social. (Ágora: R. Divulg. Cient., ISSN 2237-9010, Mafra, v. 18, n. 1, 2011), uma vez que, seguindo os seus parâmetros, o assistente social realizará seu trabalho respeitando seu código de ética profissional e estará auxiliando no processo de reconhecimento e trabalho dentro do Sistema Único de Saúde.

Os serviços de estratégia da família têm um direcionamento para os princípios da universalidade, acessibilidade e a promoção do cuidado, o vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social, visando as dificuldades da comunidade onde está inserida e suas principais necessidades que interferem direta ou indiretamente na saúde da população. Para isso é necessária uma equi-

pe que trabalhe em conjunto para um atendimento continuado visando um trabalho interdisciplinar entre os setores de conhecimento.

Esse atendimento a família é constituído através das diretrizes do SUS, respaldado na lei 8080 de 1990, e da atenção básica, tendo um modelo de base comunitária e individual, que tem como apoio as equipes no NASF:

Art. 11^º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da família -- NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica; Art. 2^º Estabelecer que os NASFs, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. 1^º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF. 2^º A responsabilização compartilhada entre as ESF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da ESF atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. 3^º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. NASF 1-- deverá ser composto por no mínimo 5 profissionais de diferentes categorias, vinculando-se a no mínimo 8 ESF e no máximo 20 ESF; NASF 2-- deverá ser composto por no mínimo 3 profissionais de diferentes categorias, vinculando-se a 3 ESF; se a 3 ESF (PELLIZARO, P.06).

Por meio do antagonismo instaurado com o neoliberalismo e o modelo toyotista no estado Brasileiro vêm sendo negadas as conquistas alcan-

çadas, instaurando uma ordem societária de desigualdades e desmontes, desta maneira se nega os avanços trazidos com a reforma sanitária e se dificulta a atuação profissional do Assistente social. Dando ênfase a saúde como mero instrumento mercantil, voltado para uma lógica mercadológica, priorizando a iniciativa privada por meio da sucatização do SUS (Sistema Único de Saúde) e uma valorização voltada para uma tecnologia que atenda graus mais complexos em setores privados, deixando de dar ênfase na atenção primária pública de prevenção (CAMARGO,2014,p.71).

A crise estrutural do capital ocorrida em 1970 repercutiu na implementação de uma série de mudanças no modo de produção capitalista, tanto no âmbito da própria produção como na forma de gestão do capital, instaurando em seu modo de produzir formas mais flexíveis de exploração da força de trabalho, com vistas a aumentar a apropriação da mais-valia. Significa dizer que as séries de medidas adotadas após a crise estrutural do capital, representaram aumento exponencial da precarização da força de trabalho no que diz respeito às formas de contratação como na própria forma de exploração da mais-valia (p,3 revista).

Nessa conjuntura se estabelece na saúde uma disputa de interesses, na forma em que seus serviços são gestados, e de que forma será feito o atendimento junto a população, se terá uma visão social focando nas necessidades da saúde, como foi estabelecido na reforma sanitária, ou se vai haver um apontamento para o “modelo médico hegemônico” visando a cura (CAMARGO,2014,p.71) onde se estabelece uma maior descaracterização de direitos de forma a agravar a questão social, que é o maior objeto de enfrentamento do Serviço Social na saúde.

O estado se coloca como um dos protagonistas desses desmontes, já que é um dos maiores investidores no âmbito da iniciativa privada através do fundo público, de modo a contribuir com a precarização do trabalho e dando uma lógica trabalhista de descaso e fortalecendo uma visão conservadora. Assim se coloca os direitos sociais como mínimos, faz com que a lucratividade seja ampliada de forma expressiva para o capital, dando maior abrangência para os planos de saúde (HOFFMAN, OLIVEIRA E REIDEL,2017,p.8).

Há também o ataque à Política Nacional da Saúde que vem em forma de retrocesso ao que já foi alcançado na estratégia de Saúde da família:

Apesar do documento reiterar que a Estratégia Saúde da família deve ser prioritária na ordenação e expansão da Atenção Básica, propõe ao mesmo tempo a modificação da forma de financiamento deste nível de atenção, permitindo com que qualquer outro modelo de atenção básica, inclusive as que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais (compostas sobretudo por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), tenham financiamento específico. Esta proposta abre as portas para um retrocesso de décadas, representando um modelo de atenção básica seletivo, focalizado e de baixa resolutividade, duramente criticado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida no ano de 1978 em Alma-Ata. Além disso, reduz a importância e o número de Agentes Comunitários de Saúde na composição de trabalhadores da saúde na Atenção Básica (Esquerda on-line, 2017).

Em meio a esses constantes desmontes o Serviço Social ainda tem grande parte dos seus profissionais com vínculos empregatícios com o estado, principalmente na área da saúde e assim como a grande parte da classe trabalhadora se encontra dentre a precarização do trabalho e o desvio de suas funções, apresentadas pelo dilema colocado pelo estado neoliberal, estando a mercê da relação entre os interesses do seu empregador e as necessidades da classe trabalhadora, tendo como relevância que os meios possíveis para a execução de seu trabalho é disponibilizado a partir dos interesses do seu empregador. Sendo necessária uma autonomia enquanto Assistente Social, para que se coloque à frente seu projeto profissional e se atenda às demandas dos usuários dos serviços (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, p. 8).

Para se colocar como atuante na Atenção Primária, tem que estabelecer uma relação intersetorial com toda a equipe de saúde, tirando o enfoque do médico, para se conseguir uma atuação abrangente junto a população, entender as demandas vigentes daquela comunidade, seus históricos de doenças, como é as condições de moradia, renda e trabalho e

disponibilidade de tempo, para que haja um atendimento voltado para suas necessidades e que eles possam executar os cuidados necessários para com sua saúde, junto às suas condições para isso dispomos de respaldo para a realização do nosso trabalho no âmbito da saúde, temos os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que tem por objetivo referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área. Nesse documento constam orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho na área da saúde, dessa forma, procura expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas, ainda consta as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto nas ações diretas como nos demais níveis: ações assistenciais, em equipe, socioeducativa, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional dessa forma, espera-se com este documento de orientação, possa fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético Político, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde, sempre articulando teoria e prática nas suas intervenções durante seu cotidiano profissional. (CFESS, 2009,p.9).

Tendo em vista o que foi apontado, o Assistente Social pode contribuir junto aos demais profissionais para uma saúde que seja pensada coletivamente, de modo interdisciplinar, que preze a liberdade dos usuários, sua dignidade e um bom acesso à saúde. Mesmo estando diante de muitos desafios, que seja montada estratégias que contribuam para que a classe trabalhadora tenha um acesso digno à saúde, fugindo de uma lógica mercantil e entendendo seus direitos, tendo o enfoque em uma saúde para todos, descentralizada e que tenha a população como protagonista de seus interesses e necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto podemos ter uma breve respalda sobre a inserção do Serviço Social na Atenção básica de Saúde, fazendo parte da equipe de apoio aos outros profissionais dentre uma perspectiva multidisciplinar. Como profissionais que trabalham com a questão social, a(o) assistente social tem respaldo para entender a saúde de forma além de paciente e

cura, mas entendendo as necessidades coletivas e individuais dos usuários que acessam os serviços.

Porém, também é nítido os desmontes que a profissão tem que encarar em diversas áreas o que não seria discrepante nas unidades de saúde, um dos exemplos desses desmontes são as modificações colocadas na Política Nacional de Saúde (PNAS), sendo mais um reflexo dos desajustes das políticas neoliberal que cada vez mais precariza com a intenção de privilegiar as iniciativas privadas o que se coloca como mais um desafio para o exercício profissional e funcionamento das políticas públicas no Brasil.

Portanto, se coloca de maneira clara como a Atenção Básica a Saúde é de suma importância como base para as demais complexidades já que com ela pode se efetuar um cuidado levando em conta o contexto de onde se está inserido, por meio de uma equipe que vise um trabalho intersetorial para que através de suas competências profissionais se atribua uma perspectiva de saúde coletiva que entenda e busque olhar a promoção a saúde em meio as suas particularidades perante a questão social. Deste modo o Serviço Social se coloca presente as conquistas e lutas por uma saúde universal colocando a profissão como mais um dos agentes que corroboram para o funcionamento da Atenção Primária e a Estratégia da família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2017.

CAMARGO, M. Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS) no século XXI: um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro. Tese (Doutorado em Serviço social) – PPGSS. Porto Alegre. 2014.

CASTRO, M. M. C. E. Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. Tese (Mestra-

do em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2009.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação do Assistente Social na política de saúde.** CFESS, n. 2, p.1-82, Brasil, 2014. [Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais] Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 07 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

NEFRITE LÚPICA EM HOMEM ADULTO: UM RELATO DE CASO

Stephanie Pereira da Costa Rodrigues¹⁶

Ana Carulina Guimarães Belchior¹⁷

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é doença autoimune reumatológica classificada como colagenase. Tem como processo fisiopatológico geral um caráter inflamatório crônico do tecido conjuntivo, e como este está presente em todos os sistemas orgânicos esta doença possui ampla variedade fenotípica, caracterizada com períodos de atividade e remissão da doença, envolvendo múltiplos fatores como genéticos, hormonais e ambientais, atingindo cerca de 1% da população, acometendo principalmente mulheres jovens negras em idade reprodutiva, tendo a proporção de 9 mulheres para cada homem (KLUMB *et al.*, 2015; GALINDO; VEIGA, 2010; BEVENIDES *et al.*, 2018; FULGERI; CARPIO; ARDILES, 2018).

A Nefrite Lúpica (NL) faz parte dos critérios diagnósticos do LES e se constitui como uma das complicações mais frequentes do LES, sendo responsável pela maior morbimortalidade da doença, levando cerca de 10% dos pacientes à doença renal crônica (GALINDO; VEIGA, 2010).

As primeiras manifestações clínicas da (NL) são edema de membros inferiores, edema de face, hipertensão arterial e invariavelmente cursa com

16 Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

17 Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

deterioração de função renal. Contudo, esta apresentação é rara no sexo masculino e quando presente tende a evoluir com maior gravidade e mortalidade, motivando a apresentação deste relato de caso sobre paciente homem com LES diagnosticado há 2 anos e sem seguimento clínico, admitido em uma unidade de atendimento secundário com doença renal em atividade necessitando de terapia de substituição renal (BEVENIDES *et al.*; 2018).

Desde 1998 o Ministério da Saúde desenvolve meios de tratar de forma especializada essas doenças raras, e em 2014 surgiu as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde, que englobam o LES, e se constitui em uma forma sistematizada de promover o cuidado integral, especializando, visando não apenas o tratamento, mas também a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico e estabelecimento precoce da terapêutica (MELO, 2018).

Assim, a apresentação deste relato apresenta grande relevância tanto para a academia e profissionais da área da saúde, para ajudar a reconhecer precocemente os casos de LES e de suas complicações e estabelecer precocemente o tratamento a fim de evitar agravos, bem como para os pacientes e leigos para a entenderem a importância do acompanhamento correto da sua patologia e o impacto deste na sua qualidade de vida.

1. RELATO DE CASO

1.1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente J.V. da S., 31 anos, sexo masculino, solteiro, ex tabagista, ex etilista, com diagnóstico de LES há 2 anos com abertura da doença com lesão renal caracterizada com glomerulonefrite associada com proteinúria nefrótica de 4,2g/24h, além de dores poliarticulares aditivas e intermitentes. Na ocasião foi submetido a pulsoterapia mensal com ciclofosfamida por 5 meses, não comparecendo na última consulta e com abandono do tratamento por 2 anos.

1.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente chega em unidade de pronto atendimento por meios próprios no dia 25/08/21 com queixa de dispneia aos moderados esforços há

20 dias, edema generalizado, oligúria, tosse com secreção produtiva, odinofagia e poliartrite migratória (ombros, cotovelos, punhos, mãos, joelhos, tornozelos e pés) com rigidez matinal.

1.3. EXAME FÍSICO

Ao exame físico, paciente apresenta-se em regular estado geral, bom estado nutricional, consciente e orientado em tempo e espaço, glasgow 15, hipocorado 2+/4, anictérico, acianótico e afebril. Aparelho pulmonar com ruídos hidroaéros presentes, com presença de estertores bolhosos em bases, sendo pior à direita, mantendo saturação de 98% em ar ambiente, frequência respiratória de 19 incursões respiratórias por minuto. Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopro, frequência cardíaca de 95 batimentos por minuto, pressão arterial de 130x80 mmHg. Abdome, semigloboso, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor á palpação, com presença de edema em flancos, sem sinais de viceromegalias, sem sinais de petironiote. Extremidades com pulsos presentes, palpáveis, rítmicos e simétricos, com tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, presença de edema 3+/4, panturrilhas sem sinais de empastamento.

2. EXAMES SUBSIDIÁRIOS

2.1. Laboratoriais: creatinina de 2,8mg/dl, ureia 130mg/dl, sódio 136mg/dl, potássio 6,3mg/dl, Ph 7,38, bicarbonato de 17,7. EAS com hematúria (3+), proteinúria (2+) e presença de cilindros granulosos (2+). Proteinúria de 24h 1031g/24h. Hemoglobina 10, hematócrito 30,1, anemia normocítica e normocrômica, leucócitos de 3800, plaquetas de 265.000. FAN núcleo 1:640 padrão misto nuclear homogêneo. FAN citoplasma 1:160 padrão citoplasmático reticular, Anti-DNA reagente 1:160, Anti-Ro reagente 63, Anti-Sm negativo, P-Anca reagente 1:40, C-Anca negativo, C3 49, C4 7, CH50 indetectável. Eletroforese de proteínas com aumento de gamaglobulinas policlonais.

2.2. Exames de imagem: tomografia de tórax sem consolidações pulmonares, com edema no tecido celular subcutâneo, leve derrame pleural bilateral, associado a finas faixas atelectásicas em ambas as bases, cardio-

megalia e derrame pericárdico. Ecocardiograma transtorácico com função ventricular preservada (FE: 67%), com derrame pericárdico moderado e presença de comunicação interatrial tipo seio venoso. Ultrassonografia de vias urinárias: nefropatia parenquimatosa difusa bilateral. Rim direito com relação córtico-medular borrada e textura hiperecogênica apresentando imagem nodular hiperecogênica de 7,0 x 5,0 x 10,0 mm (volume: 0,2 cm³) em terço médio de cápsula.

3. CONDUTA

O paciente internado, foram iniciadas sessões de hemodiálise diárias por cateter venoso central e esquema de pulsoterapia com metilprednisona e ciclofosfamida.

4. DISCUSSÃO

O LES é uma doença rara, descrita em 1833 por Brett, sendo responsável por desenvolver um processo inflamatório em diferentes órgãos devido a perda de tolerância imunológica, pelo desenvolvimento de auto anticorpos e resposta citotóxica contra os auto antígenos (KLUMB *et al.*, 2015; GALINDO; VEIGA, 2010; FULGERI; CARPIO; ARDILES, 2018).

O diagnóstico é feito com base em critérios clínicos e laboratoriais estabelecidos pelo *American College of Rheumatology* (ACR). Para tal, deve-se ter a presença de pelo menos 3 critérios clínicos e a presença do anticorpo antinuclear. Na tabela abaixo, foram destacados (★★) os critérios apresentados pelo paciente contribuindo para o diagnóstico.

Tabela 1: Critérios O Diagnóstico Do Lúpus Eritematoso Sistêmico

1. Rash Malar
2. Lesão Discóide
3. Fotossensibilidade
4. Úlceras Da Mucosa Oral
5. Artrite Não Deformante★★

6. Serosite**

- a. Pleurite
- b. Pericardite

7. Doença Renal**

- a. Proteinúria Persistente
- b. Hematúria
- c. Cilindrúria

8. Envolvimento Neurológico

- a. Convulsão
- b. Psicose

9. Alterações Hematológicas**

- a. Anemia Hemolítica
- b. Leucopenia
- c. Plaquetopenia

10. Alterações Imunológicas**

- a. Anti-Dsdna
- b. Anti Sm
- c. Anticorpos Antifosfolipedes

11. Fator Antinuclear Positivo (Fan)**

Fonte: ARINGER et al., 2019

De modo geral os pacientes que possuem Lupus tem um curso benigno, no entanto, se comparado com a população geral, possuem menor sobrevida global, sendo as principais causas de morte as infecções, acometimentos cardiovasculares, renal e neoplásico. É importante destacar que a morbimortalidade é, em especial, elevada em pacientes masculinos e que apresentam como primeiras manifestações o acometimento renal, como o caso apresentado (KLUMB *et al.*, 2015).

Dentre todas as manifestações apresentadas, o envolvimento renal ocorre em até 50% dos pacientes no primeiro ano de diagnóstico, e a nefropatia membranosa (NM) é a apresentação mais comum de síndrome nefrótica em adultos, não diabéticos, ou secundária a lúpus, neoplasias, hepatite B ou drogas, e também porque foi a causa principal de internação no paciente em questão (FULGERI; CARPIO; ARDILES, 2018).

Pacientes lúpicos do sexo masculino, sorologicamente em atividade, com positividade para auto anticorpos devem ter vigilância constante, pelo menos a cada 3 meses, a fim de detectar sinais de doença renal, pois nestes,

a doença se apresenta de forma mais agressiva (FANOURIAKIS *et al.*, 2019). Sabemos que há 2 anos paciente já havia o diagnóstico de LES com alterações nefróticas, no entanto após tratamento e retirada do paciente da crise, o mesmo perdeu o seguimento, tendo voltado somente agora com novas complicações renais (GOKALP *et al.*, 2020).

Para estabelecer o diagnóstico de certeza a ACR recomenda que a biópsia seja feita sempre que houver aumento da creatinina sérica não relacionada ao LES, proteinúria > 1,0g/24h isolada, $\geq 1,0$ g/24horas isolada ou proteinúria $\geq 0,5$ g/24horas associada a hematúria e/ou cilindros celulares, quando a TFG <30 ml/min deve-se levar em consideração o tamanho do rim (> 9cm) ou evidência de doença renal ativa (KLUMB *et al.*, 2015).

Neste caso, levando em consideração os critérios acima apresentados, o mesmo teria indicação de realizar o procedimento, uma vez que possui TFG de 24.1 ml/min e evidência ultrassonográfica de doença renal parenquimatosa, alterações laboratoriais e apresentação clínica de doença renal. Contudo, a biópsia não estava disponível no serviço em que o paciente se encontrava internado, não sendo possível realizar uma classificação histopatológica, conforme a tabela abaixo:

Tabela 2: Classificação Da Nefrite Lúpica Da International Society Of Nephrology/Renal Pathology Society 2003.

TIPO I	Nefrite Lúpica Mesangial Mínima	Glomérulos normais à microscopia ótica (MO), mas com depósitos imunes à imunofluorescência (IF).
TIPO II	Nefrite Lúpica Mesangial Proliferativa	Hiper celularidade mesangial pura em qualquer grau ou expansão da matriz mesangial pela MO com depósitos imunes no masângio. Pode haver poucos e isolados depósitos subepiteliais ou subendoteliais visíveis à IF ou à microscopia eletrônica (ME), mas não à MO.
TIPO III	Nefrite Lúpica Focal	–Glomerulonefrite (GN) focal ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extracapilar envolvendo < 50% de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É ainda classificada em: A, ativa; A/C, ativa/crônica; C, crônica inativa

TIPO IV	Nefrite Lúpica Difusa	GN difusa ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extra capilar envolvendo $\geq 50\%$ de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É dividida em difusa segmentar (IV-S) na qual $\geq 50\%$ dos glomérulos envolvidos apresentam lesões segmentares (que envolvem menos da metade do tufo) e difusa global (IV-G) na qual $\geq 50\%$ dos glomérulos envolvidos apresentam lesões globais (que envolve mais que a metade do tufo). Essa classe inclui casos com depósitos difusos em alça de arame com pouca ou nenhuma proliferação glomerular. É ainda classificada em: A, ativa; A/C, ativa/crônica; C, crônica inativa.
TIPO V	Nefrite Lúpica Membranosa	Depósitos imunes subepiteliais globais ou segmentares ou suas sequelas morfológicas à MO e IF ou ME, com ou sem alterações mesangiais. Pode ocorrer em combinação com as classes III ou IV.
TIPO VI	Nefrite Lúpica Esclerose Avançada	Esclerose glomerular global em $\geq 90\%$ sem atividade residual.

Fonte: KLUMB et al., 2015.

É importante considerar que as manifestações clínicas de envolvimento renal lúpico são inespecíficas e variadas, de forma que pode existir pacientes que apresentam I e II com grande gravidade clínica e tipos III-IV em pacientes assintomáticos, apesar disso, a avaliação da atividade histológica é de suma importância na avaliação global da nefrite lúpica, pois implica diretamente no estabelecimento adicional à imunossupressão e anticoagulação (FULGERI; CARPIO; ARDILES, 2018).

Devemos considerar NL uma síndrome nefrótica caracterizada com proteinúria e hematúria, associada à hipertensão e falência renal, causada pela deposição de imunocomplexos e espessamento da membrana glomerular. Cerca de 10% dos pacientes lúpicos que desenvolvem NL, evoluem para falência doença renal crônica com necessidade de diálise e transplante renal (FULGERI; CARPIO; ARDILES, 2018; GOKALP *et al.*, 2020).

Como já mencionado, o paciente possuía uma proteinúria elevada e apesar de estar no estágio IV de Doença renal crônica, com Taxa de filtração glomerular (TFG) de 24.1 ml/min, que ainda não teria indicação formal de hemodiálise pela função renal, optou-se pela hemodiálise em virtude da hipervolemia associada a hipercalcemia, como demonstrado no exame físico onde o paciente se apresentava anasarcado, com edema em membros inferiores 3+/4 e em flancos, com presença de estertoração na ausculta pulmonar, o que caracteriza como uma indicação de dialise de urgência (BRASIL, 2014).

Após o diagnóstico e as condutas de urgência, o paciente está pronto para receber a terapêutica de indução da remissão da doença que inclui o uso de corticosteroide, antimaláricos, imunoglobulinas intravenosas, anticorpos monoclonais ou drogas imunossupressoras como a ciclofosfamida.

Apesar de uma gama de opções terapêuticas supracitadas, o tratamento do LES ainda é extremamente delicado, uma vez que o paciente precisa ser imunossuprimido. Diante disso, deve-se solicitar sorologias para identificar possíveis patologias que podem estar latentes e serem reativadas na instituição do tratamento. Deve-se fazer a atualização do esquema vacinal evitando vacinas de vírus vivos, o rastreamento de tuberculose, o rastreamento infeccioso inicial e durante todo o tratamento imunossupressor (BEVENIDES *et al.*, 2018; BASTA, 2020).

Além desses cuidados deve-se realizar um tratamento empírico anti-parasitário, profilaxia para a *Pneumocistis jirovecii* em casos de infecção prévia identificada ou em casos de linfopenia $< 500\text{mm}^3$, também um rastreamento neoplásico e infeccioso, uma vez que em muitos casos as infecções podem, frequentemente, simular atividade da doença e serem identificadas tardiamente (GALINDO; VEIGA, 2010; BEVENIDES *et al.*, 2018).

De maneira geral os tipos I e II são tratados com ciclos de corticoterapia ou hidroxicloroquina (HCLQ), e ainda com azatioprina (AZA) ou micofenolato de mofetila (MMF) se houver proteinúria maior que 1g em 24 horas. Nos tipos III e IV, como possivelmente no caso do paciente em questão, a terapêutica de escolha é a ciclofosfamida que deve ser realizada por três meses, e em sequência a administração de AZA o por mais 6 meses a ainda, após este esquema, administração a cada trimestralmente por mais 18 meses, em virtude de serem padrões mais agressivos (BEVENIDES *et al.*, 2018).

Ainda nos tipos III e IV, associa-se o corticosteroide (CE) em pulso-terapia inicialmente e com metilprednisolona por um mês, e descalona-mento de dose progressiva em até 6 meses, deixando após isso, uma dose de 5-10mg por dia continuamente. O tipo V utiliza CE com prednisona, associada com pulso-terapia com metilprednisolona e azatioprina. Como o tipo IV já se encontra em estado de terminalidade, o tratamento é de suporte (BEVENIDES *et al.*, 2018).

Os tratamentos de manutenção, tendo como foco a nefrite lúpica, inclui os imunossuppressores como AZA e MMF, com o CE (prednisona). Atualmente tem-se desenvolvido terapia biológicas direcionadas a células B evitando o uso de corticoides, há também o belimumab que é o anticorpo moconlinal de imunoglobulina humana gama, também conhecido como fator de ativação de células B, o rituximabe que é o anticorpo monoclonal CD20. Drogas como o, epratuzumabe, abetimo e atacicepte estão sendo estudadas em protocolos de remissão, mas ainda não foram incluídos nos até então vigentes, sendo usadas como *off-label* por alguns médicos (BEVENIDES *et al.*, 2018).

É de extrema relevância destacar que os medicamentos utilizados muitas vezes podem ser tóxicos uma vez que em sua maioria possuem excreção renal e a função renal do paciente está bastante prejudicada. Dessa forma, manter uma remissão sustentada baseada na imunossupressão se torna inviável. Portanto, atualmente o alvo terapêutico para estes pacientes é combinar o controle global da doença com uma tolerabilidade e segurança adequadas de todos os tratamentos disponíveis (BASTA, 2020).

Levando em conta os efeitos colaterais das medicações, o risco de desenvolver infecções em virtude da imunossupressão, a ativação de doenças latentes e até mesmo neoplasias, é de fundamental importância que o paciente assine o termo de consentimento livre esclarecido e que esteja na linguagem que o mesmo entenda, e que os profissionais estejam dispostos a sanar todas as dúvidas que surgirem (KLUMB *et al.*, 2015).

Um outro aspecto importante na condução se refere a alta carga psicossocial dos pacientes lúpicos e de seus familiares. Estes apresentam sobrevivência reduzida em relação à população geral, sendo ainda mais agravado na presença da necessidade de terapia de substituição renal (KLUMB *et al.*, 2015; SOARES, 2017).

O prognóstico, independentemente do tratamento, é bastante reservado. O resultado é mais favorável quando há redução precoce dos níveis de proteinúria em 6 meses, chegando a valores $<0,7-0,8\text{g/dia}$ até o primeiro ano. No entanto, este critério não é capaz de prever o resultado de pacientes que não atingiram a meta, assim, permanece o desafio de encontrar parâmetros com bom valor preditivo positivo (PARODIS; TAMIROU; HOUSSIAU, 2020)

Diante disso, o Ministério da Saúde criou as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde, incluindo o LES, que tem como objetivo reduzir a morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, disponibilidade de medicamentos e cuidados paliativos (SOARES, 2017; MELO, 2018).

O objetivo principal do SUS com essa política é estruturar uma rede de atenção especializada e temática de baixa e alta complexidade e com profissionais especialistas e qualificados e ainda uma atenção multidisciplinar, garantindo uma atenção especializada e coordenada em todos os níveis de atenção (MELO, 2018).

Como o LES é uma doença que não possui cura e desenvolve secundariamente a doença renal crônica que segue para a falência renal, os cuidados paliativos podem ser aplicados, uma vez que esses pacientes experimentam uma alta carga de sintomas que contribui para uma baixa qualidade de vida. Dessa maneira, os cuidados paliativos promovem uma atenção individualizada, um cuidado compreensivo e integrado, focando na multidimensionalidade do ser e de sua família e não apenas na doença diagnosticada. O paciente aqui apresentado possui uma doença rara, incurável, com atividade e remissões, já com uma lesão renal secundária instalada, que também é incurável e com tendência a declínio funcional e progressivo (GOUVEIA, 2019).

Os cuidados paliativos neste contexto, promove o gerenciamento dos sintomas a medida que forem surgindo, ações planejadas, ajudam a reduzir a carga de sintomas, nível de ansiedade, número de internações hospitalares. Apesar de haver diretrizes de cuidados paliativos, não existe uma só forma de aplicar, visto que os seres são únicos e existe uma heterogenidade de contextos, fazendo com que todo o projeto seja mui-

to maleável e diversificado em suas ações (PHONGTANKUEL *et al.*, 2016; GOUVEIA, 2019).

Além dos benefícios já mencionados, os cuidados paliativos seriam de grande valia para o paciente em questão para que ele entenda a gravidade de sua patologia, como realizar o manejo terapêutico de estabilização da doença, e englobam a multidisciplinaridade; o ainda contaria com uma multiplicidade de profissionais, dentre eles os psicólogos, que o ajudaria a enfrentar essa nova realidade e a não abandonar novamente o tratamento (PHONGTANKUEL *et al.*, 2016; GOUVEIA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O LES constitui como uma doença rara, multissistêmica e multifatorial, possuindo múltiplas apresentações o que pode dificultar o diagnóstico, associado a exames complementares caros e que podem não estar disponíveis em todos os serviços. Desta forma, é importante realizar o diagnóstico clínico e laboratorial disponíveis e não postergar o tratamento, visto que este é de fundamental importância para garantir a maior sobrevivência do paciente.

O tratamento deve ser iniciado com medidas adjuvantes e de prevenção de infecções e agravos para então posteriormente estabelecer o tratamento de indução da imunossupressão para tirar o paciente da atividade da doença, e então somente depois o poderá ser instituído o tratamento de manutenção.

É importante ressaltar que todas as medicações utilizadas podem ter efeitos colaterais e manifestar toxicidade uma vez que grande parte dos pacientes possuem alteração de função renal, sendo assim é de fundamental importância manter um diálogo e vínculo com o paciente, explicando que o SUS fornece todo o acompanhamento e tratamento da doença, que conta com uma equipe multidisciplinar. É de fundamental importância deixar claro ao paciente os riscos inerentes ao tratamento e o caráter de remissão e não cura completa da doença, e pedir ao paciente que assine o termo de consentimento livre esclarecido.

Ademais, sempre que possível, deve-se conversar com o paciente sobre o seu prognóstico, desmistificando com ele e sua família sobre os cuidados paliativos relacionado às doenças crônicas e sem cura, e quanto ao

impacto desde nos aspectos psicossociais e na garantia de entendimento do processo saúde doença, contribuindo no correto seguimento.

REFERÊNCIAS

- ARINGER, M. *et al.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. **Arthritis & Rheumatology** Vol. 71, No. 9, September 2019.
- BASTA F. *et al.* Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Therapy: The Old and the New. **Rheumatol Ther.** 2020.
- BEVENIDES, H. *et al.* Nefrite lúpica: clínica, diagnóstico e Tratamento. **Revista Caderno de Medicina** No 1, Vol 1, 2018.
- BRASIL. **DRC no Sistema Único de Saúde** – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- FANOURIKIS, A. *et al.* 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. **Annals of the Reumatic Disease.** Volume 78, Issue6. 2019.
- FULGERI, C.; CARPIO, D. J.; ARDILES, L. Lesiones renales en el lupus eritematoso disseminado: ausencia de relación entre datos clínicos e histológicos. **Revista Nefrologia**, v. 38, n. 4, p. 347-458, 2018.
- GALINDO, C.V.F.; VEIGA, R.K.A. Características clínicas e diagnósticas do lúpus eritematoso Sistêmico: uma revisão – **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 7, n. 4, 46-58, 2010.
- GOKALP1 C. *et al.* Idiopathic membranous nephropathy preceding membranous lupus nephritis: a case report. **Sage Journals** , 2020.
- GOUVEIA, M. P. G. Necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** 2019.

- KLUMB, E.M. *et al.* Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico, manejo e tratamento da nefrite lúpica. **Rev Bras Reumatol**, 2015.
- MELO, D. G. *et al.* Qualificação e provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface**. 2017.
- PARODIS, L.; TAMIROU, F.; HOUSSIAU, F. Prediction of prognosis and renal outcome in lupus nephritis. **Lupus Sci Med**. 2020.
- PHONGTANKUEL, V. *et al.* Multicomponent Palliative Care Interventions in Advanced Chronic Diseases: A Systematic Review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**. 2016
- SOARES, R. L. – **A Atenção Às Pessoas Vivendo Com Lúpus Nos Serviços Públicos De Saúde Do Distrito Federal** – UNB 2017.

DESAFIOS DA GESTÃO EM UM HOSPITAL DE CAMPANHA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Cristina Vasconcelos Dias¹⁸

Cristiane Rodrigues de Oliveira¹⁹

Eduardo Fernandes da Silva Júnior²⁰

Elber José Assaiante dos Santos²¹

INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, foram identificados na China os primeiros casos de uma nova doença que viria a mudar o rumo do mundo. O agente identificado foi um novo coronavírus causador de síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). A doença, denominada Covid-19 (doença causada pelo coronavírus em 2019) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), já no mês de março de 2020 foi definida como uma pandemia. (HU *et al.*, 2021)

18 Enfermeira especialista; Diretora Geral do Hospital de Campanha de Combate à Covid-19.

19 Enfermeira intensivista; Membro do Comitê de Gestão de Crise.

20 Médico emergencista do Hospital de Campanha; Especialista em Segurança do Paciente; Mestrando em Doenças Tropicais e Infecciosas.

21 Médico diretor técnico do Hospital de Campanha.

De acordo com Hu *et al.* (2021), O SARS-CoV-2 determina quadros leves em aproximadamente 80% das pessoas infectadas, que em geral são assintomáticas ou pouco sintomáticas, com um quadro febril, fadiga e tosse seca. Em aproximadamente 15% dos casos, pode ocorrer doença grave, em geral após a primeira semana após o início dos sintomas. Esses pacientes geralmente são idosos, apresentam comorbidades e demandam cuidados intensivos. Por fim, em torno de 5% dos casos, sendo a maioria dos pacientes com mais de 68 anos, a doença evolui com extrema gravidade, sendo a síndrome da angústia respiratória aguda, a lesão cardíaca aguda e a disfunção múltipla de órgãos determinantes para a morte.

No mundo, após aproximadamente 20 meses desde a identificação dos primeiros casos, o número de casos confirmados já ultrapassa 210 milhões, com quase 4,5 milhões de mortes atribuídas à doença. São diagnosticados diariamente ainda aproximadamente 500 mil novos casos. O Brasil atualmente é o terceiro país em número de casos confirmados e o segundo em número total de mortes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Amazonas possui a maior área geográfica do Brasil (mais de 1,5 milhão de quilômetros quadrados) e a segunda menor densidade demográfica do país: 2,23 habitantes/km² (IBGE, 2021). Apesar do vazio demográfico, a doença se disseminou rapidamente e alcançou, através das rotas fluviais, todos os 62 municípios do estado. Foram confirmados mais de 420 mil casos e mais de 13 mil óbitos no estado em decorrência da Covid-19. Na atualidade, pode-se caracterizar o período como de estabilidade da doença no estado, embora ainda sejam confirmados semanalmente mais de 2 mil novos casos e aproximadamente 50 mortes. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2021)

Já existem opções de vacinas com eficácia comprovada na atualidade. Apesar disso, ainda se observa uma enorme disparidade entre os países. Enquanto alguns ostentam índices de vacinação superando 80% da população, existem aqueles com cobertura vacinal abaixo de 10%. Ademais, até a presente data, somente 32% da população mundial receberam pelo menos uma dose, e menos de 25% das pessoas no mundo receberam o esquema completo de vacinação (OUR WORLD IN DATA, 2021). Essa pesada realidade é um sinal de que a Covid-19 pode perdurar por mui-

tos anos, favorecendo o surgimento de novas variantes com características imprevisíveis quanto a sua transmissibilidade e mortalidade.

Dados recentes apontam para a chegada de mais uma ameaça: a variante delta do coronavírus. Segundo o órgão norte-americano CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021), essa variante é aproximadamente duas vezes mais contagiosa que as variantes anteriores, e parece causar mais hospitalizações. Países com cobertura vacinal maior que o Brasil, como os Estados Unidos, têm apresentado grande elevação do número de casos, com aumento de hospitalizações e do número de mortes. No atual momento, estima-se que a variante delta seja responsável por 50% dos sequenciamentos no Brasil, com tendência de aumento ao longo das próximas semanas, com base no padrão de expansão da variante em outros países. (HODCROFT, 2021)

Em razão do exposto, diante da persistência da gravidade do quadro da pandemia da Covid-19 no mundo, deve-se valorizar fortemente o papel da gestão do trabalho e educação na saúde. As ações implementadas nesse âmbito, mais do que em qualquer outro momento, precisam ser rápidas, precisas e efetivas.

Ainda que estejamos vivendo um cenário de aparente estabilidade no Brasil, é forçoso reconhecer que o padrão de avanço da Covid-19 tem se mostrado imprevisível, mesmo em países com maior cobertura vacinal. Assim, em decorrência da disseminação das variantes do coronavírus, não se pode desconsiderar no Brasil a possibilidade da ocorrência de novos surtos locais, ou mesmo de uma temida nova onda.

1. CARACTERÍSTICAS DA EXPERIÊNCIA

O Hospital de Campanha de Combate à Covid-19 (HCC) começou a ser implantado no mês de janeiro de 2021, quando o número de casos de Covid-19 atingiu o pico no Amazonas, superando a quantidade de casos da primeira onda, em 2020. Naquela ocasião, o sistema de saúde estava à beira do colapso, inclusive na rede privada de serviços de saúde. Toda a rede de atenção às urgências estava sobrecarregada: serviços de atendimento pré-hospitalar (fixo e móvel), unidades hospitalares e até mesmo as unidades básicas de saúde, que foram em sua maioria destinadas prioritariamente para o atendimento de pacientes com síndrome respiratória

aguda. Conseqüentemente, o serviço apresentado foi estabelecido com o objetivo de suprir a extraordinária demanda por leitos de enfermaria, por salas de estabilização e por leitos de unidade de terapia intensiva, especificamente para casos de síndrome respiratória aguda.

1.1 ATORES ENVOLVIDOS

A direção do serviço recém implantado iniciou um processo de gestão eficaz, com foco nos resultados e na qualidade da assistência, a despeito da exiguidade de tempo para planejamento. Foram estabelecidas primariamente as coordenações de cunho assistencial: coordenação médica, de enfermagem, de fisioterapia e de farmácia. Além dessas, foram criados o Núcleo Interno de Regulação (NIR), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e núcleo de vigilância epidemiológica (NVE). Também foram rapidamente integrados à equipe assistencial multidisciplinar os psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais.

Figura 1 – Recursos humanos do hospital.

QUANTITATIVO DE SERVIDORES HCC-19	
FARMACÊUTICO	9
FISIOTERAPEUTA	40
PSICÓLOGO	6
ASSISTENTE SOCIAL	7
NUTRICIONISTA	4
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	178
ENFERMEIRO	99
MÉDICO	22
COMITÊ DE CRISE	1
DIRETORA GERAL	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE TÉCNICO	1
AGENTE ADMINISTRATIVO CEDIDO	6
AGENTE DE PORTARIA SES	4
TOTAL DE SERVIDORES	380

QUANTITATIVO DE SERVIDORES TERCEIRIZADOS				
MÉDICOS: QUEIROZ E LIMA				
ENFERMARIA	DIURNO	3	NOTURNO	3
UTI	DIURNO	3	NOTURNO	3
ESTABILIZAÇÃO	DIURNO	1	NOTURNO	1
COORDENADOR	DIURNO			2
ENFERMEIROS: IETI				
UTI	DIURNO	4	NOTURNO	4
COORDENADOR	DIURNO			1
FMC SOLUÇÕES				
AGENTE DE PORTARIA	DIURNO	4	NOTURNO	4
MAQUEIRO	DIURNO	3	NOTURNO	3
APOIO ADMINISTRATIVO	DIURNO			30
TOTAL TERCEIRIZADOS				69

TOTAL GERAL DE SERVIDORES	449
----------------------------------	------------

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 2 – Organograma da instituição.



Fonte: elaborado pelo autor.

1.2 ABRANGÊNCIA

Por se tratar de um serviço abrangendo especificamente a assistência a casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, foram implantados os fluxogramas para padronizar as condutas tomadas pela equipe médica junto ao NIR. Essa padronização tinha como objetivo filtrar as solicitações incluídas no sistema eletrônico de regulação de leitos, de modo a evitar a contaminação de pacientes sem diagnóstico de Covid-19. Além disso, o controle desse fluxo foi essencial para manter a qualidade da assistência, tendo em vista a necessidade de adequar a enorme demanda por leitos à capacidade disponível no serviço. Todas as unidades de urgência da cidade com porta aberta 24h faziam o primeiro atendimento aos casos de síndrome respiratória aguda de maior gravidade e, através de um sistema informatizado de regulação de leitos, encaminhavam esses pacientes para os leitos de retaguarda do hospital de campanha. Foram admitidos tanto pacientes da capital como do interior do estado.

Estava fora do escopo da atuação do nosso serviço o atendimento a pacientes com outros agravos, sem suspeita de Covid-19. No entanto, apesar da implementação do fluxograma contendo os critérios clínicos e labora-

toriais, foi comum – especialmente nas primeiras semanas – a admissão de pacientes com outras causas de desconforto respiratório: insuficiência cardíaca descompensada, pneumonias bacterianas, tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outros. Após o afastamento do diagnóstico de Covid-19, esses pacientes recebiam assistência até a alta ou transferência em uma ala específica (“não-COVID”), a fim de evitar sua contaminação pelo coronavírus.

1.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Os pacientes eram inicialmente admitidos na enfermaria do serviço e submetidos aos exames admissionais com vistas à confirmação do diagnóstico de Covid-19. Ao mesmo tempo, determinava-se a sua gravidade com base em critérios clínicos, laboratoriais e de imagem.

A partir desse momento, era iniciado o acompanhamento multidisciplinar. Todos os pacientes da enfermaria – composta por 81 leitos – recebiam assistência individualizada da equipe médica, de enfermagem e de fisioterapia.

No final da manhã, eram realizadas diariamente as reuniões multidisciplinares, de duração média de uma hora, envolvendo toda a equipe assistencial: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, além dos chefes das coordenações do NSP, NEPH, CCIH, NIR, farmácia e vigilância. Na ocasião, sob supervisão da coordenação médica, eram discutidas as condutas vigentes, a evolução de cada paciente e as pendências a serem sanadas ao longo do dia. A discussão transcorria sempre de forma aberta e participativa, mantendo-se um clima de respeito e harmonia. Através da contribuição de cada membro da equipe multidisciplinar, era possível integrar os conhecimentos e impressões de cada sujeito envolvido no ato de cuidar.

Uma vez que fossem alcançados os critérios estabelecidos para a alta hospitalar, o serviço social verificava junto à família a condição de moradia quanto à possibilidade de manter o paciente em isolamento domiciliar (autonomia do paciente, condições socioeconômicas, quarto e banheiro exclusivos) para todo paciente com tempo de doença abaixo de 15 dias. Os pacientes que apresentassem indícios de sofrimento mental eram continuamente acompanhados pela equipe de psicologia e, no momento da alta, eram encaminhados para dar continui-

dade ao tratamento na rede de atenção psicossocial do município. Em casos particulares, como o de um paciente com queixas importantes relacionadas à saúde bucal, foi providenciada a interconsulta odontológica no próprio hospital, evitando-se assim a circulação do paciente com Covid-19 em fase de transmissão.

Os leitos da sala de estabilização eram ocupados sempre que havia indícios de piora clínica dos pacientes internados nas enfermarias. Caso a situação não pudesse ser contornada em até 6 horas, o paciente era transferido para um dos 22 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) disponíveis no hospital. Na UTI, os pacientes mais críticos dispunham de leitos isolados, garantindo maior segurança para a realização de ventilação mecânica não-invasiva, inclusive com a disponibilidade de cateter nasal de alto fluxo. Também eram realizadas com a equipe assistencial da UTI visitas multidisciplinares duas vezes por semana. Nesses momentos, os envolvidos discutiam os casos mais graves, propunham-se ações e metas, e se discutia sobre as dificuldades e limitações que ocasionalmente ocorriam.

No que tange às ações de educação em saúde, foram realizados nas dependências do hospital diversos treinamentos direcionados à equipe assistencial. Em todos os treinamentos se buscava adotar metodologias participativas. Também foram realizados registros fotográficos das ações educativas e coletadas as assinaturas dos participantes nas listas de frequência.

2. POTENCIAL DA INICIATIVA

Esse modelo de gestão é passível de ser replicado em proporções maiores ou menores, desde que se disponha de espaço físico, equipamentos e recursos humanos conforme a realidade de cada município.

Modelos de hospitais de campanha com espaço físico proporcionalmente menor ou maior podem ser ajustados em relação ao quantitativo de recursos humanos. Essa proposta de modelo de gestão tampouco é engessada, e pressupõe a participação ativa de membros da gestão e da assistência ao paciente, de maneira que o produto dessas discussões seja utilizado como fundamento para a construção do plano de ações, tanto no domínio técnico-assistencial quanto na abordagem integral à saúde dos trabalhadores, pacientes e seus familiares.

A implantação precoce dos protocolos assistenciais e do procedimento operacional padrão (POP) dos diferentes setores, aliada à intensa rotina de ações de educação voltadas às diferentes áreas de atuação dos trabalhadores, são os elementos-chave para o sucesso do processo de gestão desse tipo de trabalho. Nossa experiência demonstra que a organização dos serviços com base nesses pilares é capaz de gerar resultados positivos em um curto espaço de tempo, sem prejuízo da qualidade da assistência.

Enquanto a pandemia da Covid-19 vigorar, iniciativas como essa podem subsidiar a implantação de outros hospitais de campanha no Brasil, em casos de extrema necessidade, resultando em serviços plenamente estruturados para um atendimento de qualidade em questão de poucos dias de funcionamento.

3. CARÁTER MULTIPLICADOR

A experiência relatada se refere a um modelo de assistência emergencial, na vigência de uma grave crise sanitária de repercussão global. Não se pretende com esse relato propor que essa iniciativa necessite ser replicada, por entendermos que a rede assistencial do SUS não deve operar em capacidade próxima do seu limite em circunstâncias habituais, em especial a rede de atenção às urgências.

Em contrapartida, é possível assimilar diante dos resultados obtidos que um modelo de gestão eficaz pode ser introduzido em qualquer serviço de assistência à saúde, não obstante o exíguo tempo para planejamento, desde que haja organização dos processos internos, envolvimento verdadeiro da gestão e participação ativa dos profissionais da assistência de maneira multidisciplinar.

Essa iniciativa demonstra que o sistema de saúde brasileiro precisa ser resiliente, sobre o alicerce dos princípios fundamentais do SUS, oferecendo diferentes tipos de resposta na medida das diferentes demandas por serviços de saúde, de maneira ágil, eficaz e sustentável.

Outrossim, destaca-se a relevância da multiplicação de modelos de gestão pautados na transparência e no engajamento dos diversos atores envolvidos na administração e na assistência, com o fim comum de transpor barreiras e oferecer uma assistência com qualidade e segurança. Defende-

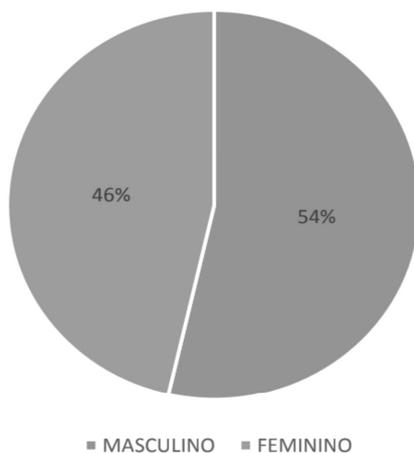
mos que algumas estratégias como a gestão participativa e os grupos focais podem ser aplicados de forma contínua no âmbito dos serviços de saúde, inclusive na modalidade de pesquisa participante, em coadunação com o princípio do controle social do SUS.

Nesse aspecto, o ordenamento da gestão deve perdurar para além de qualquer serviço individual, de modo que experiências exitosas sejam divulgadas, estudadas e, por fim, possam ser replicadas em caráter contínuo, adaptadas para qualquer serviço de saúde, e não somente para cenários de demanda extraordinária como, por exemplo, os hospitais de campanha.

4. RESULTADOS

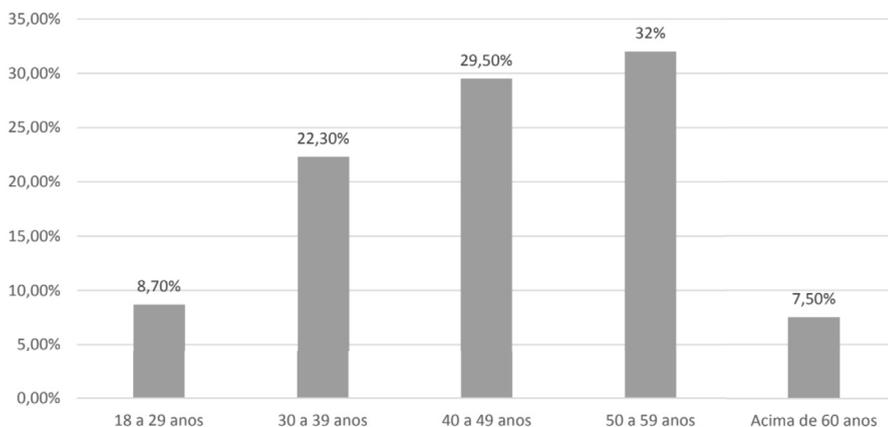
Foram admitidos no hospital, em 6 meses, entre fevereiro e julho de 2021, o total de 825 pacientes. Desses, 54% eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino. A faixa etária entre 40 e 59 anos representou mais da metade das internações. Todos as figuras são de autoria do autor.

Figura 3 – Percentual de admissões por sexo.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

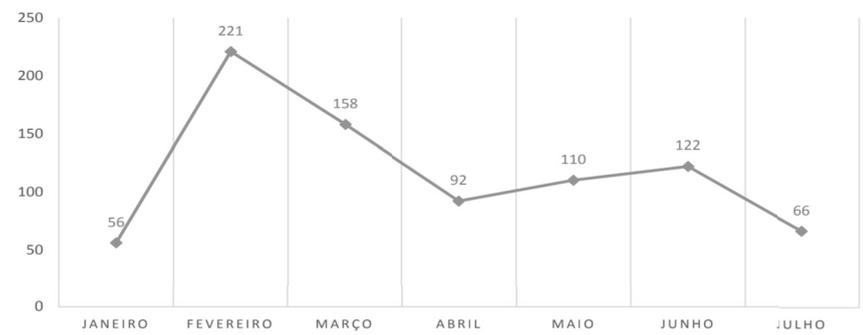
Figura 4 – Percentual de admissões por categorias de faixa etária.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

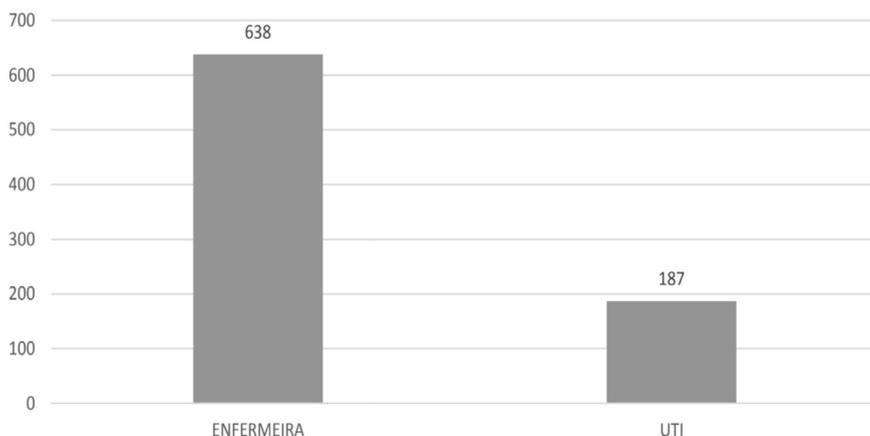
O mês de fevereiro apresentou o maior número de admissões. Esse dado é uma consequência do grave momento da pandemia no estado e um indicador de que o hospital passou a estar mais preparado para receber um número maior de pacientes. Por ser um hospital de retaguarda com estrutura limitada e poucos leitos de UTI disponíveis, foi priorizada a internação de pacientes com menor potencial de gravidade, em leitos de enfermaria. Esse perfil de pacientes correspondeu a 77,3% do volume de pacientes do hospital.

Figura 5 – Número total de admissões por mês.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

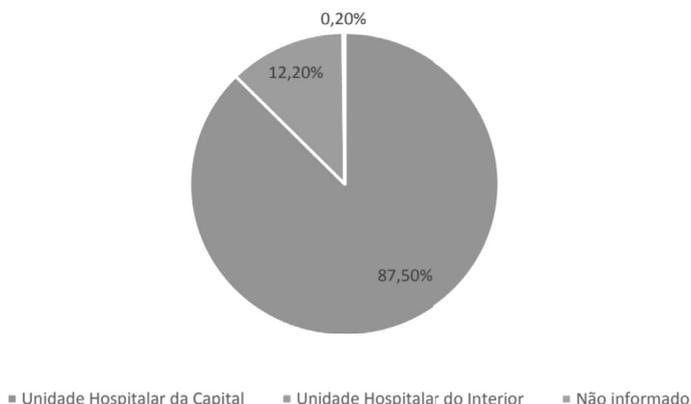
Figura 6 – Número de internações nos setores de enfermaria (77,33%) e UTI (22,66%).



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

O hospital deu apoio a unidades de urgência da capital e a outras 27 unidades de saúde do interior do estado. É necessário destacar que o tempo de deslocamento de alguns municípios até a chegada na capital pode levar vários dias, quando o transporte é feito por via fluvial. Essa é uma peculiaridade importante da região, pois a Covid-19 é uma doença de alta transmissibilidade e rápida evolução, determinando consequências epidemiológicas importantes.

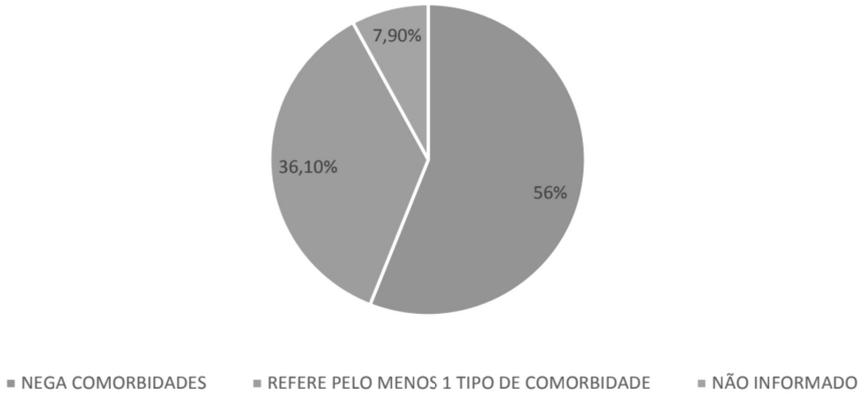
Figura 7 – Percentual de admissões por unidade de origem.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

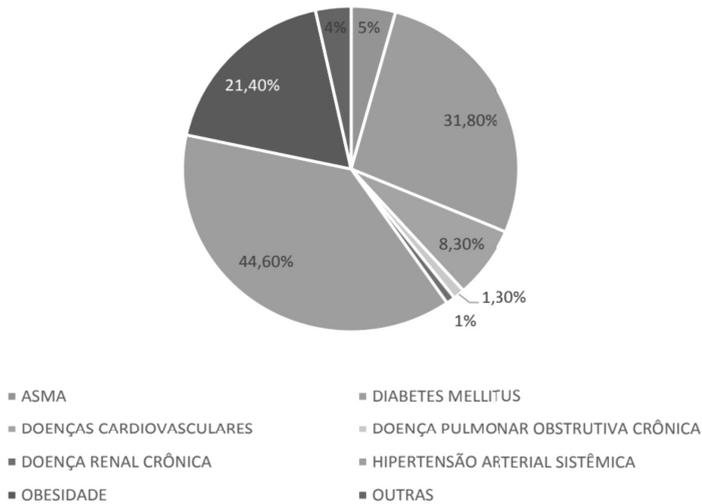
Mais da metade dos pacientes admitidos não referiram comorbidades. Entre os pacientes com comorbidades, a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a obesidade foram as mais comuns.

Figura 8 – Percentual de pacientes por número de comorbidades referidas.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

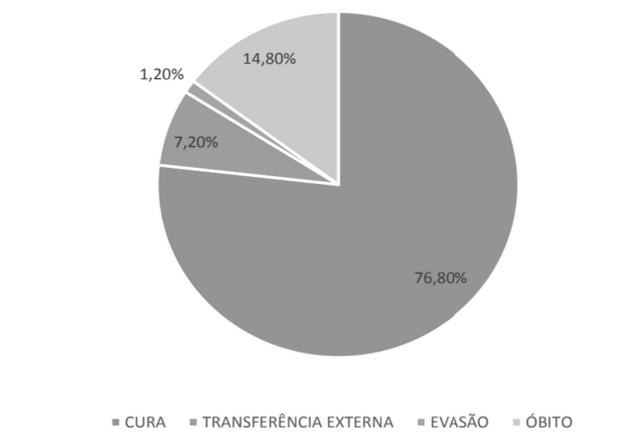
Figura 9 – Percentual de pacientes por tipo de comorbidades autorreferidas.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

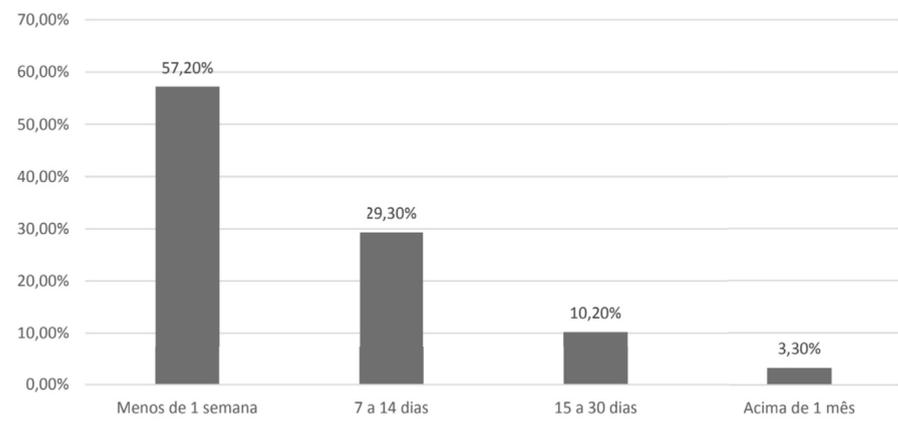
A alta por cura ocorreu em 76,8% dos pacientes e os óbitos em 14,8%, sendo a maioria pacientes críticos com necessidade de suporte de terapia intensiva. Mais da metade dos pacientes permaneceram internados por menos de 1 semana, com resposta favorável aos cuidados da equipe multidisciplinar.

Figura 10 – Percentual de motivos de alta hospitalar.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

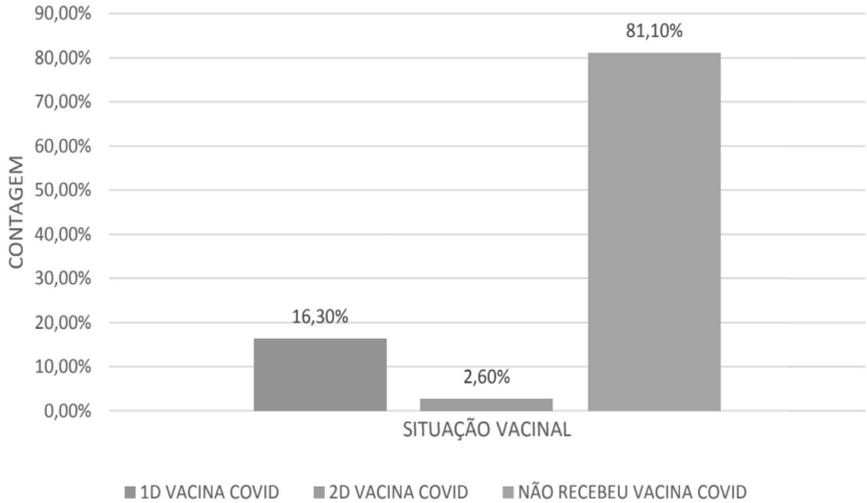
Figura 11 – Tempo médio de internação por categoria.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

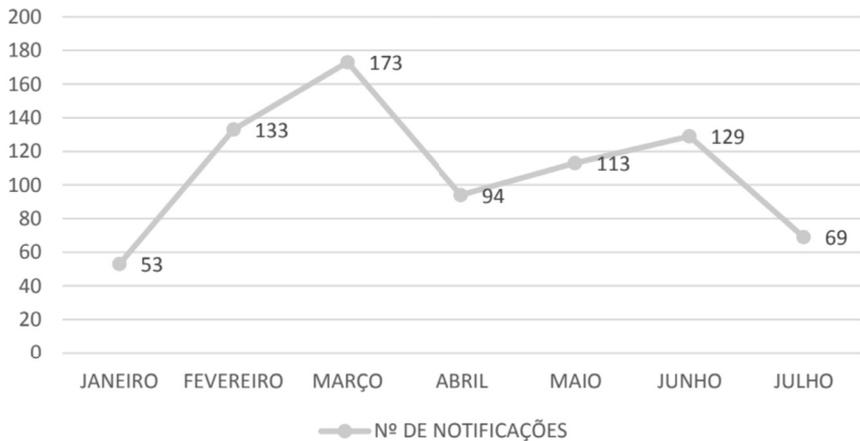
Devido ao fato de o serviço ter iniciado suas atividades ainda no final de janeiro de 2021, a maioria dos pacientes internados não haviam sido vacinados contra a Covid-19.

Figura 12 – Situação vacinal dos pacientes no momento da admissão



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

Figura 13 – Número de notificações no SIVEP-Gripe por mês.

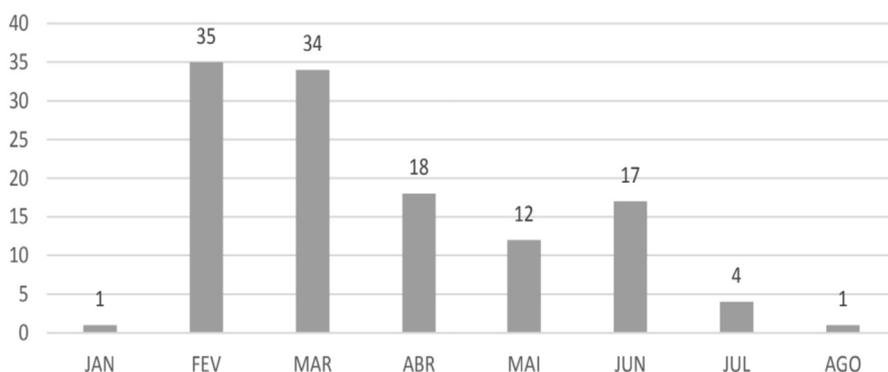


Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

A taxa de mortalidade foi maior nos primeiros meses. Atribui-se isso ao alto volume de pacientes graves à espera de leitos de retaguarda durante a fase mais crítica da pandemia. A melhoria da qualidade da assistência no hospital também pode ter contribuído para a redução da mortalidade nos meses seguintes.

A rotina de visitas multidisciplinares diárias iniciou em abril. Foram registradas as frequências de 51 dessas visitas, englobando enfermaria e UTI. As ações de educação realizadas no hospital incluíram 16 treinamentos pela CCIH, NSP e NEPH com os mais diversos trabalhadores que atuavam no serviço. O setor de vigilância realizou 764 notificações de síndrome gripal.

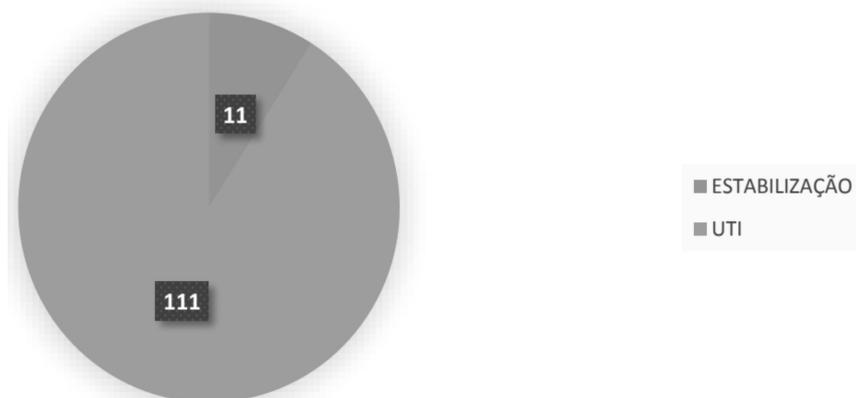
Figura 14 – Número de óbitos por mês.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

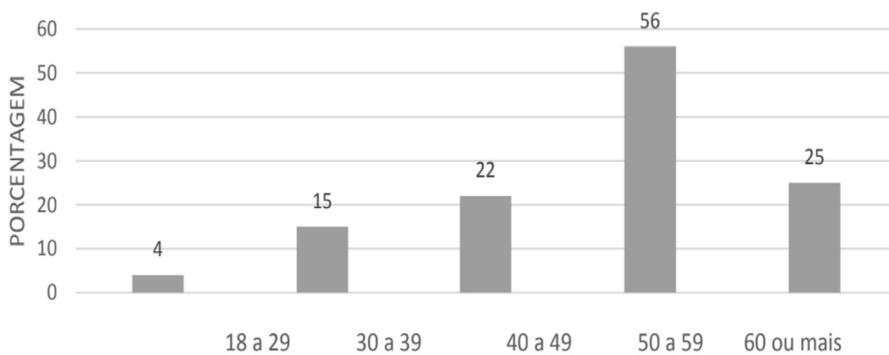
A maior parte dos óbitos ocorreram na unidade de terapia intensiva. Na sala de estabilização, setor de transição entre a enfermaria e a UTI, houve 11 óbitos. Mais de 80% dos óbitos ocorreram em pacientes com 50 anos ou mais, e a maioria desses pacientes apresentava pelo menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a obesidade as condições mais frequentemente associadas à mortalidade.

Figura 15 – Número de óbitos por setor.



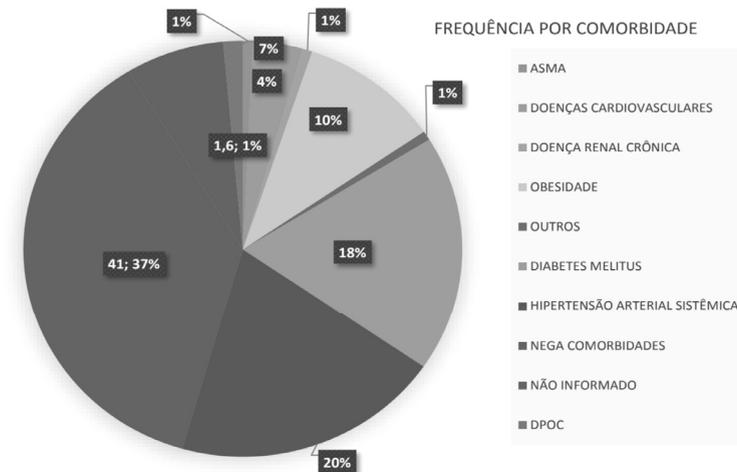
Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

Figura 16 – Número de óbitos por faixa etária.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

Figura 17 – Perfil das comorbidades nos pacientes que evoluíram a óbito.



Fonte: Relatório do primeiro semestre de 2021 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato apresentado demonstra que a estruturação de um serviço de saúde pode ser realizada de forma emergencial, desde que a gravidade da situação assim o exija. Além disso, apresentou-se uma proposta de gestão que, a despeito do curto espaço de tempo, foi capaz de diminuir os riscos à segurança do paciente e de lograr êxito na qualidade da assistência, mesmo em meio a uma grave pandemia de repercussão global, com escassez dos mais variados recursos.

Insta salientar, todavia, que esse modelo não deve ser a regra, mas a exceção. À medida que a gravidade da Covid-19 se dissipar, os sistemas de saúde de cada localidade devem progressivamente se reestruturar, passando a dar conta da demanda inerente ao perfil epidemiológico de cada região, sem nunca se descuidar que as emergências em saúde pública são uma constante ameaça e que, em razão disso, exigem presciência e preparo contínuos. Para tanto, modelos de gestão eficientes e a observância da necessidade de educação permanente devem estar no bojo de toda a gestão em saúde, de forma perene.

Confia-se na capacidade que o Brasil tem de incentivar medidas educativas visando a prevenção, a vacinação em massa e, concomitantemen-

te, a melhoria dos processos de gestão nos diferentes níveis de atenção à saúde, de forma integrada, envolvendo todos os entes do pacto federativo.

Por fim, vislumbramos para o nosso país uma era em que o planejamento ordenado e a gestão em saúde atuem como verdadeiros protagonistas, contribuindo com soluções efetivas para as demandas do Sistema Único de Saúde, seja em momentos excepcionais como o da pandemia da Covid-19, mas sobretudo para a melhoria contínua da qualidade da assistência oferecida à população brasileira. Somente com a valorização do SUS, através da garantia de investimento suficiente e de forma contínua, será possível construir um sistema universal e integral autenticamente eficaz e resiliente.

REFERÊNCIAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.

Delta Variant: What We Know About the Science. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Painel**

Covid-19. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/painelconassCovid-19/>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

HODCROFT, E. **CoVariants: SARS-CoV-2 Mutations and Variants of Interest.**

Disponível em: <<https://covariants.org/>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

HU, B. *et al.* Characteristics of SARS-CoV-2 and Covid-19. **Nature**

Reviews Microbiology, v. 19, n. 3, 6 mar. 2021.

OUR WORLD IN DATA. **Covid-19 vaccinations.** Disponível em:

<<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Covid-19 Dashboard.** Di-

Disponível em: <<https://Covid-19.who.int>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CONTRIBUIÇÕES DO PLANTÃO PSICOLÓGICO VOLTADO À POPULAÇÃO CARENTE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19

*Juscislayne Bianca Tavares de Moraes*²²

*Maria Suzana Ferreira Sampaio*²³

INTRODUÇÃO

A temática da saúde mental e pandemia tem ganhado destaque no atual momento de crise na saúde que o país está vivendo, o que despertou o interesse por realizar um trabalho que contribuísse para o conhecimento de que, especificamente a atividade de plantão psicológico pode impactar no bem-estar da saúde mental da população. O mesmo tem sido fonte de estudo por vincular o psicólogo em formação à prática profissional em diversos campos de atuação, (PAPARELLI; NOGUEIRA-MARTINS 2007, p.66). Através de tal prática, esses psicólogos aprendem desde cedo o comprometimento com a saúde pública, é o que diz Schmidt (2004).

Convém destacar que a saúde pública tem vivido momentos cruciais, com a chegada do novo coronavírus no Brasil. Logo, pensar sobre o sistema de saúde nesse cenário pandêmico de quarentena, distanciamento e isolamento social e recessão econômica implica também pensar em saúde mental, que para Schmidt *et al* (2020), foi afetada à medida

22 Psicóloga, Docente Uninta, Mestra Políticas Públicas UFPI.

23 Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Inta-Uninta.

que pandemia foi tomando proporção no Brasil, onde as medidas de restrição não foram bem aceitas pela população levando o vírus a ter uma disseminação mais ampla. Um outro agravante foram as notícias que circulavam pelas mídias sociais e outros meios de comunicação, culminando em pavor na população.

Nesse sentido, as pessoas ficaram em constante estado de vigília, o que pode ter desencadeado uma série de sintomas e reações indesejadas, como: medo, raiva, alterações nos nervos, ansiedade, estresse (DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020, p. 7). Nesse sentido, em uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2020, realizada por meio de um questionário *on-line*, aponta que a população teve a saúde mental abalada pelas circunstâncias vivenciadas na pandemia.

Para tanto, entende-se a necessidade de pensar a saúde mental e psicológica daqueles que se encontram em condições de vulnerabilidade social. Com o intuito de contribuir com o bem-estar mental e psicológico dessas pessoas, Peres (2020), teme por um retrocesso e reconhece o dano que pode ser para a saúde mental dar um passo atrás retrocedendo naquilo que se conquistou, retornando ao modelo baseado em internações, tirando desse sujeito a possibilidade de usufruir de autonomia e liberdade.

À vista disso, o plantão psicológico tem o objetivo dentro de suas atribuições, dá suporte psicológico ao sujeito no momento de urgência psicológica. Nessa perspectiva, o plantonista tem a possibilidade de ajudar o sujeito que buscou por ajuda a entender melhor suas potencialidades e limitações, e assim, encontrar sentido para sua própria existência, mesmo em meio às adversidades da vida. (DOESCHER; HENRIQUES, 2012)

O plantonista pode também realizar um maior número de atendimentos, considerando ser uma ajuda psicoterápica para o momento atual, diferente de uma psicoterapia contínua que é realizada a curto, médio e longo prazo. É um espaço de acolhimento que pode ser realizado por estagiários e extensionistas com a supervisão de um profissional.

Diante do contexto pandêmico, o plantão psicológico tem sido ofertado em escala mais ampla, em razão dos problemas psicológicos gerados por ocasião da pandemia da Covid-19. Considerando que muitas famílias em condição de vulnerabilidade social, podem receber essa escuta para aliviar seus medos, estresse, ansiedade, angústia etc. (SOMBRA, 2021).

Nesse sentido, o portal do governo no Ceará relata que o hospital São José no mesmo estado, tem desenvolvido esse atendimento oferecendo escuta, acolhimento, tanto a funcionários quanto a pacientes, familiares de pacientes e quem esteja vivenciando esses sofrimentos psicológicos e necessita de escuta, sendo realizados nas plataformas digitais: Zoom, Google Meet ou WhatsApp, (SOMBRA, 2021).

A realidade da população carente referente a saúde mental é permeada por certas limitações, acarretadas por alguns fatores como o preconceito que ainda é prevalente quando se trata de buscar ajuda para saúde mental. Um outro fator é a falta de informação que dificulta muitas vezes a busca por ajuda e acesso aos tratamentos. É bem verdade que no atual momento a saúde mental de todos tem sido abalada por ocasião da pandemia do coronavírus e mesmo nessas circunstâncias a vergonha impede a muitos de buscar ajuda. (INSTITUTO CUIDA DE MIM, 2020)

Segundo o Instituto Cuida de Mim (2020), em virtude das dificuldades enfrentadas por essa população, existe uma necessidade de que se tenha um olhar de cuidado voltado para as demandas dessa classe, pois as políticas públicas que dão suporte a saúde mental dessa população, não são suficientes para atender a todos, ficando algumas localidades desprovidas de atendimento. Com isso, projetos multidisciplinares têm sido desenvolvidos com a finalidade de dar suporte a essa população que fica desprovida de atendimento.

O trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer as atividades do plantão psicológico bem como a importância tanto na pandemia quanto pós-pandemia para um atendimento emergencial à população de baixa renda. Ressaltando que o objetivo do trabalho é apresentar por meio de estudos realizados anteriormente, o plantão psicológico como uma contribuição à saúde mental da população de baixa renda.

O estudo apresentou características descritivas por descrever sobre a ação do plantão psicológico que é uma atividade exercida tanto por estagiários quanto por extensionistas e profissionais, com a finalidade de ajudar ao sujeito que esteja passando por algum sofrimento psicológico o qual ele não esteja conseguindo lidar. Nesse sentido foi possível utilizar os conteúdos teóricos para explicar como se efetiva as contribuições do plantão psicológico à população de baixa renda, o que dá a esse trabalho uma característica explicativa. Para tanto, esse trabalho se utilizou da pesquisa

bibliográfica, onde foi realizado um levantamento do material visando a compreensão do assunto.

Com o propósito de obter uma coleta de dados eficiente, foi realizada uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo, do tipo pesquisa descritiva, realizado nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual e Saúde, Google scholar, teses e dissertações, portal capes, cuja busca foi conduzida aplicando-se os descritores: plantão psicológico; Abordagem centrada na pessoa; População de baixa renda; Covid-19. Sendo a questão norteadora: Como o plantão psicológico efetiva suas contribuições na saúde mental da população carente frente a pandemia da Covid-19.

O estudo foi realizado nos meses de fevereiro e março de 2021, onde foram encontrados nas bases de dados 50 artigos, destes 30 foram excluídos por não abordarem a temática em questão. Assim foram lidos 20 artigos na íntegra e posteriormente selecionados 15 por estarem dentro do critério de inclusão.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Com base nas referências teóricas aqui proposta, buscamos evidenciar informações que sejam premissas em saberes sobre o plantão psicológico na perspectiva da (ACP) Abordagem Centrada na Pessoa, seus aspectos conceituais e históricos, diferenciando-o da psicoterapia tradicional, bem como o surgimento e os diferentes contextos aplicados. Também será abordado sobre a saúde mental da população de baixa renda na pandemia da Covid-19.

1.1. FUNDAMENTANDO PLANTÃO PSICOLÓGICO NA PERSPECTIVA DA ACP.

Abordar o tema plantão psicológico, é refletir sobre o legado de Carl Rogers na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que nos permite uma compreensão da prática terapêutica plantão psicológico oriundo dessa abordagem (MIRANDA; FREIRE, 2012 p.79)

O plantão psicológico aqui proposto está pautado nos fundamentos teóricos da ACP, sendo essa atividade naturalmente brasileira (MONTEIRO; BEZERRA, 2020). Assim, o plantão psicológico nasce em

1969, como uma proposta do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), como forma de ajudar aos que enfrentavam as imensas filas de espera, (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Nessa perspectiva, Gomes (2008) apresenta o plantão psicológico como uma forma de colaborar com o desafogamento do sistema público de saúde, visto que se propõe atender uma quantidade maior de pessoas. Esse meio de colaboração em saúde mental, pode ser exercido em diversos contextos, como: Escolar (BEZERRA, 2014), Hospital Geral (PALMIERI, 2005), Políticas públicas (VIEIRA, 2012), e outros, essa proposta breve de atendimento psicológico é uma ajuda nos mais variados contextos.

Segundo Mahfaud (2012, p.17), o plantão Psicológico, refere-se a uma atividade de profissionais que estão à espera de quem quer que seja que necessita de uma escuta, ficando a critério da instituição o modelo a ser desenvolvido, no que se refere ao profissional, faz-se necessário estar disposto a enfrentar o desconhecido trazido pelo cliente sem descartar sua unicidade.

Para tanto, Tassinari e Durange (2019, p.20) inferem que o PP é uma forma de atendimento utilizado pelo psicólogo, um forte aliado no enfrentamento das mazelas humanas, mentais e psicológicas. Nesse sentido Tassinari (2003, p. 11) aponta que os objetivos do PP é conduzir o cliente numa compreensão mais clara do que esteja vivenciando no momento da sua emergência, onde a partir da escuta é possível que esse sujeito seja encaminhado a um serviço que sua demanda necessita.

Assim sendo, na possibilidade de um retorno, deve existir uma decisão conjunta entre o profissional de plantão e a pessoa da escuta. Na ocasião desse encontro o momento deve ser permeado de expressividade, empatia, autenticidade, espontaneidade ficando o cliente livre de qualquer julgamento e a vontade para juntos encontrarem um melhor caminho para minimizar o sofrimento.

A partir dessas reflexões podemos dizer que o plantão psicológico é análogo a psicoterapia, no entanto é possível diferenciar um e outro modelo de atendimento. (TASSINARI; DURANGE, 2019) demonstram diferenças claras entre plantão psicológico e psicoterapia tradicional, onde o primeiro abarca todas as classes sociais e vai ao encontro do sujeito onde eles se encontram, como na própria comunidade, propondo uma ajuda

para o momento. O segundo é uma atividade em que as sessões podem durar de 3 a 5 visitas por semana em um consultório, por um longo tempo, podendo durar anos, sendo mais frequente nesses consultórios a clientela mais rica.

Assim, Vieira e Boris (2012, p.884) informam que a psicoterapia, uma atividade da clínica, era a principal atividade do psicólogo na sua forma de atuar, atendendo um público de elevado poder aquisitivo. Em contrapartida o plantão estará aberto para atender a qualquer público que necessite de uma escuta, podendo ainda ser realizado em qualquer lugar que seja possível uma escuta, seguindo uma prática teórica e ética (MONTEIRO; BEZERRA, 2020).

Nessa perspectiva, Monteiro e Bezerra (2020, p. 60) apresenta qualificações facilitadoras em um atendimento no plantão psicológico embasado na ACP.

Essa proposta de relação de ajuda faz com que as atitudes regerianas [...] – autenticidade ou congruência, aceitação ou consideração positiva incondicional e empatia ou compreensão empática – sejam basilares no plantão psicológico em sua essência. Tais atitudes, são pessoais e não técnicas, requisitando a presença da/o plantonista em sua inteireza [...].

Nesse sentido, fica evidente que o plantonista nas atribuições que lhe confere a composição teórica da ACP, deve se apresentar frente ao cliente com essas condições facilitadoras ciente de que, o que apresenta ao cliente são atribuições pessoais suas, que junto ao cliente, favorece o encontro do que busca na escuta. Vale ressaltar que o plantão psicológico se adequa perfeitamente a esse humano contemporâneo que exige do psicólogo formas inovadora de atuar, que tenha um olhar voltado para seu meio social e que seja capaz de lhe dar um norte sem ter que demandar tanto tempo como na psicoterapia (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Pode se dizer que em nenhum momento se exigiu tanto do psicólogo em sua forma de atuar, quanto o momento atual da pandemia da Covid-19, onde esse profissional teve que inovar sua forma de fazer psicologia, rompendo com o paradigma vigente para dar início a um novo paradigma sobre suas práticas (REBOUÇAS; DUTRA, 2010, p.21)

Nesse sentido, Danzmann, Silva e Guazina (2020) deixam evidente que esse profissional teve que se reinventar por ocasião da pandemia da Covid-19, buscando formas de atender o cliente que nesse momento de completa incerteza sofreu sérios agravos na saúde mental e psicológica. Com esse fim as plataformas digitais, o teleatendimento foram os meios encontrados de dar suporte aos que se encontravam em sofrimento e necessitavam de uma escuta.

1.1.1. SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA NA PANDEMIA DA COVID-19

O termo “população de baixa renda” é definido por Perez e Bairon (2013), inferindo sobre estudos de Prahalad (2005), como uma população semelhante a fantasmas, não tem corpo, invisível, excluída socialmente. Para a sociedade é como se não fosse uma parte dela, ou uma parte que não merece estar incluída no todo. Pode ser definida ainda como a camada mais baixa da sociedade, que depende das ações de proteção dos governantes para garantir sua sobrevivência. Nas palavras de Silva, Torres e Berg (2009) são estes compõe a camada mais baixa que dão aos cientistas sociais a honra de idealizarem sobre seus sofrimentos sem nunca experienciar.

Diante do aqui exposto, falar da saúde mental da população de baixa renda, é necessário considerar seu contexto social vivenciado em todos os seus aspectos. Para Minayo (1992, p.10) citado por Stival (2019), são várias condições juntas que determinam que um indivíduo tem ou não saúde, como: moradia, comida na mesa, remuneração, atividade laboral, meio de locomoção, vínculo empregatício, diversão, usufruir de liberdade, acesso à saúde, posse de terra.

Nessa perspectiva, o indivíduo possuindo e usufruindo de todas as condições citadas acima, vai poder demonstrar seu estado de bem-estar por meio da percepção de suas capacidades realizadoras, manejando bem os conflitos próprios da vida, tendo condição de realizar tarefas, colaborando com o seu meio. Para tanto é possível perceber que saúde e saúde mental uma está interligada com a outra (STIVAL, 2019, p. 25).

Dessas acepções, pobreza e saúde mental estão vinculadas, o que, em estudos realizados apontam que em áreas que concentram um maior

número de população de baixa renda, há também um maior índice de comprometimento na saúde mental, nos indivíduos que reside em lugares como as favelas, assentamentos, bem como bairros pobres (Harpham, 2000). Reitera ainda a necessidade de se buscar por intervenções que estejam vinculadas ao espaço social com a finalidade de minimizar a condição de miséria que se encontra a saúde mental dessa população.

Em virtude disso, inferimos com Gomes (2008) que o plantão psicológico é uma ferramenta que vai colaborar com a saúde mental da população de baixa renda, considerando que os recursos disponibilizados pelo governo para atender as demandas da saúde pública não são suficientes, o que acaba sendo priorizado apenas os casos mais urgentes (Gomes, 2008, p.51).

Tais afirmações vão de encontro ao que Rebouças e Dutra (2010) inferem, que o plantão psicológico tem a finalidade de entender o cliente por meio da importância de suas vivências, ressaltando que o foco está no cliente e não na demanda. Para tanto, a escuta no (pp), constitui um processo terapêutico, sendo o sujeito naquele momento ouvido com toda importância que o momento exige, independentemente de sua origem ou condição social.

Segundo Tassinari e Durang (2019), essa proposta de atendimento psicológico emergencial se adequa às necessidades dos tempos atuais que tem alcançado todas as camadas sociais. O que fica evidente com a presença do SarsCov-2 que desenvolveu a Covid-19, ficando a população de baixa renda em uma situação ainda mais delicada, pois como citado anteriormente, teve perdas significativas, como a fonte de renda que gerou uma série de outros fatores, perda de moradia, condição de alimentação, dificuldade para locomoção, dentre outros.

Diante disso, essa população que já vivencia uma vida de restrições, enfrentou ainda as restrições decretadas pelos governantes com objetivo de impedir o avanço da Covid-19, sendo uma possível agravante para a saúde mental. Para Garrido e Rodrigues (2020), os estudos publicados não se detiveram nas implicações da Covid-19 na saúde mental dessa população, mas considera haver certa dificuldade junto a essa população em acatar as medidas de restrições. Considerando que precisam sair em busca de alimento todos os dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo aqui proposto, foram elencados conhecimentos sobre a atividade do plantão psicológico, bem como, sobre a saúde mental da população de baixa renda na pandemia da covid-19. Em síntese, o plantão psicológico constitui-se uma ferramenta possível de ser utilizado em momentos de urgência, onde a pessoa que busca por escuta deseja apenas o alívio para o momento.

Nesse sentido foi possível identificar que essa atividade pode ser útil para colaborar com o bem-estar mental e psicológico da população que tem vivenciado momentos difíceis na saúde mental, decorrente da pandemia da Covid-19. Com isso, ficou evidente também que a pessoa que perde a liberdade de locomoção, a condição de prover o seu sustento, a diversão dentre outras condições, é alguém que vivencia uma saúde mental comprometida. Assim, concluiu-se que a população de baixa renda teve um agravamento ainda maior na saúde mental como consequência da pandemia da covid-19.

Em contrapartida o plantão psicológico que tem sido utilizado em diversos contextos pode ser realizado em qualquer local, inclusive no próprio território, com tanto que siga uma prática teórica e ética. Por assim ser, nesse momento de pandemia, o plantão psicológico se reinventou e efetivou suas práticas por meios digitais seguindo as determinações do governo e do (CRP) Conselho Federal de Psicologia

Com o fim de colaborar com o bem-estar mental e psicológico, o governo disponibilizou recursos digitais, haja vista o atendimento não poder ser realizado presencialmente. Assim, recursos digitais como, o portal do governo, onde é possível encontrar link com informações e WhatsApp com objetivo de quem quer que precise de uma escuta possa receber. Para tanto, nesse período de pandemia foi utilizado, o teleatendimento, plataformas como Meet, zoom, tudo isso visando que a pessoa que esteja vivenciando algum sofrimento mental ou psicológico, seja amparado amenizando seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Edson do Nascimento. Plantão psicológico como modalidade de atendimento em psicologia escolar: limites e potencialidades.

- Estud. Pesq. Psicol.** Rio de Janeiro, 2014, v. 14, n. 1, p. 129-143. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100008&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de mar. 2021.
- DANZMANN, Pâmela Schultz; SILVA, Ana Claudia Pinto da; GUAZINA, Feliz Miguel Nascimento. Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. **J. Nour. Health.** 2020. 10 (N. ESP.): 20104015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/1894/11557>>. Acesso em: 9 de março 20.
- DOESCHER, Andréa Marques Leão; HENRIQUE, Wilma Magaldi. Plantão psicológico: um encontro com o outro na urgência. **Psicol. Estud.**, Maringá v. 17, n. 4, p. 717-723. Dez. 2012. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-737220120004000188ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2021. <https://oi.org/10.1590/s1413-73722012000400018>.
- GARRIDO, Rodrigo Grazinali; RODRIGUES, Rafael Coelho. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **J. Health Biol. Sci.** Petrópolis, v.8; n.1; p. 1-9, jun. 2020. Disponível em: <<https://psiquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/doi:10.12662/2317-3325>>.
- GOMES, Fernanda Maria Donato. Plantão psicológico: novas possibilidades em saúde mental. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 39-44, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1677-29702008000100007&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 março 2021.
- HARPHAM, Trudy. Saúde mental, desenvolvimento e pobreza. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, n. 3, p. 103, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300001&ing=pt&nrm=iso>. acesso em 21 abril 2021. https://doi.org/10.1590/s1516_44462000000300001>.
- INSTITUTO CUIDA DE MIM. **Saúde mental da população carente: conheça formas de contribuir.** Disponível: [141](https://cuida-</p></div><div data-bbox=)

demim.com.br/saude-mental-da-populacao-carente-conheca-formas-de-contribuir>. Acesso em: 26 de março 2021.

MAHFOUD, Miguel *et al.* **Plantão psicológico: novos horizontes.** 2 ed. São Paulo. Companhia Ilimitada, 2012.

MIRANDA, Carmem Silva Nunes de; NUNES, José Célio. A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. **Arq. Bras. Psicol.** Rio de Janeiro, v.64, n.1, p. 78-94, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-S26720120001000007&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MONTEIRO, Cláudia Aline Soares; BEZERRA, Edson do Nascimento. Implantação e Implementação de um serviço de plantão psicológico centrado na pessoa. **Rev. Saúde e ciência on-line.** V. 9, n.1 (jan. a abril de 2020), p.58-77. Disponível em: <<https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article.view/380>>. Acesso em: 3 de fev. 2021.<https://doi.org/10.35572/rsc.v9i1.380>.

PALMIERI, Tatiana Hoffmann; CURY, Vera Engler. Plantão psicológico em hospital Geral: um estudo fenomenológico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.20, n.3, p. 472-479, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102797220070000300015&ing=entnrm=iso>. Acesso em: 07 de março 2021.<https://doi.org/10.1590/S0102=79722007000300015>.

PAPARELLI, Rosélia Bezerra; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Ceziara Fantini. Psicólogos em formação: **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.27, n.1, p. 64-79, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S1414_989320070001000006&ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S141498932007000100006>.

PERES, Ana Cláudia. **Radis: comunicação e saúde.** Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/plantao-psicologico>>. Acesso em: 26 de março 2021.

PEREZ, Clotilde; BAIRON, Sergio. Universo de sentido. **Matrizes.** V. 7, n.2, p. 177-191, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/>

issn.1982-8160 v.7; p. 177-191. Disponível em: <https://www.revista.usp.br/matrizes/article/view/169413>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. **Rev. Abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 19-28, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809_68672010000100004&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SCHMIDT, Beatriz *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas, diante da pandemia do coronavírus (Covid-19). **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v.37, e 2063, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103_166x2020000/00501&ing=eng&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2021. <http://dx.doi.org/101590/1982.0275202037> e 200063.

SCHMIDT, Maria Luiza Sandoval. Plantão psicológico, Universidade pública e política de saúde mental. **Estudos de psicologia**. Campinas 2004, v.21, n. 3, p. 173-192. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0103-166x2004000300003>>. Epub: 15 Set 2008. Acesso em: 17 de fev. 2021.

SILVA, Emanuelle; TORRES, Roberto; BERG, Tábata. A miséria do amor dos pobres. In: SOUZA, Jessé. (org.). **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2009.

SOMBA, Diego; plantão psicológico acompanha profissionais de saúde e familiares de pacientes internos. Governo do Estado do Ceará: disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/202103/08/plantao-psicologico-acompanha-profissionais-de-saude-e-familiares-de-pacientes>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

STILVA, Ana Paula Centra. Ações de saúde mental na atenção primária a saúde: perspectiva para enfermagem 2019. Dissertação (mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Goiás. Goiás. Disponível em: <<http://respositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9549>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

TASSINARI, Marcia Alves; DURANGE, Wagner Teixeira. Plantão psicológico centrado na pessoa: um diálogo sobre a teoria e a prática. In: _____ (org.). **Plantão e a clínica da urgência psicológica**. Curitiba: CRV; 2019.

TASSINARI, Marcia Alves; DURANGE, Wagner Teixeira (Ed.). Clínica da urgência psicológica: a radicalidade do encontro como processo de formação de saúde. In: TASSINARI, Marcia Alves; DURANGE, Wagner Teixeira (org.). **Plantão e a clínica da urgência psicológica**. Curitiba: CRV; 2019.

TASSINARI, Marcia Alves. A clínica da urgência psicológica: contribuições da abordagem centrada na pessoa. 2003. Tese (doutorado em psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

VIEIRA, Emanuel Meireles; BORIS, Geoges Daniel Janja Bloc. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. **Estud. Psiqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 883-896, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300010&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2021.

O EMPREGO DA CLOROQUINA PARA O TRATAMENTO DE COVID-19, FUNDAMENTADO NO DIREITO AO PRÓPRIO CORPO E À AUTONOMIA DA VONTADE

*Janaína Reckziegel*²⁴

*Wendell Wesley Matos Ludwig*²⁵

INTRODUÇÃO

A hodierna discussão acerca do emprego da cloroquina em pessoas contaminadas pelo vírus SARS-CoV-2 – tendo em vista que atualmente não se pode garantir com precisão os seus efeitos colaterais –, nos remete a análise, sob a ótica do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, de quais são os limites impostos ao Estado Brasileiro, no que diz respeito a autorização ou não do uso deste medicamento experimental, a despeito existência de instrumento que expressa a vontade livre e desembaraçada do paciente ou familiar, a saber, o Termo de

24 Pós-Doutora pela UFSC (Início 2018). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela UCS (2007). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela UNOESC (2001).

25 Procurador do Município de Cáceres/MT e Advogado. Mestrando em Direitos Fundamentais pela UNOESC. Especialista em Direito Público e em Direito Processual Civil pela Faculdade Damásio. Bacharel em Direito pela Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Objetiva-se verificar se o indivíduo (ou familiar, na hipótese de incapacidade deste) acometido pelo vírus Covid-19 possui ou não o direito ao uso do medicamento cloroquina, embora haja divergência no meio científico quanto aos seus benefícios e malefícios, bem como inexistência de autorização estatal outorgando este direito. A busca pela resposta desta pergunta se justifica na necessidade imediata de serem implementados instrumentos farmacológicos eficazes para o combate da Covid-19.

Vale dizer que grande parte dos indivíduos que se contaminam com o vírus da Covid-19 (SARS-CoV-2), em torno de 80% dos contaminados se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar bem como a utilização de instrumentos farmacológicos para auxiliar o sistema imunológico no combate ao vírus.

Sendo assim é indiscutível que a maior parte dos acometidos pelo vírus da Covid-19 (SARS-CoV-2) não possuem sequer sintomas, ou seja, indivíduos que contraem o vírus porém não apresentam os sintomas da doença, uma vez que o sistema imunológico possui os anticorpos para a defesa do vírus.

Entretanto, em que pese a utilização de métodos para prevenção não farmacológicos como uso de máscaras, higienização das mãos e distanciamento social qualquer pessoa pode se infectar com a Covid-19 (SARS-CoV-2) e ficar gravemente hospitalizado de modo que é imperiosa a busca e utilização de fármacos cuja eficácia clínica permita evitar os óbitos de pacientes em estado grave infectados pela Covid-19 (SARS-CoV-2).

Nesse diapasão, o uso do fármaco cloroquina pela livre manifestação de vontade do indivíduo mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido vai de encontro ao cumprimento dos direitos fundamentais de primeira geração cujo valor de liberdade é assegurado ao indivíduo.

Nessa toada, o direito do indivíduo de escolher o fármaco cloroquina para tratamento clínico no caso de desenvolver a forma grave da Covid-19 (SARS-CoV-2) mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a despeito da discussão no tocante a sua real efetividade no tratamento clínico da Covid-19 (SARS-CoV-2) busca assegurar o direito à liberdade do indivíduo de modo a respeitar a autonomia da vontade do cidadão bem como autonomia do próprio corpo.

1. AS MAIS RELEVANTES EPIDEMIAS E PANDEMIAS QUE AFLIGIRAM O GLOBO, E A SARS-COV-2.

A história mundial nos apresenta diversas ocasiões em que seres humanos sofreram com epidemias e pandemias. É sabido que no passado, devido à falta de condições sanitárias dos grandes centros urbanos, a desinformação das populações e o pouco conhecimento acerca do desenvolvimento e tratamento das enfermidades, vultuosas epidemias oprimiram as nações, repercutindo, por consequência, no crescimento demográfico e no curso da história (REZENDE, 2009).

Conhecida como uma das maiores e mais marcantes pandemias, a Peste Negra, do século XIV, dizimou cerca de 24 milhões pessoas nos países do Oriente. Foi intitulada “negra”, vez que manchas negras se apresentavam na pele daqueles que eram acometidos pela doença (LOPES, 1969 *apud* REZENDE, 2009).

No Brasil, as primeiras epidemias que alcançaram grandes proporções, foram as de varíola e a de febre amarela, ambas transportadas pelos colonizadores espanhóis e portugueses. Estas provocaram a morte, em massa, das populações indígenas (ROUQUAYROL, 2018).

Outra importante pandemia que merece destaque foi a de gripe espanhola, originada na Europa, que aportou no Brasil no ano de 1918. Tratada, a princípio, com desprezo pelos governantes, na cidade do Rio de Janeiro, há época capital da República, trouxe à morte cerca de 15 mil cidadãos, levando outros 600 mil ao leito – cerca de 66% da população da cidade (GOULART, 2005).

No começo do século XXI nos anos de 2002-2003 houve a epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) com epicentro na Ásia, sendo que foi primeiramente detectada na China no fim de 2002. Houve um surto mundial que resultou em mais de oito mil casos no mundo todo, inclusive Canadá e Estados Unidos, e mais de oitocentas mortes em meados de 2003. Nenhum caso foi relatado no mundo desde 2004 e considera-se que a SARS (a doença, mas não o vírus) foi erradicada (BRENDA, 2018).

A primeira pandemia do século XXI ocorreu no ano de 2009 com o alastramento do vírus da gripe suína H1N1, A(H1N1)pmd09, inicialmente chamado vírus da gripe suína H1N1, é uma combinação dos vírus

da influenza suína, aviária e humana que são facilmente transmitidos de uma pessoa para outra. A infecção não é adquirida pela ingestão de carne de porco e, muito raramente, é adquirida pelo contato com porcos infectados (NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES, 2020).

Em junho de 2009, a Organização Mundial da Saúde declarou a gripe suína pelo H1N1 uma pandemia. Ela se espalhou para mais de 70 países e para os 50 estados norte-americanos. A maior parte das mortes inicialmente ocorreu no México. A incidência e a mortalidade da gripe suína pelo H1N1 é mais alta entre adultos jovens e de meia-idade e mais baixa nos pacientes idosos do que as de uma gripe sazonal, possivelmente pelo fato de que pessoas mais jovens não terem sido expostas previamente a vírus da influenza semelhantes (NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES, 2020).

Em 10 de agosto de 2010 a OMS (Organização Mundial da Saúde) declarou o fim da pandemia do H1N1 o que significa que o vírus continua circulando no mundo, mas junto com outros vírus sazonais (da gripe comum) e em intensidade diferente entre os países (FIOCRUZ, 2010).

Por sua vez, a Covid-19 foi descoberta na cidade de Wuhan, China, em dezembro do ano de 2019. Face ao alto número de casos e de pessoas mortas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, que o evento constituía uma pandemia (UNASUS, 2020).

O coronavírus é membro de uma família de vírus comuns em diversas espécies de animais. Não é costumeiro que os coronavirus que infectam animais, venham a infectar seres humanos (desses raros, podemos citar o MERS-CoV e SARS-CoV). No ano de 2019, mais precisamente no mês de dezembro, foi constatada a transmissão de um novo tipo de coronavirus, denominado SARS-CoV-2 (Covid-19), identificado pela primeira vez em Wuhan, na China. A Covid-19 apresenta um quadro clínico que varia de assintomáticos à graves (BRASIL, 2020).

No mundo, segundo dados do Ministério da Saúde, até a data de 15 de maio de 2021, foram confirmados 162.521.726 casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Desse total, consoante dados concedidos pelo mesmo autor, os Estados Unidos da América, a Índia e o Brasil somam juntos 73.194.593 casos, dentre os quais possui o primeiro 32.923.982, o segundo 24.684.077 e o

terceiro 15.586.534 casos confirmados. Ou seja, essa soma corresponde a 45,04 por cento do total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A despeito de estar na terceira posição entre os que têm o maior número de casos confirmados, o Brasil, quando se trata de coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de habitantes), ocupa a oitava posição, com um coeficiente de 2.052,9 óbitos/1 milhão habitantes. Trata-se de um número expressivo, quando comparado com a Hungria, país que aparece na primeira posição, com 3.013,8 mortes/1 milhão habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

De acordo com o mesmo levantamento, no Brasil, a mortalidade é maior em adultos mais velhos, especificamente entre aqueles com condições de saúde passíveis de agravamento devido a alguma comorbidade ou fator de risco anteriormente adquirida ou desenvolvida (cardiopatia, diabetes e doenças renais). Em que pese grande parte dos casos relatados de Covid-19 no Brasil tenham sido leves, aproximadamente 76% das mortes ocorreram entre adultos com idade superior a 50 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Outrossim, no que diz respeito ao número de recuperados da doença, levando-se em conta os países com o maior número de recuperados desde o início da pandemia, o Brasil ocupa a segunda posição, com um total de 14.062.396, perdendo apenas para a Índia, que conta com 20.795.335 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

De outro vértice o surgimento de novas variantes vem causando grande apreensão na comunidade internacional diante do temor de recrudescimento da pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2) em especial com a disseminação ao redor do mundo da Variante Delta detectada pela primeira vez na Índia, em outubro de 2020, a mutação do vírus SARS-CoV-2 (causador da Covid-19) é considerada uma variante de grande preocupação por ser mais transmissível do que as anteriores (Alfa, Beta e Gama), o que a faz mais contagiosa do que a cepa original (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2021).

O surgimento de novas variantes torna patente a importância da utilização de fármacos aptos a auxiliar no tratamento clínico de pacientes em estado grave pela Covid-19 (SARS-CoV-2) incluindo a liberdade individual do indivíduo de escolher ser ministrada a clo-

roquina no tratamento hospitalar mediante assinatura de termo de consentimento.

2. A DISCUSSÃO SOBRE A LIDIMIDADE DO EMPREGO DA CLOROQUINA VISANDO A CURA DO VÍRUS SARS-COV-2

Por conta disso, a pandemia de Covid-19 tem promovido mudanças no direito público e privado. Dentre essas mudanças, podemos destacar no direito público, a relativização das normas orçamentárias previstas através da Lei Complementar n° 173/2020 que, *ex vi*, suspendeu o pagamento dos débitos que os Estados, Distrito Federal e Municípios possuem com a União Federal. Por sua vez, no plano privado, estatuiu-se por meio da Lei n°. 14.010/2020, artigo 8º, a suspensão do direito de arrependimento elencado no artigo 49 do Código de Defesa do Consumidor, na hipótese de entrega domiciliar (delivery) de produtos perecíveis ou de consumo imediato e de medicamentos (BRASIL, 2020).

Objetivando reduzir a letalidade da doença, iniciaram, em diversos países, pesquisas com vacinas, fármacos e procedimentos médicos. Dentre eles, é possível citar a cloroquina, azitromicina, ivermectina como remédios em ascensão no meio científico.

Concomitantemente, como reflexo dos números acima citados, discussões antes subalternizadas ressurgiram no meio jurídico e na sociedade em geral. O uso do medicamento cloroquina para o tratamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2) transita, no Brasil, entre essas celeumas.

Face a inexistência de evidências cientificamente comprovadas da sua eficácia, defensores e detratores do uso do fármaco se dividem. Há quem alegue que a sua ministração se tornou uma questão política, uma vez que o atual Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, expressamente a aprova (OLIVEIRA, 2020).

Questão política ou não, esse debate permeia um ponto de profunda reflexão, a saber: a legitimidade do uso, no âmbito individual, de medicamentos com eficácia não cientificamente comprovada, respaldado na assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente ou seu familiar.

Decorrente do direito de autodeterminação e da autonomia privada, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou para alguns, Termo de Consentimento Informado – TCI), hodiernamente, não encontra, no ordenamento jurídico pátrio, qualquer referência expressa, sendo, por conseguinte, fruto da doutrina e da jurisprudência.

Veja que do TCLE decorre uma intervenção na integridade física do portador dos direitos supramencionados e que, em regra, este ou seu familiar não possui conhecimento técnico acerca do procedimento ou medicamento a ser empregado, deve o profissional da área médica, sob pena de responsabilização civil, cientificá-los acerca dos seus efeitos benéficos e maléficis, a fim de que a decisão a ser tomada não seja viciada pelo dolo previsto no artigo 147 do Código Civil.

Posto isto, questiona-se: por inexistir evidências científicas que comprovem a eficácia da cloroquina no tratamento de Covid-19 e que amparem a elaboração do TCLE, é legítima tal disposição de direitos? É lícita a intervenção do Estado no sentido de impedir a sua ministração?

No Brasil, as agências reguladoras são, em regra, constituídas em forma autarquias, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Por compreenderem parte da estrutura estatal, representam o Estado no exercício do poder de polícia administrativa.

A ANVISA foi criada pela lei nº. 9.782/1999 com a missão de “proteger e promover a saúde da população, mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde.” Nesse aspecto, esta é a entidade competente pela regulação do uso ou não da cloroquina nos casos em tela (BRASIL, 1999).

Por sua vez, os direitos e garantias fundamentais estão previstos na Constituição Federal de 1988. Dentre eles, destacam-se para este trabalho, os direitos à vida e à liberdade. Corolários da primeira dimensão dos direitos fundamentais, estes são frutos de um processo que se iniciou com as revoluções burguesas do século XVII. À guisa de exemplo, podem ser citados os incisos I, III, VI, X e XV, do artigo 5º e o artigo 170 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Ademais, a interpretação dos Arts. 13 a 15 do Código Civil, nos faz concluir pela existência do direito ao próprio corpo – corolário do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana – em que este é pessoal, de caráter

especial, e tem por conteúdo a livre disposição do corpo, dentro dos limites assinalados pelo direito positivo.

José Afonso da Silva afirma que ofender o corpo humano é, por conseguinte, também ofender a vida, vez que esta se materializa naquele. Posto isto, determinar instrumentos visando a guarda do corpo e, por consequência, a própria integridade física individual, é trazer a lume a dignidade humana (SILVA, 2002).

Logo, impor um mal ao corpo é o mesmo que agredir a vida e a dignidade humana.

Immanuel Kant assevera que a autonomia da vontade é a base na qual se assenta a dignidade da natureza humana e toda natureza racional, sendo, por conseguinte, considerado princípio supremo da moralidade (KANT, 1986). Segundo o consagrado autor, “autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças a qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer)”, logo, a escolha – utilizar ou não o medicamento –, deve nascer do próprio cidadão (KANT, 1986).

O indivíduo, na concepção de Kant, não pode ser utilizado como mero objeto com o intuito de satisfazer as vontades alheias, se transformando em coisa. A racionalidade do homem é o fator distintivo e que lhe proporciona um valor absoluto que perfaz sua dignidade. Assim, ao utilizar o medicamento, o cidadão está demonstrando ao Estado que os seus fins são idênticos aos deste (ou seja, obter a cura). Já, o contrário, deixa claro que uma imposição estatal se apresentaria como uma ofensa à autonomia, vez que o impediria de alcançar o objetivo buscado.

Dessa forma, ao discorrer sobre uma vontade autônoma, isto é, autora da própria lei moral, Kant quer manifestar que a mesma não deve ser determinada por nenhum interesse externo a ela própria, de modo que levaria a um agir não autônomo, nesse espeque a faculdade de o cidadão utilizar do fármaco cloroquina configuraria um agir autônomo uma vez que a decisão estaria livre de interesses externos a vontade individual do indivíduo. Nesse diapasão, é possível concluir que o pensamento de Kant é um contraponto a tese utilitarista de Bentham e John Stuart Mill uma vez que o pensamento utilitarista almeja a maximização da felicidade coletiva a despeito de restringir a liberdade e autonomia da vontade do indivíduo para a consecução desse objetivo (SANDEL, 2020).

Nesse compasso, a filosofia Kantiana, a partir da ideia do homem como fim em si mesmo, rechaça a tese utilitarista outrora defendida por Bentham e John Stuart Mill, uma vez que na visão de Immanuel Kant transforma o indivíduo em um meio para um fim que não é ela própria, o que fere a dignidade e autonomia que cada ser possui, transformando-o em um mero objeto.

Cumprido pontuar que o escólio de Kant diferencia os seres humanos dos animais pela razão, sendo a razão atributo exclusiva da espécie humana. Kant coloca a razão como sendo o fundamento que comanda a vontade por meio do dever, ao passo que Bentham enquadra o ser humano como um escravo da dor e do prazer igual aos outros animais. Contudo, para Kant, a despeito de às vezes existirem casos de incapacidade do uso da razão seja oriundo da genética do indivíduo, seja por transtornos mentais ou outras peculiaridades que influenciem a razão, essa faculdade é propriamente humana. O ser humano não perde o seu valor e do mesmo modo não pode ser instrumentalizado (SANDEL, 2020).

Nesse sentido, o direito do indivíduo de utilizar a cloroquina no seu tratamento consiste na efetivação do direito fundamental a liberdade e da autonomia da vontade, ao passo que a discussão acerca das restrições (ou limitações) aos direitos fundamentais está conexas à amplitude do seu suporte fático. A restrição, adotando a definição de Novais, pode ser conceituada como qualquer ação ou omissão do poder público que afete o direito fundamental de modo desvantajoso (NOVAIS, 2003).

Neste conceito, enquadra-se tanto os atos que dificultam o acesso pleno ao bem jurídico tutelado quanto aqueles que enfraquecem os deveres e obrigações do Estado que se destinam à garantia do direito fundamental. Além disso, Marcelo Novelino afirma que os limites aos direitos fundamentais para a teoria interna, são fixados por meio de um processo interno ao próprio direito, ou seja, não recebe influência de outras normas. Por isso, pode-se afirmar que a possibilidade de restrições ao direito por normas infraconstitucionais só ocorre para os adeptos da teoria externa (NOVELINO, 2018).

Dessa forma, à luz da teoria interna de restrições dos direitos fundamentais o uso da cloroquina, amparado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apresenta-se como uma expressão do direito

à autonomia da vontade e direito ao próprio corpo do indivíduo não podendo esse direito sofrer restrições externas.

Nesse espeque, cabe ressaltar que os direitos de personalidade, como elenca a doutrina, possuem características intrínsecas que os definem, isto é, conteúdo não patrimonial, irrenunciabilidade, imprescritibilidade e intransmissibilidade. Considerando a presença da última, constata-se, no direito ao próprio corpo, a impossibilidade de o homem transferir a outro o direito de decidir sobre dispor ou não sobre seu próprio corpo (SÁ, 2020).

CONCLUSÃO

Os direitos fundamentais, que ganharam força com a promulgação da Constituição brasileira de 1988, são pressupostos inafastáveis de um Estado Democrático de Direito, visto que almejam realizar valores que lhe são inerentes.

Haja vista que ao cidadão foi reconhecido o direito de se ver protegido do poder discricionário do Estado, por meio do estabelecimento, tanto na Constituição Federal de 1988, quanto em normas infraconstitucionais, de limites à interferência estatal na vida privada, cabe a este decidir qual será a medida adota em seu próprio corpo, seja por meio da abstenção do uso ou da utilização do medicamento cloroquina. Tal conclusão merece guarida, uma vez que o Estado deve intervir minimamente no âmbito privado – pressuposto este fruto da primeira geração de direitos humanos – sob pena tolhimento das liberdades individuais.

Dessa forma, a eventual recusa estatal em fornecimento do tratamento do indivíduo hospitalizado com Covid-19 amparado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE tem o condão de violar a dignidade humana e, em linha com a filosofia kantiana, viola a liberdade e autonomia do ser humano que devido ao fato de ser um fim em si mesmo, deve o indivíduo ser respeitado e não ser utilizado como objeto ou sofrer limitações externas em detrimento da sua autonomia.

Em síntese, o caminho a ser perseguido é incentivar a formação e tomada de consciência de cada indivíduo de seu direito a autonomia da vontade e liberdade, de modo que deve ser possibilitado ao indivíduo o uso da cloroquina, amparado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 13 set. 2021.

_____. **Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020.** Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Edição 101, Página 4, Publicado em 28 de maio de 2020.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 1. Publicado em 27 jan. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus Covid-19: Semana Epidemiológica 19 (9/5 a 15/5/2021).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/maio/21/boletim_epidemiologico_covid_63_final_21maio.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRENDA. Tesini. **Síndrome respiratória aguda grave (SARS).** Manual Merck, 2018. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/v%C3%ADrus-respirat%C3%B3rios/coronav%C3%ADrus-e-s%C3%ADndromes-respirat%C3%B3rias-agudas-covid-19-mers-e-sars>>. Acesso em: 06 set. 2021.

FIOCRUZ. **OMS anuncia fim da pandemia da gripe H1N1.** 2010. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/oms-anuncia-fim-da-pandemia-da-gripe-h1n1>>. Acesso em: 06 set. 2021.

GOULART, Adriana da Costa. **Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro.** História, Ciência e Saúde. Manguinhos. Rio de Janeiro. v.12, n.1, Jan /Apr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000100006>. Acesso em: 26 maio 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **O que se sabe sobre a Variante Delta.** Disponível em: <iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/782-variante-delta>. Acesso em: 06 de setembro de 2021.

KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes.** Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986.

LOPES, Octacílio Carvalho de. **A Medicina no Tempo.** São Paulo: Edusp/Melhoramentos, 1969, p. 172 Apud REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina.** São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 73. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-08.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2021.

NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES. **Pandemias de Gripe.** 2020. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/Influenza-Pandemics-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Influenza-Pandemics-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 06 set. 2021.

NOVAIS, Jorge Reis. **As restrições aos direitos fundamentais não expressamente autorizadas pela Constituição.** Coimbra: Coimbra Editora, 2003.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional.** 13. Ed. Ver. Ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2018.

OLIVEIRA, Thaianie Moreira de. **Como enfrentar a desinformação científica? Desafios sociais, políticos e jurídicos intensificados no contexto da pandemia.** LIINC em Revista, Rio de Janeiro, v.16, n.2, dezembro, 2020. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/article/view/5374/5123>>. Acesso em: 31 maio 2021.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina.** São Paulo: Editora Unifesp, 2009, p.

73. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-08.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2021.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos: incluindo o estudo da lei n.9.434/97**. Belo Horizonte: Liv. Del Rey Editora, 2000.

SANDEL, Michael. **Justiça: O que é fazer a coisa certa**. 30°. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020, p.139.

SILVA, José Afonso da. **Direito Constitucional Positivo**. 25. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2002.

UNASUS. **Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 20 maio 2021.

EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, IMPACTO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Adriana Costa Pires²⁶

Naildes Conceição Almeida²⁷

Maiza de Oliveira Abreu Pires²⁸

Adriana do Prado Rodrigues Carneiro²⁹

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a diminuição dos riscos de danos dispensáveis a um mínimo admissível durante a assistência. Trata-se de um elemento do cuidado durável e constante nas ações cotidianas de saúde, porquanto, está intimamente relacionada ao acolhimento ao paciente em todas as redes de atenção (BRASIL, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

Ressalta-se que o termo “Segurança do Paciente” começou a gerar inquietações na década de 90, nos Estados Unidos, época em que

26 Discente de Enfermagem. Faculdade Adventista da Bahia (FADBA).

27 Discente de Enfermagem. Faculdade Adventista da Bahia (FADBA). Cachoeira, BA, Brasil.

28 Enfermeira e Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, BA, Brasil.

29 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora de Enfermagem na Rede Adventista Silvestre de Saúde (RASS).

começaram a surgir casos de eventos evitáveis e inúmeros óbitos. Assim, devidos a constantes falhas profissionais a busca por segurança do paciente começou a ser priorizada. A preocupação surgiu porque estes erros/incidentes influenciam diretamente na qualidade de vida e provocam consequências desastrosas aos pacientes, profissionais e governamentais (SILVA *et al.*, 2016).

Neste viés, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, normatizou que todas as unidades de saúde do Brasil devem estabelecer programas e protocolos – assistenciais, educativas e programáticas – que abordem os princípios de segurança, prevenção e controle de eventos adversos (EAs).

Assim, a segurança do paciente tornou-se uma das características da boa assistência, ganhando destaque e importância nacionalmente, uma vez que engloba a atenção a pacientes e leva em consideração as responsabilidades dos atores envolvidos, enfatizando a atribuição da gestão governamental em relação à assistência em saúde (BRASIL, 2017).

Contudo, suscitar um ambiente assistencial seguro tem se tornado um grande desafio e um sério problema de Saúde Pública, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma das áreas mais complexas de uma instituição de saúde (MARCHON, 2015).

A UTI possui particularidades próprias e um cenário assistencial de alto risco. Os profissionais lotados neste âmbito utilizam tecnologias superiores e realizam vários procedimentos diariamente porque os pacientes intensivos necessitam de assistência mais intensa, resolutiva e ágil. Também, o paciente é assistido por vários profissionais em saúde que, em condições de gravidade dos pacientes, trabalham sob um forte estresse e correria, pois lidam diretamente com situações de vida, morte ou sequelas (REIS, 2019).

Ainda existe alta demanda de pacientes em relação à quantidade de profissionais disponíveis, aumentando as chances de ocorrer EAs (MARCHON, 2015). Ainda, conforme Minuzzi *et al.* (2016), as falhas e os EAs que acometem o paciente crítico e semicrítico nas UTIs podem causar consequências severas, levando inclusive à morte.

Com isso, tanto pacientes quanto os profissionais estão expostos a um ambiente que facilita a ocorrência de EAs, assim sendo, a qualidade do atendimento e a segurança do paciente passa a ser um desafio para as equipes de saúde (BARROS *et al.*, 2016).

Analisando os fatores relacionados a EAs em pacientes em UTI, Reis (2019) aponta que o profissional de enfermagem está em constante destaque uma vez que a UTI é o local em que há maior demanda para as atividades de enfermagem e onde mais se exige ações rápidas, sincronizadas e de observação continuada. A enfermagem é a que mais interage com o paciente, devido inúmeras atribuições exercidas, prestando assistência contínua, gerando preocupação em relação à qualidade da assistência.

Portanto, na perspectiva do cuidado e segurança, se inserem as UTIs, principalmente porque a adesão a boas práticas de saúde e a cuidados baseados em evidências científicas são especialmente importantes quando se falam em atendimentos de pacientes graves. Assim, conforme RDC 36/2013, Art. 3º, II, com a ampliação atual das atribuições dos profissionais e das funções clínicas, aumentaram-se também as complexidades do cuidado neste âmbito. Sendo assim, torna-se essencial que a equipe de saúde atenda ao que regem os protocolos assistenciais, de modo a garantir a proteção do paciente contra riscos, eventos indesejados e danos desnecessários que possam causar ameaças à vida.

Dessa forma, este estudo se justifica, especialmente, por saber que a equipe de enfermagem possui um papel preponderante no contexto da Segurança do paciente e que as ações empregadas no intuito de minimizar os riscos dos eventos adversos é imprescindível para a garantia da qualidade da assistência. Nesta perspectiva é que surgiu a questão problema desta pesquisa que visa questionar: Quais são os eventos adversos que mais ocorrem nas UTIs?

Portanto, este estudo poderá reafirmar a responsabilidade da enfermeira para com a garantia do processo de cuidar de forma segura, evitando dessa forma, as possíveis adversidades nesse processo. Em consonância, o objetivo geral desta pesquisa é investigar quais são os eventos adversos que mais causam danos à saúde do paciente no ambiente de UTI.

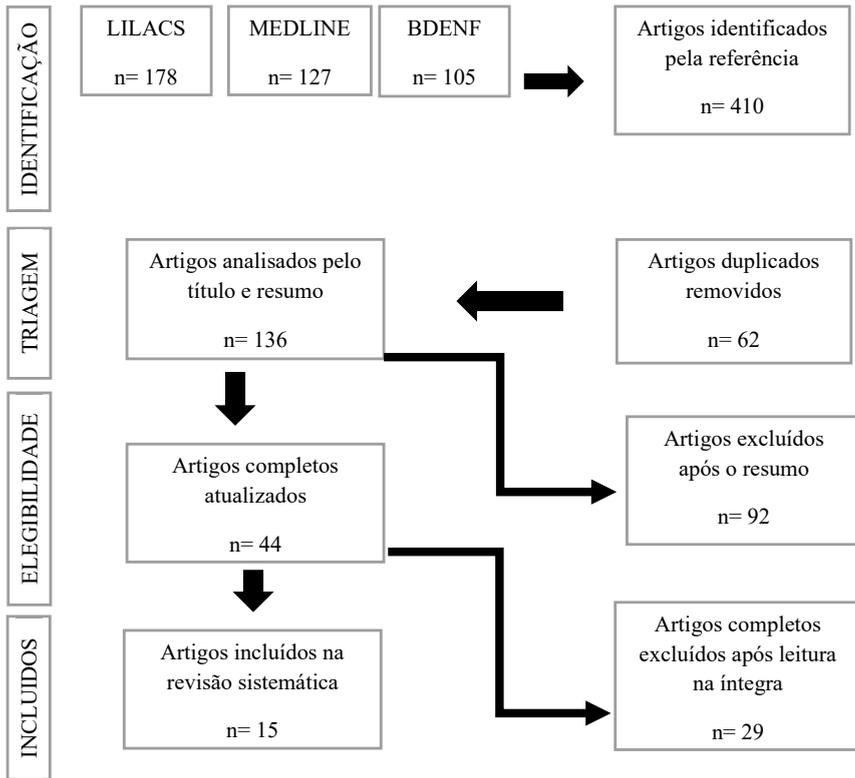
METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura que tem como objetivo descobrir quais são os eventos adversos que mais causam danos à saúde do paciente no ambiente de UTI. Portanto, este estudo fez um levantamento de documentos publicados nas diversas bases de dados, de forma a responder ao objetivo da pesquisa, tendo como referência as bases de dados Biblioteca Eletrônica Científica *On-line* (SCIELO); Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE) na busca pelos artigos, foram utilizados os descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Assistência de enfermagem, acolhimento, atendimento de emergência, protocolo de enfermagem”, com associação dos operadores booleano "AND", “práticas assistenciais” AND “eventos adversos” e “segurança do paciente” AND “eventos adversos”.

Os critérios de inclusão adotados serão artigos publicados disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados selecionadas entre o ano de 2015 a 2020, que foram escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e que respondessem o objetivo da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e que foram publicados há mais de 5 anos, estudos publicados em outros idiomas.

Os artigos inclusos serão selecionados através da sequência: leitura de título, leitura do resumo e texto integral. Será realizado uma análise e síntese crítica dos resultados obtidos, objetivando responder o objetivo deste estudo. A partir da leitura precisa e análise dos artigos selecionados, foi realizada a síntese descritiva da pesquisa contemplando as reflexões mais relevantes dos autores abordados.

Figura 1. Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática de literatura, baseado nos Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). Cachoeira, BA, Brasil, 2021.



RESULTADOS

Ao total 410 artigos (105 na BDENF; 178 LILACS; 127 MEDLINE) foram identificados na pesquisa, excluídos com base nos títulos 274 arquivos e na sequência foram excluídos 92 artigos por estarem duplicadas ou texto incompleto, foram avaliados para elegibilidade 44 artigos para leitura na íntegra e, por fim, incluídos 15 estudos nessa revisão sistemática, os quais responderam ao objetivo do estudo e contemplaram os critérios da pesquisa, conforme pode ser visualizado na figura 1.

Foi possível perceber que os tipos de estudos e abordagens utilizadas, conforme representado do quadro 2 foram os seguintes: 02 Estudo de coorte concorrente, 02 de revisão sistemática da literatura qualitativo, 02

estudo de Coorte Prospectiva e abordagem transversal, 01 estudo de Revisão integrativa com abordagem qualitativa, 01 Estudo observacional, prospectivo, tipo coorte, qualitativo, descritivo, 01 pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, 01 revisão sistemática, utilizando a estratégia de busca no modelo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*), 01 estudo retrospectivo unicêntrico, 01 estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, 01 Estudo quantitativo e exploratório-descritivo com coleta retrospectiva dos dados, 01 análise *pós-hoc* do estudo SYREC e 01 estudo de coorte retrospectivo.

Quadro 1. Identificação dos artigos, autores, títulos, base de dados, periódico e ano de publicação. Cachoeira, BA, Brasil, 2020

Nº	Autores	Títulos	Base	Periódico/ Ano
1	Roque K, Tonini T, Melo ECP.	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	MEDLINE	Cad. Saúde Pública, Scielo, 2016
2	Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS	Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática	MEDLINE	Rev Esc Enferm USP · 2016
3	Ducci, AJ	Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos	LILACS	Portal Regional da BVS, 2015
4	Duarte, SCM et al.	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem	LILACS	Rev. bras. enferm, Jan-Feb/2015
5	Novaretti, MCZ et al.	Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI	LILACS	Rev Bras Enferm. 2015
6	Aquim E. E. et al.	Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva	LILACS	Rev Bras Ter Intensiva. 2019

Nº	Autores	Títulos	Base	Periódico/ Ano
7	Rocha, Raí Moreira	Competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos UTI neonatal	LILACS	Portal Regional da BVS 2016
8	Machado, APC et al	Erros de prescrição em uma unidade de terapia intensiva neonatal brasileira	LILACS	Cad. Saúde Pública, 2015
9	Busanello, J et al.	Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente	BDEFN	Rev Enferm UFSM 2015
10	Pena, MM	Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário	BDEFN	Biblioteca Virtual en Salud Enfermería, 2015
11	Toffoletto MC et al.	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos	BDEFN	Rev Bras Enferm., 2016
12	Perez, YM	Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo	LILACS, BDEFN	Revista Cubana de Enfermería. 2020
13	Hector, PA et al.	Impacto del seguimiento farmacoterapéutico para identificar los errores de medicación y disminuir eventos adversos en pacientes de terapia intensiva del Hospital H+ Querétaro	LILACS	Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [on-line]. 2018
14	Serafim CTR et al.	Severity and workload related to adverse events in the ICU	MEDLINE	Rev Bras Enferm. 2017
15	Delgado MCM et al.	Analysis of contributing factors associated to related patients safety incidents in Intensive Care Medicine.	MEDLINE	Medicina intensiva (Edição Inglesa) 2015

Quadro 2. Identificação dos artigos, tipo de estudos, objetivo, resultados/conclusão. Cachoeira, Bahia, Brasil, 2020

Nº	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
1	Estudo de coorte concorrente	Avaliar a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI).	O estudo confirmou 324 EAs em 115 pacientes internados ao longo de um ano. A taxa de incidência foi de 9,3 eventos adversos por 100 pacientes-dia, e a ocorrência destes agravos aumentaram, consideravelmente, o tempo de internação e a mortalidade.
2	Estudo de revisão sistemática da literatura qualitativo	Buscar evidências sobre a influência da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de EA em pacientes adultos internados em UTI	Dentre os EA analisados, as IRAS são as mais frequentes, gerando índices elevados de complicações, aumento nos custos da assistência e disseminação de microrganismos multirresistentes.
3	Coorte Prospectiva abordagem transversal	Analisar a associação entre variáveis demográficas e clínicas dos pacientes, estresse e satisfação dos profissionais de enfermagem e percepção da cultura de segurança do paciente com a ocorrência de EA de gravidade moderada e grave em UTI adulto.	Os tipos de EA mais frequentes foram procedimento/processo clínico (42,71%), acidentes com o paciente (28,74%) e infecção hospitalar (20,85%). Pacientes masculinos, submetidos a internação cirúrgica de emergência e que evoluíram a óbito na UTI apresentaram mais EAs quando comparados aos pacientes do mesmo grupo.
4	Revisão integrativa com abordagem qualitativa	Identificar os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem	Identificou-se os principais eventos na assistência de enfermagem, destacando-se os erros na administração de medicação, não realização de curativos e as quedas.

5	Estudo observacional, prospectivo, tipo coorte, qualitativo, descritivo	Estudar, prospectivamente, a influência da carga de trabalho da Enfermagem no risco de incidentes sem lesão e de EAs relacionados à competência de enfermagem em pacientes internados em UTI	Aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e EAs em pacientes foram relacionados à esfera da Enfermagem e atribuídas à sobrecarga de trabalho. Estes incidentes aumentaram o número de dias de internação e o risco de óbito.
6	Revisão sistemática, utilizando a estratégia de busca no modelo PICO.	Elaborar um documento que reúne recomendações e sugestões baseadas em evidências sobre a mobilização precoce do paciente crítico adulto, visando melhorar o entendimento sobre o tema, com impacto positivo no atendimento aos pacientes.	Medidas de segurança devem ser adotadas pela equipe multidisciplinar para que os EAs, se ocorrerem, sejam de pequena importância e prontamente solucionados.
7	Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório	Mapear as competências do enfermeiro para o gerenciamento dos eventos adversos na UTI Neonatal	Foram mapeadas 9 competências profissionais para o gerenciamento dos EAs na UTIN. Existe relação multifatorial entre as competências profissionais e o gerenciamento destes eventos na UTIN.
8	Estudo retrospectivo unicêntrico.	Conhecer a frequência dos erros de prescrição em uma UTI neonatal de um hospital universitário, bem como os pacientes susceptíveis, os tipos de erros e os medicamentos envolvidos.	A taxa de erros de prescrição foi de 43,5%. Os achados demonstraram que houve erros de dose, intervalo, diluente e tempo de infusão, distribuídos em sete classes terapêuticas.

9	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa	Identificar os cuidados de enfermagem para a prevenção das lesões cutaneomucosas em pacientes adultos hospitalizados e possíveis dificuldades encontradas pelos profissionais para promover estas ações	Os cuidados para a proteção do paciente, como a prevenção de LPP, de quedas, do risco de infecção e técnicas corretas foram apontadas como ações para garantir a segurança.
10	Estudo quantitativo e exploratório-descriptivo com coleta retrospectiva dos dados	Identificar as não conformidades referentes aos eventos adversos: erro de medicação, flebite, queda e úlcera por pressão (UPP) que causaram dano permanente ou temporário, no triênio 2011-2013	Os eventos encontrados foram flebites, erros de medicação, UPP e quedas. 39,5% deles ocorreram no plantão da manhã, sendo 33,1% nas UTI. Na maioria, houve o envolvimento de mais de um profissional e mais de uma causa. 98,9% dos incidentes resultaram em dano temporário e 69,2% eram evitáveis. 71% dos eventos evidenciaram falha de comunicação. No erro de medicação, a prevalência foi de 53,5% com falhas na comunicação verbal e escrita; nas quedas, 36,7% apresentaram falha na comunicação verbal; nas UPP, 52,4% com falhas na comunicação verbal e escrita; nas flebites, falha na comunicação escrita em 37,1% dos eventos. Dos eventos que apresentaram falha de comunicação verbal, 97,5% resultaram em danos temporários. Dentre os EAs que apresentaram falha de comunicação, 82,3% eram evitáveis.

11	Estudo de coorte retrospectivo	Identificar os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva segundo características demográficas e clínicas.	Do total de 315 idosos, 94 sofreram EAs, com permanência de 10,6 dias e sobreviventes (61,7%). Dos 183 eventos, houve predomínio do tipo processo clínico e procedimento (37,1%).
12	Revisão sistemática da literatura	Sistematizar o conhecimento sobre sistemas de notificação de eventos adversos em unidades de terapia intensiva para gestão de riscos.	Os eventos adversos não ocorrem isoladamente, se complementam. Foram detectados EAs relacionados com o gerenciamento de acessos e drenos vasculares (13 a 39%), os relacionados ao cuidado como úlcera por pressão (13,9 a 25,8 %) e medicação (40 %).
13	Estudo documental, observacional, de revisão bibliográfica e Interventiva	Identificar a relação do seguimento farmacoterapêutico na detecção de erros de medicação com o aumento do número de intervenções para a prevenção de eventos adversos em pacientes na unidade de terapia intensiva.	Foram identificados 107 erros de medicação no período 1, representando uma taxa de erro de 514,42 por 1.000 dias/paciente. Em relação ao grupo de medicamentos o índice de erros com antimicrobianos com 12,1%. No período 2, observou-se uma taxa de 950,76 por 1.000 dias/paciente.
14	Estudo de coorte única, prospectivo	Analisar se o aumento da gravidade do paciente e a carga de trabalho de enfermagem está relacionado à maior incidência de Eventos Adversos (EAs) em pacientes críticos	Foram evidenciados 166 EAs que acometeram 50,7% dos pacientes. Estes, sofreram um ou mais EAs, com predomínio das UPP (29,5%), Lesões de Pele (27,1%) e Saídas não Planejadas de Sondas (20%).
15	Análise pós-hoc do estudo SYREC	explorar fatores que contribuem (CF) associados a incidentes críticos de segurança relacionados com pacientes críticos.	Foram reportados 2.965 incidentes, destes, 1.236 foram considerados EAs. Os EAs mais frequente eram os que estavam relacionados com o paciente

DISCUSSÃO

Os EAs, em sua maioria, são preveníveis e estão diretamente relacionados a cuidados prestados pelos profissionais. Ademais, a segurança do paciente vai além do conhecimento sobre a existência de falhas, enganos ou o profissional que o cometeu, é necessário identificar a prevenção específica e os possíveis danos que estes erros podem gerar nos pacientes internados nas UTIs que são unidades altamente críticas em relação ao tipo de cuidado prestado.

Neste viés, um estudo documental, observacional, de revisão bibliográfica e Interventiva realizada em dois períodos para detectar erros de medicação e analisar possíveis intervenções para a prevenção de eventos adversos em pacientes na UTI identificou 107 erros de medicação no período 1, representando uma taxa de erro de 514,42 por 1.000 dias/paciente. Em relação ao grupo de medicamentos o índice de erros com antimicrobianos com 12,1%. No período 2, observou-se uma taxa de 950,76 por 1.000 dias/paciente (HECTOR *et al.*, 2018).

Os autores supracitados concluíram que a busca intencional por EAs favorece a segurança do paciente e ajuda a prevenir agravos em pacientes na UTI, especialmente no caso de antimicrobianos e vasoativos, pois, seu uso indevido representa alto risco para o paciente e maior morbimortalidade. Os erros na prescrição expõem os pacientes críticos a falhas terapêuticas, aumento da resistência bacteriana, internação prolongada e maior risco de morte.

Já Serafim *et al.* (2017), num estudo de coorte única, prospectivo idealizado para analisar o aumento da gravidade do paciente em relação com a carga de trabalho de enfermagem, frisam que a alta demanda de trabalho está relacionado à maior incidência de EAs em pacientes críticos. Nesta pesquisa foram evidenciados 166 EAs que acometeram 50,7% dos pacientes. Estes, sofreram um ou mais eventos, com predomínio das UPP (29,5%), Lesões de Pele (27,1%) e Saídas não Planejadas de Sondas (20%).

Neste diapasão, compreende-se que os EAs são indicadores de qualidade, pois, estas ocorrências elevam o tempo de internação e agravam o quadro clínico do paciente, causando danos irreversíveis.

Sendo assim, ressalta-se o quanto é importante padronizar as ações por meio de protocolos, com vistas a conduzir a ação dos profissionais e consequentemente reduzir os acidentes que tanto tem reduzido a sobrevivência de pacientes críticos.

Estudo de coorte retrospectivo para identificar os fatores relacionados à ocorrência de EAs em pacientes idosos críticos internados em UTI corroboraram que do total de 315 pacientes, 94 sofreram acidentes, gerando grande letalidade cujos sobreviventes representaram apenas 61,7%. Dos 183 eventos, houve predomínio do tipo processo clínico e procedimento (37,1%). Houve associação entre lesões e tempo de permanência na unidade. (TOFOLLETTO *et al.*, 2016)

Em concordância, Novaretti *et al.* (2015) destacam que aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e EAs em pacientes estão relacionados às ações de Enfermagem e são atribuídas à sobrecarga de trabalho. Como consequência, os EAs aumentam o número de dias de internação e o risco de óbito. É fundamental que os gestores atuem no processo de gestão de profissionais em instituições hospitalares, evitando sobrecarga de trabalho, o que, proporcionalmente gera aumento da segurança do paciente.

Machado *et al.* (2015) buscaram detectar principais erros de prescrição em uma UTI e verificaram que a taxa de erros de prescrição foi de 43,5%. Os achados demonstraram que houve erros de dose, intervalo, diluente e tempo de infusão, distribuídos em sete classes terapêuticas. A ocorrência de EAs foi maior em recém-nascidos pré-termos. Os erros de diluente e de dose foram os mais frequentes. As classes de medicamentos mais envolvidas nos erros foram os antibióticos e os utilizados para tratamento de doenças dos sistemas nervoso e cardiovascular.

Uma análise *pós-hoc* do estudo SYREC para explorar fatores que contribuem (CF) associados a incidentes críticos de segurança relacionados com pacientes críticos, evidenciou 2.965 incidentes, dos quais 1.236 foram considerados EAs, destes, os mais frequente eram os que estavam relacionados com o paciente. Os incidentes associados aos recursos profissionais foram considerados evitáveis e os acidentes relacionados com o paciente foram considerados inevitáveis (DELGADO *et al.*, 2015).

Duarte *et al.* (2015) identificou como principais EAs na assistência de enfermagem, os erros na administração de medicação, a falta de reali-

zação de curativos e as quedas. Concluíram que estes eventos necessitam de intensificação na utilização de instrumentos de notificação, bem como anseia por um trabalho de redução do medo dos profissionais acerca da punição, fator que estimula a subnotificação. Sendo assim, torna-se imprescindível refletir sobre medidas preventivas realmente eficazes, que assegurem a segurança do paciente em UTIs.

Em complemento, Rocha (2016) consideraram que existe relação multifatorial entre as competências profissionais e o gerenciamento destes eventos, logo, gerenciar competências contribuem para a melhoria da segurança do paciente e para a qualidade do serviço em saúde.

Também, Roque, Tonini e Melo (2016) realizaram um estudo de coorte concorrente com o objetivo de analisar o impacto dos EAs sobre o tempo de permanência e a mortalidade dos 115 pacientes da UTI de um hospital de ensino do Rio de Janeiro ao longo de um ano e encontraram registro de 324 notificações neste período. Foi evidenciada que a taxa de incidência foi de 9,3 eventos por 100 pacientes-dia, logo, a ocorrência destes agravos aumentou, consideravelmente, o tempo de internação e a mortalidade, revelando assim, um sério problema de saúde pública e a necessidade de investigar e monitorar estes eventos na assistência à saúde prestada na UTI, com vistas a preveni-los e detectar, precocemente, os fatores de risco.

Neste sentido, Ducci (2015) realizou um estudo de coorte prospectiva para analisar a segurança de pacientes intensivos e a associação entre variáveis demográficas e clínicas destes pacientes, estresse satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de EAs e enfatizou que os tipos de EA mais frequentes na UTI está relacionado a procedimento/processo clínico (42,71%), acidentes (28,74%) e infecções (20,85%). Dentre estes, os homens, submetidos a internação cirúrgica de emergência e que evoluíram a óbito na UTI apresentaram mais eventos quando comparados aos pacientes do mesmo grupo. Também, ficou provada a associação entre ocorrência de EA e o extensão do tempo de internação.

Corroborando com estes achados, Oliveira, Garcia e Nogueira (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura para evidenciar a influência da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de EA em pacientes adultos de UTIs, assim, concluíram que as Infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) são as mais frequentes nas UTIs, fator que é

justificável pelo prolongamento do período de internação nestes âmbitos. Ainda, identificou que a elevada carga de trabalho é um fator de risco para ocorrência de EAs na UTI.

Ainda para os autores supracitados estes acidentes geram índices elevados de complicações, aumento nos custos da assistência e disseminação de microrganismos multirresistentes. Neste sentido, é preciso instituir protocolos como o de prática de higiene das mãos e definir os momentos principais em que as mãos devem ser higienizadas e a técnica propriamente dita. Também, deve-se considerar o dimensionamento dos profissionais, uma vez que os EAs impactam diretamente na qualidade da assistência.

Os eventos mais evidenciados foram as flebites, erros de medicação, UPP e quedas. A maioria teve envolvimento de mais de um profissional e mais de uma causa. 98,9% dos incidentes resultaram em dano temporário e 69,2% eram evitáveis, comprovando falha de comunicação tanto nos erros de medicação como nas quedas e desenvolvimento de úlceras e flebites. Dos eventos que apresentaram falha de comunicação verbal, 97,5% resultaram em danos temporários. Dentre os EAs que apresentaram falha de comunicação, 82,3% eram evitáveis (PENA, 2015).

Acrescentando, Aquim *et al.* (2019), visando elaborar Diretrizes de Mobilização Precoce em UTI que reunisse recomendações e sugestões baseadas em evidências sobre a mobilização precoce do paciente crítico adulto, compreendem que estas medidas tendem a gerar impacto positivo no atendimento aos pacientes, logo, devem ser adotadas pela equipe multidisciplinar para que possíveis EAs se tornem insignificativos e prontamente solucionados. Ademais, é muito importante que a notificação destes eventos, assim como sua resolução ou condutas, sejam abrandadas e facilmente solucionáveis.

Os cuidados para a proteção do paciente, como a prevenção de LPP, de quedas, do risco de infecção e técnicas corretas são as principais ações para garantir a segurança do paciente, logo, é preciso que os profissionais percebam estes cuidados como um método para promover a segurança do paciente e a prevenção de eventos danosos, pois, nem todos os trabalhadores em saúde percebem as lesões associadas a EAs do ponto de vista de prevenção e segurança do paciente (BUSANELLO *et al.*, 2015).

Vale destacar que os estudos foram unânimes em afirmar que ainda existe nas unidades de saúde uma cultura punitiva que, muitas vezes,

freia a segurança dos profissionais frente às notificações de um EA, isso contraria o movimento mundial, voltado à notificação destes agravos e a formulação de estratégias para a prevenção dessas ocorrências.

Desta forma, nota-se o quanto é importante a implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, especificamente em UTIs, local cuja assistência é sistematizada e intensificada, assim, o foco da procura destas falhas deve ser para possibilitar o desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. Sendo assim, o registro destas EAs, a notificação, deve ser considerado o principal e essencial plano de ação para obter informações de falhas que possibilitarão a implantação de medidas efetivas para reduzir os índices de ocorrências.

CONCLUSÃO

A ocorrência de eventos adversos em UTIs são considerados um sério problema na assistência à saúde e tem impactado no aumento do período de internação e nos índices de mortalidade. Assim como a análise destes incidentes e seus indicadores contribuem para a implementação de medidas de prevenção de danos, determinar a magnitude destes eventos é fundamental para o avanço no cuidado, na qualidade e na segurança do paciente.

Ressalta-se que os acidentes mais frequentemente visto neste estudo foram as quedas, as IRAS, lesões por pressão (LPP), ambas, podem ser prevenidas se houver um trabalho de prevenção que, nem sempre é fácil porque exige compromisso e dedicação de todos os níveis da instituição de saúde.

Os resultados deste estudo servem como base para que gestores e profissionais repensem suas atitudes em relação aos EAs, logo, é relevante disseminar a importância das notificações como uma cultura preventiva e não como forma de punição.

Sendo assim, torna-se essencial que haja superação da cultura punitiva pelos profissionais de saúde, especialmente em unidades intensivas, bem como implementação de sistemas de registro de EA, de modo a estabelecer ajustes e medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e segurança dos pacientes tratados em UTI. No entanto, esta pesquisa aponta para a necessidade de ampliar os estudos e as discussões

acerca deste tema que é muito relevante na atualidade e que favorece a implantação de uma cultura de segurança ao paciente nas UTIs, bem como abre perspectivas para as atividades educativas neste sentido.

REFERÊNCIAS

- AQUIM, E. E. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, 31 (4), Oct-Dec. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/5H-VNpmmYxY8Z5mcgrcLV7GJ/?stop=previous&lang=pt&format=html>>. Acesso em: 08 set. 2021.
- BARROS, M. M. A. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view-File/3411/3066>>. Acesso em: 01 jul. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2017.
- BUSANELLO, J. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Rev. enferm. UFSM**; 5(4): 597-606, out.-dez. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27658>>. Acesso em: 12 Set. 2021.
- DELGADO, M. C. M. *et al.* Analysis of contributing factors associated to related patients safety incidents in Intensive Care Medicine. **Med Intensiva**, v. 39, n. 5, p. 263-71, 2015.
- DUCCI, A. J. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos. **Portal Regional da BVS**, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/dispo->

niveis/7/7139/tde-21072015-121524/pt-br.php>. Acesso em: 03 set. 2021.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, jan–fev 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQ-Zfg7phyj/?lang=pt>>. Acesso em: 03 set. 2021.

HECTOR, P. A. *et al.* Impacto del seguimiento farmacoterapéutico para identificar los errores de medicación y disminuir eventos adversos en pacientes de terapia intensiva del Hospital H+ Querétaro. **Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)** [on-line]. 2018, v. 32, n. 2, p. 61-65.

MACHADO, A. P. C. *et al.* Erros de prescrição em uma unidade de terapia intensiva neonatal brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 12, dez. 2015.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2015. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 5, set-out 2015.

OLIVEIRA A. C.; GARCIA P. C.; NOGUEIRA L. S. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n. 4, p. 683-694, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>.

PEREZ, Y. M. Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 36, n. 3, p. e2640, 2020.

PENA, M. M. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário. **Biblioteca Virtual em Salud Enfermería**, 2015. DOI 10.11606/T.7.2015.tde-16092015-145053.

REIS, C. E. P. M. **Protocolo de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva: a importância da equipe de enfermagem.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 03, v. 09, p. 104-113. Mar. 2019. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/protocolo-de-seguranca>>. Acesso em: 07 Jul. 2021.

ROQUE, K.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. e00081815, out. 2016.

ROCHA, R. M. Competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos UTI neonatal. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói. **Portal Regional da BVS**, 2016, 142 f. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_0486814fd6704bb974273025ff25ef3d>. Acesso em: 07 set. 2021.

SERAFIM, C. T. R. *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. , v. 70, n. 5, p. 942-948, 2017.

SILVA, A. T. *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da Segurança do Paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, out-dez 2016.

TOFFOLETTO, M. C. *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos crítico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, nov-dez. 2016.

O IMPACTO DA ABERTURA DE UM CENTRO OBSTÉTRICO EM UM HOSPITAL NO INTERIOR PAULISTA

*Lívia Manolio Franco*³⁰

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), parto de baixo risco tem início espontâneo entre 37-42 semanas completas de gestação, sem nenhum fator de risco identificado, mantendo-se esse quadro durante todo processo e que culmina com o nascimento de um recém-nascido (RN) em posição cefálica de vértice (PEREIRA *et al.*, 2018).

A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, bebê ou para ambos (ANS, 2020).

A OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário, mas, apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países, inclusive no Brasil. Ela preconiza que o total de partos cesáreos em

30 Médica Pediatra; MBA de Gestão em Saúde na Universidade de São Paulo (USP); cursando Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresenta indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

A Unidade Neonatal é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Elas devem articular uma linha de cuidados progressivos, que possibilite adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do RN (MS, 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal deve cuidar dos RNs que estão graves ou com risco de morte, em geral recebem tanto bebês nascidos nas próprias unidades, como aqueles nascidos em unidades de menor complexidade, que precisem ser transferidos (MS, 2012).

Sabe-se que uma das principais causas de morbimortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório, ou seja, necessitarem de cuidados intensivos. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas (ANS, 2020).

Partindo do princípio que a cesárea está indicada apenas para os casos em que haja complicações, e que as cesáreas que não ocorrem nestas condições podem adiantar o nascimento de RNs antes das 39 semanas, a abertura de um Centro Obstétrico (CO) tem como meta a redução do número de cesáreas, espera-se que as crianças nasçam em sua maioria de forma natural, com idade gestacional mais avançada, respeitando o tempo certo do seu nascimento, e dessa forma, tanto a mãe quanto o bebê fiquem em boas condições (ANS, 2020).

Em busca de atingir a recomendação da OMS, criou-se, em 2015, o projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério

da Saúde, cujo objetivo é identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar (ANS, 2020).

Com o mesmo intuito, mas visando à redução na saúde suplementar e pública, em fevereiro de 2017, houve abertura do CO no hospital estudado, em Indaiatuba, a fim de reduzir as cesáreas, principalmente de forma precoce, e conseqüentemente mudar o perfil dos pacientes encaminhados à UTI Neonatal do hospital.

Saber o impacto da abertura do CO no referido hospital é imprescindível, pois poderá guiar gestores quanto à abertura de COs, com incentivo à redução das cesáreas, uma vez que além dos benefícios fisiológicos do parto vaginal, ele também gera um menor custo e permite a liberação da sala do centro cirúrgico para outras cirurgias importantes que estão na espera, o que dessa forma, aumenta o aproveitamento e faturamento da unidade.

Este estudo tem por objetivo analisar o impacto da abertura de um Centro Obstétrico em um hospital no interior paulista.

1. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo e retrospectivo, foi realizado um levantamento de todos os partos efetuados no hospital estudado, além de todos os RNs internados na UTI neonatal do mesmo entre o período de 2015 a 2019. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Indaituba, interior do estado de São Paulo. Uma cidade de médio porte, situada na Região de Saúde da Região Metropolitana do Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII), possui em sua rede pública e particular, com 10 leitos de UTI Neonatal e emergência de ginecologia e obstetrícia de livre demanda.

A coleta de dados foi realizada com revisão dos dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital e através do sistema informatizado de prontuários. Como critérios de inclusão, foram captados o número e tipo de partos realizados no hospital e o perfil dos internados na UTI Neonatal, dos pacientes internados via Sistema Único de Saúde (SUS) e via convênio, no período do estudo. E como critérios de ex-

clusão, foram descartadas as informações dos pacientes provenientes de outros serviços ou de casa, utilizando os dados somente dos nascidos no hospital e que nunca saíram dele.

A seguir, o quadro com as locais de coleta de dados, juntamente com as variáveis do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis. Indaiatuba-SP

<u>Variáveis</u>
INTERNADOS
INTERNADOS QUE NUNCA SAÍRAM DO HAOC (DE DENTRO)
INTERNADOS QUE VIERAM POR TRANSFERÊNCIA OU PRONTO ATENDIMENTO (DE FORA)
PESO < 1.000 GRAMAS
PESO < 1.000 GRAMAS DE DENTRO
PESO < 1.000 DE FORA
PESO DE 1.000 A 1.500 GRAMAS
PESO DE 1.000 A 1.500 GRAMAS DE DENTRO
PESO DE 1.000 A 1.500 GRAMAS DE FORA
PESO DE 1.501 A 2.000 GRAMAS
PESO DE 1.501 A 2.000 GRAMAS DE DENTRO
PESO DE 1.501 A 2.000 GRAMAS DE FORA
PESO DE 2.001 A 2.500 GRAMAS
PESO DE 2.001 A 2.500 GRAMAS DE DENTRO
PESO DE 2.001 A 2.500 GRAMAS DE FORA
PESO > 2.500 GRAMAS
PESO > 2.500 GRAMAS DE DENTRO
PESO > 2.500 DE FORA
PROVENIENTES DE PARTOS CESÁREAS DE DENTRO
PROVENIENTES DE PARTOS VAGINAL DE DENTRO
IDADE < OU IGUAL A 28 DIAS
IDADE < OU IGUAL A 28 DIAS DE DENTRO
IDADE < OU IGUAL A 28 DIAS DE FORA
IDADE > 28 DIAS E < 1 ANO
IDADE > 28 DIAS E < 1 ANO DE DENTRO
IDADE > 28 DIAS E < 1 ANO DE FORA
IDADE > OU IGUAL A 1 ANO
IDADE > OU IGUAL A 1 ANO DE DENTRO

IDADE > OU IGUAL A 1 ANO DE FORA
ÓBITO TOTAL
ÓBITO DE DENTRO
ÓBITO DE FORA
MORTE NEONATAL
MORTE NEONATAL DE DENTRO
MORTE NEONATAL DE FORA
MORTE NEONATAL PRECOCE
MORTE NEONATAL PRECOCE DE DENTRO
MORTE NEONATAL PRECOCE DE FORA
MORTE NEONATAL TARDIA
MORTE NEONATAL TARDIA DE DENTRO
MORTE NEONATAL TARDIA DE FORA
INTERNAÇÃO PELO CONVÊNIO
INTERNAÇÃO PELO CONVÊNIO DE DENTRO
INTERNAÇÃO PELO CONVÊNIO DE FORA
INTERNAÇÃO PELO SUS
INTERNAÇÃO PELO SUS DE DENTRO
INTERNAÇÃO PELO SUS DE FORA
PARTOS NO HAOC
PARTO CESÁREA NO HAOC
PARTO CESÁREA CONVÊNIO NO HAOC
PARTO CESÁREA SUS NO HAOC
PARTO VAGINAL NO HAOC
PARTO VAGINAL CONVÊNIO NO HAOC
PARTO VAGINAL SUS NO HAOC

Quanto aos aspectos éticos, o estudo cumpriu todos os elementos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, tendo autorização para a coleta de dados dado pela direção do hospital. Por se tratar de dados secundários houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: i. por ser um estudo observacional, que empregará apenas informações de formulário eletrônico, sem qualquer previsão de utilização de material biológico; ii. porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; iii. porque os

resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e iv. porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao seu bem-estar.

A investigadora principal e demais colaboradores envolvidos no estudo se comprometeram, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste estudo, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Na análise de dados, foram compilados em planilha de *Excel*. Foram realizadas as porcentagens das variáveis analisadas e a apresentação desses dados foi na forma de tabelas e gráficos.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2016, foi publicado um estudo cujo intuito foi descrever nascimentos via cesariana e vaginal e identificar associação com variáveis temporais e sociodemográficas. Adotou-se um delineamento misto, composto por um estudo de série temporal descritivo, referente aos anos de 2000, 2005, 2010, e um estudo de corte seccional analítico, referente a 2011. Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos foram utilizados como fonte em ambos os desenhos (RATTNER; MOURA, 2016).

Seus resultados mostraram a tendência ascendente da proporção de nascimentos por via cirúrgica em todas as regiões do país ($p < 0,001$). Entre 2000 e 2010, houve aumento de cerca de 40%, com maior crescimento nas Regiões Norte (73%) e Nordeste (53%), cujas taxas eram as mais baixas e que permaneceram abaixo da média nacional, sendo que esta ultrapassou 50% em 2009. Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores proporções e se aproximaram de 60% (RATTNER; MOURA, 2016).

Os dados nacionais mostraram uma preponderância dos dias de semana em relação ao fim de semana para a realização das cesarianas. Esse padrão foi consistente nos três anos estudados, 2000, 2005 e 2010, havendo uma pequena tendência de queda ao longo desses anos na proporção de nascimentos cirúrgicos nos finais de semana, porém não significativo

segundo teste do qui-quadrado. Já a proporção de partos via vaginal foi similar em cada um dos dias da semana, isto é cerca de 14%, sendo essa encontrada nos três anos estudados (RATTNER; MOURA, 2016).

Em 2010, a distribuição dos nascimentos por via vaginal durante os dias da semana mostrou uma variação entre 13,9% (domingo) e 14,7% (segunda-feira), sendo que para a via cirúrgica variou entre 8,1% (domingo) e 17,1% (segunda-feira), com uma média de 14,3% para cada dia. Pode-se identificar uma redução de partos cirúrgicos, em comparação com os normais, da ordem de 42% no domingo e 24% no sábado, com aumento de 16% na segunda, 14% na terça, 13% na quarta e na quinta e 8% na sexta-feira (RATTNER; MOURA, 2016).

Foi observada proporção de nascimentos por cesariana acima de 80% entre as mulheres com alta escolaridade, e de 60 a 70% entre as mulheres acima de 30 anos de idade, residentes na Região Sul, raça/cor amarela e branca, separadas e com união estável. Valores entre 50 e 60% foram identificados entre as mulheres de 25 a 29 anos de idade, residentes nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, naquelas com escolaridade entre 8 e 11 anos de escola, e entre viúvas. Mulheres entre 20 a 24 anos, residentes nas Regiões Norte e Nordeste, de cor parda e preta, entre 4 e 7 anos de estudo, solteiras e casadas apresentaram prevalências entre 40 e 50%. Prevalências entre 30 e 40% foram vistas para mulheres com menos de 20 anos e com baixa escolaridade (1 a 3 anos); e entre 20 e 30% para mulheres sem nenhuma escolaridade (RATTNER; MOURA, 2016).

Observaram-se proporções crescentes com a idade e a escolaridade. Quanto à raça/cor, a maior prevalência foi observada entre mulheres de cor preta e o menor entre mulheres pardas (menor proporção), comparativamente às brancas (maior proporção) (RATTNER; MOURA, 2016).

Pode-se supor que alta escolaridade, maior idade, residir nas regiões mais ricas do país e ser de cor branca são *proxys* do uso de serviços privados, que historicamente apresentam altas taxas de cesariana quando comparados aos serviços públicos de mesma complexidade. Todavia, apesar das altas taxas nesta categoria, as demais – potenciais usuárias dos serviços públicos do SUS também ficaram acima das recomendações máximas da OMS (RATTNER; MOURA, 2016).

Os dados apresentados reforçam demais achados da literatura quanto ao crescimento de nascimentos cirúrgicos no Brasil e apontam para uma

situação muito preocupante em todas as categorias avaliadas, que apresentaram taxas acima do intervalo entre 10 e 15% preconizado pela OMS (World Health Organization, 1985), sendo que a taxa para a raça indígena foi a que mais se aproximou do limite superior aceitável (16,2%) (RATTNER; MOURA, 2016).

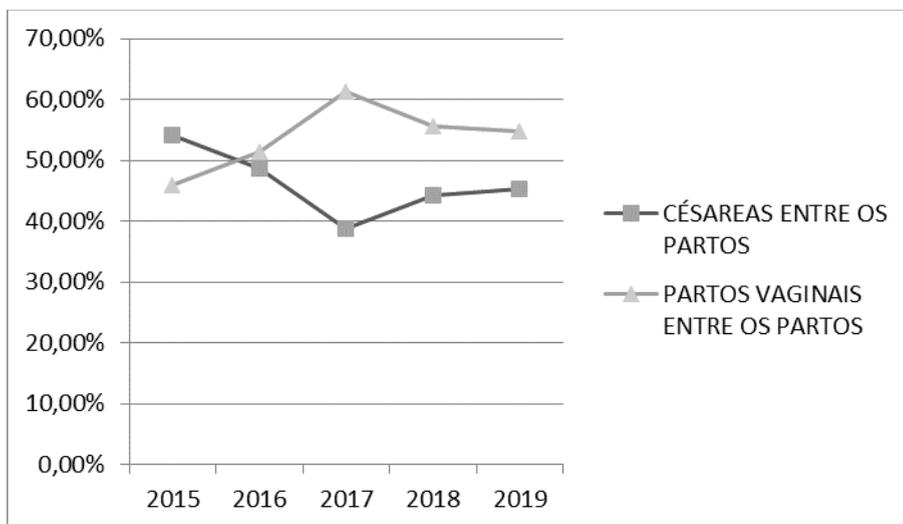
O aumento da prevalência de nascimento por cesariana com o aumento da idade e da escolaridade também foi constatado por Barros *et al.* entre as usuárias de serviços públicos, em sua coorte publicada em 2011, que avaliou todos os RNs de moradoras da área urbana de Pelotas (RS) em 2004 (BARROS *et al.*, 2011).

De acordo com o levantamento bibliográfico de literatura nacional e internacional nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ProQuest, selecionando as principais publicações relacionadas ao assunto do período 1999-2010, o Brasil faz parte do grupo de países com as mais altas taxas de cesariana (PATAH; MALIK, 2011).

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e ela se tornou o modo mais comum de nascimento no país. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (MS/SVS/DASIS, 2012).

Os resultados encontrados e demonstrados no gráfico 1, que apresenta a proporção dos partos cesáreas e vaginais no hospital, reafirmam a coorte que mostrou a tendência ascendente da proporção de nascimentos por via cirúrgica em todas as regiões do país (RATTNER; MOURA, 2016). Nele é visível uma queda gradativa de cesariana até 2017, com posterior ascensão, sem atingir a maioria, como foi em 2015, em que as cesáreas foram 54,1% dos partos. A coorte refere que os partos cirúrgicos apresentavam taxas mais elevadas nos dias de semana, com queda aos finais de semana, o que reafirma a hipótese de que muitas dessas cesáreas são indicadas desnecessariamente.

Gráfico 1 – Cesárea e partos vaginais no HAOC por ano. Indaiatuba-SP.



Fonte: autor do texto, 2020.

No ano de menor taxa de cesáreas (2017), quando ocorreu a abertura do CO, elas foram 38,7% dos partos, e ainda assim o hospital apresentou resultados muito elevados quando comparado à recomendação da OMS, que orienta que apenas 10 a 15% dos partos sejam cesarianas. Em 2015, as taxas não foram somente muito elevadas quando comparadas à recomendação, como também foram a maioria dos partos (54,1%) pode-se atribuir esse episódio à falta de incentivo ao parto vaginal, uma vez que o hospital não dispunha de CO.

A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (MS/SVS/DASIS, 2012). Com os resultados obtidos é possível afirmar que na saúde suplementar as cesáreas são maioria, enquanto no SUS a relação se inverte. Assim, pode-se inferir que as cesáreas têm ocorrido em grande parte de forma desnecessária, já que não é provável que a proporção de intercorrências que exijam interrupção da gestação ocorra em tão maior número nas gestantes da saúde suplementar.

No ano de 2019, foi sancionado o projeto de Lei nº 17.137, de autoria da deputada Janaina Paschoal, que permite que grávidas do estado de São Paulo optem por fazer uma cesárea a partir da 39ª se-

mana de gestação pelo SUS, dessa forma acredita-se que a nova lei contribuiu para o aumento do número das cirurgias (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Outra análise importante nesse cenário é o custo dos procedimentos. Em 2012, Gibbons *et al.* publicaram dados de uma pesquisa referente aos partos realizados em 137 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), representando mais de 95% do número mundial de nascimentos no ano de 2008, que mostrou que o custo global das cesáreas “desnecessárias” foi estimado em cerca de US\$ 2,3 bilhões e o das cesáreas “necessárias” foi de, aproximadamente, US\$ 432 milhões. E o dado mais alarmante: nos países onde existe a necessidade de maiores taxas de cesáreas, o custo médio do procedimento foi avaliado em US\$ 135, enquanto o custo de uma cesárea nos países que as têm em excesso é de US\$ 373, o que significa que cesáreas são 2,8 vezes mais caras nesses locais. Além do alto custo, a cesariana desnecessária aumenta o risco de morbidade grave (MARCOLIN, 2014).

Em 2015, foi realizado um estudo de custos diretos que comparou o parto vaginal e a cesariana eletiva, sem indicação clínica, em três maternidades públicas, duas do Rio de Janeiro e uma em Belo Horizonte. A população alvo foi de gestantes de risco habitual, cujos nascimentos poderiam ocorrer tanto por parto vaginal quanto por uma cesariana. Foi considerada gestante de risco habitual aquela sem qualquer complicação clínica e obstétrica no parto, com feto único, a termo e apresentação cefálica. A perspectiva adotada foi a do SUS provedor. O estudo evidenciou que a cesariana possui um custo 38% superior ao do parto vaginal e que o principal direcionador de custo nos dois procedimentos foram os recursos humanos (89% do custo no parto vaginal e 81% na cesariana). Para o custo total (procedimento e permanência em alojamento conjunto), esse custo permanece maior para a cesariana, uma vez que o procedimento demanda uma maior permanência hospitalar (ENTRINGER *et al.*, 2019).

No contexto internacional, Allen *et al.* compararam diferentes tipos de parto no Canadá, a partir de uma coorte dos anos de 1985 a 2002 que incluíram 27.613 partos entre 37 e 42 semanas de idade gestacional sem complicações maternas ou fetais. O custo foi de US\$ 1.340 para parto vaginal espontâneo, US\$ 1.594 para parto vaginal

com necessidade de assistência, US\$ 2.137 para parto cesáreo com trabalho de parto e US\$ 1.532 para cesariana sem trabalho de parto. Na Alemanha, estudo retrospectivo identificou custo superior para a cesariana (€ 2.384,9) em relação ao parto normal (€ 1.737,34) para o ano de 2003 (HEER *et al.*, 2009).

Assim, nota-se que as cesáreas “desnecessárias” ainda ocorrem em grande número, o que permite inferir que o exagero de cesáreas na saúde suplementar reflete a falta de necessidade do procedimento, pois não seria possível que as intercorrências ocorressem de forma tão dramática nessas gestações.

Além dos custos, os riscos para o feto e RNs também devem ser considerados durante o processo de escolha da via de parto na ausência de indicação médica para a cesárea. Uma revisão comparando a cesárea a pedido sem indicação médica e o parto vaginal mostrou que a cesárea aumenta o risco de complicações respiratórias no RN (Bernardo, LS; Simoes, R; Bernardo, WV; Toledo, SF; Hazzan, MA; Chan, HF; *et al.*, 2014). O aumento nas taxas de cesárea também foi associado a maiores taxas de mortalidade fetal e um maior número de bebês admitidos em UTI neonatal por sete dias ou mais, mesmo após controle para a prematuridade (VILLAR *et al.*, 2006).

O desconforto respiratório precoce tem menor chance de ocorrer conforme maior idade gestacional (MORRISON *et al.*, 1995). Uma das principais causas de morbimortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do RN. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório, ou seja, necessitem de cuidados intensivos. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas (ANS, 2020).

Em 2018, a OMS emitiu novas recomendações para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. Em todo o mundo, cerca de 140 milhões de nascimentos acontecem todos os anos.

Deve-se considerar que, embora as complicações maternas graves associadas à operação cesariana sejam muito pouco frequentes, quando esse procedimento é realizado centenas de milhares de vezes ao ano observa-se um número expressivo de complicações cirúrgicas graves

(LUMBIGANON *et al.*, 2010) (VILAR *et al.*, 2006). Juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas que determinam a mortalidade materna no Brasil, acredita-se que as complicações maternas graves decorrentes da operação cesariana possam ser um fator adicional que contribui para a atenuação da velocidade de redução da mortalidade materna no Brasil (LUMBIGANON *et al.*, 2010) (VILAR *et al.*, 2006) (SOUZA *et al.*, 2010) (VICTORA; FORMENT, 2015) (MS, 2016).

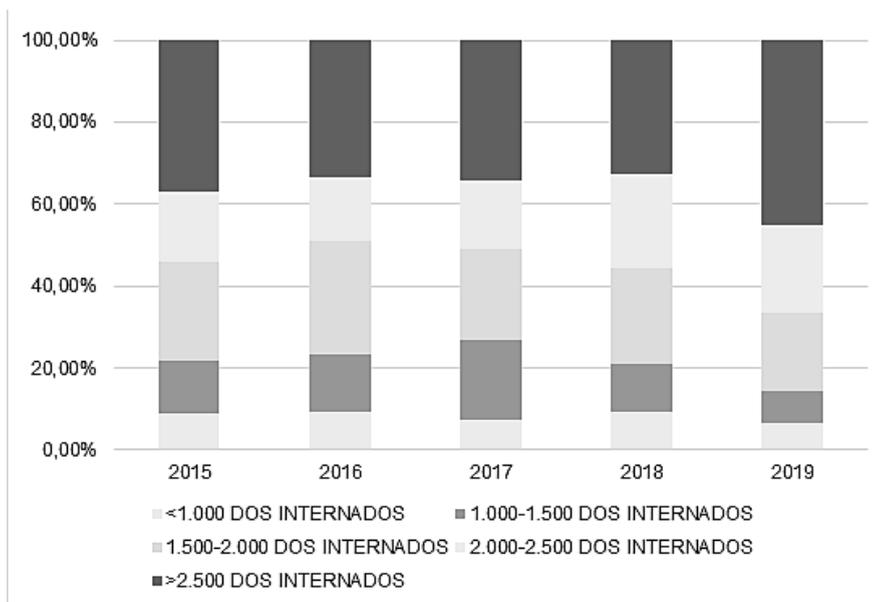
As cesáreas se relacionam com a ida dos RNs à UTI Neonatal, uma vez que o crescimento do número de internações, acompanha o crescimento das cesarianas, exceto em 2017, ano da inauguração do CO, em que as cesáreas atingiram sua menor taxa, mas houve um alto número de internações na UTI, acredita-se que por reflexo da falta de intimidade da equipe com o tipo de parto, e consequente falha de preparo para o puerpério.

O aumento nas taxas de cesárea também foi associado a maiores taxas de mortalidade fetal e um maior número de bebês admitidos em UTI neonatal por sete dias ou mais, mesmo após controle para a prematuridade (Villar, J; Valladares, E; Wojdyla, D; Zavaleta, N; Carroli, G; Velazco, A *et al.*, 2005). O gráfico 3 mostra que a maior parte dos RNs admitidos na UTI Neonatal são provenientes de cesáreas.

A mortalidade na UTI Neonatal do hospital, ilustrada no gráfico 4, evidencia a queda da mortalidade na UTI, que no ano de 2019 zerou os óbitos neonatais tardios, mesmo tendo ascensão do número de internações, isso se deve à melhores condições do conceito.

Na análise dos pesos à admissão da UTI Neonatal, evidenciado no gráfico 2, nota-se que os RNs têm chegado cada vez com melhor peso, refletindo ainda as melhores condições de nascimento pelo investimento no preparo desse parto, que ocorre desde a abertura do CO.

Gráfico 2 – Peso na admissão dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Indaiatuba-SP.



Fonte: autor do texto, 2020.

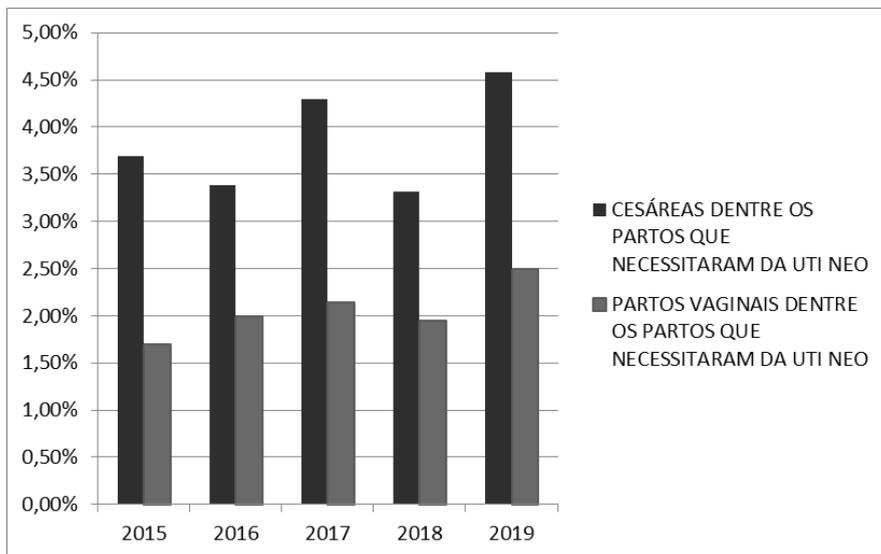
Além dos riscos capazes de levar o RN à UTI, a cesariana, principalmente a eletiva (marcada fora do trabalho de parto), pode comprometer o AM. Isto porque a amamentação precoce pós-cirurgia cesariana é 43% menor em relação ao parto vaginal (PRIOR *et al.*, 2012).

O projeto Parto Adequado, desenvolvido pela ANS, o HIAE e o IHI, com o apoio do Ministério da Saúde, em três anos o conseguiu evitar que 10 mil cesarianas fossem realizadas desnecessariamente em 35 hospitais (MS, 2018).

Inspirado no Projeto Parto Adequado, o ministro da saúde, Ricardo Barros, em 2018, implantou o projeto Parto Cuidadoso em 634 maternidades do país, para fortalecer a realização do parto normal, investindo na capacitação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas para atenção ao parto normal, além de promover ações educativas na Atenção Básica, onde é realizado o pré-natal (Ministério da Saúde, 2018).

A limitação do estudo foi a falta da informação do Capurro (escala que indica a idade gestacional do RN), pois espera-se maior idade gestacional quando se vê aumento dos pesos dos RNs. Demonstrando que a abertura do CO proporcionou redução das cesáreas precoces.

Gráfico 3 - Cesáreas e partos vaginais que necessitaram de UTI Neonatal dentre todos os partos. Indaiatuba-SP.

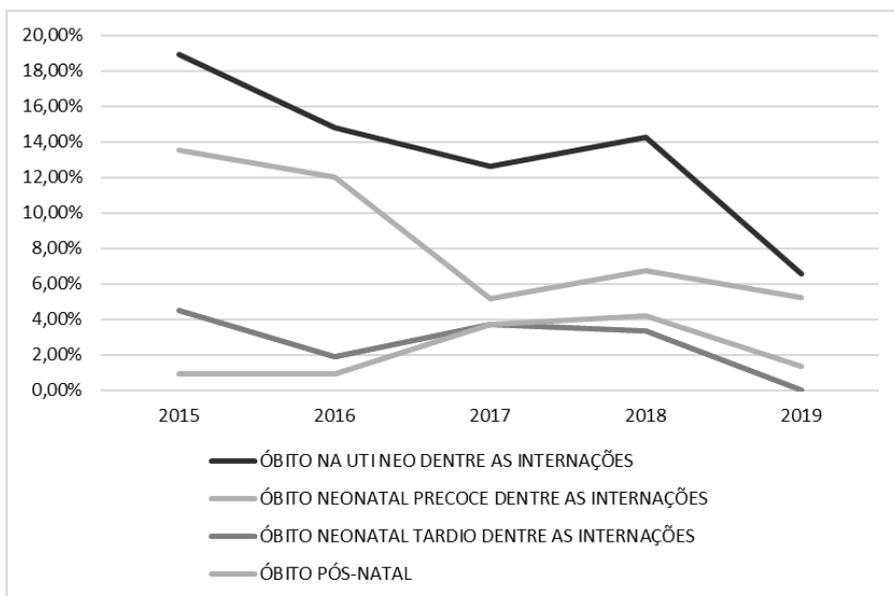


Fonte: autor do texto, 2020.

O gráfico 3 reafirma que as cesáreas são grandes aliadas da UTI Neonatal, pois sempre são elas que mais levam pacientes na UTI, seja pelo adiantamento do parto ou por se tratar da cirurgia que interrompe o sofrimento de um feto que provavelmente nascerá apresentando algum grau de gravidade.

Além de todos esses levantamentos, o gráfico 4 demonstra nossa melhoria, quando apresenta uma redução acentuada dos óbitos na UTI. Atingindo a taxa zero dos óbitos neonatais tardios, que se relacionado aos cuidados pós-natais, ou seja, os cuidados prestados na UTI Neonatal, o que certamente é reflexo das melhores condições de chegada dos RNs na unidade. Segue abaixo o gráfico 4.

Gráfico 4 – Óbitos na UTI Neonatal dentre as internações. Indaiatuba-SP.



Fonte: autor do texto, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que foi possível analisar as cesáreas e as internações na UTI Neonatal, notando que a abertura do CO possibilitou de imediato redução do número de cesáreas, e posteriormente, aumento desse número, mas manutenção de melhores condições do RN em seu nascimento, uma vez que os pesos de nascimento/admissão se mostraram maiores, cabe concluir que o investimento no CO foi um grande passo satisfatório para o hospital.

Houve impacto, principalmente, no desfecho nas internações, com redução dos óbitos na unidade, o que mostra a importância do investimento realizado. A UTI neonatal melhorou seu desempenho, reduzindo óbitos e entregando bebês em melhores condições às famílias, o que também tem grande impacto no investimento necessário ao desenvolvimento futuro dessas crianças, seja por parte do governo ou da saúde suplementar, pois terão menor demanda de especialistas no seu cuidado.

A mudança possibilita ao centro cirúrgico a realização de cirurgias das demais especialidades, pois a obstetrícia optando por mais partos vaginais

utiliza o CO e libera a sala antes utilizada para a cesárea. Assim, auxilia na redução de grandes filas de cirurgias importantes para a população, e consequentemente minimiza complicações decorrentes das longas esperas.

A maternidade também ganha mais leitos livres, pois o seu fluxo fica mais ágil, uma vez que a internação da puérpera cujo bebê nasceu de parto vaginal é mais breve do que aquela que necessitou de cesárea. Com menor tempo de internação também há menor tendência a complicações e doenças adquiridas em ambiente hospitalar.

Apesar de não ter sido avaliado o custo, provavelmente a redução de cesáreas tem associação com menores custos, já que o procedimento demanda utilização do centro cirúrgico, com mais materiais e recursos humanos envolvidos, além do tempo de recuperação da puérpera ser maior, o que acarreta uso de leitos hospitalares por mais tempo. Em suma, conclui-se que o CO instalado no hospital analisado é um grande aliado para os gestores de saúde, devendo ser visto como excelente forma de investimento nas unidades.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dimensão “Atenção à Saúde” – 2ª fase, versão 1. **Taxa de Parto Cesáreo**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

_____. **Parto Adequado**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>>. Acesso em 27 de janeiro de 2020.

ALLEN, V. M. *et al.* Economic implications of method of delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 193, n. 1, p. 192-197, 2005.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BARROS, Aluísio J D *et al.* Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Rev.**

Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 635-643, Agosto de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2020.

BERNARDO, L. S. *et al.* Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. **Ver. Assoc. Med. Bras.** V. 60, n. 4, p. 302-4, 2014. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde fará monitoramento *on-line* de partos cesáreos no país**. Disponível em <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-on-line-de-partos-cesareos-no-pais>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 27 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Portaria nº 306**, de 28 de março de 2016. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. SVS/DASIS – Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos %u2013 SINASC e SIP/ANS. 2013.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Marcia Ferreira Teixeira; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, abr. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2020.

GIBBONS, L. *et al.* Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 206, n. 4, p. e1-19, 2012. Disponível em <Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world – PubMed (nih.gov)>. Acesso em: 26 set. 2021.

HEER, I. M. *et al.* Hospital treatment – Is it affordable? A structured cost analysis of vaginal deliveries and planned caesarean sections. **Eur. J. Med. Res.**, v. 14, n. 11, p. 502-506, 2009. Disponível em < <https://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-783X-14-11-502>>. Acesso em: 26 set. 2021.

LUMBIGANON, P. *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. **Lancet**, v. 375, n. 9713, p. 490-9, 2010 Feb 6. PubMed PMID: 20071021. Epub 2010/01/15. Eng.

MARCOLIN, Alessandra Cristina. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 36, n. 7, p. 283-9, 2014. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/d7ad/61a6478c91c259b703f9882e3159d807d685.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

MORRISON, JJ; RENNIE, JM; MILTON, PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. **British journal of 84 obstetrics and gynaecology**. 1995 Feb;102(2):101-6. PubMed PMID: 7756199. Epub 1995/02/01.Eng.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE BRASIL. **Banco de Notícias**. OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicadas-desnecessarias&Itemid=820>. Acesso em: 27 jan. 2020.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev.**

Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, Feb. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2020.

PEREIRA, Ricardo Motta *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, Nov. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103517-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PEREIRA, Ricardo Motta *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, Nov. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103517-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PRIOR, Emily; SANYHAKUMARAN, Shalini; GALE, Chris; PHILIPPS, Lara H; MODI, Neena; HYDE, Matthew J.; Breast-feeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature, **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 95, Issue 5, May 2012, p. 1113-1135.

RATTNER, Daphne; MOURA, Erly Catarina de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2020.

SOUZA, J. P. *et al.* Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 2, p. 113-9, 2010. PubMed PMID: 20428368. Pubmed Central PMCID: PMC2814475. Epub 2010/04/30. Eng.

VICTORA, C.; FORMENTI, L. A operação cesariana freia a redução da mortalidade materna no Brasil. *Comunicação Pessoal*, 2015. Disponível em <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cesarea-freia-queda-de-mortalidade-maternadiz-especialista,1521306>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-29, 2006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68704-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68704-7).

WORD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 8452, n. 2, p. 436-7, 1985.

_____. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=58EA7B0F58875381F-FA6E7C2EEE5487F?sequence=1>>. Acesso em: 27 fev. 2020.

POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+

Itamara Rodrigues Moura³¹

INTRODUÇÃO

Preconceito e perseguição envolvendo sexualidade e identidade de gênero são experiências comuns à população LGBTQIA+, grande parte decorre ainda do estigma da AIDS, afastando esse grupo de um convívio integralizado com sociedade em geral e de ambientes de promoção e prevenção em saúde. A manutenção e reprodução de discursos LGBTfóbicos e, por conseguinte, condutas discriminatórias e preconceituosas durante atendimentos em unidades de saúde prejudica o acesso, por parte desse grupo, ao direito fundamental à saúde. A falta de atualização, sensibilização e humanização de profissionais da saúde gera constrangimento ao cliente, impossibilitando a criação de vínculo e desestimulando a procura por atendimentos de saúde. (ALBUQUERQUE *et al.* 2013).

Em 2011, por meio da portaria nº 2.836/2011, o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT), reconhecendo a realidade em torno da identidade de gênero e orientação sexual, destacadas como determinantes e condicionantes de saúde, o cenário discriminatório, excludente e violento traz sofrimento e limi-

31 Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

ta o acesso da população LGBTQIA+ aos cuidados de saúde. A PNSIL-GBT tem como objetivo o estabelecimento de diretrizes nas três esferas de governo referentes à promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde. Além disso, essa política configura-se como um importante instrumento na luta contra a LGBTfobia e o preconceito estruturado institucionalmente no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Percebe-se a existência de barreiras que impedem e/ou limitam a construção de laços significativos entre profissional da saúde e cliente pertencente a população LGBTQIA+. Dados obtidos pela própria política de atenção, mostram que muitas mulheres lésbicas ou bissexuais optam por não revelarem sua sexualidade nas consultas pois, conforme relatam, ao revelar sua identificação sexual o atendimento tende a ser mais rápido e superficial, havendo o número menor de encaminhamentos e solicitações de exames, como por exemplo, o exame preventivo Papanicolau mais realizado por mulheres heterossexuais do que em lésbicas e bissexuais. (GUIMARÃES, *et al.* 2017).

As vivências de discriminação por parte da sociedade, bem como dos serviços de saúde, geram diversos impactos negativos na vida desses indivíduos, tais como, baixa autoestima, insegurança, sentimento de culpa e isolamento social, podendo desencadear episódios depressivos e suscetibilidade maior para suicídio. Para o grupo T, transexuais e travestis, os problemas enfrentados são de extensa complexidade, uma vez que existe desconhecimento, inexperiência e despreparo por meio dos serviços de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Faz-se necessário ampliar e fomentar estudos acerca dessa temática, promover ambientes de discussões sobre essas vivências para assim, preparar os profissionais desde a base, a atenção básica de saúde até níveis mais complexos. As conquistas e avanços alcançados por meio de políticas públicas garantiram direitos que, por vezes não são concretizados, o que corrobora precarização do acesso aos serviços e a qualidade ofertada no sistema público.

Nesse sentido, o presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e abordagem qualitativa, caracterizando-se ainda como pesquisa exploratória, visto que utiliza a literatura pertinente sobre a temática associando-a aos conhecimentos técnicos da enfermagem aplicada. O objetivo deste estudo é trazer conhecimentos envolvendo as

políticas públicas que integram a população LGBTQIA+, no intuito de dar continuidade a disseminação de conhecimento e reflexões. Dialogar sobre as dificuldades do acesso à saúde, sobre a promoção de sensibilização dos gestores em saúde e respectivos profissionais, dando oportunidade de atualizar seus conhecimentos e evitar falta de qualidade na atenção ao público LGBTQIA+, objetivando ainda, contribuir para mudança de paradigmas e resistência desse grupo à procura dos serviços de saúde.

Para isso, foram utilizadas as plataformas científicas Biblioteca virtual de Saúde (BVL) e *SciVerse Scopus*, *Web of Science*, *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), incorporando as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), e ainda a combinação das seguintes palavras-chave, classificadas como descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde): Políticas Públicas em Saúde; Pessoas LGBTQIA+; Sistema Único de Saúde.

Como forma de caracterizar os critérios de inclusão, foram selecionados trabalhos que estivessem disponibilizados na íntegra e abordassem a temática proposta pelo estudo. Para os critérios de exclusão, foram descartadas aquelas publicações cujos artigos encontravam-se incompletos ou em língua estrangeira, links para acesso de artigo completo que apresentavam erro de acesso e artigos que não abordam a temática proposta.

1. VIVÊNCIAS LGBTQIA+ E O ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

É notório a problematização, discriminação e dificuldades de acessibilidade aos sistemas de saúde encontradas pelo grupo. Segundo Silva *et al.* (2020), o existente e enraizado preconceito institucional é mantenedor das desigualdades da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde. O pensamento idealizado de que a Atenção Integral garanta respeito e preste de serviços de saúde com qualidade, buscando sanar as demandas e necessidades apresentadas, está distante da realidade enfrentada.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) o destaque permanece em torno do estigma e da discriminação gerados pela ignorância em relação à identidade de gênero e sexualidade, sendo, portanto, encarados

como graves barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde pelo público LGBTQIA+. Casos como recusa e negação a oferta de atendimento e cuidados concretizam a ineficiência e baixa qualidade no provimento de cuidados, além da assistência precária e tratamento ofensivo ou arbitrário (OPAS, 2019).

As inúmeras dificuldades de acesso do grupo às unidades e serviços de saúde, somadas ao baixo preparo de gestores e profissionais, tornam evidente a importância dessa temática aos interessados na diminuição ou solução das adversidades citadas. Assim, torna-se válido mencionar que

o usuário LGBT pode sofrer discriminações e estigmatizações, traduzidas em barreiras no acesso aos serviços de saúde, que podem influenciar na procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, pela precariedade de forma generalizada, podem oferecer risco e, sobretudo, elevar os padrões de vulnerabilidade. As discriminações e violências a que estes indivíduos são expostos diariamente, inclusive nas instituições de cuidado em saúde, revelam a necessidade de mudanças nas práticas do cuidado em saúde, que precisam ser voltadas para um atendimento ético e isento de discriminações. (PRADO; SOUSA, 2017).

O preconceito, por vezes enfrentado com maior complexidade e de maneira mais enfática na população de transexuais e travestis, proporciona impactos negativos e resulta no não ingresso do público LGBTBQIA+ nos serviços de saúde. Vale mencionar e destacar que para além da dificuldade de acesso, o grupo tende a enfrentar processos de discriminação, que resultam no afastamento ainda maior da população na atenção primária (SILVA *et al.*, 2020).

A maior tendência de que pessoas transgênero estejam entre as maiores vítimas de sofrer preconceitos, discriminações e violências. Para Popadiuk *et al.* (2017), por possuírem identidades de gênero diversas, fora da imposição de padrões sociais por vezes heteronormativos, fomentam as problematizações da lógica hegemônica aplicada através da ideia de que o sexo biológico é o único determinante na identidade de gênero, sendo esse o decreto social estabelecido, de modo que as diversidades opostas a essa lógica unicolor e binária são vistas como erradas, causando estranhamento.

Nesse ínterim, é necessário maior compreensão nos estudos sobre a população trans objetivando fundamentalmente entender questões básicas sobre categorização e análise de gênero. Corroborando essa ideia, Scott (1986), refere-se ao gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças compreendidas entre os sexos, e como forma primária de significar as relações de poder.

Em relação a isso, vê-se que a qualidade nos atendimentos depende também das medidas de educação em saúde voltadas para gestores e profissionais, tais ações apontam para necessidade de uma educação continuada, que acompanhe demandas sociais e proporcione inclusão de discussões e debates voltados à promoção do combate à discursos e condutas preconceituosas que atingem a população LGBTQIA+, introduzindo pautas sobre o combate às discriminações de gênero, sexualidade, raça, cor, etnia e território introduzidas na temática da saúde da população LGBTQIA+.

O interesse em ampliar conhecimentos acerca da pluridiversidade existente está entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que desde sua criação, é significativamente considerado como fundamental, tendo como um de seus princípios a universalização do acesso à saúde. O SUS pauta-se ainda na integralidade, objetivando romper com diferenças excludentes, historicamente criadas e socialmente perpetradas, que influenciam e conduzem a ineficácia dos serviços públicos voltados ao atendimento de minorias (MELLO *et al.*, 2011).

Corroborando esse estudo, Guimarães *et al.* (2017) discorrem sobre o termo expandido para se referir a ataques contra a comunidade, faz-se uso da palavra LGBTfobia, com intenções reivindicatória e de luta ao movimento da comunidade, a junção dos termos lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia, os quais significam aversão, intolerância e fobia a diante padrões diferentes da heteronormatividade. A principal intenção para unificar o termo é propor maior visibilidade a lutas naturalmente silenciadas diante da sociedade machista e sexista.

Portanto, ao ampliar o foco em mulheres lésbicas ou bixessuais vítimas de estupros “corretivos” ou no grupo trans, atualmente com o maior indicador de violência, tanto física, pois para a ONG *Transgender Europe*, o Brasil é o país mais letal para uma pessoa trans, como social, pela invisibilidade de suas lutas e identidades. A compreensão da multidiversidade dessa população nos atendimentos de saúde, é fundamental, a definição de tran-

sexuais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda é considerada um transtorno de identidade de gênero, ou seja, o homem transexual e a mulher transexual tendem a se identificam com uma masculinidade e/ou feminilidade diferente daquela esperada pela sociedade, justamente, pela função do seu sexo biológico (POPADIUK *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a formação profissional e desenvolvimento de atores já atuantes na saúde necessitam de aprimoramentos diante as mudanças de padrões sociais, objetivando integrar de forma humanizada a comunidade a fim de estabelecer os vínculos e promover o cuidado humanizado segundo as diretrizes do SUS.

Conforme previsto no art.196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, além de configurar-se enquanto direito a saúde no Estado brasileiro também adquire outras características como a universalidade, integralidade e a equidade, como disposto na Lei n° 8.080/90. Desse modo, tais características passam a ser basilares e fundamentais ao SUS, a universalidade no sentido de que as ações e serviços de saúde devem ser colocados à disposição de todos, não devendo ser restringido a grupos determinados, ou discriminações quanto a raça, gênero, classe, religião ou qualquer outro parâmetro que possa servir para a exclusão de grupos.

No que se refere a integralidade, verifica-se que o SUS baseia-se na ideia de oferecer, obrigatoriamente, um atendimento de qualidade que compreenda ações de preventivas e de proteção aos diferentes níveis de cuidados em saúde, desde cuidados básicos aos cuidados que exigem maior grau de especialização e maior complexidade. Torna-se válido mencionar que quando se trata de integralidade, esse termo abrange não somente cuidados biológicos, mas também emocionais, psicossociais e culturais, o que torna necessária as ações de cunho intersetorial e interdisciplinar.

Quanto à equidade, verifica-se que os atendimentos em saúde realizados pelo SUS devem, intencionalmente, buscar a diminuição de injustiças historicamente perpetradas e desigualdades suportadas por grupos vulneráveis, através de políticas e ações específicas. Conforme exposto anteriormente, o preconceito e o estigma sobre a população LGBTQIA+ apresentam-se como obstáculos à concretização do acesso à saúde, isto é, limitações para que está de fato se torne universal, integral e isonômica.

Outro importante ato normativo que trouxe concretas e significativas mudanças no cenário de atendimento à saúde da população LGBTQIA+ foi a Portaria n° 2.836/2011, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT) que visa, em parceria com a sociedade civil, estabelecer diretrizes para promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde, buscando ainda reduzir as discriminações de gênero e sexualidade. Nesse sentido, a política visa promover a saúde integral a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, “eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2011).

Políticas como estas também representam expressões de luta e resistência contra discriminação e preconceitos direcionados a esse grupo. Violências que, muitas vezes, encontram-se institucionalizadas em diversos setores da sociedade, incluindo à saúde, como exposto neste trabalho. Um ponto que merece destaque é justamente a conduta a ser adotada pelos profissionais da saúde, que deve ser pautada no respeito às necessidades de seu paciente e no profissionalismo que ao passo em que reconhece as diversidades, busca se especializar para atendê-las da melhor forma.

Pois do contrário, quando a conduta do profissional da saúde exprime preconceito, o atendimento deixa de ser o ideal, tornando-se um momento de constrangimento e desrespeito ao grupo que já se encontra vulnerável, tal situação compromete a eficiência do sistema de saúde. Por esse motivo, o estudo e atualização profissional deve ser constante, não devendo haver espaço para condutas discriminatórias pautadas no desconhecimento ou negligência por parte dos gestores e profissionais da saúde.

As vivências e violências estruturais e institucionais suportadas pela população LGBTQIA+ e suas relações com o atendimento integral a saúde, deve ser palco para constantes reflexões, reformulações de políticas, ações e proposições de melhoramento de estratégias visando atender demandas.

2. AS VULNERABILIDADES ENFRENTADAS NAS RUAS

Tratar sobre acesso à saúde, políticas públicas de atenção integral à saúde da população LGBTQIA+ ainda é tratar sobre discriminações

e preconceitos em suas esferas institucionais e estruturais, sem dúvidas uma problemática desafiadora que conduz discussões necessárias. Porém, pensar nessas perspectivas ainda conduz a outros cenários desafiadores, qual seja, o atendimento à saúde de populações LGBTQIA+ que vivem em situação de rua, como mencionam Medeiros *et al.* (2000, p. 14):

Essas experiências são analisadoras das vidas LGBTQs que habitam as ruas, explicitando graves violações de direitos, vulnerabilidades e exclusão em diferentes contextos sociais. Ressaltamos a necessidade de refletir sobre as categorias identitárias criadas e suas implicações nesse cenário, além da necessidade de luta por direitos, políticas públicas, entre outras lutas voltadas para a população em situação de rua que priorizem essas vidas precarizadas.

Sabe-se que os processos macrossociais e o próprio sistema capitalista contribuem para o aumento de desigualdades historicamente estabelecidas, entre essas encontram-se a de grupos vulneráveis em situação de rua. A pobreza enfrentada, as condições de isolamento e exclusão social, traumas e vínculos familiares conflituosos, ausência de oportunidades de emprego e acesso a moradia são problemáticas comuns entre os grupos de pessoas que vivem em situação de rua. Embora haja aspectos comuns, esse grupo é bastante heterogêneo, e quanto a população LGBTQIA+ em situação de rua, percebe-se ainda maior exclusão e estigmatização social.

Com antes abordado, os padrões estabelecidos socialmente, por vezes, têm como parâmetro a condição cis heteronormativa que interfere diretamente nas relações de poder da sociedade e também das vidas de pessoas LGBTQIA+ que vivem nas ruas. Nesse cenário surgem ainda outros fatores determinantes como a necessidade de manter vínculos, de se relacionar, o tratamento desumano que, por vezes, é dado ao grupo homo e transexual, isto é, o tratamento de menosprezo e desconsideração, como se a vida, a história dessas pessoas não fosse importante o suficiente para incitar a preocupação e atenção estatal, uma realidade de invisibilização social.

Assim, adentrando ao aspecto das violências suportadas, adotando o conceito de violência enquanto ação que produz dor e sofrimento, para além de aspectos subjetivos relacionados a intenção daquele que causa a dor ou sofrimento, verifica-se objetivamente as ações capazes de violar a dignidade humana, integridade física ou emocional de uma pessoa (MEDEIROS *et al.*, 2000). A violência que causa danos profundos e, por vezes, irreparáveis, é realidade cotidiana de pessoas LGBTQIA+ que vivem nas ruas. Os motivos que conduziram a situação de rua podem ser os mais variados possíveis, que podem ser desde a expulsão de casa após revelar a sexualidade fora de padrões cis heteronormativos, ou ainda a saída de casa após abusos e violências, ou ainda a falta de oportunidades de emprego por discriminação, entre outras diversas situações.

A situação de rua já condiciona a vulnerabilidade às mais diversas formas de violência, e se tratando da população LGBTQIA+ essa condição de vulnerabilidade torna-se ainda maior quando comparadas a pessoas heterossexuais. Relacionando essa temática ao atendimento de saúde, não se pode esquecer que este grupo embora invisibilizado, marginalizado, excluído, distanciado da sociedade, é detentor de direitos, o que inclui o direito a políticas públicas direcionadas a saúde deste público.

A não concretização de direitos ou o não acesso a esses, expressa a precarização dos sistemas de saúde, a ausência ou insuficiência de políticas públicas intersetoriais destinadas a esse grupo que, por encontrar-se vulnerável, sofre ainda mais com a falta de atenção básica de saúde. Nesse sentido, verifica-se que:

O preconceito e a discriminação aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormatizado são consensualmente reconhecidos na literatura como determinantes de saúde, uma vez que provocam vulnerabilidades específicas, constituem barreiras simbólicas ao acesso, influenciam a qualidade da atenção, e carregam forte potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura desta população. (GUIMARÃES *et al.*, 2017, p. 2).

O corpo homo ou transexual, invisibilizado, em situação de vulnerabilidade, encontra na situação de rua outro desafio a ser enfrentado que afeta sua existência e suas formas de resistência. Nesse contexto, o pensar na saúde desse público, de modo amplo, isto é, saúde física, emocional, psicossocial é um assunto que merece maior atenção e sensibilidade, além disso, trata-se de um trabalho em rede, que deve envolver não apenas setores das unidades básicas de saúde, mas também universidades e outras instituições que possam atuar em conjunto para melhor atender esse público.

Outrossim, além do trabalho em rede que envolva diferentes setores da sociedade é preciso tornar amplo os debates e reflexões em torno de direitos que são cotidianamente violados e/ou negados. A discriminação e estigmatização sofrida pela população LGBTQIA+ somada as concepções de inviabilização social e menosprezo as pessoas em situação de rua apontam para necessidade de direcionamentos concretos, ações eficazes de combate às violências perpetradas, ações que considerem a diversidade e multiplicidade da sociedade contemporânea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, motivado pela amplificação de debates com a temática escolhida, apresentou um apanhado geral de situações e vivências problemáticas enfrentadas cotidianamente pela comunidade LGBTQIA+, tais experiências por vezes geradas por profissionais de saúde, imprimem preconceitos da sociedade geral e em nada contribuem para a facilitação do acesso a esse grupo em sua busca por melhores condições de saúde.

Sendo possível, identificar impasses nos atendimentos frutos de preconceitos e insensibilidades por parte dos profissionais que ainda carregam o desatualizado estigma social com esse grupo. O reconhecimento de fragilidades como a falta de informações e aprimoramento de gestores e trabalhadores da assistência acerca das diversidades de sexualidade e identidade de gênero, que acarreta ineficiência de cuidados e orientações específicas as demandas da população LGBTQIA+.

Ao se tratar dos usuários, as barreiras já estabelecidas socialmente afastam e invisibilizam suas necessidades em saúde, quando o conta-

do se faz necessário é comumente acompanhado de LGBTfobia ou constrangimentos diante padrões divergentes da heteronormatividade. Outro aspecto estudado refere-se as vidas que se encontram desprotegidas, sem habitação e refêns de narrativas invisibilizadas, nesses casos, duplamente vulneráveis socialmente.

Contudo, a qualificação e educação continuada mostra-se um incremento na manutenção e aprofundamento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, promovendo mudanças em curto, médio e longo prazo de mentalidade social e individual em cada profissional, a reafirmação de todas as práticas pautadas da humanização, dignidade e respeito é a resposta coletiva desencadeante do atendimento igualitário diante as diferentes sexualidade e diversidades de gênero.

Os constituintes citados funcionam como entraves na acessibilidade do serviço, proporcionando risco de adoecimentos e distanciamento do ideal igualitário de saúde. As limitações permeiam sobre a coleta de dados, com carências de vivências e percepções nas diferentes localidades e regiões no país, não permitindo a criação de um perfil geo-social onde mesmo com as ampliações dos estudos e referências diversas não é possível esclarecer as nuances coletivas nas suas mais diversas particularidades.

Com isso, são de suma importância a manutenção dos princípios e diretrizes básicas do SUS, a implementação de condutas do sistema voltadas para a população LGBTQIA+, amplificação de debates para adaptação e inserção de pautas do grupo, trabalhar valores e crenças para o reconhecimento e desconstrução de estigmas e preconceitos inseridos e enraizados na sociedade, buscar a formação de lideranças da comunidade que transmitam as reais necessidades a serem sanadas. Somente assim, a atenção saúde será trabalhada e promovida de maneira qualificada à população LGBTQIA+, contribuindo para na formação profissional de qualidade e na atenuação das desigualdades entre grupos minoritários.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 516-524, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CARRARA S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.

GUIMARÃES, R. DE C. P. *et al.* Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 121-139, mar, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>.

MEDEIROS, L. P.; AMORIM, A. K. de M. A.; NOBRE, M. T. Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. e1889, 2020.

_____. **Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União** 2011; 01 dez.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana**. n. 9, p. 7-28, dec. 2011. www.sexualidadsaludysociedad.org.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estigma e discriminação são as principais barreiras à saúde para a população LGBT**. Brasília: OPAS; 2019 [citado 25 maio 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5318:estigma-e-discriminacao-sao-as-principais-barreiras-asaude-para-a-populacao-lgbt&Itemid=820.

POPADIUK, G. S. *et al.* A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e de-

safios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.
DOI: 10.1590/1413-81232017225.32782016.

PRADO E. A.J., SOUSA, M.F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus.**, v. 11, n. 1, p. 69-80, 2017.

SCOTT, J. W. **El género**: uma categoria útil para el análisis histórico. Historical review 1986.

SILVA, A. C. A. *et al.* Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface (Botucatu)** v. 24, p. e190568, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.

SAÚDE MENTAL COMPARTILHADA: A VOZ DE QUEM ESCUTA

*Marcia Leão de Lima*³²

*Gleberson de Santana dos Santos*³³

*Luciane Prado Kantorski*³⁴

INTRODUÇÃO

O presente relato refere-se à experiência, junto ao grupo de pesquisa, vinculado ao PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linhas de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL e coordenado pela professora Dra. Luciane Prado Kantorski. Integram este grupo *expertises* por experiência, trabalhadores/as em saúde mental, discentes e docentes vinculados ao programa. O grupo busca promover estudos e pesquisas sobre as práticas e novas abordagens em saúde mental e coletiva. A pesquisa se insere num projeto mais amplo que tem como objetivo conhecer os ouvidores de vozes usuários dos Cen-

32 Mestre em Educação pelo IFSUL. Graduada em Psicologia e Pedagogia, Especialista em Metodologias para o Ensino Superior e em Gestão Empresarial. Trabalha com psicologia clínica analítica e pesquisa nas áreas de saúde mental, clínica, fenomenologia e espiritualidade.

33 Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Mestre em Administração (UNOESC). É Administrador (IESUS-BA) e Bacharelado em Psicologia (UFPEL). Foi professor substituto na Universidade Federal de Rio Grande (2021) e UFPEL (2015-2017).

34 Doutora em Enfermagem pela Universidade São Paulo Ribeirão Preto. É Professora e Coordenadora do PPGENF - Programa de Pesquisa em Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva na Universidade Federal de Pelotas. Bolsista Produtividade em Pesquisa 1C – CNPq.

tros de Atendimento Psicossocial – CAPS, da cidade de Pelotas, R.S. Pautase pelo desenvolvimento de uma abordagem que busque compreender o fenômeno de ouvir vozes entendendo que suas ações podem constituir um recurso eficiente para o empoderamento das pessoas que vivenciam o fenômeno e pela construção de estratégias de enfrentamento, para aqueles que sofrem com a escuta das vozes que possam estabelecer uma relação saudável com as mesmas. Considerando que no Brasil há poucos investimentos em pesquisas, políticas públicas e trabalhos preventivos em saúde mental, o projeto torna-se um diferencial na região onde atua, servindo de referência para o restante do país.

Partindo da premissa de que há descrições alternativas ao discurso psiquiátrico para o fenômeno do ouvir vozes, segundo Romme (2009), o movimento de ouvidores de vozes surgiu primeiramente na Holanda e posteriormente no Reino Unido. Na segunda metade da década de 1980, numa colaboração entre o psiquiatra Marius Romme, sua paciente, Patsy Hage, e a pesquisadora em psiquiatria Sandra Escher. Inicialmente, Patsy era acometida constantemente pelas vozes invasivas e nem mesmo a medicação impedia tal sofrimento. Até que entrou em contato com um livro que mudaria a sua relação com as vozes, onde o autor do livro em questão, tratava com naturalidade o fenômeno.

Este encontro desencadeou na paciente um novo olhar sobre as vozes, que passou a lidar de forma positiva com a experiência. Patsy, estimulada por seu psiquiatra, relatou a sua história a outros ouvidores. E, dessa forma foi que surgiu o primeiro grupo de ajuda mútua composto por ouvidores de vozes. Romme e Escher constataram que resumir o fenômeno de ouvir vozes em um diagnóstico patológico, não promove uma aproximação entre ouvidor e vozes, pelo contrário, a condução é de silenciá-la através de tratamentos com psicofármacos tradicionais.

Entre outras palavras, o que os ouvidores precisam é justamente aprender a lidar com as vozes. A prática de apoio em grupo busca auxiliar no relacionamento dos sujeitos com as suas vozes, reduzindo o isolamento e promovendo o diálogo, a autoestima, o acolhimento, a aceitação das vozes e a redução do estigma. Mesmo que muitos ouvidores já mantenham uma relação saudável com suas experiências auditivas, o que pode estar associado a crenças espirituais ou culturais. Esse movimento se propagou e em 1996 surge a rede internacional de ouvidores de vozes, a The In-

ternational Network for Training, Education and Research into Hearing Voices (INTERVOICE).

É válido salientar que há cerca de alguns anos, vem ocorrendo congressos que fomentam o compartilhamento dessas experiências. O movimento considera os testemunhos como evidências narradas e fundamentais para demonstrar que ouvir vozes é uma parte natural da experiência humana. Aos passos do movimento internacional, o grupo de pesquisa em questão, utiliza o método de ouvir as narrações dos *expertises* por experiência como uma prática constante. São falas profundas, carregadas de emoção e relatos de situações que envolvem todos os órgãos dos sentidos: cheiros, imagens, sensações, sentimentos etc. Compreendem relatos de pessoas que aprenderam a lidar com as suas “vozes”, cada uma com sua singularidade. Histórias de lutas solitárias, de sofrimento, pelo medo, pelo estigma, como também de sensações boas, de tranquilidade, de confiança. Alguns usuários de CAPS, outros com passagens por hospitais psiquiátricos, vinculados ao espiritismo, outros não. Pessoas sem históricos de internação ou medicação, mas pessoas que aprenderam sobretudo a conviver com as suas vozes e que aos poucos foram criando uma relação de equilíbrio ou desequilíbrio com as mesmas. E assim o movimento se propaga e cria uma rede de ajuda mútua, na tentativa de ocupar um espaço de prevenção e cuidado, onde há escassez de recursos, pouco investimentos e falta de interesse pelo poder público.

O presente percurso investigativo nasce da contribuição de ouvidores que deram seu testemunho e relataram as diferentes fases de convivência até se descobrirem como ouvidores. Em sala, durante uma aula ministrada pela Professora Dra Luciane Kantorsky, colegas ouvidores de vozes deram o seu depoimento enquanto ouvidores de vozes e neste momento fomos “fisgados” pelas falas, ou melhor, escutas.

Numa sequência de relatos, aos poucos, um universo de novas informações transformava-se em conhecimento: do outro, de si e do fenômeno de ouvir vozes. E a descoberta é que ouvir vozes refere uma experiência que pode envolver todos os órgãos dos sentidos: olfato, visão, escuta etc. A busca se constrói pelo desejo em compreender a elaboração do fenômeno vivenciado por ouvidores de vozes, nomeados como psicóticos e submetidos a tratamentos severos em instituições. Bem como, daqueles que passam por experiências auditivas cotidianas, porém, sem

qualquer diagnóstico médico ou tratamento medicamentoso e que aprendem a conviver com as vozes de modo positivo.

A experimentação alucinatória na população geral é apontada desde o estudo de Sidgewick, em 1894 – que indicou que 8% dos homens e 12% das mulheres, de uma amostra de dezessete mil pessoas, já tinham vivenciado de audição alucinatória – até o estudo de Tien, 1991 – que encontrou uma prevalência de fenômenos alucinatorios em 10-15% (2,3% ouviam vozes), numa amostra de 18.572 pessoas. (BARROS; SERPA JR, 2014).

Conforme Zanello e Fernandez (2020), inúmeras pessoas que frequentam o sistema público de saúde mental apresentam alucinação auditiva, porém, durante o diagnóstico a medicina tem focado mais na experiência de audição de voz, considerando-a como alucinação agenciada com outros sintomas. Nessas condições, as possibilidades de se receber um diagnóstico clínico como psicótico é de 80% (oitenta por cento), pois ouvir vozes preenche os critérios para um quadro de esquizofrenia. Como a saúde pública carece de mão de obra especializada e de tantos outros investimentos, prescrever remédios em minutos, torna-se uma cena comum nos postos de saúde pública no país, porém, pouco se fala em prevenção ou políticas de prevenção, envolvendo a família, grupos sociais.

De qualquer forma, muitos ouvintes submetidos à medicação relatam com frequência que continuam sofrendo em função de experiências alucinatorias, mesmo seguindo o tratamento prescrito. Ao mesmo tempo, muitos outros sem qualquer tipo de tratamento convencional conduzem uma vida saudável, apesar dos espectros sonoros. A premissa é que essas vozes frequentemente surgem após algum trauma ou emoção intensa, apesar da existência de crenças de que pode ser simplesmente algo espiritual ou influência cultural. A questão fundamental e que precisa ser considerada, é qual a relação que o sujeito estabelece com as vozes? Como ele se conecta com tais manifestações? O Sistema Único de Saúde (SUS) dá conta de atender esses sujeitos e suas reais necessidades?

Ampliar o conhecimento acerca das alternativas individuais encontradas por esses sujeitos, compreender os territórios por onde transitam, os modos de subjetivação, a possível, solidão, as dores de um possível estigma e refletir sobre as políticas públicas existentes para pessoas, tor-

nam-se fundamentais para o estabelecimento de um cuidado e acolhimento mais singular.

Enquanto profissionais e acadêmicos da área de saúde, pretende-se identificar as possibilidades de uma prática clínica do cuidado, compreender o alicerce de sustentação das vozes e como o sujeito as recebe quando as escuta e/ou dialoga com as mesmas. Analisar como são percebidos pelo poder público e pela sociedade, questionar os saberes instituídos e colonialistas e, com isso, poder propor novas paisagens contemporâneas de um viver com saúde e qualidade. Produzir uma micropolítica impulsionada pelo desejo de potência de criação, que possa preencher a vida no percurso da produção de um programa de procedimentos afirmativos de saúde. Impulsionados por este movimento buscou-se uma aproximação do projeto de pesquisa na tentativa de conhecer como os ouvidores de vozes da cidade de Pelotas, RS, elaboram os processos de experimentação, singularização e produção de outros modos de saúde, mesmo com o mínimo de recursos e apoio pelo poder público.

1. OUVIDORES DE VOZES: UMA ABORDAGEM DESISTITUCIONALIZANTE

A audição de vozes é uma experiência relatada por pessoas, em diferentes contextos ao longo da história e recebe novos significados de acordo com os valores e crenças de cada época e cultura. Em algumas situações recebe o estatuto de sagrado e em outros contextos é comumente associada à experiência da psicose sendo classificada como um sintoma psiquiátrico passível de tratamento pelo uso de medicamentos antipsicóticos. A clínica clássica, portanto, ignora o sentido da experiência pelo ouvitor e foca na eliminação dos sintomas, ou seja, dá ênfase à doença. Conforme Kantorski e Couto (2018), o movimento fundado na Holanda, por Marius Romme, defende o emprego de novas abordagens utilizadas por aqueles que enfrentam positivamente as vozes. Este entendimento permite uma maneira de estar no mundo, uma experiência natural, diferente daquelas dos manuais de psiquiatria, que se limitam a rotular um sujeito que manifesta alucinação auditiva, enquadrando-o dentro de um diagnóstico.

A técnica holandesa, propicia condições para que o sujeito ouvitor de vozes, em contato com outros ouvidores, possa se apropriar das suas

experiências alucinatórias, resignificando-as e possibilitando uma possível transformação do caráter doloroso e alienante que frequentemente marca este tipo de vivência. Partindo deste cuidado com o outro, proposto pelos psiquiatras holandeses, agenciado com Gilles Deleuze, Félix Guattari, na perspectiva de uma escuta crítica e de um olhar clínico, busca-se compreender como os ouvidores constroem suas subjetividades e modos de subjetivação, a partir do encontro com as vozes. Que afetos o movem? Que dores o paralisam? Que prazeres o motivam? exercício importante para experimentar uma ética cujo único critério é a própria vida, atividade de produzir-se e colocar-se em movimento. Considerando que tudo é provisório no campo da investigação, novas formas de sentir e pensar saúde mental.

A Esquizoanálise ou análise de partes, pedaços, linhas ou estilhaços, refere-se a uma prática micropolítica das relações desejantes e de poder. Criado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, para designar instrumento de produção de subjetividades, propõe-se como um procedimento, a uma leitura das relações clínicas e institucionais.

A Esquizoanálise ancora-se no princípio de que os conceitos não são dados como verdades absolutas, não há julgamentos e nem rigidez metodológica, mas sim, possibilidades múltiplas de se compor na e com a vida. Deleuze e Guattari entendem que o inconsciente é posto a mover-se por uma força desejante que o coloca em constante movimento e mutação; ele se constitui e reconstitui por dobras, desdobras e redobras. Partindo-se dessa concepção desejante de inconsciente, para a esquizoanálise a questão não é nunca reduzir o inconsciente, interpretá-lo ou fazê-lo significar.

Segundo Deleuze e Guattari (2011), a questão é produzir novos enunciados, outros desejos: o rizoma é esta produção de inconsciente. A esquizoanálise busca romper com o tradicional método de diagnóstico clínico de classificação das doenças. O olhar do esquizoanalista não é interpretativo, mas um olhar complexo, de concepção de mundo, dotado de uma escuta sensível, que inclui os movimentos minoritários e de criação de vida.

No campo da saúde, se aplica à concepção do sujeito como um ser classificado como doente e rotulado como o esquizofrênico, o obsessivo, o depressivo etc. A rotulação funciona como uma espécie de prisão, que impossibilita outros olhares senão aquele. O pesquisador, enquanto

esquizoanalista, não pergunta o que aquilo significa, para que serve isso/interferindo nas máquinas desejanter, possibilitando um retorno a realidade. É preciso dar voz ao paciente e criar um espaço de cuidado de si e do outro. Nessa proposta, os sintomas surgem como sinais do que ainda não foi pensado, tendo a esquizoanálise como um procedimento de valoração e recriação da vida.

Assim, a presente discussão buscou compreender a partir de um olhar esquizoanalítico, como os ouvidores, da cidade de Pelotas, elaboram os processos de experimentação, singularização e produção do inconsciente na relação com as vozes.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E MOVIMENTO DO DIÁLOGO ABERTO

Ao abordar a Saúde Mental no Brasil, remetemos aos grandes eventos que ocorreram na década de 1970 e que marcaram de uma vez por todas a concepção do “louco e alienado”. Remotamente, até o início do século XIX os tidos como “loucos” eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos do hospício. Tempos depois passaram a ser tratados nas Santas Casas de Misericórdia até por volta de 1881, que por força de denúncias acerca da situação em que os “alienados” eram tratados e das condições expostas, o Hospício Nacional de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa. (DEVERO; COSTA-ROSA, 2008).

Por volta de 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados, e ardente defensor da total medicalização do asilo, consegue, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei Brasileira do Alienado, a qual faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício.

Anos depois, em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma. Período este em que Jurandir Freire Costa estuda, no período de 1928 a 1934, o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental na formação do pensamento psiquiátrico brasileiro. Fundada em 1923, pelo psiquiatra

Gustavo Riedel, a Liga teve como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais, através da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras.

Nesse mesmo contexto aparece Ulisses Pernambucano, que é tido como precursor da psiquiatria social brasileira atuou, da década de 20 à de 40, trabalhando pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes, nos hospícios. Inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco (1931).

Mas foi a década de 1970 que foi marcada no Brasil o início da Reforma da Assistência Psiquiátrica que visava questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. Esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da Atenção em Saúde Mental que se iniciam ainda em período anterior.

É necessário salientar que o processo de reforma psiquiátrica no Brasil teve grande marcos, como as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), as quais têm operado transformações complexas na atenção ao sofrimento psíquico e têm discutido e debatido temas de grande relevância no que tangencia aos cuidados aos usuários enquanto ser biopsicossocial e não como um “portador de uma doença mental” e que como tal deve ser excluído da sociedade. Muito pelo contrário, na sua primeira conferência, sediada no Rio de Janeiro, em 1987 foram debatidos os seguintes temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação. Seu relatório trouxe como propostas a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e a reorganização dos serviços existentes no País, a definição de uma política de recursos humanos, assim como a reformulação da legislação ordinária.

Outro contributo para a efetividade da Reforma Psiquiátrica no Brasil é oriundo das portarias ministeriais que legitimam a força instituinte que se instaurava no país naquela época, como aponta Devera e Costa-Rosa (2007, p. 74).

As Portarias ministeriais podem ser consideradas tanto como tentativas a serviço de pôr em prática as diretrizes do discurso instituinte da Reforma, quanto como ações a serviço do discurso

instituído, caso em que legalizam normatizando, burocratizando e assepiando o instituinte. Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais (Amarante, 1995) – portanto, marcado por tensões, desafios e conflitos.

É por meio dessas portarias que se instituiu o CAPS – Centro de Apoio Psicossocial – como uma resposta tática do setor dominante às reivindicações instituintes do Movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. A portaria 224 (janeiro/1992) foi a primeira a dispor sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Atendimento ambulatorial (UBS, CS, ASM) de NAPS e CAPS e o atendimento hospitalar (HD, Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral e Hospital Especializado em Psiquiatria).

Ao resgatar as ferramentas legais, não se pode deixar de mencionar acerca da Lei 10.216, a qual redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Esses movimentos da reforma psiquiátrica, como a criação do NAPS e posteriormente o CAPS têm como um de seus objetivos o de promoção de saúde por meio da autonomia dos sujeitos usuários na produção de saúde mental, no que diz respeito a noções como qualidade de vida e estilos de vida saudáveis, que estão sujeitas a funcionar de modo prescritivo, indutivo e normalizador. O princípio da autonomia indica uma abertura à convivência com o outro, pautada em valores que respeitem a alteridade e a livre escolha. Implica a construção de espaços coletivos de troca que possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, através do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais, das possibilidades de cada sujeito (SUNDFELD, 2010).

Para tanto, um dos primeiros passos desse processo e que tem grande contribuição no impacto desse usuário é o acolhimento ao usuário, o qual

requer uma escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde (SUNDFELD, 2010). O que segundo Furtado (2007) de uma equipe multiprofissional, integrada e interdisciplinar, visto que a soma dos diversos saberes e ciências é infinitamente superior a um único saber, como outrora era visto como o saber médico, como o operante e determinante ao se referir à saúde. Portanto, essa interdisciplinaridade acaba sendo um princípio de diversidade e criatividade.

Na atualidade, como movimento que vai de encontro ao modelo hospitalocêntrico e desse modo, a favor da psiquiatria democrática e à desinstitucionalização, encontra-se o Diálogo Aberto (*Open Dialogue*), o qual se constitui como um método terapêutico utilizado para enfrentamento de crises psicóticas, formulado por Jaakko Seikkula e sua equipe, no início da década de 1980, na Finlândia. Método terapêutico e não simplesmente como ferramenta, recurso ou instrumento. Esse método articulado e que tem mostrado sua eficácia comprovada em estudos internacionais, sobretudo oriundos dos países da Noruega, Estados Unidos, Bélgica, Austrália, Reino Unido, Polônia, Canadá, possui sete princípios norteadores, quais sejam:

- Ajuda imediata, a qual consiste no fato do primeiro encontro ocorrer durante as primeiras 24 horas após o contato inicial, objetivando a prevenção da hospitalização, assim como o entendimento minucioso acerca do primeiro episódio da crise psicótica.
- Rede social, ou seja, as reuniões são realizadas com os usuários dos serviços, suas famílias e outros membros importantes de suas redes sociais, estes últimos são convidados a oferecer apoio ao usuário e à família. A comunicação é aberta entre as partes, onde são respeitadas todas as vozes dos envolvidos, a paciência de ouvir e a capacidade de enfatizar a situação familiar e as questões de cunho cotidianas.
- Flexibilidade e mobilidade, isto significa que o tratamento é adaptado às necessidades específicas e cambiantes de cada caso e, havendo a aprovação da família, ocorre na residência do paciente.

- Responsabilidade, isto é, a organização da primeira reunião fica a cargo do profissional que foi contatado pela família. A partir daí o tratamento é deliberado.
- Continuidade do acompanhamento psicológico, o que equivale dizer que o tratamento fica sob a responsabilidade da mesma equipe, pelo tempo que for necessário, seja no setor ambulatorial como de internação, assim como os membros da família, o “cuidador” participam ativamente das reuniões.
- Tolerância à incerteza. Como o próprio nome aduz, esse princípio refere ao processo de desenvolvimento de confiança ente a equipe de profissionais (que geralmente são três e no mínimo dois) com a rede (família e cuidador) e usuário de saúde mental. Para que esta confiança seja estabelecida, inicialmente, enquanto do ápice das crises psicóticas as reuniões são realizadas diariamente, pelo menos durante os dez ou doze primeiros dias para se ter melhor conhecimento do diagnóstico, do contexto do usuário, a fim de evitar que decisões sejam tomadas equivocada ou precipitadamente. É nesse momento em que se evita o uso de psicofármacos, visto que no entendimento dos profissionais, este primeiro momento é rico para extrair informações cruciais para o tratamento.
- Dialogismo é o último princípio, porém não o menos importante. Na verdade, a promoção de diálogo é o foco central, sendo concebido como meio de fomentar o protagonismo dos usuários.

O Diálogo Aberto tem sido atualmente alvo de estudos internacionais, onde se têm apontadas as inúmeras contribuições e eficácia do método terapêutico firmado no diálogo, ajuda imediata ao usuário de saúde mental, o respeito à rede social, a flexibilidade, conferindo a redução de incertezas. Tal método é centrado na escuta, onde o terapeuta consegue evocar novas vozes de forma dinâmica, formulando movimento e novas trajetórias conjuntas. Trata-se de método onde se destaca a importância de dar “sentido às experiências”, a enfatizar a polifonia e que tem contribuído para o processo de desinstitucionalização.

Algumas pesquisas de cunho quantitativo têm provado a recuperação dos usuários em crises psicóticas a retornarem ao labor e estudos, reto-

mando sua vida social, em estudos longitudinais de 5-10 anos. Além disso, se tem visto a redução no número de casos recorrentes de crises agudas. (KANTORSKI; CARDANO, 2019).

Das contribuições terapêuticas têm-se a redução significativa do uso de neurolépticos, diminuição no número de recaídas, diminuição do tempo de internação, desta forma, parecendo produzir melhores resultados do que o tratamento convencional (KANTORSKI; CARDANO, 2017; KANTORSKI; CARDANO, 2019).

Dadas as contribuições do Diálogo Aberto, importante é também apontar os desafios quanto à sua implementação em outros contextos, sobretudo o de nosso país que é atravessado ao discurso institucionalizante e do consumo exacerbado e descontrolado de psicofármacos. Desse modo, os desafios centrais que se deve atenção é a escuta ativa de todos os envolvidos (rede e usuário), ignorando inclusive a hierarquização geralmente promovida e estabelecida na relação usuário e profissional de saúde, o que requer colaboração e igualdade entre todos os membros. Outro obstáculo é a continuidade ao tratamento pela mesma equipe de profissionais que prestou o primeiro atendimento, além da reunião de mais de um profissional para discutir abertamente com todos os membros sobre o diagnóstico e as diversas etapas do tratamento. Outro obstáculo se dá ao não uso de neurolépticos, principalmente nas primeiras reuniões, por entender que este constitui território fértil de informações cruciais para o início do tratamento terapêutico. (KANTORSKI; CARDANO, 2017; 2019).

3. METODOLOGIA

Como método de pesquisa qualitativa, aplica-se a escuta clínica e a observação empírica, enquanto alunos especiais em um grupo de ajuda mútua permanente com ouvintes de vozes. O grupo possui encontros semanais e é coordenado pelos membros do grupo de pesquisa em saúde mental e enfermagem da UFPEL. No presente estudo pretende-se relatar a experiência como alunos voluntários e *expertise* por experiência em um projeto de pesquisa com ouvintes de vozes, mas não se trata de relatar as etapas do projeto de pesquisa, que permanece em andamento e com resultados parciais.

A esquizoanálise, pensada por Giles Deleuze e Félix Guatarri (2011), concebe a realidade não de forma fixa, hierarquizada e simplificada, amparada numa verdade explicativa, mas complexa, rizomática e imanente. Pensar por imanência e rizomaticamente é considerar que a realidade está em constante transformação e é composta pelos planos das formas e das forças, que coexistem nesse processo. Nessa perspectiva, as noções de “eu” e de subjetividade são reconstituídas e reconstruídas, sendo concebidas como devires, em movimento e em produção, em meio à multiplicidade, compondo paisagens e territórios diversos.

O estudo é voltado aos usuários do CAPS do município de Pelotas e região, bem como para todos os integrantes que participam mesmo sem nenhum encaminhamento. Os dados de origem primária serão coletados por meio dos depoimentos e contribuições individuais no grupo com permissão prévia do usuário ou membro da família. As variáveis do estudo são do tipo qualitativas. A revisão bibliográfica e aprofundamento teórico sobre o tema devem ocorrer em todas as etapas da pesquisa. A transcrição dos encontros grupais com ouvidores de vozes será concomitante.

Os fragmentos das conversas, bem como, o referencial teórico, serão os pilares da construção do texto que será costurado pelos dados coletados ao longo do trajeto. O estudo observa a Resolução 466/121 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Psicologia embasado na Resolução CFP Nº 010/20052, Art. 1º e 2º que trata das responsabilidades e proibições e o Art. 9º que se refere ao sigilo profissional. Os principais benefícios aos participantes do estudo serão o autoconhecimento, as trocas de conhecimentos com outras pessoas que vivenciam da experiência de ouvir vozes e sobre o fenômeno audição de vozes e sobre as estratégias de enfrentamento.

Os resultados da pesquisa servem para propiciar a melhoria das condições de saúde mental no Brasil e o engajamento e comprometimento de toda a sociedade. Faz-se necessário espaços para escutas e discussões sobre a doença mental que desencadeiem em políticas públicas e melhoria da qualidade de vida aos usuários dos CAPS.

É preciso romper com o estigma e fomentar políticas de cuidados preventivos, aos usuários, seus familiares e aos profissionais de saúde. Implementação de serviços de assistência psicológica aos usuários, individuais e

em grupo, promover assistência aos familiares que adoecem emocionalmente e concomitantemente, bem como, uma linha direta de assistência à saúde mental das equipes multidisciplinares de saúde e intervenções, bem como, melhores condições e estrutura para o exercício da profissão. Ampliar a rede de atendimentos municipais com mais acesso e oportunidades. Promover o atendimento domiciliar e a igualdade de acesso a um tratamento básico. Promover a inclusão social e oportunizar espaços para que o tema seja discutido e receba o devido tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos dos ouvidores, em grupos de autoajuda, eventos públicos de saúde mental ou em sala de aula auxiliam outras pessoas, que pela identificação, se descobrem ouvidores de vozes. Após essa descoberta como *expertise* por experiência, surge o desejo em compartilhar com outras pessoas, na certeza de que na circulação da palavra possam incentivar novas descobertas e narrativas sobre o fenômeno e assim atingir mais pessoas que passam pela experiência de escutar vozes. O compartilhamento também fortalece o movimento e a possibilidade de alcançar instâncias maiores, até provocar mudanças sociais.

Nota-se que a prática de narrativas propicia uma ressignificação de sentidos, para cada sujeito, tornando esses encontros com as vozes menos dolorosos. Percebe-se que o compartilhamento das experiências possibilita o desenvolvimento de estratégias que contribuem para a saúde mental das pessoas. A relação com as vozes melhora a medida que o ouvidor passa a dialogar, negociar e enfrentá-las. O cuidado com a pessoa em sofrimento, respeitando suas singularidades e as suas verdades, possibilita a construção de autonomia e o resgate de sua própria vida. Promovendo processos de subjetivação, criando e recriando outros devires e proporcionando um cuidar de si.

Desta forma, o grupo de pesquisa, além de promover conhecimento acadêmico, desencadeia o autoconhecimento e contribui na no entendimento de que a experiência de ouvir vozes faz parte da diversidade da experiência humana. Além do grupo com encontros semanais presenciais ou a distância, durante a pandemia, os ouvidores multiplicam sua experiência, em coletivos, eventos científicos, locais que oportunizem um

espaço de fala sincera e escuta efetiva. Dentre essas ações encontra-se o espaço em um programa semanal da rádio comunitária da cidade voltado aos ouvidores de vozes. As atividades, embora voltadas aos ouvidores, são abertas àqueles que se identifiquem com a temática e busquem conhecer ou acrescentar ao grupo. Participar como *expertise* por experiência promove um maior conhecimento e ajuda de si e do outro. Além de destacar a importância de ir para além da patologização da experiência de Ouvir Vozes e pensar o ser humano na perspectiva de suas singularidades. Afinal, o foco deve ser sempre a pessoa e não a doença, mas parece que há uma inversão desta ordem. A pessoa que está portando uma dor deve ter prioridade.

Desta forma, concluiu-se que participar do grupo de ajuda mútua, favorece a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos participantes. Além disso, promove o autoconhecimento, o fortalecimento da identidade e promove a sensação de pertencimento, de não ser julgado ou classificado, mas acolhido e cuidado pelos demais pesquisados. As trocas auxiliam na construção de estratégias de enfrentamento e da importância da união com o grupo para auxiliar na busca por políticas públicas que promovam mais espaços de escuta, que forneçam subsídios para contratação de profissionais e que incentivem as universidades a continuarem as pesquisas científicas em saúde mental. E aos poucos, o caminho investigatório vai se compondo como uma colcha de retalhos, a cada dia, um capítulo a ser acrescentado, mesclado com exemplos, trocas, descobertas, recuos, avanços e evidências científicas que mostram a potência desta abordagem.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Octávia Cristina; SERPA JR, Octavio Domont de. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Interface**, v. 18, n.50, p. 557-569, Set. 2014.
- DEVERA, Disete; DA COSTA ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 20-20, 2008.
- DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. – São Paulo: Ed. 34, 2011.

- FERNANDES, Henrique Campagnollo Dávila; ZANELLO, Valeska. O grupo de ouvidores de vozes: dispositivo de cuidado em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 23, 2020.
- FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 239-255, 2007.
- KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 23-32, 2017.
- KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação—análise a partir da revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 229-246, 2019.
- KANTORSKI, Luciane.; COUTO, Maria Laura. O. **Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes**. São Paulo: Psicologia, USP, 2018.
- ROMME, Marius *et al.* **Living with Voices: 50 Stories of Recovery**. Birmingham: PCCS Books. 2009.
- SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1079-1097, 2010.

O CONSTITUCIONAL E O ÉTICO

*Felipe Frota Barroso Furtado*³⁵

INTRODUÇÃO

No ordenamento brasileiro, hodiernamente, existem diversos manuais formais que comportam entendimentos escritos quanto às normas de conduta, listando-se também os Códigos Deontológicos que buscam reger as atitudes dos indivíduos em ambiente profissional. Tomar-se-á, como principal referencial, a ideia do Código Deontológico para Médicos, circunscrição lotada de controvérsias frente a debates polêmicos que seguem em compreensão farta. Não apenas, outrossim, o Código Deontológico para Médicos mas, também, é prudente alavancar o neologismo da Bioética que acarrilha em seu bojo de definição um horizonte mais geral quanto aos deveres e vetos correlatos ao labor do profissional de saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil, tornando mais familiar a pesquisa para olhos de juristas, convoca entendimentos, em seus primeiros artigos, quanto aos princípios fundamentais que devem permear a vida do indivíduo e das pessoas jurídicas que habitarem no entorno brasileiro, não obstante, o patamar que busca assento a Carta Maior é no topo da pirâmide de Hans Kelsen, em palavras dotadas de menor requinte, o Instrumento Superior estaria em posição inegavelmente acima aos demais dispositivos normativos que compõe o compreender nacional.

35 Graduando no curso de Direito do Centro Universitário Inta - Uninta, à época cursando o 6º semestre.

Por analogia, portanto, compreende-se desde logo que a Carta Magna do Brasil tem caráter à frente dos Códigos Deontológicos genéricos que fazem compor o ordenamento jurídico, inclusive por princípios como a Legalidade aplicada ao particular e a Dignidade da Pessoa Humana, definições que passam por mutações e atualmente detêm uma personalidade peculiar.

A bem da verdade, a CRFB/88 ter correias afrouxadas demasiadamente pode gerar uma desnecessidade de manuais de ética para a modalidade profissional já mencionada, algo capaz de gerar consequências perigosas, o que produz o seguinte questionamento: "Os Códigos Deontológicos necessitam de uma normatização mais incisiva?", afinal, não havendo a produção de normas, seja ordinárias, complementares ou côm-pares a Carta Maior há de subsistir segurança jurídica quanto a prática profissional de médicos? Esta, e outras dúvidas geradas por cascata, permeiam a pesquisa. De forma a expulsar sinistros, o recorte da pesquisa será na situação embutida pela Constituição Cidadã nos dias que correm, além de prospectar situações vindouras.

No que compete à hipótese inicial, em função das questões já abordadas, poder-se-á observar quanto a necessidade de uma homeostase sem que subsistam excessos constitucionais, tão pouco negligências do mesmo quesito. A busca da pesquisa é, para tanto, ir ao encontro a esse equilíbrio entre o que seja Constitucional e Ético, em primeira referência no aspecto médico e hospitalar, a justificativa encontrada para a produção científica encontra respaldo na insegurança jurídica que pode causar uma lacuna legislativa em terreno tão minado como a área da medicina pode ser.

1. O CONSTITUCIONAL

Promulgada, Escrita, Dogmática e Analítica, essas são algumas, de diversas, características da Constituição Cidadã que tem atividade na modernidade. A bem de prezar pela celeridade, que sejam destrinchadas apenas as perspectivas abordadas na gênese do parágrafo. Promulgada, é a Carta Superior pois não fora imposta, havendo um processo solene com sua idealização, sendo concebida com o aval dos representantes do povo. Escrita e Analítica, sendo evidenciado ambos para que haja uma explicação integral, pois há formalmente documento escrito extensamente com

atributos gastosamente definidos e explicitados, afinal, o Documento Pátrio tem por fito alcançar os mais extensos dos limites é, por fim, Dogmática tendo em vista que reflete pensamentos adotados nos dias atuais, concepções políticas e sociológicas.

Válido é demonstrar esses azimutes de facetas, pois, elencar-se-ão dois Princípios que são abarcados por este documento, é prudente conhecer sua personalidade para compreender sua aplicação perante a sociedade, o introito trata-se da Legalidade e a Dignidade da Pessoa Humana.

1.1. PRINCÍPIO DA LEGALIDADE

Tendo sido concebido, de maneira inédita, pela *Magna Charta Libertatum* imposta a John Lackland, ou João Sem Terra como fora abraçado no Brasil, pelos Lordes Ingleses, no ano de 1.250, em seu Artigo 39, mais especificamente, aduzia-se a redação: “enhum homem pode ser preso ou privado de sua propriedade a não ser pelo julgamento de seus pares ou pela lei da terra”(CANOTILHO, 1993), ou seja, haveria um julgamento e a Lei, por analogia, esta normatividade deveria ser seguida à risca.

Naquilo que compete ao âmbito do Brasil, empurrando a pesquisa para o porte nacional, todas as Constituições que um dia foram postas em prática nesta circunscrição detinham em seu conteúdo o Princípio da Legalidade *apenso*. Buscando a objetividade, a previsão escrita da legalidade pode ser encontrada no Artigo 5º da Constituição, que compõe os Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, *Ipsis Litteris*:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXIX – não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.

Agora que seja submetida a avaliação, para seu sentido mais tenro, o princípio da legalidade busca garantir a liberdade do indivíduo frente ao Estado e seu poder maior (TOLEDO, 2008) em outros termos, a legalidade da Constituição pode ser repartida em dois ramos:

A Legalidade Administrativa, em que os servidores públicos devem seguir apenas determinações legais, e a Legalidade aplicada aos indivíduos, de forma que os particulares podem fazer tudo aquilo que não for contra a lei.

Ainda nesta seara, e sob o manto penalista, que seja demonstrada a definição supramencionada pelas palavras do festejado doutrinador Guilherme de Souza Nucci:

Princípio da legalidade ou da reserva legal: trata-se do fixador do conteúdo das normas penais incriminadoras, ou seja, os tipos penais, mormente os incriminadores, somente podem ser criados através de lei em sentido estrito, emanada do Poder Legislativo, respeitado o processo previsto na Constituição [...]. Encontra-se previsto no art. 5º, XXXIX, da CF, bem como no art. 1º do Código Penal. (NUCCI, 2014)

Não obstante, o Princípio da Legalidade encontrado na Carta Magna torna passível de toda conduta não tipificada ser praticada e não haver previsão punitiva para a mesma, no que tange, ainda, sobre o prisma penal e seu caráter de *ultima ratio*.

Para pôr um fim a este quesito, existem diversas subdivisões pelo mais comemorados dos elaboradores de teorias, para buscar objetividade será amparada enfaticamente a de José Afonso da Silva, principalmente duas de suas cinco diferenciações: Liberdade da Pessoa Física, nesta anexadas a liberdade de locomoção, escolha, circulação, entre outras, e a Liberdade de Ação Profissional, em que as pessoas detêm de plena vontade para exercerem suas atividades de labor (SILVA, 2008), algo que será importante de ser lembrado ao término deste manual acadêmico.

1.2. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Apresentado, de maneira mais nítida, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, tomando por base atos de atrocidade ocorridos durante a 2ª Guerra Mundial, que dispensam maiores descrições. No Brasil, após duros anos curvados sobre o manto da Ditadura Militar, apenas com a atual Constituição, que recebeu a alcunha de Cidadã, fora

possível discriminar a Dignidade da Pessoa Humana como um de seus fundamentos.

Disciplinado expressamente pelo Artigo 1º, inciso III da CRFB/88, a Dignidade da Pessoa Humana não é apenas um princípio, alcançando o posto de fundamento da República Federativa do Brasil. Ou seja, não há salvaguarda meramente doutrinária quanto a este terreno, mas uma visão positivada em material elevado, no entanto, há um toque de teóricos que repartiram esta visão em duas formas de percepção, uma objetiva e outra subjetiva. Naquele, dando prosseguimento, haveria uma constante busca pela manutenção e abastecimento de qualidade de vida mínima para todas as pessoas humanas, inclusive: “[...] precisa ser assegurado pelo Estado Democrático de Direito, consistente no mínimo indispensável para a sobrevivência apropriada de um ser humano” (CARNELUTTI, 2010)

O outro prisma, subjetivista, traria uma lateralidade jusnaturalista, como o indivíduo, de maneira natalista, merecedor de uma qualidade de vida basilar, sendo dotado de sentimentos, de concepções que não são passíveis de toque, sejam elas: amor-próprio, autoestima, entre outros. (NUCCI, 2016) Nesta visão, podendo ser entendida como singular ou individual, o ser humano seria visto como aquele capaz, com seu discernimento, de escolher o que melhor considerar afável para sua pessoa. Ainda neste paradigma, para que seja doutrinariamente mais bem evidenciado, *in verbis*:

Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade. (MORAES, 2017).

Dessa forma, a Dignidade da Pessoa Humana, fortalecida pela Legalidade aplicada ao indivíduo particular, fazem evidente o entendimento que, em âmbito brasílico, a Constituição Federal preza pela liberdade dos indivíduos para que possam ter, além da autodeterminação de tomarem a

decisão que melhor lhes convier, também existam profissionais que consigam exercer de maneira sem freios, ao menos naquilo que a carta já citada e demais determinações formalíssimas não interferiram, sua atividade de labor.

2. O ÉTICO

A ética, derivada do latim “ethos”, sempre encontrou contrapeso em relação a Moral, muitas vezes sendo confundida com esta, porém, é importante ressaltar a diferença de uma para o outro, pois, enquanto este busca estabelecer uma análise social *lato sensu* para compreender as fronteiras do meio sociável, aquele tem um enfoque mais singular, também tendo repercussões de maneira pluralizada, conquanto, eximamente tendo o enfoque nas pessoas em seu íntimo, naquilo que os faz diferenciar entre concepções daquilo entendível como Bem e Mal (CAMARGO, 1999).

Evitando confusões, o principal olhar que esta pesquisa terá acompanha a lógica da Ética, especificamente a ética profissional, justifica este recorte tendo em relevo o ambiente de trabalho dos médicos e seus respectivos códigos de conduta.

Em seguida, que seja posto em tópicos o Código Deontológico, a diferenciação deste para a Diceologia, e a Bioética, também acompanhada de uma recente ramificação da ciência jurídica, o Biodireito.

2.1. CÓDIGO DEONTOLÓGICO

O termo “Deontologia” tem origem, também, do grego, repartindo-se seu prefixo Deontos, que significa Obrigação, dever, e Logia que remete a Lógica, ou seja, seria a Lógica das Obrigações.

Há, no entanto, outro termo que caminha próximo deste, aquilo entendido como Diceologia, também derivado do latim “dikaois” que representa regra, o que é justo ou aquilo que é correto, neste, diferente daquele, há um perquirir intelectual ou composição formal de regras de conduta da modalidade profissional em perímetro de um documento que instaura-os, no entanto, é importante alertar que essa positivação documental é feita tão apenas de maneira rasa e superficial.

A Deontologia, buscando tornar-se mais sublime, harmonizasse com a Diceologia pois aquele trata-se de uma ciência para estudar a ética, daquilo que deve ser o melhor porte do indivíduo em sua atividade profissional, existem Códigos de Deontologia e não de Diceologia pois, enquanto aquele trata de um boião mais objetivo, escrito e formal, este seria uma busca intelectual subjetivíssima. (ZAMORA, 2003). Não obstante, já afrontada a diferença de Deontologia para Diceologia, os Códigos compostos por aquele fazem valer as condutas éticas, sendo seu principal patrono e linha repressiva (MCGARRY, 1999), em entendimento imediato, os manuais já citados deveriam aconselhar os profissionais a não se excederem em suas habilidades profissionais, como praticar procedimentos cirurgicos de alto risco e com manchar antiéticas.

Neste entendimento, ainda, há de que citar que existe uma cisão acentuada entre Códigos Deontológicos e Códigos de Ética, inclusive podendo servir de exemplo o “Código de Ética do Bibliotecário Brasileiro”, considerado como um Código Deontológico, e o “Código dos Bibliotecários Norte-Americanos”, compreendido como um Código de Ética (SOUZA, 2001), a diferença, portanto, seria a perspectiva mais sugestiva deste e naquele mais incisivamente explicativo sobre condutas não condizentes com determinada profissão e consequências passíveis.

Nessa perspectiva, a diferença entre os a Deontologia, para a Diceologia e a Ética, seria que, no primeiro há uma objetividade da normatização de condutas, no segundo seria a base principiologica e que serviria de inspiração para aquele e, este ultimo, traria conselhos para melhor realizar a profissão, não havendo grandes punições por serem explicitadas.

Naquilo que importa, dando prosseguimento, ao posicionamento de Códigos Deontológicos, de maneira generalizada, na Pirâmide de Hans Kelsen, estariam na base desta, ou seja, em momento de resoluções administrativas, visto que existem associações profissionais que concebem estes materiais e, ainda vale mencionar, não havendo o procedimento devido, como ocorreu com o Código de Ética do Servidor Público em âmbito do Poder Executivo Federal, Lei 1.171, o manual deontológico não passa da base mais baixa normativa, podendo ser sobreposta hierarquicamente por norma superior. (BOBBIO, 1995)

2.2. BIOÉTICA

A Bioética, um entendimento recente do ponto de vista histórico, mais especificamente na década de 70 inicialmente nos Estados Unidos e, em se tratando do Brasil, apenas nos anos 90 tendo como base a formação da Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, por meio da resolução 196/96, parte integrante do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, naquilo que cabe dispor sobre sua definição:

[...] é o estudo interdisciplinar entre biologia, medicina e ética, que investiga todas as condições necessárias para uma administração responsável do profissional de saúde em relação à vida humana em geral e da dignidade da pessoa humana em particular. (LEDO, 2017).

Convoca a nova visão das práticas profissionais de modalidades que laboram constantemente com fatores biológicos, abordando novas discussões ao passo de evoluções tecnológicas e sociais, para que haja plena absorção: “A bioética é o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e justificam eticamente os atos humanos que podem ter efeitos irreversíveis sobre os fenômenos vitais” (KOTTOW, 1995).

Para medir a importância do Bioética, em perspectiva legislativa, no ano de 2016 ocorreu a Resolução 510 que tinha como objetivo a regulamentação das pesquisas científicas humanas e sociais, não apenas isso, mas no ano seguinte fora publicada a Resolução 466/2016 que versa sobre as pesquisas que envolverem seres humanos.

Não obstante, subsiste a ideia de que a Bioética é possui característica multidisciplinar por haver um tocante jurídico nitido nesta, em congruência, como ato reflexo a Bioética fora produzido o Biodireito, âmbito demasiadamente juvenil na área do Direito, o que ainda faz gerar debates quanto sua natureza, no entanto, o entendimento majoritário classifica sua atuação como de Direito Público. Sua contribuição a comunidade, e também a academia, foi a positivação formal do compilado de princípios fundamentais que compreendem a bioética, não obstante, que seja descrito definição desta disciplina recente:

O biodireito, embora evidentemente constitua disciplina típica da dogmática jurídica, que utiliza na construção de seus pressupostos metodologia investigativa destinada à resolução de problemas teóricos, teve sua origem marcada pelas preocupações apresentadas pela bioética: medicalizado também o direito, o biodireito incorpora os princípios da bioética que, por sua vez, tornam-se fonte inspiradora de outros princípios. (MFF, 2015).

Em outras sílabas, o Biodireito permitiu, formalmente, a criação das normas, como as Resoluções supramencionadas, para regular o comportamento de pesquisa e atitudes de médicos. Que seja comentado, em adição, que o Biodireito compreende os mesmos princípios da Bioética, sejam eles: Autonomia, para que haja o consentimento pleno, Beneficência ou Maleficência, se o procedimento a ser aplicado será benigno ou maligno, Justiça, para que não haja sobreposições às definições legais, podendo ser assimilado com o Princípio da Legalidade, e a Dignidade da Pessoa Humana, estes dois últimos já tendo sido exaustivamente explicados.

3. DA REALIDADE MATERIAL

A teoria, de maneira fartamente explanada, é uma das formas de entender as situações e de aprofundar-se em problemáticas sociais. Conquanto, observações empíricas podem oferecer uma compreensão mais impactante do peso da pesquisa.

A aplicação de aborto, no Brasil, não é proibida, apenas criminalizada em determinadas circunstâncias, uma das situações que o aval para abortar é concedido ao médico é em situação de perigo de vida da gestante ou estupro, ambos casos visualizados em Recife em que uma criança de 10 anos fora conduzida ao Hospital da cidade de São Mateus para realizar o procedimento de aborto permitido pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude da mesma municipalidade já mencionada.

É claro, assim sendo, que a Dignidade da Pessoa Humana prevalece, porém, o Aborto é caso recorrido nos debates políticos e do legislativo, até mesmo pois há previsão em norma sobre sua aplicação. Não obstante, subsistem procedimentos cirúrgicos e neurocirúrgicos

que ainda andam, a passos curtos, desenvolvendo-se, porém, não há como deduzir se novos procedimentos correlatos ao Sistema Nervoso Central e que afetem diretamente a psique do indivíduo não podem ser uma realidade tão próxima quanto se imagina e, não havendo normas elevadas contrárias a essas condutas profissionais seria o mesmo que permiti-las (MFF, 2015).

CONCLUSÕES

Para dar início as Conclusões, o Brasil vem passando por uma atualização e novos termos naquilo que convoca o entendimento de legislação na área da saúde, além de meras portarias ou códigos de ética que ocupam a parte mais baixa da hierarquia das normas. Em outras palavras, uma Lei Ordinária pode ser editada que permita determinada conduta que, dentro do estatuto da modabilidade não seja permitido, porém, por Lei de caráter aplicável acima não haveria oposições devidas.

Aquilo que foi encontrado, como resposta a pergunta disposta no começo do trabalho acadêmico, seria o fato de que as normas de ética e resoluções editadas para a modabilidade profissional do peso que possui os médicos já não é suficiente. É necessária uma produção de normas mais sofisticadas, a Constituição em sua formalidade, escrita e em seu viés analítico deve ater-se a esta seara de repercussões consideráveis.

Naquilo que compete a áreas em desenvolvimento constante, e de inovação surpreendente, ainda subsiste o requisito de normatização, a Neurociência, por exemplo, passa por perpetua mutabilidade e meras resoluções ou portarias não são o bastante para regular o exercício profissional de um neurocirurgião, pois, em fábula não tão longe da realidade pode ser pensado que o indivíduo civil, acobertado pela Legalidade constitucional e a Dignidade da Pessoa humana pode ir a um consultório e pedir para que sejam feitas modificações em seu Sistema Nervoso Central, o que resultaria em reações profundas, para o meio singular e plural.

O Biodireito e a Bioética, mesmo que tenham adquirido espaço considerável na sociedade, academia e fator profissional, não são suficientes para, sozinhas, abarcarem a responsabilidade de salvaguardarem procedimentos científicos. Inclusive, parte dos princípios de ambos, de certa

forma, favorecem a Legalidade civil, o que apenas gera enxejo a atos profissionais relegados a conduta ética e moral do profissional encontrarem pendulo estável.

Até mesmo, naquilo que tange assuntos mais polêmicos, o aborto não é tão bem positivado quanto poderia ser, em verdade evidente um manual contendo esses procedimentos, não apenas de estudo, mas de conduta, devem ser observados taxativamente, não há extremismos neste prisma tendo em foco que este meio trata com o bem jurídico mais valioso, a vida, não devendo esta ser largada a sorte, uma proteção apropriada é, ao mínimo, devida.

O que se percebe, por analogia, é de que subsiste uma brecha legislativa, naquilo que ainda não foi apreciado de maneira espaçosa em manuais já existentes, quanto a ampla categorização e permissão de aplicabilidade de determinados procedimentos e em quais circunstâncias seria afavelmente aceitado. Sem que haja prudente normatização, em virtude das permissões constitucionais, o particular poderá realizar todos as modificações que, em sua perspectiva, o melhore, porém não se limita esta seara a superficial modificação estética, a bem da verdade, mudanças na psique humana por meio de processos científicos que tenham comprovadamente causa e efeito do fato tem uma gravidade nada congênere a aquelas alterações.

Por fim, a resposta de dúvidas seccionadas, como o assunto da homeostase entre aquilo que é constitucional e o que é ético, seria de que, hodiernamente a Constituição tem um poder demasiadamente superior aos Códigos de Éticas, fator que não é, por si só, ruim, conquanto é proporcional que a deontologia médica seja disposta em níveis acima da rele base da pirâmide hierarquica, há um desequilíbrio, em resumidas palavras, que necessita de legislação plácida.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Noberto. **Teoria do Ordenamento Jurídico**. São Paulo: Unb, 2003.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

- CAMARGO, M. **Fundamentos de ética geral e profissional**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional**. 6^a ed. rev. Coimbra: Almedina, 1993.
- DE MIRANDA, Ana Maria Santiago. Caso de aborto em criança de 10 anos no Recife gera repercussão nacional. UOL. Recife. Disponível em: **Caso de aborto em criança de 10 anos no Recife gera repercussão nacional (uol.com.br)**. Acesso em: 01 out. 2021.
- KOTTOW, M., H., 1995. **Introducción a la Bioética**. Chile: Editorial Universitaria, 1995.
- LEDO, Rafaela. **Biodireito**. Jusbrasil. Disponível em: Biodireito (jusbrasil.com.br) Acesso em: 01 out. 2021.
- MCGARRY, K. **Aspectos éticos e profissionais da informação**. In: *O contexto dinâmico da informação*. Brasília: Briquet Lemos, 1999. p. 173-202.
- MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 33^a ed. São Paulo. Atlas, 2017.
- NUCCI, Guilherme de Souza. **Dignidade da Pessoa Humana Vista como um superpoder e como uma letra esquecida na Constituição Federal**. Disponível em: < <http://www.guilhermenucci.com.br/artigos/guilhermenucci/penal/dignidade-da-pessoa-humana-vista-como-um-superpoder-e-como-uma-letra-esquecida-na-constituicao-federal-seus-extremos-hermeuticos>>. Acesso em: 01 out. 2021.
- RIVABEM, Fernanda Schaefer. Biodireito: uma disciplina autônoma? **Rev. bioét.** (Impr.) Curitiba. 25 (2) 2017. 282-289. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vpVLjFZNxCSPPhZNVwcqtVpMz/?-format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.
- SÁ MFF, Naves BTO. **Manual de biodireito**. 3^a ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2015. p. 16.

SOUZA, F. das C. de. **Ética e deontologia: textos para profissionais atuantes em bibliotecas.** Florianópolis: Ed UFSC, 2002.

SOUZA, Francisco das Chagas de. **Lutar por direitos humanos, informação e cidadania. Perspectiva.** Florianópolis, v.20, n.02, p.329-355, jul./dez. 2002.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios Básicos de Direito Penal.** 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

ZAMORA, R. M. F. de. Codes of ethics in Latin América. In: WORLD LIBRARY AND INFORMATION CONGRESS: IFLA GENERAL CONFERENCE AND COUNCIL, 69, Berlin, 1-9 ago 2003. Disponível em: <<http://www.ifla.org/IV/ifla69/papers/087e-Fernandez-de-Zamora.pdf>> Acesso em: 01 out. 2021.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES PRIVADAS DE LIBERDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO

*Fernanda Augusta Penacci*³⁶

*Carmen Maria Casquel Monti Juliani*³⁷

INTRODUÇÃO

O presente artigo contempla o conhecimento do perfil epidemiológico e algumas características sociais de adolescentes privadas de liberdade; população a ser desvendada por ser desconhecida e pouco incluída em estudos na área da saúde e em políticas públicas.

Pouco se conhece sobre a realidade dos Centros de Internação Femininos no Estado de São Paulo e, por isso ampliamos o olhar acerca dessa temática abordando inicialmente duas perspectivas: a fase da adolescência e saúde e os aspectos relacionados com a privação de liberdade.

36 Doutora em Enfermagem e Livre Docente pela Universidade de São Paulo. Docente na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, em cursos de graduação e pós-graduação.

37 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Atualmente é Diretora da Unidade de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na Fundação CASA/SP e docente no curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Eduvale de Avaré/SP.

O conceito cronológico da adolescência engloba a idade entre 10 e 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O paradigma biomédico descreve a adolescência como uma fase de transição do desenvolvimento humano pela qual todos nós devemos passar. Ocorrendo na segunda década de vida, esses anos são considerados cruciais para a maturação biopsicossocial dos indivíduos, dados os processos de definição de identidades social, sexual, profissional, política, de valores e entre outros; que o caracterizam (CHIMELI et al., 2016).

Esta fase é um momento importante para a adoção de novas práticas e comportamentos, o ganho de autonomia, a exposição a diversas situações de risco presentes e futuros para a saúde (MALTA et al., 2012). Os sentimentos adversos advindos das modificações corporais tornam-se comuns entre os adolescentes, os quais experimentam essas passagens evolutivas, possuindo uma mente infantil residente; entretanto em um corpo que vai aproximando-se do estereótipo adulto, levando ao surgimento de alternância de fases que podem ser retratadas como períodos de negação, fuga, revolta, depressão, elaboração, aceitação, timidez, apatia, conflitos afetivos, crises religiosas e erotismo exarcebado, constituindo um conjunto de acontecimentos denominados de entidade quase patológica (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

A adolescência é um produto histórico-cultural das sociedades contemporâneas. quanto mais mutante for uma sociedade, mais prolongado e complexo será o percurso adolescente (LEIVI, 2014). Em maio de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um relatório dedicado à saúde dos adolescentes atentando para a urgente necessidade de garantir-lhes melhores condições de vida e construção de políticas públicas, com ações afinadas com as particularidades desse grupo populacional. Observa-se, nesse sentido, um interesse crescente na produção de informações estatísticas relacionadas à saúde do adolescente, onde se inserem as concepções e investigações sobre os comportamentos de risco em saúde que culminam no desenvolvimento de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Porém, as discussões que têm sido travadas em torno do processo saúde-doença têm gerado, sob um enfoque reducionista, a tendência natural de se pensar que a saúde significa a ausência de doença, ou seja, a saúde como sinônimo de evidências objetivas, associadas à ideia de que o corpo

físico funciona ou não adequadamente (MALTA *et al.*, 2012). Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Nessa perspectiva, é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

O processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (LEIVI, 2014).

As causas externas possuem impacto na vida de adolescentes sendo as responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos. Os acidentes e violências são, atualmente, um dos maiores problemas de Saúde Pública, atingindo praticamente todas as faixas etárias, com maior expressão nas mais jovens (OLIVEIRA; EGRY, 1997) considerando o espírito de aventura, força para enfrentar o perigo, além do uso de álcool e drogas (PHEBO; MOURA, 2005; MARTINS; ANDRADE, 2005) por curiosidade e experimentação. Outro fator que pode favorecer essa susceptibilidade é o processo desestruturado de urbanização e aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e a exclusão da população de baixa renda (BRASIL, 2005).

A violência de gênero afeta mulheres e adolescentes, onde os homens detêm o poder recebendo da sociedade, autorização para punir o que lhes representa como desvio. Mesmo que mulheres e adolescentes sigam as normas sociais, a dominação-exploração dos homens exige que sua ação seja permeada de violência (SAFFIOTI, 2001).

As manifestações normais da adolescência como as transformações corporais, a necessidade de definir uma identidade sexuada, a perda do lugar infantil sem que o mesmo seja substituído logo por outro lugar social, a saída para o casamento – todo o conjunto de mudanças que configuram o processo adolescente é passível de produzir conflitos e sintomas que, caso persistam ou se intensifiquem, podem agir como novos traumatismos e produzir novos pontos de vulnerabilidade para problemas maiores, ou

ainda potencializar pontos de fragilidade colhidos em experiências anteriores (LEIVI, 2014).

A adolescência leva a busca por novas experiências e curiosidade por novas sensações (NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015). Condutas divergentes como pequenos delitos, trotes telefônicos, dirigir sem habilitação, experimentar substâncias psicoativas constituem eventos comuns a esta fase do desenvolvimento (MORGADO; VALE-DIAS, 2003; SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Na compreensão da adolescência e sua sequência de mudanças é importante situar o contexto social como um dos fatores que influenciam no processo de formação da subjetividade. Na sociedade contemporânea se preconiza o imediatismo, sendo que a razão e o pensar estão aquém dos princípios de prazer e de processos primários de funcionamento (MACEDO; AZEVEDO; CASTAN, 2010).

Findando a conceituação de adolescência e saúde, torna-se necessário adentrarmos a segunda temática que traz aspectos relacionados à privação de liberdade das adolescentes. As relações sociais, culturais, históricas e econômicas da sociedade, estabelecidas dentro de um determinado contexto são decisivas na constituição da adolescência. Portanto, para o pleno desenvolvimento das pessoas que se encontram nessa fase da vida é essencial que sejam fornecidas condições sociais (ambientais) adequadas à consecução de todos os direitos a elas atribuídos. No caso dos adolescentes em conflito com a lei (ou privados de liberdade), a realização desses direitos está prejudicada e, para que tal situação seja revertida, precisam ser satisfeitas as mesmas condições básicas que nos casos de normalidade. A contenção social é necessária e exercida no intuito de amparar o adolescente na retomada do seu crescimento pessoal e na reelaboração pessoal das relações ambientais (DIAS; LOPARIC, 2008).

Dentro do panorama jurídico, os adolescentes autores de ato infracional são submetidos às medidas de finalidade social e educativa, que são as denominadas medidas socioeducativas, que podem ser mais rigorosas, como na privação de liberdade (Art. 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA) (BRASIL, 2016).

Apesar de configurarem resposta à prática de um delito e apresentam um caráter predominantemente educativo e não punitivo, as medidas socioeducativas para as meninas apresentam uma conotação mais grave e a

privação de liberdade se torna mais penosa (BRASIL, 2016; FUNDAÇÃO..., 2016).

Na área da saúde, as adolescentes apresentam um desconhecimento muito grande sobre sexualidade, seu corpo e as necessidades de cuidados de forma geral. Dessa forma, a área da saúde enquanto compõe um programa de atendimento tem a missão de levar às adolescentes privadas de liberdade, não somente a assistência, como também informação e a educação na área (FUNDAÇÃO..., 2016).

Diante do exposto, a construção deste estudo justificou-se por sua importância social e epidemiológica, além de ser original, inovador e abrangente, uma vez que engloba toda a população de adolescentes do sexo feminino privadas de liberdade no Estado de São Paulo. Sendo o envolvimento com o ato infracional considerado um fenômeno social crescente e as informações sobre saúde das adolescentes privadas de liberdade pouco conhecidas, o conhecimento advindo da pesquisa assume grande importância. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi de caracterizar o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade no Estado de São Paulo.

1. MÉTODO

Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativo (CASA) Femininos no município de Cerqueira César, Estado de São Paulo. O CASA Anita Garibaldi possui capacidade para atendimento de 56 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos em cumprimento de internação sanção com máximo de permanência de até 90 dias, internação provisória com a média de permanência de 40 dias e internação, com média de permanência de 15 meses. O Centro Feminino de Cerqueira César possui a mesma capacidade para atendimento e a faixa etária, porém atende somente a medida de internação, com média de permanência 15 a 18 meses (FUNDAÇÃO..., 2016). Ambos estão em funcionamento desde o mês de julho de 2007. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro 2015 a fevereiro de 2016 com as adolescentes que já estavam nos Centros e as que foram admitidas neste período descrito, a fim de se obter um banco de dados mais amplo, o qual totalizou 374 adolescentes. Os dados foram coletados

das pastas de saúde das adolescentes e de um sistema da Fundação CASA utilizado pela equipe psicossocial para lançamento dos atendimentos e encaminhamento ao poder judiciário visando avaliação do cumprimento da medida socioeducativa. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS® versão 21.0. Para obtenção dos dados foi protocolado um requerimento no Centro de Pesquisa e Documentação da Escola para Formação e Capacitação Profissional da Fundação CASA/SP obtendo deferimento. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sendo aprovado em 02/12/2014, com o número CAAE 38539614.8.0000.5411.

2. RESULTADOS

A média de idade das adolescentes privadas de liberdade no Estado de São Paulo foi de 17 anos. Entre as 374 pastas pesquisadas, a raça parda foi a predominante com 58,1% seguida da raça branca com 30,4%.

O nível de escolaridade das adolescentes é baixo, pois a maioria, 37,4% possuem ensino fundamental completo e 32,4% possuem o ensino fundamental incompleto. Com relação ao ensino médio, 24,9% das adolescentes o apresentam incompleto e 5,3% delas possuem o ensino médio completo.

Tabela 1. Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas. Cerqueira César, 2015/16.

Variáveis	n	%
Aspectos demográficos		
Idade (anos)	17 (13-20)	
Raça		
Branca	111	30,4
Amarela	4	1,1
Parda	212	58,1
Negra	38	10,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

Quanto às doenças da família, 37,2% das adolescentes referiram em atendimento de saúde, que possui algum membro da família acometido de doença.

Conforme as análises estatísticas considerando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde-CID 10, os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde prevalecem com 37,4%, quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para receber assistência. É seguida pelas doenças do aparelho geniturinário com 28,6% considerando a CID 10.

Tabela 2. Distribuição das doenças segundo a CID das adolescentes. Cerqueira César, 2015/16.

Doenças segundo CID-10	n	%
Fatores que influenciam o estado de saúde, contato com os serviços de saúde	140	37,4
Doenças do aparelho geniturinário	107	28,6
Doenças do aparelho respiratório	84	22,5
Transtornos mentais e comportamentais	70	18,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	66	17,6
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório	52	13,9
Doenças do aparelho digestivo	39	10,4
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	37	9,9
Doenças do olho e anexos	26	7,0
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	13	3,5
Gravidez, parto e puerpério	11	2,9
Doenças do sistema nervoso	9	2,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	2,1
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	5	1,3
Doenças do aparelho circulatório	4	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0,8
Lesões, envenenamento e outras causas externas	3	0,8
Algumas infecções originadas no período perinatal	2	0,5
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

A morbidade registrada de maior prevalência, com 27,8%, foi a relacionada às geniturinárias, seguida das morbidades de saúde mental com 24,3%, o que é pertinente para discussão, dado o contexto em que estas adolescentes são inseridas.

Tabela 3. Distribuição das adolescentes segundo morbidades. Cerqueira César, 2015/16.

Morbidades	n	%
Geniturinárias	104	27,8
Saúde mental	91	24,3
Vias aéreas superiores e inferiores	86	23,0
Dermatológicas	82	21,9
Gastrointestinais	63	16,8
Endócrinas	33	8,8
Musculoesqueléticas	32	8,6
Respiratórias	13	3,5
Cardiológicas	12	3,2
Oftalmológicas	11	2,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

3. DISCUSSÃO

A restrição de liberdade integral ou parcial pode contribuir ou gerar uma situação de doença para a adolescente (FUNDAÇÃO..., 2016). Como a maior parte das adolescentes procurou atendimento à saúde, conforme a prevalência a partir da Classificação CID 10, a partir do pressuposto de que a adolescência é condição peculiar do desenvolvimento humano e transitória, é importante o cuidado profissional avaliar a intensidade e a frequência dos sinais e sintomas para distinguir o que pode ser esperado para a fase da adolescência e o que pode ser considerado de natureza patológica (FUNDAÇÃO..., 2016).

Na Fundação CASA, a diretriz de atendimento baseia-se nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde sobre a Saúde da Mulher, sendo os princípios e diretrizes: ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde; levantamento das necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde; elaboração, execução e a avaliação das ações de saúde das

adolescentes norteadas pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher e o estabelecimento de dinâmica para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais (FUNDAÇÃO..., 2016; BRASIL, 2004).

A relação entre saúde e raça/etnia indica a existência de certas doenças que podem ser catalogadas como raciais, por surgirem com mais frequência ou com exclusividade em determinados grupos étnicos em razão de predisposições biológicas (GOLDENBERG *et al.*, 2003). Conhecer os perfis de morbimortalidade da população brasileira no que tange à autodeclaração étnico-racial permite subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades de grupos específicos (BRASIL, 2012).

Importante ressaltar que práticas excludentes ocorrem cotidianamente na vida das adolescentes e suas famílias, expressas na precariedade dos serviços de saúde, educação, habitação, trabalho e lazer dentre outras, que podem ser compreendidas como formas de violência e, nessa perspectiva, se inscrevem o “não acolhimento” (FUNDAÇÃO..., 2016).

É evidente também, que a maioria das adolescentes apresenta baixo nível de escolaridade. Destacam-se como fatores: baixo desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, baixo compromisso ou respeito para com as proposições escolares e, conseqüentemente, a fraca vinculação escolar (BERNAT, 2012; BONO, 2015). Isso pode estar associado a baixas condições socioeconômicas, mas este tipo de análise requer cuidados, uma vez que não se pode afirmar haver uma relação direta entre essas duas variáveis (condições socioeconômicas e grau de escolaridade) em relação a um maior índice de criminalidade. Este tipo de associação pode reforçar o estigma imposto às populações pobres como indivíduos tendentes à violência e à criminalidade (LIMA *et al.*, 2013).

Percebe-se que a maior parte delas durante a admissão na Fundação CASA desconhece doenças na família e apresentam precárias condições de higiene. Dentre estas, constata-se as doenças geniturinárias como vaginites e vulvovaginites e as infecções do trato urinário. Desconhecem hábitos de higiene e apresentam dificuldades de cuidado com o corpo, principalmente práticas de higiene íntima.

O corpo é uma construção social e não somente produto dos fatores biológicos que o constituem. Uma expressão de humanidade, pois traz em sua formação inúmeros valores e normas vigentes na cultura. Esse corpo cultural e histórico deve ser compreendido e atendido em suas diferentes especificidades, especialmente quando se trata das questões de gênero sobre as quais se assenta a maneira como homens e mulheres aprendem a lidar com o corpo. Os avanços nos serviços de saúde ao longo dos anos aprimoraram as técnicas de intervenção sobre o corpo biológico sem considerar seus constituintes culturais e dos cuidados a ele prestado. É por meio da socialização e da interação entre os profissionais e seus pacientes que se estabelecem os processos educativos sobre os cuidados à saúde e, a eficácia dos cuidados preventivos e terapêuticos depende do entendimento que o indivíduo tem sobre o corpo e do cuidado em sua total complexidade (VALLE; MELCHIORI, 2010).

As condições de saúde do ser humano são um importante indicador para que a sociedade se conscientize da necessidade de ações mais eficazes junto à população feminina privada de liberdade, que representam atualmente, um grande contingente no nosso país (AUDI *et al.*, 2008).

A partir de então se iniciam ações despendidas pela equipe de saúde no intuito de orientação de forma contínua com metodologias e conteúdos diversificados que permitam a avaliação da efetividade destas ações, visando a mudança de comportamento e apreensão do autoconhecimento, incentivando as adolescentes a adotarem uma vida mais saudável, facilitando também o convívio com as demais dentro da Instituição.

Corroborando com o exposto, tem-se a compreensão que a adolescência é o período em que vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente transferidos à idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados (CHIMELLI *et al.*, 2016; QUIROGA; VITALLE, 2013). Nesse sentido, é importante incentivar o adolescente a se tornar sujeito ativo do seu cuidado, utilizando para isso estratégias de educação em saúde que visem à promoção da saúde, a prevenção de agravos e o autocuidado (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014).

Em arremate aos dados sobre a segunda doença mais prevalente entre as adolescentes, não poderíamos deixar de citar as morbidades em saúde mental.

O que se destaca na resposta do indivíduo às situações que enfrenta são os níveis de exposição e os limites individuais, ou seja, sua visão subjetiva, sua percepção, sua interpretação e o sentido atribuído ao evento estressor, o que o classifica ou não como condição de risco. Sendo assim, o que para um pode ser um perigo, para outro pode ser apenas um desafio (YUNES; GARCIA; ALBUQUERQUE, 2007).

Os transtornos mentais destacam-se como principais desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde. Em adolescentes é possível encontrar, antes de um diagnóstico formal de um transtorno psiquiátrico, indícios de sofrimento psíquico. Assim, a identificação precoce de um transtorno mental, bem como seus principais fatores de risco, pode ajudar na proposição de medidas de prevenção e controle mais específicos (LOPES *et al.*, 2016; VILARINS, 2014).

A institucionalização é um dos fatores que aumenta o risco de transtornos mentais ao longo da vida, assim como aspectos genéticos, nutricionais, doenças, saúde mental dos pais ou responsáveis, ausência de lar estruturado, condições de extrema pobreza, maternidade na adolescência, abuso de substâncias, desastres naturais, violência e negligência (ANSELMINI *et al.*, 2008).

Os estudos sobre transtornos psiquiátricos em jovens infratores têm demonstrado prevalências particularmente elevadas em comparação à população geral em vários países. Essa constatação é de essencial importância para o planejamento e implantação de políticas de saúde pública que visem tanto à prevenção da infração quanto mesmo à recuperação destes jovens (ANDRADE *et al.*, 2011).

O sofrimento é entendido a partir da relação com o outro e esta é, portanto, uma resposta que o sujeito dá ao pertencer ao espaço relacional e social. Ainda que os sintomas expressados pelo sujeito sejam semelhantes aos de outras pessoas, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo e irredutível, ou seja, não se pode limitá-lo somente a uma classificação geral. Assim, a noção de sofrimento psíquico remete a uma noção de crise como sendo um “momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa” (COSTA, 2006).

A psiquiatrização das diferenças e a psicopatologização de comportamentos de minorias têm sido um obstáculo à delimitação prática entre saúde e doença e servido como elemento de coerção e repressão social. Deve-se destacar, portanto, o fator sociocultural, o grau de instrução, a classe social, o sexo, o papel social e cultural e a subcultura a qual pertença o indivíduo, bem como o despreparo do profissional e a distorção de quem discorre sobre os limites entre saúde e doença mental, influenciado pelo temor de ser ele mesmo um doente (ALMEIDA, 2011).

Observar-se-á que as ações de prevenção de agravos à saúde do adolescente, independentemente do cenário de práticas devem romper com as visões biomédica e tecnicista, que não consideram a integralidade do adolescente como ser em formação. Por isso as ações em saúde mental devem ser consideradas como algo transdisciplinar, pois os problemas psíquicos e emocionais que afetam o adolescente repercutem nas fases seguintes da sua vida (PINTO *et al.*, 2014).

O cuidado pormenorizado e individualizado deve garantir que a adolescente que não possui condições de saúde para o cumprimento de medida socioeducativa receba o tratamento adequado. Para isso contamos com o acesso à saúde, por meio da incompletude institucional. Os programas de execução de atendimento socioeducativo deverão ser articulados com os demais serviços e programas que visem atender os direitos dos adolescentes, em especial à saúde (BRASIL, 2006).

Os apelos à prevenção de riscos à saúde desse segmento populacional apoiam-se em dados estatísticos epidemiológicos e na disseminação de formulações produzidas por especialistas de áreas médicas e afins – psiquiatria, neurociência, nutrição, entre outras – fomentando argumentos para a deflagração de dispositivos de vigilância. Uma das diretrizes da saúde pública nesta direção têm sido o estudo de comportamentos de risco dos adolescentes (ou da possibilidade de ocorrerem), seu monitoramento e a consequente intervenção (LISBOA; LERNER, 2017).

CONCLUSÃO

Este artigo respondeu ao objetivo de traçar um perfil das adolescentes no que se refere à morbidades e, no âmbito da saúde coletiva pretendemos contribuir com o diagnóstico, implementação e efetivação de políticas

públicas específicas na área da saúde da mulher, sensibilizando gestores da instituição estudada e corroborando em ações e estratégias dirigidas à assistência à adolescente, a partir do conhecimento dos determinantes de morbidade da população estudada.

As adolescentes procuram o serviço de saúde institucional com frequência, conforme visto nos dados, o que facilita traçar um plano de cuidados com a adesão dos sujeitos, em especial quanto aos cuidados com o corpo, pois se constatou alto índice de doenças geniturinárias. A partir da segurança advinda do sentimento de constância no cuidado, a adolescente pode adquirir autonomia e ampliar a rede social com a inclusão de novas práticas de cuidados sobre sua saúde.

Torna-se importante que a equipe de saúde compreenda o sofrimento mental destas adolescentes propondo alternativas que facilitem o cumprimento da medida socioeducativa e a perspectiva de futuro melhor. As adolescentes em privação de liberdade representam um contingente de sujeitos pouco conhecidos pela sociedade, sendo necessário conhecer e refletir sobre as condições de vida dessas mulheres. Nesse contexto, compreender e discutir fatores que permeiam este universo torna-se indispensável aos profissionais que atendem a população feminina privada de liberdade, tanto os da Fundação CASA, quanto os profissionais da rede de saúde.

Inferimos também que o fortalecimento das políticas públicas com ênfase às questões de melhoria da qualidade da atenção prestada e promoção da saúde favorecerá a atuação da rede pública de saúde e melhorará o acesso ao serviço pelas usuárias.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
- ALMEIDA, A. P. D. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. **Revista de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 28, n. 86, p. 201-213, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000200011&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 15 mar. 2016.

- ANDRADE, R. C. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, 2011.
- ANSEMI, L. *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 2, p. 26-33, 2008.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 42-45, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Qvw-TF5QSg4JGJmwL9T8rZbL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 nov. 2015.
- BERNAT, D. H. *et al.* Risk and direct protective factors for youth violence results from the national longitudinal study of adolescent health. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v.43, n. 2, supl 1, p. 41-50, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789958/>. Acesso em: 13 ago. 2015.
- BONO, E. L. **Adolescentes em conflito em lei: relações entre o comportamento delituoso e o uso de substâncias psicoativas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- BRASIL. Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. In: BATISTA, L.E.; WERNECK J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. Brasília, DF: 2a ed., 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 13 ago. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- _____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à**

Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo, 2016.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE.** Brasília-DF: CONANDA; 2006. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/sinase.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CHIMELI, I. V. *et al.* A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n.26, p. 399-415, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/yBD6zpDVKqTdwQ8733cxpwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2017.

COSTA, I. Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL; 2006; Pará. 2006 **Anais...** Rio Branco: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm. Acesso em: 15 ago. 2016.

DIAS, E. O.; LOPARIC, Z. O Modelo Winnicott de atendimento ao adolescente em conflito com a lei. **Winnicott E-prints**, série 2, v. 3, n. 1-2, p. 48, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v3n1e2/v3n1e2a03.pdf>. Acesso em: 10 jan 2020.

FUNDAÇÃO CENTRO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO AO ADOLESCENTE. **Atenção ao gênero feminino na Fundação CASA/SP.** São Paulo: Fundação CASA, 2016.

- GOLDENBERG, P. *et al.* **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** In: GOLDENBERG, P. (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classico_novo_abordagens_ciencias_sociais.pdf. Acesso em: 15 jan. 2015.
- LEIVI, M. Vulnerabilidade na adolescência. **Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre**, v.21, n. 2, p. 305-325, 2014. Disponível em: <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSP-PA/article/view/118>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-456, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jwF9hQQFwGH8mKWQwJj-jW5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- LISBOA, M. R.; LERNER, K. Sentidos de saúde, cuidado e risco para adolescentes residentes na favela da Maré, no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 893-906, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zHnvwh5Yr7cSbjBzybxKPtQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 ago 2015.
- LOPES *et al.* ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, supl.1, 14s, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vwSmjXbN4pDggk8X7CTVdwC/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.
- MACEDO, M. M. K.; AZEVEDO, B. H.; CASTAN, J. U. **Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis.** In: Macedo M.M.K, Gobb AS et al (Org.). Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.
- MALTA, D. C. *et al.* Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras-2009. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2291-2304, 2012. Disponível em: [254](https://www.scielo.br/j/csc/a/tykGcm-</p>
</div>
<div data-bbox=)

cGGg9h4qSymKmGZXs/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 jan 2021.

MARTINS, C. B. G., ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kgkWCXyTVn8bLvdF5Mtv8g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun 2021.

MORGADO, A. M.; VALE-DIAS, M. D. The antisocial phenomenon in adolescence: what is literature telling us? **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, n. 4, p. 436-443, 2003. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178913000311?via%3Di-hub>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NEVES, K. C.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcólicas na adolescência. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 286-291, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TmcScgh-dNNNzpKyySDmpXRc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A adolescência como um construto social. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, Santo André, v.7, n. 2, p. 12-21, 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38391/41236>. Acesso em: 02 jul. 2021.

PHEBO, L.; MOURA, A. T. M. S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5 (supl.), p. 189-196, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/P3BkDYMmbqtQ4T6dqpNVpCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PINTO, A. C. S. *et al.* Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n. 3, p. 555-564, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/yZbz4QkgvWm->

VY5mDrXMNhKF/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 17 out. 2020.

QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 863-879, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8F4JDSPHQTkgzmYCWRsz9Rf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.16, p. 15-136, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHN-LrqwYhkL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017.

SAPIENZA, G., PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/stYqQ6cvpzPJRdq-FwRr8NtH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SOUSA, Z. A. A.; SILVA, J. G.; FERREIRA, M. A. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-406, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8wS-ZCqfv4xN6KYwnn3DBjbl/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 08 abr. 2015.

VALLE, T. G. M.; MELCHIORI, L. E. **Saúde e desenvolvimento humano**. São Paulo: UNESP, Cultura Acadêmica; 2010. 257 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 ago. 2017.

VILARINS, N. P. G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 891-898, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CByQWrpK3WRS-BZTm384qqfy/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 09 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade**. Gene-

va: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>. Acesso em: 28 out. 2015.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/TWdGnxnk-7zPDWp3pKxhhHkq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2015.

ARTIGO - SOCIOLOGIA E PP

O FATOR ECONÔMICO DA ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL: DIÁLOGO ENTRE MARX E WEBER E A QUESTÃO DA SEGREGAÇÃO SOCIOESPACIAL³⁸

Arnaldo Oliveira Rodrigues³⁹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco discutir a estratificação social nos teóricos clássicos da Sociologia que mais se dedicaram a esta temática: Karl Marx (1818-1883) e Max Weber (1864-1920). A relevância dos estudos destes clássicos é quase que incontestável na sociologia moderna de acordo com Parkin (1980) e Scalon (1999). O ponto de partida da discussão é a questão do fator econômico, central na teoria de Marx e também presente nos estudos de Weber, tendo em vista a importância deste aspecto para o desenvolvimento urbano bem como para a configuração da segregação socioespacial.

A segregação socioespacial tem lugar em contextos nos quais a apropriação do espaço urbano se dá de forma desigual: a uns, cabe residir nas áreas privilegiadas da cidade, tidas como bonitas, seguras, favorecedoras

38 Artigo elaborado inicialmente para avaliação final na disciplina de Estratificação Social do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social – UNIMONTES e em seguida, apresentado no II CONINTER – Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, realizado em Belo Horizonte - MG, de 8 a 11 de outubro de 2013.

39 Psicólogo/Psicanalista. Mestre em Desenvolvimento Social – PPGDS/UNIMONTES. Atualmente trabalha no Centro Federal de Educação Tecnológica – CEFET/MG, Unidade Curvelo.

da qualidade de vida; a outros, cabe a periferia, os espaços afastados, favelas, guetos, áreas de invasão e em algumas vezes sem condições mínimas de habitação. Tal quadro, clara e visivelmente, pode ser analisado partindo do ponto de vista das classes sociais, da estratificação presente em tais sociedades e cujo centro é o fator econômico. Conforme apresentado por Weber há ainda as honrarias sociais e valores, os status, que podem ser atrelados a cada um destes espaços. Não é “à toa”, ou “naturalmente” que se nomeiam distintivamente os espaços urbanos.

Assim sendo, o presente trabalho visa lançar luz sobre tais questões e continuar o diálogo acerca da estratificação social, tomando o fator econômico como centro. A estrutura deste texto segue os seguintes passos: inicialmente apresenta-se a visão marxista da estratificação social, onde se faz imperativo observar os conceitos de luta de classes, de alienação, dentre outros. Em seguida, apresentam-se as ideias de Weber que, para além do aspecto puramente econômico, acrescenta um quadro valorativo a ser considerado na estratificação social. Por fim, o último tópico, antes das considerações finais, é o da questão urbana, sendo retomadas algumas considerações acerca do fator econômico e sobre a importância do mesmo para a configuração do espaço urbano, bem como para a divisão do território. Apresenta-se o espaço urbano como espaço marcado pela segregação socioespacial e pelas desigualdades materializadas nas classes sociais vistas sob o viés econômico, uma vez que é sabido que há muitos critérios possíveis para se estratificar a sociedade (renda, gênero, raça/cor, escolaridade, dentre outros).

A discussão que aqui se propõe é atravessada por inúmeros outros conceitos, também importantes, tais como exclusão social, desigualdades sociais, desenvolvimento social, dentre outros. Contudo, o foco será naqueles até então referidos de modo a nortear as discussões, que de outra forma se tornariam por demais amplas. Assim, é num esforço de objetividade e de concisão que se delimita a temática abordada, sabendo também que muito há ainda a ser discutido sobre a estratificação social, fator econômico e segregação socioespacial.

1. ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL EM MARX: AS LUTAS DE CLASSE

A teoria marxista é centrada nas relações sociais vinculadas à produção, ao trabalho e é precisamente daí que vem sua contribuição para

pensar a estratificação social. Principal teórico e fundador do materialismo histórico, Marx traz a filosofia do hegelianismo para sua metodologia. Advêm de Hegel o método dialético, que posteriormente Marx se tornará um arauto. Hobsbawn (1991) apresenta que Marx preocupou-se

[...] em estabelecer o mecanismo geral de todas as transformações sociais: isto é —a formação das relações sociais de produção que correspondem a um estágio definido de desenvolvimento das forças produtivas materiais; o desenvolvimento periódico de conflitos entre as forças produtivas e as relações de produção; as “épocas de revolução social” em que as relações de produção se ajustam novamente ao nível das forças produtivas (HOBSBAWN, 1991, p. 15).

Ainda, Marx em sua obra não definiu o que seria “classe social”, não deixou o conceito claramente explicitado (SCALON, 1999). Contudo, para ele “classes são apenas casos especiais das relações sociais de produção em períodos históricos específicos, embora, de certo, muito longos” (HOBSBAWN, 1991, p. 15). É importante atentar para o fato que

A cada modo de produção corresponde um tipo de relação de produção, esta definida pelas relações estabelecidas dentro do processo de produção. As relações de classes são, por sua vez, determinadas pelas relações de produção, que no caso da sociedade capitalista se caracterizam, basicamente, pela propriedade ou não dos meios de produção (SCALON, 1999, p. 30).

Ao centrar no homem enquanto um animal social que trabalha, ou seja, o homem se apropriando da natureza para extrair algo para si próprio, com um propósito, Marx teoriza uma evolução social cujo cerne é dado pelo trabalho. As relações do homem em seu trabalho engendram a divisão social do trabalho (a especialização de funções), lócus privilegiado para pensar as classes sociais marxistas.

Primeiramente, vale ressaltar que, para Marx, o relacionamento dos trabalhadores com as condições objetivas de seu trabalho era uma relação de propriedade e a existência de um excedente na produção é que permitiria as trocas. Contudo, estas relações foram se tornando mais especializadas, sofisticadas na medida em que o dinheiro adquiriu relevância e o

mais importante passou a ser a acumulação do capital. Espaço este, que se tornou condição *sine qua non*, para a separação do trabalho livre e as condições objetivas de sua realização ou, dito de outra forma: houve uma separação entre os meios de trabalho e o objeto do trabalho.

Para Marx, crescimento e desenvolvimento econômico não são sinônimos ainda que a infraestrutura social seja dada pelo determinismo econômico, tal qual postulado pelo autor. É em função do caráter econômico-social que as mudanças históricas vão ocorrendo, em especial, a passagem do modo feudalista ao capitalismo. Esta por sua vez concretiza-se através da expansão do comércio e das cidades, do advento de manufaturas baseadas no comércio exterior e, claro, a presença de novos aparatos de troca, não mais centrados na área rural, nas atividades artesanais e ofícios rurais.

Para Marx a conjunção de três fenômenos é necessária para explicar o desenvolvimento do capitalismo a partir do feudalismo: primeiro, como vimos, uma estrutura social agrária que possibilite a “libertação” dos camponeses, num certo momento; segundo, o desenvolvimento dos ofícios urbanos geradores da produção de mercadorias especializada, independente, não-agrícola, sob a estrutura gremial; e, terceiro, a acumulação de riqueza monetária derivada do comércio e da usura (HOBSBAWN, 1991, p. 46).

Ianni (1996) apresenta que além do econômico, Marx considera o político como um fator importante para pensar os fenômenos sociais, tidos como fenômenos sociais totais, vistos nas relações entre pessoas, grupos e classes sociais. Estas últimas se fundam com base em relações de antagonismo, ocorrendo em todas as épocas históricas e nos diversos modos de produção, em cada uma, com configurações particulares. O capitalista (enquanto encarnação do capital) e o operário assalariado são os principais agentes deste modo de produção, que toma os produtos como mercadorias, inclusive as pessoas, que também são mercadorias, ao venderem sua energia, sua força de trabalho. Este antagonismo engendra as duas classes sociais verificadas na obra de Marx: operário e capitalista, um frente ao outro, vendendo ou explorando a mais-valia e mercadoria, através de uma relação de dependência e alienação, além do antagonismo já dito. Esta

particularidade do pensamento de Marx pode ser explicada de outra forma: “o processo de troca, sem o qual a mercantilização universal não se realiza, é simultaneamente, o processo por intermédio do qual as pessoas, os grupos e as classes sociais realizam-se e pensam-se como categorias sociais reciprocamente referidas e antagônicas” (IANNI, 1996, p. 9).

A teoria da luta de classes marxista permeia toda a obra deste autor, uma vez que a historicidade, a transitoriedade do capitalismo, depende dos desdobramentos das relações antagônicas e, mais ainda, do caráter revolucionário que contêm. Proletariado e burguesia, as classes substantivas, surgem em função da divisão social do trabalho e das implicações econômicas, sendo a alienação a condição essencial para a manutenção da divisão, da existência do regime capitalista. Mais precisamente, as duas classes sendo mantidas, têm-se que “a força individual de trabalho somente pode funcionar em benefício do trabalhador se funcionar também em benefício do capitalista” (IANNI, 1996, p. 16).

Marx via a classe operária como a única possibilitadora de mudança, uma vez que a burguesia, ao se constituir, perde seu caráter revolucionário e preocupa-se então com a manutenção do *status quo*. A classe operária passaria de *classe em si* para a *classe para si*. A primeira, em que os trabalhadores individuais apenas se organizam em função do caráter econômico que as constitui e a segunda, em que se verifica uma consciência política, ocasião de transformação na classe, que passa a se organizar e lutar politicamente para a destruição do Estado burguês, até a chegada da instauração de uma *sociedade sem classes*. Este último aspecto é um ponto forte na estratificação social marxista, cuja crença era a de que as classes existentes (burguesia e proletariado) iriam desaparecer mediante a constituição de uma outra forma desociedade. É o que se verifica nas palavras do próprio Marx:

Muito antes de mim, historiadores burgueses haviam descrito o desenvolvimento histórico da luta de classes, e economistas burgueses, a anatomia econômica das classes. O que fiz de novo foi provar: 1) que a existência de classes somente tem lugar em determinadas fases históricas do desenvolvimento da produção; 2) que a luta de classes necessariamente conduz à ditadura do proletariado; 3) que esta mesma ditadura não constitui senão a transição no

sentido da abolição de todas as classes e da sociedade sem classes (MARX citado por IANNI, 1996, p. 14).⁴⁰

Contudo, como se verifica nos pós-marxistas ou neomarxistas, a divisão prevista por Marx não se concretizou e ao invés de uma sociedade sem classes, tem-se na contemporaneidade uma sociedade onde se proliferaram as classes, aumentou-se a estratificação social e as desigualdades aparecem multiplicadas. É o que mostra Scalon (1999) ao dizer que ao contrário do que Marx pensava, de que as classes intermediárias seriam incorporadas ao proletariado, estas classes se multiplicaram e o marxismo tradicional não conseguiu explicá-las, inclusive, vindo a fazer uso de conceitos weberianos na tentativa de elucidá-las. A autora afirma que os neoweberianos também não escaparam do “erro” e embasados nas teorias do mestre, tentaram explicar as classes atuais. Contudo, o foco deste texto são os clássicos, não sendo tecidas maiores considerações acerca dos teóricos contemporâneos, a menos que elucidem o pensamento de Marx e Weber.

2. MAIS ALÉM DO ECONÔMICO... A VISÃO WEBERIANA

Weber foi um teórico que se dedicou a estudos diversificados, considerando de grande importância não apenas para a Sociologia, mas também para a Economia, o Direito, a Filosofia, devido aos seus diálogos com estas diferentes áreas do conhecimento. Assim como Marx, é um dos primeiros teóricos a falar sobre a estratificação social. Também apresenta o fator econômico como importante para a sociedade dividida em classes, mas diferentemente da visão marxista, Weber apresentou a diferenciação social escalonada numa hierarquia e distinção social baseadas nos aspectos econômico, social e político. É o que Parkin (1980, p.784) define como sendo a abordagem multidimensional:

A abordagem multidimensional é vista como ali [nos manuais didáticos sobre estratificação social, onde as ideias weberianas são apresentadas como refutação das marxistas] como um corretivo ou

40 - Marx, K. “Marx to J. Weydemeyer in New York.” (Carta datada de 5 de março de 1852.) In: Marx, K.; Engels, F. **Selected correspondence**. Moscou: Progress Publishers, 1995, p. 69.

deslocamento do “determinismo econômico” de Marx, dando a devida ênfase ao papel de status que operam independentemente de classe e diluem seus efeitos sociais (PARKIN, 1980, p.784).

Weber fala de estamentos, classes e partido e articula os três aspectos referidos. O texto weberiano onde tal conceituação aparece explicitada é intitulado “Classe, estamento e partido” e nele se vê que a visão do autor era marcada por significantes tais como “status”, “honrarias sociais”, “prestígio”, “oportunidades de vida”, dentre outros. É interessante observar que Weber coloca em articulação três ordens distintas: ordem social, ordem econômica e ordem jurídica, as três como “fenômenos da distribuição de poder dentro de uma comunidade” (WEBER, 1982, p.212) sendo que a ordem social é a forma pela qual as honras sociais, os bens e serviços são distribuídos numa comunidade.

A estratificação social para Weber depende do escalonamento oriundo da distribuição diferencial das oportunidades de vida, em que alguns indivíduos são positivamente privilegiados ao passo que outros não. A classe é definida como um grupo de pessoas que compartilham a mesma situação de classe. Esta por sua vez, é caracterizada da seguinte maneira:

Podemos falar de uma “classe” quando: 1) certo número de pessoas tem em comum um componente causal específico em suas oportunidades de vida, e na medida em que 2) esse componente é representado exclusivamente pelos interesses econômicos da posse de bens, e 3) é representado sob as condições de mercado de produtos ou mercado de trabalho (WEBER, 1982, p. 213).

Este fragmento do texto weberiano deixa explícita a importância do caráter econômico para a constituição das classes sociais, mas vai além deste aspecto uma vez que, novamente nas palavras de Weber:

Esses pontos referem-se à “situação de classe”, que *podemos expressar mais sucintamente como a oportunidade típica de uma oferta de bens, de condições de vida exteriores e experiências pessoais de vida*, e na medida em que essa oportunidade é determinada pelo volume e tipo do poder, ou falta deles, de dispor de bens ou habilidades em benefício de renda de uma determinada ordem econômica. A palavra “classe”

refere-se a qualquer grupo de pessoas que se encontrem na mesma situação de classe (WEBER, 1982, p.213, grifo meu).

Mais além do econômico, interessa o acesso a bens e a transformação do econômico em “condições de vida exteriores” e “experiências pessoais de vida”. O “mais além” que aqui é dito é verificado quando Weber fala da determinação pelo volume e tipo de poder, ou falta deste. Isso porque, poder para Weber é “a possibilidade de que um homem, ou um grupo de homens, realize sua vontade própria numa ação comunitária até mesmo contra a resistência de outros que participem da ação” (WEBER, 1982, p. 211).

Em todas as classes, a propriedade e/ou a falta de propriedade, são categorias básicas uma vez que a situação de mercado é caracterizada pelo monopólio das oportunidades de transações lucrativas para os ricos porque possuem bens e não precisam trocá-los, em detrimento de um desfavorecimento dos pobres que têm que trocar seu serviço, seu produto, ou sua pouca remuneração para subsistir. É sinônimo dizer situação de classe ou situação de mercado, pois é o mercado que determina a sorte individual; é a propriedade ou não que aponta para a situação de classe, logo, para a determinação das classes.

Os interesses do trabalhador podem variar muito pois, dentro da classe há diversos tipos de direcionamentos e ações possíveis: ação comunitária, ação societária, ação de massa e é através da associação racional que é possível aos indivíduos reagir contra a estrutura de classes. Se, para Marx, a classe é infalível em relação aos seus interesses ao passo que o indivíduo pode se equivocar com relação aos mesmos, para Weber, é a ação comunitária que cria situações de classe, sendo uma ação entre membros de classes diferentes. A luta de classes weberiana não conta com apenas duas classes, proletariado e burguesia, tendo em vista que na sociedade pode haver mais classes e também os estamentos, que são centrais para se pensar a distribuição das honrarias sociais numa sociedade.

Outro aspecto relevante na estratificação social estudada por Weber é a “situação de status”, definidora dos estamentos. Se a situação de classe é determinada por motivos econômicos, vemos que a situação de status é determinada por uma estimativa específica, positiva ou negativa de honrarias. Esta honraria pode ser qualquer qualidade compartilhada por uma

pluralidade de indivíduos, podendo inclusive estar relacionada com fatores econômicos, com a propriedade, mas não tem necessariamente que estar vinculada a uma situação de classe. Referem-se mais a uma igualdade de estima, do que à participação de uma mesma classe ou somente à posse de bens específicos. É definida pelo compartilhamento de um “estilo de vida” específico a todos os que pertencem ao grupo e delimita, assim, quem pode ou não fazer parte do mesmo; ou seja, a honraria vista através do estilo de vida delimita critérios de inserção e fechamento do grupo e, por sua vez, determina outra forma de estratificação social.

Há ainda a questão do sentimento de dignidade, proporcionado aos membros de segmentos privilegiados e negado a outros. Estes “segmentos” são definidos em acordo com diversos critérios, tais como: fator racial, seleção, participação política e situação de classe (economicamente condicionada) e são diferentemente privilegiados, como por exemplo, através da monopolização de bens por um grupo específico, sendo negado o acesso aos demais. Em resumo, cada um deles tem um estilo de vida específico a ser conservado e utilizado para descrição do grupo, limitar o desenvolvimento do mercado de bens e produtos de cada grupo, cabendo a cada um, honras ou prestígios organizados em escala hierárquica desde aqueles que são dignos, valorosos até aqueles que não partilham de tais sentimentos e prestígios.

Weber (1982, p.226) aponta que “as ‘classes’ se estratificam de acordo com suas relações com a produção e aquisição de bens; ao passo que os ‘estamentos’ se estratificam de acordo com os princípios de seu *consumo de bens*, representado por estilos de vida especiais” (grifo do autor). O último tópico apresentado por Weber é o do partido, que é um segmento especial que representa a ação comunitária organizada e com finalidades de socialização, domínio e autoridade, não sendo necessariamente uma produção da classe ou do estamento.

Em resumo, a estratificação social weberiana, conta com três “instâncias”: a classe, o estamento e o partido. A classe está para a ordem econômica assim como o estamento está para a ordem social, para as honras e o partido, para o poder. O aspecto econômico é importante, inserindo-se em todos eles, mas não é tão determinante como é em Marx, uma vez que há também uma estratificação valorativa, de distribuição diferencial de honrarias sociais.

Passemos então ao último tópico. Em que medida o fator econômico interfere na segregação socioespacial? Mais ainda, Marx e Weber são referências possíveis para uma leitura do espaço social marcado por tais desigualdades?

3. SEGREGAÇÃO SOCIOESPACIAL, CLASSES SOCIAIS E, OUTRA VEZ, O FATOR ECONÔMICO

A segregação socioespacial se insere na paisagem urbana de forma descontínua. Usa-se frequentemente o termo periferia para designar os espaços engendrados pelas desigualdades sociais e caracterizados por precárias condições de habitação, saneamento, etc. Inicialmente o termo “periferia urbana” pode ser pensado de duas maneiras: i) para designar a borda, a franja urbana, os loteamentos no limite da margem das cidades ou ainda ii) para designar as áreas que não são necessariamente distantes do centro urbano mas que são desprovidas de meios de consumo coletivo. De acordo com Leite & Pereira (2008, p. 154/155).

[...] a segregação socioespacial, pode ser entendida através de uma visão de mercado, sendo considerada como a distribuição das classes, no espaço urbano, segundo os ditames do mercado imobiliário, ou a cidade sendo submetida ao valor de troca, ao mundo da mercadoria ou numa visão institucional, analisada como uma diferenciação espacial instituída pelas normas legais.

Na perspectiva do mercado, o espaço se apresenta fragmentado por estratégias de empreendedores imobiliários. É importante ressaltar que a especulação imobiliária é um fator (des)ordenador do crescimento urbano, sendo responsável pelos vazios urbanos e pela instalação de infraestrutura, o que influencia a valorização de determinadas áreas e, conseqüentemente, o estabelecimento de grupos de pessoas que povoarão essas áreas (LEITE; PEREIRA, 2008, p.154/155).

Como visto acima, a segregação socioespacial ocorre com a divisão das classes sociais ocupando distintamente as diferentes áreas do espaço urbano. Esta fragmentação do espaço está em acordo com o que foi dito

acima sobre os dois conceitos de periferia, uma vez que pode haver condomínios de luxo em áreas afastadas do centro urbano, ou seja, nas periferias geográficas, assim como pode haver favelas marcadas pela precariedade das condições de vida, física e socialmente, no seio da cidade, as periferias marcadas por diversas formas de precariedade.

Outro aspecto é apontado por Leeds (1978) ao marcar a heterogeneidade do espaço urbano e mesmo dentro do próprio bairro: tanto pode haver espaços onde convivem as diversas classes sociais quanto pode haver áreas (ou bairros e regiões) inteiras onde residem apenas pessoas de uma determinada classe social. Portanto, a estratificação social que se verifica com base em fatores econômicos pode ser bem caracterizada e visualizada no espaço urbano através da identificação destas áreas citadas acima.

Trazendo então as contribuições de Marx e Weber para pensar a segregação socioespacial engendrada por um acesso desigual ao espaço urbano, há dois pontos a serem considerados: i) em Marx vemos a importância e centralidade que o fator econômico adquire, uma vez que a infraestrutura é política-social mas, sobretudo, econômica, e a estratificação social se deve à separação de duas classes, antagonicas e “revolucionárias”: a burguesia e o proletariado; ii) já em Weber, como contraponto, o fator econômico é fator relevante mas não o determinante da estratificação social, uma vez que, se por um lado a estratificação pode ocorrer através de classes determinadas pela renda e acesso a bens e propriedades, por outro lado também pode ocorrer através da distribuição diferencial das honrarias sociais, verificadas na estratificação estamental.

O fator econômico conforme postulado por Marx é verificado, por exemplo, na construção de áreas na cidade destinadas ao proletariado, aos funcionários de empresas públicas e privadas. Também, através das diversas modalidades de moradia aos quais a população tem acesso conforme sua condição econômica: as favelas, os cortiços, as casas de cômodos, os conjuntos habitacionais, os condomínios etc. Os moradores podem escolher onde residir, mas esta é uma escolha que não se faz sem restrições e a primeira delas é de ordem econômica (LEEDS, 1978).

Como exemplo da classe social em articulação com a segregação socioespacial, vamos tomar a divisão entre autoss segregação e segregação imposta. A primeira diz respeito à segregação realizada através da criação dos enclaves urbanos fechados e restritos às pessoas com maior poder aquisi-

tivo, às classes dominantes. Por outro lado, a segregação imposta refere-se àquela em que alguns grupos sociais residem em determinadas áreas tendo em vista suas escassas ou nulas opções de escolher como e onde morar (LEITE; PEREIRA, 2008). Tal processo é reforçado no capitalismo atual, pensando que o espaço urbano é utilizado como um produto para a especulação imobiliária. Além da terra, do lote, vende-se também uma ideia ou um “conceito”: o de segurança. As classes mais abastadas têm buscado se afastar do centro urbano e se autosegregar nas periferias em condomínios criados como “novos produtos imobiliários”. Aqui se verifica o ponto de vista marxista, pois residir em tais áreas implica em alto poder aquisitivo, mas verifica-se principalmente o ponto de vista weberiano, pois o que se vende é o conceito: segurança, qualidade de vida, residir próximo ou em contato com a natureza etc. e o que se valoriza é o prestígio, o status social que tal local de residência proporciona aos moradores de tais ambientes.

Assim sendo, o que se apreende com a leitura de Marx e Weber em uma articulação de ambos, é que sempre há que se considerar o fator econômico para a estratificação social. Contudo, este não é o critério único, há que se considerar também o prestígio e as honras sociais. Isso se faz verdadeiro tanto ao se pensar as classes sociais de forma abstrata, quanto ao se verificar as mesmas organizadas e espalhadas no território urbano: de um lado temos um território marcado por uma gama de classes sociais e de outro temos estas se espalhando diferentemente na ocupação do território ainda que seja na periferia. Há que se considerarem ainda as distintas formas de segregação socioespacial, conforme já foi dito: uma imposta, aos das classes menos abastadas, e outra de forma espontânea, realizada pelos mais ricos. O econômico é importante, mas não é o único fator nem para a estratificação social nem para a segregação socioespacial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme visto no decurso deste texto, foi possível verificar que ambos os autores tomados como referência, Marx e Weber, têm contribuições importantes a dar acerca da estratificação social. Apesar de mais de um século de suas teorizações, ambos permanecem com caráter de atualidade em grande parte de suas considerações. Marx, ao dizer do economi-

co como perpassando as divisões de classe e Weber, ao dizer da distribuição de honrarias e prestígio social. Há que se fazer devidas ponderações, conforme apresentado por Scalon (1999).

A segregação socioespacial, vista no viés econômico, é claramente explicitada quando se observa a periferia das cidades, que tem abrigado tanto os pobres quanto os ricos, ainda que haja uma grande distância entre eles: residem na periferia, mas os primeiros não têm acesso, ou o tem de forma escassa, a bens, saneamento, boas habitações, etc. e os últimos escolhem tal residência justamente pelo prestígio que lhes proporciona.

As questões aqui apresentadas podem ser geradoras de muitas outras e serem enriquecidas com outros conceitos também pertinentes ao tema da estratificação social. Além disso, pode ser “visualizada” e ganhar forma com a apresentação de dados empíricos sobre a cidade. Tarefas estas a serem empreendidas em outra ocasião.

REFERÊNCIAS

- HOBSBAWN, E. Introdução. In: MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. 6.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- IANNI, O. Introdução. In: ____ (org.). **Karl Marx**: Sociologia. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo, Ática, 1996.
- LEEDS, A. Tipos de moradia, arranjos de vida, proletarização e a estrutura social da cidade. In: LEEDS, A.; LEEDS, E. **A sociologia do Brasil urbano**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- LEITE, M. E.; PEREIRA, A.M. A cidade do contraste: da periferia à periferia. In: _____. **Metamorfose do espaço intra-urbano de Montes Claros – MG**. Montes Claros: UNIMONTES, 2008.
- MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. 6.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- PARKIN, F. Estratificação social. In: BOTTOMORE, T.; NISBET, R. (orgs.). **História da análise sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

SCALON, M. C. Notas sobre o esquema de classes. *In*: _____. **Mobilidade social no Brasil**: padrões e tendências. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ-UCAM, 1999.

WEBER, M. Classe, estamento, partido. *In*: _____. **Ensaio de Sociologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

ARTIGOS - TECNOLOGIA

PIBIOGÁS: PLATAFORMA DE INFORMAÇÕES DO BIOGÁS

Bárbara Dias Cabral⁴¹

INTRODUÇÃO

O biogás é o combustível gasoso derivado de biomassa renovável. É um biocombustível para os fins legais e reguladores, conforme definido pela Política Energética Nacional (BRASIL, 2003). As Resoluções da Agência Nacional de Petróleo (ANP)nº 8, de 2015, e nº 685, de 2017, definem obiogás como um gás em estado bruto, resultante da biodigestão, processo de decomposição anaeróbica de resíduos orgânicos.

A produção de biogás experimenta avanços e é responsável pela redução da emissão de metano orgânico e CO₂ na atmosfera. Pode ser usado na geração de eletricidade e como biocombustível para veículos, substituindo o diesel. A biomassa de origem orgânica tem o benefício de gerar energia renovável, em forma de calor e eletricidade, reduzindo o impacto ambiental devido ao seu descarte (VIEIRA; POLI, 2020).

Embora o Brasil represente a abundância do combustível biogás, renovável e subproduto do modo de vida atual, vê-se ainda é incipiente no País (PNUD *et al.*, 2010). Dados comprovam a afirmação. Segundo a Associação Brasileira de Biogás (Abiogás) o Brasil tem capacidade para

41 Doutoranda em Biotecnologia na linha de pesquisa Gestão da Inovação (UFAM), mestre em Direito Ambiental (UEA), Especialista em Gestão Pública e Direito Processual Civil, Servidora Pública requisitada pelo TRE-AM e advogada (OAB 7565/AM). Ex-professora universitária (graduação e especialização).

produtor crca de 120,8 milhões de m³ por dia de biogás. Porém o País não atinge toda a eficiência bioenergética que poderia alcançar; em média hoje a geração diária de biogás está em 4,9 milhões m³/dia e apenas 350 mil m³/dia de biometano, sua versão purificada para uso como biocombustível (ABIOGAS, 2021).

Com tal informação vem o seguinte questionamento: o Brasil teria aporte tecnológico para o fomento do biogás? O trabalho justifica-se pela necessidade de apresentar ao mundo acadêmico a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás). A pesquisa tem por objetivo apresentar PiBiogás como uma fomentadora da integração entre instituições, que busca promover o intercâmbio e o fluxo compartilhado de usuários por meio de estratégias conjuntas de comunicação (UDOP, 2021).

A Metodologia a ser aplicada ao trabalho é questão que merece especial atenção. Quanto ao tipo de pesquisa, será exploratória. Quanto aos métodos empregados será bibliográfica e documental. Em relação a técnica de coleta de dados será aplicada a pesquisa bibliográfica. Já acerca da técnica de análise de dados será qualitativa.

Para tanto, o trabalho se propõe a apresentar conceitos fundamentais, tratar da proteção jurídica (inter)nacional ao Biogás, exibir o projeto GEF Biogás Brasil, discorrer sobre a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás) e suas vantagens. Espera-se divulgar a referida Plataforma no meio acadêmico para despertar o interesse em trabalhos mais aprofundados sobre o tema.

1. CONCEITOS FUNDAMENTAIS E PROTEÇÃO JURÍDICA

O presente capítulo apresenta os seguintes conceitos fundamentais para a melhor compreensão do trabalho: biogás, biotecnologia e Rede Colaborativa Digital. Em seguida, trata da proteção jurídica internacional ao Biogás, citando a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima e o Acordo de Paris. Por fim, dedica-se a discorrer sobre a proteção jurídica internacional ao Biogás, trazendo à baila a Constituição Federal, a Política Energética Nacional, a Política Nacional de Biocombustíveis e os Projetos de Lei que tratam das atividades relativas à geração, transporte, filtragem, estocagem e geração de energia

elétrica térmica e automotiva com biogás e da Política Federal do Biogás e do Biometano.

1.1. BIOGÁS E TECNOLOGIA: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Em primeiro lugar, cumpre conceitar alguns termos de relevância especial para melhor compreensão do trabalho. Biogás é um gás produzido por atividade anaeróbia com o processo de decomposição (degradação) de materiais orgânicos. O biogás pode ser produzido a partir de várias fontes de metano, incluindo lixo doméstico, lixo biodegradável, lixo animal ou lixo orgânico que pode ser decomposto em condições anaeróbicas (KURNIATI, 2021).

Já a biotecnologia pode ser compreendida como sendo o uso da ciência e tecnologia em entidades vivas, suas partes e modelos para formar produtos úteis, transformando a vida ou inanimadas, produzindo novas ferramentas, serviços e conhecimentos de acordo com a necessidade (KHALID *et al.*, 2021).

Por fim, uma Rede Colaborativa Digital é um ambiente virtual para que os atores econômicos sejam interconectados geograficamente. As Redes Colaborativas Digitais podem ser assumidas como uma rodovia digital para acelerar o crescimento econômico em determinado setor industrial (FACHRUNNISA; MUTAMIMAH; GUNAWAN, 2013). Tais conceitos são vitais para uma melhor compreensão da pesquisa.

1.2. PROTEÇÃO JURÍDICA INTERNACIONAL AO BIOGÁS

A Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima, assinada em Nova York, em 9 de maio de 1992, foi promulgada no Brasil por meio de Decreto (BRASIL, 1998). Trata indiretamente da produção de biogás, quando reconhece as dificuldades especiais dos países em desenvolvimento, cujas economias são particularmente dependentes da produção, utilização e exportação de combustíveis fósseis, priorizando a estes o financiamento, seguro e transferência de tecnologias, cuja substituição lhes acarrete sérias dificuldades.

Já o Acordo de Paris sob a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima, celebrado na capital da França, em 12 de dezembro de 2015, e firmado em Nova Iorque, em 22 de abril de 2016, foi promulgado no Brasil por meio de Decreto (BRASIL, 2017). Também trata indiretamente do biogás, ao estabelecer um mecanismo para contribuir para a mitigação de emissões de gases de efeito estufa e apoiar o desenvolvimento sustentável, a fim de melhorar a resiliência à mudança do clima.

Nesta seara não há muito o que se aprofundar. A partir da diplomacia brasileira, poderia se desenvolver uma proteção global internacional aos biocombustíveis (OLIVEIRA, 2013), especialmente ao biogás. Isto porque o Brasil é signatário de uma série de tratados internacionais bilaterais sobre biocombustíveis.

1.3. PROTEÇÃO JURÍDICA NACIONAL AO BIOGÁS

Quanto à proteção jurídica nacional, cabe ressaltar que a Constituição da República Federativa do Brasil não trata especificamente do biogás, mas possui uma proteção tributária especial a combustíveis em geral (BRASIL, 1988). Trata também da venda e revenda de combustíveis derivados de matérias-primas renováveis.

A Política Energética Nacional (BRASIL, 1997) tem como um de seus objetivos incrementar, em bases econômicas, sociais e ambientais, a participação dos biocombustíveis na matriz energética nacional. Por sua vez, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (BRASIL, 2010) incentiva a implantação de aterros dotados de um sistema de geração de energia proveniente do gás de aterro.

Já a Política Nacional de Biocombustíveis (RenovaBio) (BRASIL, 2017) tem o intuito de incentivar a geração de biocombustíveis por meio de crédito de descarbonização, buscando atender aos compromissos que o Brasil assumiu na 21ª Conferência das Partes – COP215 e das Nações Unidas sobre Mudança Climática, em Paris-França (NEVES; MENDONÇA, 2020). Para regular a questão do biogás com mais precisão, encontram-se em tramitação os seguintes projetos de lei:

- PL nº 6559-A (CÂMARA, 2013), que trata das atividades relativas a geração, transporte, filtragem, estocagem e geração de energia elétrica

térmica e automotiva com biogás, e dá outras providências. Institui normas para a exploração das atividades econômicas de geração de energias com biogás originado do tratamento sanitário de resíduos e efluentes orgânicos, em especial os gerados em atividades de produção agropecuária e agroindustrial.

- PL nº 2193 (CAMARA, 2020) que institui a Política Federal do Biogás e do Biometano, que busca o desenvolvimento econômico mediante a gestão ecoeficiente dos resíduos, a geração de combustíveis renováveis e o desenvolvimento do mercado consumidor de biogás, biometano e biofertilizantes.

Como resta demonstrado, a proteção jurídica nacional ao Biogás é volátil, mas legislação mais sólida está em tramitação. O Brasil tem potencial para ser grande produtor de biogás (MILANEZ; MAIA, GUIMARÃES, 2021). Espera-se, portanto, que os mencionados projetos sejam aprovados e se tornem lei.

2. BIOGÁS E TECNOLOGIA

O presente capítulo apresenta o projeto GEF Biogás Brasil como vetor de pesquisa, desenvolvimento e aplicação do Biogás e alternativa para a geração de energia elétrica. Em seguida, discorre sobre a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás), suas ferramentas e encerra apresentando as vantagens da referida plataforma.

2.1. O PROJETO GEF BIOGÁS BRASIL

O biogás é considerado um combustível experimental –como todo gás sem especificações definidas pela Agência Nacional do Petróleo. Nos termos da regulamentação (ANP, 2016), combustíveis experimentais só podem ser utilizados mediante sua autorização, exceto quando o uso for inferior a 10 m³ para combustíveis líquidos e 10.000 m³ (a 20°C e 1 atm) para combustíveis gasosos.

Porém, conforme tratado no item 1.2. deste trabalho, o arcabouço jurídico relativo ao biogás é insípido. Mesmo assim, ocorre um fenômeno no Brasil: apesar da carência de específica regulamentação, dadas as políticas de incentivo à geração de energia elétrica partir de biomassa e seus

subprodutos e de fomento à pesquisa e desenvolvimento relacionados à energia renovável, o combustível vem sendo pesquisado, desenvolvido e aplicado como alternativa para a geração de energia elétrica (HÖFIG; LOFHAGEN; SILVA, 2021).

*Uma das políticas de incentivo é o Projeto GEF Biogás Brasil, o qual prevê ações locais e federais de estímulo à integração do biogás na cadeia produtiva brasileira. É liderado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) e implementado pela Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO) (GEFBIOGAS, 2021). Uma das pesquisas realizadas no âmbito do projeto resultou na criação da ferramenta *on-line* BiogásInvest. Digital gratuita, permite a realização de uma análise customizada sobre a viabilidade de novos projetos de biogás (VIEIRA, 2021). Espera-se que, com a regulamentação específica ao biogás, mais projetos como esse sejam executados.*

2.2. A PLATAFORMA DE INFORMAÇÕES DO BIOGÁS

Outra política pública de incentivo ao Biogás é Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás). Sendo uma iniciativa do projeto GEF Biogás Brasil, define-se como uma rede de colaboração digital entre instituições ligadas ao setor de biogás no Brasil, objetiva facilitar o acesso a ferramentas digitais, sites institucionais e informações relacionadas ao biogás, bem como fomentar novas ações e parcerias no setor (GOV, 2021a).

A diretora de Produção Sustentável e Irrigação do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), Mariane Crespolini, afirmou no lançamento da plataforma, em junho de 2021, que:

Estamos focados em transformar o passivo ambiental em ativo ambiental, mitigando gases de efeito estufa e adaptando um dos setores mais vulneráveis à mudança do clima com diversificação de renda para os produtores rurais (DIÁRIO RURAL, 2021).

A fala acima transcrita vai ao encontro dos objetivos da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima. Para alcançar tais objetivos, a plataforma dispõe de uma série de ferramentas (GOV, 2021a):

- **Datasebrae Biogás:** reúne a localização geográfica de plantas de biogás no país, dados sobre o potencial de produção, uma biblioteca digital com estudos técnicos e toda a legislação referente ao setor, e ferramentas que auxiliam no planejamento de projetos de biogás.
- **Biogasinvest:** permite que produtores, empresários, agentes financiadores e gestores públicos façam de maneira independente uma análise customizada sobre a viabilidade de novos projetos de biogás.
- **Trilha de Capacitação em Biogás:** é uma jornada de 270 horas de aprendizado 100% *on-line* e gratuita, voltada para a capacitação de empreendedores, estudantes, gestores públicos, investidores, pesquisadores e acadêmicos.
- **Biogasmap:** surgiu com o intuito de reunir os dados sobre as plantas de biogás em operação, manutenção ou reforma no Brasil. Interativo e seguro, um dos grandes objetivos do Biogasmap é reduzir a assimetria de informações a respeito do biogás no país.
- **Blog Biogás Brasil:** é um espaço digital onde é possível compartilhar artigos temáticos; novidades do setor; análise de novas tecnologias; exemplos de boas práticas; ofertas de novos produtos e serviços, entre outros.
- **Biblioteca Cibiogás:** a Biblioteca Digital do Centro Internacional de Energias Renováveis-Biogás (CIBiogás) reúne os principais artigos, livros, fotos e vídeos sobre pesquisas na área de energias renováveis, com enfoque em biogás. O espaço tem como objetivo organizar, compartilhar e promover a troca de conhecimento na área, voltado para o enriquecimento de pesquisas nacionais e internacionais.
- **Rotas estratégicas:** serviço utiliza o método de roadmap para a condução dos trabalhos, sinalizando caminhos que resultam na construção de perspectivas para o futuro, ou seja, mapas com trajetórias que poderão ampliar a competitividade das áreas, setores e organizações.

- Pesquisa: Biogás no PR: Uma plataforma onde é possível fazer download de estudos sobre o desenvolvimento de biogás no estado do Paraná.
- Biblioteca Abiogás: biblioteca digital da Associação Brasileira do Biogás (ABiogás).
- Probio 1.0: é um programa de estimativa de produção de biogás em reatores UASB tratando esgotos domésticos.

Lançada por 15 entidades do setor, a Plataforma deseja facilitar e ampliar o acesso do mercado de biogás e biometano a ferramentas e serviços digitais oferecidos pelas entidades colaboradoras, fomentando ações conjuntas de comunicação e divulgação. “É fundamental ressaltar esse esforço de integração de parceiros”, reforça o secretário de Empreendedorismo e Inovação do MCTI, Paulo Alvim. (GOV, 2021b). Extremamente recente, ainda não há estudos científicos sobre o desempenho da PiBiogás.

2.3. VANTAGENS DA PIBIOGÁS

A evolução tecnológica e a difusão do conhecimento técnico no setor do Biogás têm levado a uma rápida expansão no número de plantas em operação e, conseqüentemente, no volume de biogás produzido. Embora auspicioso, o crescimento recente ainda é bastante tímido diante do potencial de geração que um país com um agronegócio tão desenvolvido pode atingir (MILANEZ; MAIA, GUIMARÃES, 2021). Para auxiliar o País a desenvolver tal potencial, a Plataforma PIBIOGÁS tem como principais metas (GOV, 2021a):

- O fomento à integração entre as instituições que tratam do tema biogás no Brasil, promovendo o intercâmbio de acessos e o fluxo compartilhado de usuários por meio de estratégias conjuntas de comunicação;
- O apoio à divulgação de ferramentas digitais, informações e resultados relacionados ao biogás desenvolvidos e promovidos pelos integrantes da Plataforma

- A valorização e o fortalecimento das entidades que produzem informações sobre biogás no Brasil, colaborando para um ambiente de inovação no setor.

Entre suas principais vantagens destacam-se (DIÁRIO RURAL, 2021):

- a reunião de dados: fundamental para a comunicação, mensuração de resultados com base tecnológica;
- o incentivo a ações no setor: apresentados para a tomada de decisões estratégicas futuras;
- o estímulo a parcerias no setor: dinamizando da cadeia de valor do biogás no País.

Nesse sentido, no Plano Safra 2021/22, foram alocados R\$ 5 bilhões para a linha de crédito do Programa ABC, com limite de crédito coletivo de até R\$20 milhões para geração de energia elétrica a partir do biogás e biometano. Vê-se que há investimento financeiro e tecnológico para o desenvolvimento do Biogás no Brasil. Resta agora, por meio de outras pesquisas científicas, acompanhar o desenvolvimento e eficácia da plataforma PIBIOGÁS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Biogás é uma fonte renovável de alto potencial energético, uma fonte de energia alternativa limpa. Utilizá-lo, além de proporcionar economia financeira, favorece o desenvolvimento sustentável e tecnológico. O Brasil, devido ao seu volume de produção agrícola, tem grande potencial de ser gerador de biogás. Porém, tal potencial ainda não tem sido totalmente utilizado.

De olho em tal possibilidade, foi criada pelo Governo Federal, em 2021, a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás). A pesquisa apresentou a PiBiogás como uma fomentadora da integração entre instituições, que busca promover o intercâmbio e o fluxo compartilhado de usuários por meio de estratégias conjuntas de comunicação.

No primeiro capítulo, apresentou conceitos fundamentais para a melhor compreensão do trabalho: biogás, biotecnologia e Rede Colaborativa Digital. Em seguida tratou da proteção jurídica internacional ao Biogás, citando a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima e o Acordo de Paris. Por fim, dedicou-se a discorrer sobre a proteção jurídica internacional ao Biogás, trazendo à baila a Constituição Federal, a Política Energética Nacional, a Política Nacional de Biocombustíveis e os Projetos de Lei que tratam sobre atividades relativas a geração, transporte, filtragem, estocagem e geração de energia elétrica térmica e automotiva com biogás e da a Política Federal do Biogás e do Biometano.

Da observação do primeiro capítulo conclui-se que não há suficiente aparato jurídico – tanto internacional como nacional – para resguardar o Biogás: pesquisa, desenvolvimento, inovação, comercialização ou uso. A nível internacional, a partir da diplomacia brasileira, poderia se desenvolver uma proteção global aos biocombustíveis, especialmente ao biogás. Isto porque o Brasil é signatário de uma série de tratados internacionais bilaterais sobre biocombustíveis. Porém, a nível nacional tramitam dois projetos de lei sobre o tema – o que é uma esperança de dias melhores para tal biocombustível.

O último capítulo apresentou o projeto GEF Biogás Brasil como vetor de pesquisa, desenvolvimento e aplicação do Biogás e alternativa para a geração de energia elétrica. Em seguida, discorreu sobre a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás), trando-a como facilitadora e ampliadora do acesso do mercado de biogás a ferramentas e serviços digitais oferecidos pelas entidades colaboradoras, fomentando ações conjuntas de comunicação e divulgação. Encerrou apresentando três vantagens da referida plataforma, a saber: a reunião de dados, o incentivo a ações no setor e o estímulo à parcerias no setor.

Observou-se que, em 2021, o Brasil tem aporte tecnológico para o fomento do Biogás: a Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás). Constatou-se que, por ser muito recente, não há pesquisas acadêmicas testando a qualidade e usabilidade da referida Plataforma.

Concluiu-se, por fim, que há investimento financeiro e tecnológico para o desenvolvimento do biogás no Brasil. E a necessária proteção jurídica está em tramitação. Cabe aprofundamento do trabalho, discorrendo sobre cada uma das ferramentas da PiBiogás. Espera-se que, com a trami-

tação dos projetos de lei apresentados no trabalho e com o uso da referida Plataforma, o Brasil avance no caminho de se tornar um grande produtor e consumidor mundial de Biogás. Ademais, espera-se que a plataforma PiBiogás seja vetor da pesquisa biotecnológica e do desenvolvimento sustentável brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABIOGAS. **Projetos em GD, chamadas públicas de biometano e interesse crescente do setor sucroenergético são alguns dos sinais de que o setor ganha força.** (2021). Disponível em: <https://abiogas.org.br/o-amadurecimento-do-mercado-de-biogas-e-bio-metano/> Acesso em: 17 ago 2021.

ANP. **Resolução nº 685**, de 29/06/2017. Estabelece as regras para aprovação do controle da qualidade e a especificação do biometano oriundo de aterros sanitários e de estações de tratamento de esgoto destinado ao uso veicular e às instalações residenciais, industriais e comerciais a ser comercializado em todo o território nacional.

_____. **Resolução nº 21**, de 11/05/2016. Dispõe sobre a utilização de Combustíveis Experimentais em todo o território nacional.

_____. **Resolução nº 08**, de 30/01/2015. Estabelece a especificação do Biometano contida no Regulamento Técnico ANP nº 1/2015, parte integrante desta Resolução.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei nº 13.576, de 26 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre a Política Nacional de Biocombustíveis (RenovaBio) e dá outras providências.

_____. **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.** Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências.

_____. **Lei nº 9.478, de 06 de agosto de 1997.** Dispõe sobre a política energética nacional, as atividades relativas ao monopólio do petróleo,

institui o Conselho Nacional de Política Energética e a Agência Nacional do Petróleo e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 2.652, de 1º de julho de 1998.** Promulga a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima, assinada em Nova York, em 9 de maio de 1992.

CÂMARA. **Projeto de Lei nº 2193/2020.** Institui a Política Federal do Biogás e do Biometano.

_____. **Projeto de Lei nº 6559-A/2013.** Dispõe sobre as atividades relativas a geração, transporte, filtragem, estocagem e geração de energia elétrica térmica e automotiva com biogás, e dá outras providências.

DIÁRIO RURAL. **Biogás tem plataforma que reúne dados e estimula ações e parcerias no setor.** (2021). Disponível em: Biogás tem plataforma que reúne dados e estimula ações e parcerias no setor. Dia Rural Acesso em: 17 ago 2021.

FACHRUNNISA, O.; MUTAMIMAH; GUNAWAN (2013). **Digital Collaboration Network for SMEs: Awareness of ICT and Perceived Outcome.** 2013 Seventh International Conference on Complex, Intelligent, and Software Intensive Systems, p. 40-46, Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/document/6603864>. Acesso em: 16 ago 2021.

GEF BIOGAS. **GEF Biogás Brasil: Sobre o Projeto.** (2021) Disponível em: <https://www.gefbio gas.org.br/sobreprojeto.html> Acesso em: 17 ago 2021.

GOV. **O que é a PIBiogás?** (2021a) Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/pibiogas/biogas> Acesso em: 17 ago 2021.

GOV. **Plataforma de Informações do Biogás é lançada por 15 entidades do setor.** (2021b) Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/noticias/2021/07/plataforma-de-informacoes-do-biogas-e-lancada-por-15-entidades-do-setor> Acesso em: 17 ago 2021.

- HÖFIG, P.; LOFHAGEN, J. C. P.; SILVA, G. M. F. Viabilidade econômica do uso do biogás como combustível veicular em uma grande propriedade rural, 2021. **Toledo**, v. 25, n. 1, p. 185-202. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/igepec.v25i1.25428> Acesso em: 17 ago 2021.
- KHALID, N. M. *et al.* Application and Potential Use of Advanced Biotechnology Techniques in Agriculture and Zoology. (2021). **Indian Journal of Pure e Applied Biosciences**, v. 9, n. 2, p. 284-296. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18782/25822845.8662> Acesso em: 16 ago 2021.
- KURNIATI, Y. *et al.* Review Analisa Kondisi Optimum Dalam Proses Pembuatan Biogas. (2021). **Rekayasa**, v. 14, n. 2, p. 272-281. Disponível em: <https://doi.org/10.21107/rekayasa.v14i2.11305> Acesso em: 16 ago 2021.
- MILANEZ, A. Y.; MAIA; G. B. S.; GUIMARÃES, D. D. Biogás: evolução recente e potencial de uma nova fronteira de energia renovável para o Brasil. (2020). **BNDES Setorial**, v. 27, n. 53, p. 177-213. Disponível em: <http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/20801> Acesso em: 17 ago 2021.
- NEVES, P. D. M.; MENDONÇA, M. R. RenovaBio e o agrohidronegócio canavieiro em Goiás. (2020). in: *GeoTextos*, 16 (1), p. 85-108. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/geo.v16i1.35901>. Acesso em: 17 ago 2021.
- OLIVEIRA, L. F. **A diplomacia da energia**: os biocombustíveis no Brasil e a construção de seu marco jurídico regulatório internacional. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito Econômico, Financeiro e Tributário da Universidade Católica de Brasília. Brasília, 143 p. 2013. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/317/1/Luiz%20Fernando%20de%20Oliveira.pdf> Acesso em: 16 ago 2021.
- PNUD *et al.* **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. (2010) Disponível em: <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/pnud/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

UDOP. **MME participa do lançamento da Plataforma de Informações do Biogás (PiBiogás)**. (2021). Disponível em: <https://www.udop.com.br/noticia/2021/06/28/mme-participa-do-lancamento-da-plataforma-de-informacoes-do-biogas-pibiogas.html> Acesso em: 17 ago. 2021.

VIEIRA, S. **Biodigestão anaeróbica do resíduo da produção de cogumelos tipo champignon de Paris (*Agaricus bisporus*)**. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Biotecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Ponta Grossa, 82 p. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/25051> Acesso em: 17 ago 2021.

VIEIRA, H. G.; POLI, H. Q. O biogás como fonte alternativa de energia. (2020). **Interface Tecnológica**, v. 17, n. 1, p. 388- 400. Disponível em: <https://doi.org/10.31510/inf.v17i1.766> Acesso em: 18 ago 2021.

TECNOLOGIAS DIGITAIS: VILÃ OU MOCINHO? UM DESAFIO CONSTANTE PARA ATORES DA EDUCAÇÃO

*Gilmária Oliveira Dos Santos*⁴²

INTRODUÇÃO

Baseando-se na história da tecnologia educacional e em uma análise fenomenológica da relação ser humano- máquina realidade, examina-se o uso das novas tecnologias da informação caracterizados como inovação conservadora em educação, assim também aspectos da comunicação na sala de aula que podem ser transformados, ampliados ou reduzidos com os recursos da informática no período pandêmico.

Há algumas décadas, diante da influência e conseguinte importância da mídia para a sociedade e, conseqüentemente para a educação, este assunto – mídia e educação/novas tecnologias aplicadas à educação, vem sendo colocado nas pautas de reflexão, visto que, também já se comprovou a sua influência na formação do educando. Então surge o grande desafio de uma sociedade moderna, utilizar a revolução tecnológica integrando essa tecnologia com educação fazendo com que não haja a dicotomia entre cultura humanística e cultura técnica.

42 Coordenadora Pedagógica Regional/ SMED (Secretaria Municipal de Educação-Salvador/ Bahia. Especialista em Gestão e Planejamento em Educação. Graduada em Pedagogia.

Uma pandemia inesperada impactou a potencialização das tecnologias no mundo. A chegada do Coronavírus repercutiu em diversos setores e a educação não ficou estanca dessas mudanças. Nesse contexto de isolamento social, e o distanciamento entre as pessoas trouxe à tona a extrema importância dos recursos tecnológicos, do acesso à internet e da necessidade eminente de saber lidar com as mídias sociais, inclusive pensar a Educação como uma ação prática transformadora e humana implicada com o outro nos aspectos mais individuais e singulares da natureza humana, quais sejam a política, tecnologias, bens culturais, consciência econômica, formação escolar e bem-estar social. As TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação estão remodelando a sociedade criando novas formas e canais de comunicação (CASTELLS, 2014).

A Educação é um direito universal, por exatamente proporcionar o desenvolvimento humano, social e econômico. A pandemia de Covid 19 ocasionou uma interrupção no ato de ensinar e aprender. E consequentemente desvelou reflexões sobre o paradigma do ensino presencial. Aqui no Brasil, por conta da pandemia, cerca de cinco milhões de crianças e adolescentes estão fora da escola, de acordo com a UNICEF, retroagindo em 20 anos no acesso ao ensino de estudantes com até 17 anos. E de acordo com o IBGE (2020), aproximadamente 4,3 milhões de estudantes entraram na pandemia sem acesso à Internet isso mostram apesar do crescimento do acesso à Internet entre estudantes maiores de 10 anos, 4,3 milhões ainda não utilizavam o serviço no último trimestre de 2019.

De acordo com Hélio Rotenberg – Presidente da Positivo Tecnologia –, mais de 1,5 bilhões de alunos no mundo se distanciaram e tiveram as suas casas como reduto escolar. Essa experiência inesperada provocou transformações nos comportamentos individuais e coletivos.

Pensando nos dados apresentados, o texto abordará uma reflexão sobre o processo de aprendizagem e os desafios nos acessos e utilização das tecnologias digitais como meio de aprendizagem, tanto para os educadores quanto para os educandos, pois lidamos com situações de estudantes que têm bom acesso de internet e muitos ainda com acesso limitado ou mesmo sem acesso.

Será analisado a relação professor, aluno e aprendizagem e o desafio de se construir abordagens pedagógicas humanistas com foco na acessibilidade, personalização e eficiência. Neste sentido, a aprendizagem

imersiva por meio de realidade aumentada e virtual é uma das grandes tendências em tecnologias educacionais.

Desta forma, ao se buscar a riqueza da concepção freireana de que a educação está contida na afirmação de que os humanos se educam em comunhão: “Ninguém educa ninguém, como tão pouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. (FREIRE, 1983a, p. 79); pretende-se problematizar como as tecnologias digitais se apresentam dentro dessa perspectiva, como mediadora ou instrumento de exclusão de uma educação de qualidade e transformativa?

O estudo empregou a metodologia com enfoque qualitativo e foi utilizada pesquisa bibliográfica e documental.

1. PROCESSO DE APRENDIZAGENS NA PANDEMIA: UMA PROBLEMÁTICA DO TEMPO PRESENTE

Quando as novas ferramentas tecnológicas foram introduzidas na aprendizagem, existia a ideia de que o professor estaria fadado a ser extinto no futuro próspero. Não obstante, o grande desafio é fazer do professor o mediador de conteúdos aliando o uso da tecnologia, para sair de sua zona de conforto e introduzir nas práticas a utilização de novas ferramentas para o ensino do conteúdo programático, sem perder de vista a humanização dessa relação.

Para Brito e Gouveia (2020), “as tecnologias digitais marcam um novo cenário da educação, tendo em vista que essa imersão digital pelos alunos, tem como objetivo, a facilidade de obter, produzir e compartilhar todo o conhecimento adquirido por meio dos instrumentos tecnológicos”. Mas quais são as problematizações advindas do uso desses meios tecnológicos?

É preciso ter em mente que no setor da educação, os efeitos da pandemia podem gerar ainda mais desconforto, pelo fato do trabalho educativo se tratar de relações humanas e necessariamente presenciais, onde o ato pedagógico é feito de interação e partilha. E, apesar das tecnologias usadas para desenvolver o trabalho educativo nesse momento de pandemia trazer alguns contributos para o ato educativo, poderá acarretar a desconfigu-

ração do próprio fenômeno educativo que é caracterizado por relações humanas e coletivas (MORGADO, 2020).

O estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV Janeiro, 2021), solicitado pela Fundação Lemann, aponta que a educação no Brasil corre o risco de retroceder em quatro anos, os níveis de aprendizagens, devido à suspensão das aulas presenciais por conta da pandemia.

A estimativa considera um cenário em que os alunos não aprenderam novos conteúdos durante as aulas on-line, seja por falta de acesso à internet e ferramentas tecnológicas, ou por perda de vínculo com a escola. Os dados revelam que os mais prejudicados são: alunos do sexo masculino; pardos, negros e indígenas; com mães que não terminaram o Ensino Fundamental. Os menos prejudicados são: alunos do sexo feminino; que se declararam brancas; com mães que concluíram pelo menos o ensino médio. Assim, a escola, percebe-se diante da imperiosa necessidade de não apenas utilizar as novas tecnologias como suporte pedagógico promotor do ensino-aprendizagem, mas, de recuperar “as aprendizagens perdidas” e de verificar de forma reflexiva e dialógica sobre quais são os seus âmbitos de influência – negativos e positivos – incluindo-se aí os meios de comunicação existentes.

Para que essa escola, que faz a educação contemporânea, ultrapasse a barreira dos tempos onde o que se tinha de mais atual eram o retroprojetor, o videocassete e as Tv’s, ela precisa compreender verdadeiramente as mudanças sociais ocorridas, sobretudo em tempos pandêmicos e abraçá-las, investindo na formação dos seus educadores e permitindo aos seus alunos experimentar diferentes linguagens midiáticas para que possam criar produzir novos conhecimentos, fazer trocas efetivas, ampliando seu pensamento, tornando-se reflexivo. Embora as Tecnologias da Informação e Comunicação estejam presentes direta ou indiretamente no cotidiano das escolas e na realidade de professores e estudantes, a substituição dos encontros presenciais na pandemia pela utilização destes meios, encontra muitos desafios: a infraestrutura das casas de estudantes e professores; as tecnologias utilizadas; o acesso (ou a ausência dele) dos estudantes à internet; a formação dos professores para planejar e executar de forma remota.

A educação que demonstra comprometimento com a organização de uma sociedade democrática, precisa atuar de maneira ética e política, estabelecendo uma prática educativa que não admita a neutralidade. “Quem

vive em sociedade não pode deixar de agir, não pode ficar apenas contemplando o rio: ele é o rio; por isso ele está automaticamente comprometido.” (GUARESCHI, 2005, p.25).

De acordo com Constituição Brasileira de 1988, em seu Art. 205 “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

A pandemia desafiou a possibilidade de utilizar o ensino remoto para minimizar os impactos na Educação. Nestes tempos pandêmicos o ensino não presencial através das tecnologias aproximou família e escola, entretanto por outro viés aumentou a evasão, desnudou desigualdades sociais e principalmente as limitações de acessibilidade digital. Provocou a reflexão sobre as novas maneiras de ensinar à proporção que evidenciou disparidades estruturais entre os sistemas públicos e privados. Expôs a urgência da equidade na educação.

Num momento dramático da nossa história colectiva, seria inaceitável que a escola pública fechasse as portas e não quisesse saber dos seus alunos. Isso obrigou a um recurso extensivo às tecnologias. De um modo geral, ninguém estava preparado para esta situação e a avaliação que, hoje, já podemos fazer revela aspectos negativos, como as desigualdades e o empobrecimento pedagógico, mas também positivos, como a ligação com as famílias e a inventividade de muitos professores. (NOVÓIA, 2020).

O fechamento de escolas por causa do novo coronavírus, instituições de ensino e estudantes precisaram se adaptar ao ensino *on-line*. De acordo com a (ABED/ Outubro 2020) Associação Brasileira de Educação a Distância uma pesquisa foi realizada em relação às atividades remotas na educação durante a pandemia mostra que a adaptação tem seus entraves. De acordo com o levantamento, 67% dos alunos se queixam de dificuldades em estabelecer e organizar uma rotina diária de estudos.

A pesquisa da ABED no período de agosto e setembro de 2020 entrevistou 5.580 estudantes, professores, pais e/ou responsáveis e dirigentes de instituições de ensino públicas e privadas do País. Os resultados: “60,5%

dos estudantes participam de quase todas as atividades do gênero disponibilizadas pela escola, mas 72,6% consideram que o estudo remoto é pior na comparação com as aulas presenciais. A opinião é compartilhada por parte dos pais e responsáveis, com 51,5% afirmando que “essa forma de ensino é pior”.

Os estudantes relataram também outros empecilhos no formato online, como sobrecarga e saudade da rotina escolar. “Para 82,6% dos alunos, a falta do contato presencial com amigos afeta os estudos e a aprendizagem. Para 58,3% deles, a escola manda muitos materiais e eles relatam que não estão dando conta de estudar.” (ABED - Agosto/ Setembro, 2020)

Outros estudos encomendados pela Fundação Lemann, Itaú Social e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) ao Datafolha (Junho, 2021), mostraram que pais e responsáveis entrevistados demonstraram que quatro a cada dez alunos da educação básica na rede pública de ensino no Brasil correm o risco de abandonar a escola por causa da pandemia do coronavírus.

A partir da pesquisa, o percentual de estudantes que não estão interessados com as aulas, que não estão evoluindo nos estudos ou que manifestam possibilidade de desistir da escola cresceu de 26% em maio 2020 para 40% em maio de 2021.

A desigualdade social aqui é desnudada quando o percentual de estudantes declarados negro que desejam abandonar a escola é ainda maior (43%) que os declarados brancos (35%); estudantes de famílias com renda mensal de até um salário-mínimo (48%) e para os que vivem em áreas rurais (51%). O risco aumenta também entre os estudantes que vivem na Região Nordeste: 50% dos estudantes manifestaram falta de motivação em continuar os estudos.

Outra pesquisa solicitada pela FVG- Fundação Getúlio Vargas ao Instituto Lemann, que usou a base os dados do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) considerou na simulação que o aprendizado de alunos do 5º ao 9º ano do ensino fundamental e do ensino médio, em português e matemática, o prejuízo na aprendizagem em matemática é mais intensa, de acordo com a pesquisa, se comparada às perdas em português. Os alunos do ensino fundamental também foram mais afetados. Os dados indi-

cam diferenças regionais, em que os alunos do Norte e Nordeste tiveram mais perdas na aprendizagem, se comparados a Sul e Sudeste.

Assevera-se que, “em um cenário de interrupção das aulas presenciais, o aprendizado dos alunos depende do acesso ao ensino remoto e esse acesso é desigual no Brasil”, afirma André Portela, pesquisador líder do estudo e Professor Titular de Políticas Públicas da Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EESP).

Na alfabetização o impacto da pandemia é preocupante. Os pais e responsáveis entrevistados no estudo encomendados ao Datafolha (junho, 2021), 88% dos estudantes matriculados no 1º, 2º e 3º ano do ensino fundamental estão em processo de alfabetização. Desse percentual, mais da metade (51%) das crianças ficou no mesmo nível de aprendizado, ou seja, não aprendeu nada de novo (29%), ou desaprendeu o que já sabia (22%).

Estamos diante de assimetrias estruturais que fazem com que a educação seja repensada, levando em conta os aspectos fundamentais que concretizam o acesso ou o não acesso à educação.

2. TECNOLOGIAS DIGITAIS: INCLUSÃO OU EXCLUSÃO?

A Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu Art. 19-assegura a todos os seres humanos o direito à informação:

Artigo 19: Todos os seres humanos têm direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

A ONU (Organização das Nações Unidas) considera a interrupção de acesso à internet, e incluindo violação de direitos de propriedade intelectual, independentemente da justificativa, um descumprimento ao Art.19. O desenvolvimento social, como a educação acessível e inclusiva, o conhecimento às informações, oportunidades e facilidades, bem como o acesso a Internet não deve ser interrompido por poderes Estatais.

O que vem a ser a Inclusão digital - processo de democratização do acesso às tecnologias da Informação, dando a todos, oportunidade de es-

tarem inseridos na sociedade da informação. Ser incluído digitalmente não é apenas aquele que usa essa linguagem do mundo digital, mas que tem plenas condições de empregá-las com o objetivo de melhoria de suas condições sociais.

A Constituição Federal Brasileira, em seu Art. 5, no inciso XIV, giza: “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”. Nesse contexto, trata-se de direito de informar e de ser informado e sobre sigilo da fonte, nos chama atenção o acesso à informação, mas não os meios para.

A Lei nº 12.965/14- Marco Civil da Internet, descrita no ordenamento jurídico infraconstitucional, dispõe sobre Direito de Acesso à Internet sendo o acesso à internet um direito de todos e essencial ao exercício da cidadania, bem como define a internet e outros aspectos sobre o acesso a internet. Destaca-se aqui apenas o Art. 4º importante nessa discussão: “Art. 4º – A disciplina do uso da internet no Brasil tem por objetivo a promoção: I – do direito de acesso à internet a todos; II – do acesso à informação, ao conhecimento e à participação na vida cultural e na condução dos assuntos públicos; III – da inovação e do fomento à ampla difusão de novas tecnologias e modelos de uso e acesso; e IV – da adesão a padrões tecnológicos abertos que permitam a comunicação, a acessibilidade e a interoperabilidade entre aplicações e bases de dados.

Todavia, embora a Constituição Federal assegure a liberdade da informação e o acesso à informação, a mesma não menciona o acesso à internet, questão crucial nos dias de hoje, logo se faz necessário que a seja incluída na Carta Magna o acesso à Internet como direito social e consequentemente, um direito fundamental, permitindo assim o bem-estar de todos os cidadãos.

Dados do IBGE, por exemplo, mostram a triste realidade de negação da democratização do acesso à internet. De acordo com a pesquisa 4,3 milhões de estudantes entraram na pandemia sem acesso à Internet. “De 2018 para 2019, o percentual de domicílios em que havia utilização da internet subiu de 79,1% para 82,7%, um aumento de 3,6 pontos percentuais. Mesmo assim, em 2019, em 12,6 milhões domicílios do país não havia internet, devido à falta de interesse (32,9%), ao serviço de acesso ser considerado caro (26,2%) ou por nenhum morador saber usar a internet (25,7%)”. Os dados são da PNAD Contínua do IBGE que, no

4º trimestre de 2019, pesquisou o acesso à Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

Outras questões podem ser levantadas para ratificar as dificuldades em “garantir o direito à educação de qualidade” que inclui em tempos de pandemia a garantia de possibilidades para executar um ensino não presencial/ remoto com qualidade. A partir da pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Educação à Distância (ABED) “29,2% dos estudantes entrevistados disseram ter dificuldade em conexão com a internet, por causa do sinal das operadoras. Para 10,8% deles, não ter dispositivo próprio e precisar compartilhá-lo com outros integrantes da casa afeta o estudo e a aprendizagem durante o período da pandemia. Já em relação ao acesso à internet, 63,5% responderam ter banda larga ilimitada e 25,8% utilizam de terceiros.” Não cabe mais em pleno século XXI, na Era Digital observamos, inertes, que direitos estão sendo negados a todo tempo para os estudantes e professores, sobretudo das escolas públicas.

Se bem utilizada, a internet permite a aprendizagem colaborativa, inclusive entre alunos de diferentes instituições e culturas, o que não apenas permite a construção de novos saberes como promove a percepção de diferentes visões de mundo, gerando a produção de novos conhecimentos, visto que, de acordo com Pretto e Costa Pinto (2006), as diversas máquinas da indústria da informatização estão interagindo com o homem, formando um conjunto pleno de significação.

3. UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL: REPENSANDO A EDUCAÇÃO BRASILEIRA

Nos estudos do Banco Mundial, estima-se que o impacto da pandemia, prevê piora na capacidade de leitura e compreensão de textos por parte dos estudantes. Em um relatório sobre a situação na América Latina e no Caribe (março/2021, a instituição estimou que o percentual de “pobreza de aprendizagem” no Brasil poderá subir de 50% (nível pré-pandemia) para até 70%, num cenário de fechamento das escolas por 13 meses. O indicador considera a proporção de crianças de 10 anos que apresentam graves dificuldades de leitura. Em outras palavras, alunos com idade para estar no 5º ano do Ensino Fundamental, mas que não conseguem entender um texto simples.

A projeção consta no relatório “Agindo agora para proteger o capital humano de nossas crianças”, divulgado em 17 de março/2021. “Apesar dos imensos esforços realizados, a aprendizagem está despencando nos países da América Latina e Caribe por causa da pandemia, particularmente entre as crianças mais pobres”.

As estimativas iniciais dos efeitos do fechamento das escolas na região são espantosas: essa interrupção pode fazer com que cerca de dois em cada três alunos não sejam capazes de ler ou entender textos adequados para a sua idade (BANCO MUNDIAL, relatório “*Agindo agora para proteger o capital humano de nossas crianças*”, março/2021).

Luzes se acendem no final do túnel. Em meio a inúmeros desafios, a publicação do Banco Mundial destaca que a pandemia pode ser uma oportunidade para que os sistemas de ensino se tornem “mais eficazes, igualitários e resilientes”. Propõe: focar nos segmentos mais desfavorecidos da população, ampliando o alcance e a qualidade do ensino remoto; recomenda uma comunicação direta com pais e professores, bem como a priorização curricular (selecionar conteúdos para ser ensinados em todas as escolas) e a formação docente. Em relação à volta das aulas presenciais, o relatório diz que é preciso levar em consideração o contexto sanitário local. E sugere: “Mais tempo de aula, reforço para os alunos, simplificação dos conteúdos ou aceleração da aprendizagem são opções que apresentaram bons resultados.”

Traz ainda esta reflexão: “a simulação mostra a importância da aposta que foi feita no ensino remoto, mesmo com todas as suas limitações. A tecnologia se mostrou uma aliada do processo de ensino e aprendizagem durante a pandemia, e o ensino híbrido continuará fundamental em 2021, inclusive nos processos de superação das defasagens”, afirmou Daniel de Bonis- Diretor de Políticas Educacionais- Instituto Lemann).

A escola, lugar de mediação do conhecimento, possui como reconhecida função social, entre outras, a de realizar de forma sistematizada a mediação entre o conhecimento prévio dos alunos e o conhecimento formal, possibilitando formas de acesso ao conhecimento científico, e esta

importante função só se concretiza a partir da ação individual dos seus educadores e educandos.

As melhores respostas à pandemia não vieram dos governos ou dos ministérios da educação, mas antes de professores que, trabalhando em conjunto, foram capazes de manter o vínculo com os seus alunos para apoiá-los nas aprendizagens. Em muitos casos, as famílias compreenderam melhor a dificuldade e a complexidade do trabalho dos professores. Isso pode trazer uma valorização do trabalho docente e criar as condições para um maior reconhecimento social da profissão. (NOVÓIA, ago. 2020).

Em se tratando da educação, verifica-se a presença das tecnologias há décadas, embora o seu uso efetivo se dê a passos lentos. Entretanto, essa área, a educação, que por vezes mostra-se atrasada em relação ao movimento da sociedade como um todo, vê-se diante da necessidade imperativa de atualizar-se e refletir sobre essa temática, visto que as TIC's (tecnologia de informação e comunicação) invadiram os lares e outros espaços coletivos, principalmente na Pandemia da Covid 19, além de serem consumidas individualmente, transformando as mais diversas instituições de convívio social, como a família, escola e a igreja, por exemplo.

Segundo Tajra (2001, p. 22), é diante das mudanças, oriundas das transformações sociais e do avanço da tecnologia que percebemos as mudanças que estão ocorrendo com o comportamento humano. Nessa nova sociedade o que importa são os conhecimentos adquiridos, cada pessoa é única, os trabalhadores devem ser críticos e inovadores. Assim sendo, a busca pela inovação na Educação passou a ser uma tendência global, cujo objetivo é que o aluno construa uma relação significativa e mais leve com o conhecimento, sem deixar de atender aos que se espera academicamente, sendo o grande desafio garantir qualidade e eficácia a esse acesso, além de proporcionar uma experiência que respeite as necessidades de cada estudante e o ajude a ver valor naquilo que aprende.

A “metamorfose da escola”, de acordo com Nóvoa (2020), será a resposta mais interessante à pandemia na medida em que a escola se transforme com uma diversidade de espaços e de tempos de trabalho (estudo individual e em grupo, acompanhamento por parte dos professores, pro-

jetos de pesquisa, também lições etc.), criando novos ambientes de estudo e de aprendizagem, dentro e fora da escola.

“Uma metamorfose” na alteração do papel dos professores, acentuando a sua responsabilidade perante a globalidade do trabalho educativo (acompanhamento, tutoria, apoio etc., e não só “lições”), reforçando a sua acção na produção de conhecimento pedagógico e curricular e evoluindo para formas de acção colaborativa – as melhores respostas à pandemia foram resultado da colaboração entre grupos de professores.

Para tanto as leis que garantam a democratização do acesso à Internet, também acendem uma luz no fim do túnel: a Lei 14.172, de 10/06/2021. Garante que estudantes e professores das redes públicas do país deverão ter acesso à internet. O Governo Federal deverá enviar R\$ 3,5 bilhões aos estados e municípios para garantir a conectividade de banda larga às escolas até 2024. Os recursos devem vir do Fust (Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações). De acordo com o texto publicado no DOU (Diário Oficial da União), "a União entregará aos Estados e ao Distrito Federal o valor de R\$ 3.501.597.083,20 para aplicação, pelos Poderes Executivos estaduais e do Distrito Federal, em ações para a garantia do acesso à internet, com fins educacionais, aos alunos e aos professores da rede pública de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em virtude da calamidade pública decorrente da covid-19."

Serão beneficiados os alunos da rede pública de ensino pertencentes a famílias inscritas no CadÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal) e os matriculados nas escolas das comunidades indígenas e quilombolas, e os professores da educação básica da rede pública de ensino dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A Educação Infantil nesse momento não é público alvo.

A Fundação Lemann e a Sincroniza Educação realizaram uma pesquisa em 11/06/2021 onde apontam que 75% das escolas têm acesso à internet, no entanto, apenas 3% oferecem velocidade de acordo com os padrões internacionais. A pesquisa aponta que a velocidade que chega às escolas é de 17 mbps (megabits por segundo). O que não é suficiente para as aulas no modelo híbrido, para uma chamada de vídeo com metade dos alunos que ficou em casa é necessário mais de 100 megabits. A garantia de banda larga às escolas deve mudar esse cenário.

Os recursos devem vir do Fust, um fundo criado em 2000 para democratizar o acesso aos serviços de comunicação como internet, rádio, TV e telefonia para a população de baixa renda.

A educação brasileira, nós sociedade como um todo, temos um grande desafio pela frente: retomar o crescimento dos indicadores de ensino que durante a pandemia de covid-19 apresentaram intensa queda. Para, além disso, a observância e operância em relação aos aspectos das desigualdades sociais e educacionais que mais uma vez foram desveladas por um acontecimento global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parafraseando Raul Seixas (1973): “[...] Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...]”. Na poesia simples da música *Metamorfose ambulante*, o autor/cantor reverencia a ideia de romper com padrões sociais, da mesmice, e a possibilidade de mudar constantemente o que é libertador. O músico aponta para uma superação do acirramento político-ideológico que marcou sua época e ainda hoje consegue ser tão atual, quebra rupturas de paradigmas cristalizados em uma sociedade, principalmente em tempos de pandemia, em que a educação é convocada mais do que nunca a ser diferenciada, a se reinventar buscando outras possibilidades pelo uso das tecnologias digitais.

No trecho da música apontado acima, fica evidente como as coisas são relativas, a pandemia da Covid 19 provocou essa reflexão, isso quer dizer que não existe um único ponto de vista com uma verdade absoluta, e sim que podem existir diferentes perspectivas, reflexões e considerações. O processo de ensinar e aprender, o papel do educador diante desse contexto se remete à ideia de quão ruim é se acomodar apenas em uma ideologia, seja ela social, política, cultural ou educacional. E para o educando, a possibilidade de estar aberto a diferentes ideias e formas de ler o mundo e aprender com ele, abrindo assim as mentes.

É fato que a Era Digital na Educação traz perspectivas inéditas para o processo de ensino-aprendizado. O desafio de inovar e incorporar novas ferramentas para o ensino é extremamente relevante nesse percurso. Isso extrapola uma questão de infraestrutura, a qual também não atende a to-

dos, mas necessário se faz uma total revisão dos modelos pedagógicos que respaldam o professor nessa mediação. O papel do professor nesse novo cenário pandêmico torna-se ainda mais acentuado para criar conexões que deem sentidos práticos aos conteúdos aprendidos com o suporte da tecnologia em casa ou na escola. Mas será que a formação ou auto formação do educador/a darão conta desse desafio?

REFERÊNCIAS

- BELLONI, Maria Luiza. **O que é Mídia-Educação**. 2ª ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- _____. Gabinete Civil. **Lei nº 12.965/14**. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Disponível em: L12965 (planalto.gov.br).
- _____. Gabinete Civil. **Lei nº 14.172**, de 10 de junho de 2021. Dispõe sobre a garantia de acesso à internet, com fins educacionais, a alunos e a professores da educação básica pública. DOU, Brasília, 11 jun. 2021, edição 108, seção 1, p. 15, 2021.
- BRITO, I. M.; GOUVEIA, L. B. **Educação digital**: um estudo para o uso e exploração das TIC. *In*: Perspectivas contemporâneas de educação. ARAÚJO, D. F. M. S; SILVA, G. C.; SANTOS, W. C. S. (Orgs.). Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020.
- CASTELLS, M. **Obsolescência da Educação Contemporânea**. Entrevista a Fronteiras do Pensamento. 2014. Disponível em: <https://www.fronteiras.com/noticias/manuel-castells-explica-a-obsolescencia-da-educacao-contemporanea-1427125019> Acesso em: 05 set. 2021.
- CRUZ, Patrícia. Pandemia faz aumentar número de alunos que podem abandonar estudos. *In*: **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2021-06/pandemia-fa>

z-aumentar-numero-de-alunos-que-podem-abandonar-estudos
Acesso em: 20 set. 2021.

DORIGONI, Gilza Maria Leite; SILVA, João Carlos. **Mídia e Educação: o uso das novas tecnologias no espaço escolar**. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/>
Acesso em: 14 set. 2021.

EXAME. A pandemia, o retrocesso na educação e as oportunidades a partir da crise. **Exame**. Disponível em: <https://exame.com/bussola/a-pandemia-o-retrocesso-na-educacao-e-as-oportunidades-a-partir-da-crise/> Acesso em: 09 set. 2021.

GUARESCHI, Pedrinho A.; BIZ, Osvaldo. **Mídia, Educação e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *In: Educação*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao.html> Acesso em: 20 set. 2021.

_____. **PNAD Contínua TIC 2019: internet chega a 82,7% dos domicílios do país**. *In: dois pontos, Agência IBGE Notícias*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30521-pnad-continua-tic-2019-internet-chega-a-82-7-dos-domicilios-do-pais> Acesso em: 20 set. 2021.

KALINKE, Marco Aurélio. **Para não ser um professor do século passado**. Curitiba: Gráfica Expoente, 1999.

LEMANN, Fundação. Somente 3% das escolas têm internet em padrão internacional *In: Fundação Lemann*. Disponível em: <https://fundacaolemann.org.br/noticias/somente-3-das-escolas-tem-internet-em-padrao-internacional> Acesso em: 20 set. 2021.

MORGADO, José Carlos; SOUSA, Joana; PACHECO, José Augusto. **Trasnsformações educativas em tempos de pandemia: do confinamento social ao isolamento curricular**. Ponta Grossa: Práxis Educativa, 2020.

OKUMURA, Renata. Pesquisa mostra que 67% dos alunos têm dificuldade para organizar estudos *on-line* na pandemia. In: **O Estado de S. Paulo**. Disponível em: http://www.abed.org.br/arquivos/Pesquisa_mostra_que_67_por_cento_dos_alunos_tem_dificuldade.pdf Acesso em: 20/09/2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova York: ONU, 1948.

PRETTO, Nelson; PINTO, Cláudio da Costa. **Tecnologias e Novas educações**. Revista Brasileira de Educação, v.11, n. 31, jan/abr. 2006.

ROTENBERG, Hélio. A tecnologia e a viabilidade da educação na pandemia de covid-19. In: **Tecnologia Educacional**. Disponível em: <https://tecnologia.educacional.com.br/blog-giro-te/a-tecnologia-e-a-viabilidade-da-educacao-na-pandemia-de-covid-19/> Acesso em: 20 set. 2021.

TARJA, Sanmya Feitosa. **Informática na Educação: novas ferramentas pedagógicas para o professor da atualidade**. 3. ed. São Paulo: Érica, 2001.

REDES SOCIAIS COMO AMPLIFICADORAS DO VIÉS DE CONFIRMAÇÃO

Guilherme Elizeu Alves da Silveira⁴³

Wylker Carlos Magalhães Assis Silva⁴⁴

INTRODUÇÃO

Como definição, o viés de confirmação já foi abordado de diversas maneiras pelas ciências, além disso esteve presente como um parâmetro bastante contundente de erro inferencial, e como critério descritivo de diferentes fenômenos.

Viés de confirmação é, por definição, de acordo com Raymond S. Nickerson (1998, p. 175): “*Confirmation bias, as the term is typically used in the psychological literature, connotes the seeking or interpreting of evidence in ways that are partial to existing beliefs, expectations, or a hypothesis in hand.*”; ou seja, esse fenômeno se ancora no ímpeto de buscar ou interpretar evidências para corroborar com crenças, expectativas ou hipóteses prévias.

Nesse contexto, apesar de o presente artigo se referir aos contemporâneos mecanismos sociais virtuais de comunicação ele apresenta antigas

43 Graduando em Direito Pela Faculdade Arquidiocesana de Curvelo – FAC, e em Teologia pela Universidade de Franca – UNIFRAN. É formado no ensino médio técnico integrado em Eletrotécnica e Automação Industrial pelo CEFET/MG – Campus X (2016).

44 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. É formado no ensino médio técnico integrado em Eletrotécnica e Automação Industrial pelo CEFET/MG – Campus X (2016).

menções, destacando-se como uma distante e importante manifestação de influência sobre o comportamento. Dentre essas menções se destaca o comentário de Francis Bacon ao confrontar o mesmo contexto no ramo científico:

The human understanding when it has once adopted an opinion (either as being the received opinion or as being agreeable to itself) draws all things else to support and agree with it. And though there be a greater number and weight of instances to be found on the other side, yet these it either neglects and despises, or else by some distinction sets aside and rejects; in order that by this great and pernicious predetermination the authority of its former conclusions may remain inviolate... And such is the way of all superstitions, whether in astrology, dreams, omens, divine judgments, or the like; wherein men, having a delight in such vanities, mark the events where they are fulfilled, but where they fail, although this happened much oftener, neglect and pass them by (BACON, 1939, p. 36).

Fazendo jus ao comentário do pensador, o fenômeno mencionado apresenta-se pertinente nos dias atuais, pois Bacon se refere a uma vontade (consciente ou inconsciente) de distorcer a realidade, comparado ao mecanismo para o desenvolvimento das superstições.

Essa é, portanto, uma característica humana há séculos documentada e o conhecimento dela foi compartilhado e exposto décadas posteriores por (MACKAY, 1932, p. 552): “*When men wish to construct or support a theory, how they torture facts into their service!*”, ou seja, no intuito de validar uma teoria, as pessoas distorcem os fatos aos seus interesses.

1. DESENVOLVIMENTO

Tratando-se da amplificação do dito viés de confirmação é necessário discorrer sobre as ferramentas que possibilitam essa consequência.

As redes sociais se tornaram meio de comunicação influente, em que grande parte dos conteúdos consumidos nos dias de hoje são filtrados pelos aplicativos. Esse filtro faz parte do ambiente de exposição ao usuário e as ferramentas de engajamento: os algoritmos desenvolvidos pelas empresas de aplicativos.

Para o desenvolvimento dos algoritmos de engajamento (cada vez mais eficazes) foi necessário um motivador: excesso de informação. Ao longo do processo de democratização da informação, viabilizada pelo acesso à internet pela maior parte da população mundial, foi criado um conjunto imenso de dados associados ao processo de interação em rede: o referido “*Big data*”. Nesse ambiente repleto de informações desorganizadas foram desenvolvidas maneiras de tornar esses dados palpáveis aos indivíduos: os algoritmos (CAPPRA, 2017).

Em relação aos algoritmos, a informação é filtrada para que seja possível a interação social, uma vez que milhões de pessoas se conectam ao mesmo tempo. Para o problema da desorganização de dados encontra-se a solução [algoritmos], porém, a solução gera um novo problema – a amplificação do viés de confirmação.

Lidar com os conteúdos apresentados ao usuário faz parte do meio que garante a existência dessas empresas de comunicação. O tempo do usuário, os dados pessoais e a constante influência são parâmetros importantes para se ter controle visto que a concorrência no mercado é voraz.

Para ampliar o engajamento dos usuários são desenvolvidos filtros que tornam as informações destinadas cada vez mais interessantes e menos conflitantes. O algoritmo, dessa maneira, pode ser definido como “[...] uma série de fatores e variáveis traduzidos pela rede para mostrar ao usuário exatamente aquilo que interessa a ele em primeira mão” (MACHADO, 2021, *on-line*).

Partindo para uma análise behaviorista no intuito de defender a tese: redes sociais como amplificadoras do viés de confirmação, após a etapa de desenvolvimento do viés de confirmação em si, é necessário a breve síntese do que é o comportamento humano através da visão behaviorista.

Existem algumas correntes do behaviorismo, em que a mais disseminada é a vertente de B. F. Skinner. Para tal perspectiva filosófica e científica afirma-se que:

Para Skinner, o comportamento operante é emitido pelo organismo, e não produzido pelo ambiente, e o que modela o comportamento são suas conseqüências reforçadoras. Quando o organismo responde a um estímulo ambiental e as conseqüências de sua resposta são premiadoras, isso faz aumentar a probabilidade de respos-

tas similares; quando as conseqüências são punitivas, diminui tal probabilidade. É deste modo que as variáveis ambientais modelam o comportamento dos indivíduos, num processo de condicionamento operante (DUTRA, 2004, *on-line*).

De modo geral, os indivíduos são instigados por determinados fatores, tais quais resultam em uma resposta, que, a partir disso, influencia no comportamento do sujeito. John Watson, em sua versão behaviorista mantém que existe um condicionamento respondente:

A noção central de que se ocupa o behaviorismo de Watson é aquela que diz respeito ao que podemos denominar comportamento respondente, isto é, a relação entre um estímulo ambiental e uma resposta do organismo. Segundo essa abordagem, o organismo é condicionado por eventos ambientais, de tal sorte que os mesmos estímulos provocam nele as mesmas respostas. Por esta razão, esta abordagem ficou conhecida como psicologia do estímulo resposta (DUTRA, 2004, *on-line*).

No entanto, a abordagem skinneriana diverge desse ponto no sentido de que o condicionamento operante é uma emissão do próprio indivíduo, ou seja, o comportamento é modelado pelas conseqüências reforçadoras ou punitivas do estímulo, enquanto Watson acredita que é respondente, isto é: responde ao ambiente.

Para fatores voluntários se compreende o comportamento operante, como diz (KELLER, 1970, p. 10):

[...] inclui todos os movimentos de um organismo dos quais se possa dizer que, em algum momento, têm um efeito sobre ou fazem algo ao mundo em redor. O comportamento operante opera sobre o mundo, por assim dizer, quer direta, quer indiretamente.

Dessa forma, Keller atribui ao comportamento operante grande parte da atividade humana e prossegue para o foco principal que permite a análise da tese: um ato tem a possibilidade de ser modificado na medida da intensidade de suas conseqüências (KELLER, 1970).

A essência do comportamento operante, portanto, se encontra nas consequências comportamentais, e, em vista disso, todo comportamento pode ser reforçado ou punido, promovendo respectivamente uma maior ou menor probabilidade de ocorrer novamente. Os críticos do behaviorismo alegam que a abordagem, apesar de ter se mostrado eficaz em diversos contextos controlados, não é capaz de explicar situações comuns em que as variáveis relevantes não são controladas. Para tanto, em se tratando de um conjunto de parâmetros definidos [algoritmo], é possível afirmar que é um ambiente controlado, ou seja, refere-se a um modelo extraordinário e assim sendo tal crítica não pode se sustentar.

Para todo esse contexto do *big data* e aos algoritmos desenvolve-se a amplificação do viés de confirmação através de, pelo menos, duas maneiras: a limitação de exposição como ausência do contraditório; as interações como meio de reforço e punição.

1.1. LIMITAÇÃO DE EXPOSIÇÃO COMO AUSÊNCIA DO CONTRADITÓRIO

Na tentativa de entender os objetos da realidade, o ser humano formula opiniões a partir de suas impressões (ou intuições) desejando estar correto acerca desses juízos.

Ocorre que o processo de compreensão da realidade é por demais complexo, o que faz com que, por vezes, os primeiros juízos formulados sejam objetos de apegos pessoais – não importando em muitas ocasiões o valor de verdade daqueles. Porém, o processo de entendimento é dinâmico, o que demanda o contraditório como mecanismo de aperfeiçoamento das opiniões.

A existência do contraditório implica, em muitos casos, desapegar-se das próprias convicções no intuito de buscar a verdade. Nesse sentido, não se estar a fazer uma defesa estritamente particular quanto a melhora dessas opiniões, mas demarcar a importância do contraditório como mecanismo de aperfeiçoamento das opiniões como bem público.

Were an opinion a personal possession of no value except to the owner; if to be obstructed in the enjoyment of it were simply a private injury, it would make some difference whether the injury was inflicted only on a few persons or on many. But the peculiar evil of silencing the expression of an opinion is, that it is robbing the

human race; posterity as well as the existing generation; those who dissent from the opinion, still more than those who hold it. If the opinion is right, they are deprived of the opportunity of exchanging error for truth: if wrong, they lose, what is almost as great a benefit, the clearer perception and livelier impression of truth, produced by its collision with error (MILL, 2001, p. 18-19).

Nesse ponto John Stuart Mill faz a defesa da utilidade da busca pela verdade eximindo-se do apego das opiniões particulares. Essa colisão de ideias pela existência do contraponto permite às opiniões erradas a oportunidade de serem corrigidas pela opinião mais coerente; da mesma maneira, para as opiniões corretas permite-se a oportunidade de estas serem postas ao questionamento e se mostrarem mais coerentes no ambiente público de debate.

As redes sociais se tornaram campos públicos virtuais de debates, pois trouxe a informação de qualquer local do mundo instantaneamente para todos os indivíduos. Porém, o debate público se encontra limitado através dos algoritmos fazendo com que isso promova uma ilusão de consenso. O debate tem por fim, além da exposição de fatos e ideias, chegar a um consenso dentre essas ideias e desenvolver mecanismos mais complexos capazes de se adaptar cada vez melhor às demandas sociais.

Todavia, como o algoritmo classifica o indivíduo como um conjunto de características e promove a interação prioritária entre indivíduos semelhantes, isso ascende uma falsa noção de consenso pelo fato incontestado de a interação ser restringida ao grupo de indivíduos que pensam daquela maneira. Cria-se, portanto, uma série de feudos sociais em que o indivíduo restringe suas ideias ao grupo que ele concorda.

Mill (2001) defende que é necessário ponderar as opiniões, visto que não é possível estar seguro de que a opinião que se busca suprimir seja falsa; e, se houvesse tal certeza, ainda sim seria equivocado sufocá-la. Isso porque, em primeiro lugar, existe a possibilidade de determinada opinião estar correta, e, portanto, negar isso é evocar sobre si certeza, isto é, a áurea de uma certeza absoluta. Dessa maneira, impor silêncio a um debate é pressupor a infalibilidade dos próprios argumentos.

O contraditório causa certo desconforto, por isso a tentativa humana de silenciá-lo é tão frequente, seja de maneira pessoal, seja de forma automática com os algoritmos. A presença de informações não conflitantes

com as crenças do indivíduo reforça o engajamento, isso aumenta a probabilidade da ocorrência daquele comportamento – reforço positivo.

1.2. CURTIDAS E COMENTÁRIOS COMO MEIO DE REFORÇO E PUNIÇÃO

As curtidas são representações da aprovação social, ou seja, são avaliações. Paraphraseado Nathan Dewart (2011) – psicólogo da universidade do Kentucky: todos buscamos por aceitação e fugimos da rejeição. Nessa perspectiva, em relação às redes sociais, é possível dizer que as avaliações funcionam como reforços comportamentais. Como determinadas posturas, fotos, opiniões, são passíveis de avaliações, aquelas publicações socialmente aceitáveis pelo conjunto pessoal limitado de interações tendem a ser mais reproduzidas, pois a busca pela aceitação e a fuga da rejeição é uma tendência humana.

Da mesma maneira funcionam as punições. Como dito, as punições são consequências comportamentais que diminuem a probabilidade da ocorrência do comportamento. Nesse caso, se tratando de avaliações negativas (incluem-se comentários), quaisquer interações que levantem negativas tendem a ser evitadas.

É que o condicionamento operante, do mesmo modo como todos os demais processos fisiológicos, é produto de uma seleção natural e afirmar isso pode explicar quais tipos de consequência são consideradas reforço (SKINNER, 1974).

As sensações, já há muitos séculos, são importantes para a discussão acerca do mecanismo de recompensa e punição. Isso porque, quando se diz que o sabor de algo é bom ou mesmo o quanto uma música é agradável – é mais notório em relação à situação imediata, passando despercebido o efeito disso sobre o comportamento, visto que o ambiente verbal não costuma produzir boas contingências (SKINNER, 1974).

Conforme a filosofia hedonista mantém, as pessoas agem em função do prazer e para afastar a dor ou evitá-la. Quer dizer, trata-se dos efeitos reforçadores – a satisfação, o que se apresenta como aspecto fisiológico, bem como a estados físicos decorrentes dos reforços (SKINNER, 1974).

Algumas condições preliminares afetam a suscetibilidade dos reforços. É possível que, por exemplo, o sentido de carência tenha diferentes

acepções; quando alguém afirma estar com fome – isto quer dizer que lhe falta comida – uma “carência de comida”, se, todavia, alguém sente falta de sair “carece de sair” – decorre de uma condição adversativa (SKINNER, 1974).

O que importa é que para quem carece de comida – será particularmente reforçada à medida que come, de igual modo, alguém que careça sair – sob controle adversativo, será reforçada ao empenhar-se em algum comportamento que remeta ao momento em que a levou a fuga (SKINNER, 1974).

Sabe-se que quanto maior for o controle adversativo, maior será a intensidade do reforço e as probabilidades de dados comportamentos se repetirem. E esse conhecimento vem sendo utilizado há anos para manter as pessoas sob controle (SKINNER, 1974).

Conforme afirma Skinner (1974, p. 47):

Os efeitos do reforço operante são frequentemente representados como estados internos ou poses. Quando reforçamos uma pessoa, diz-lhes que lhe damos um motivo ou incentivo; todavia, inferimos o motivo ou o incentivo do comportamento. Dizemos que uma pessoa é altamente motivada quando tudo quanto sabemos que é que ela age energicamente.

Desse modo, sustenta-se que as consequências que mantêm os comportamentos operantes não estão adstritos ao ambiente em que a resposta é dada; “elas se tornaram parte da história do organismo” (SKINNER, 1974, p. 48). Quer dizer, o ambiente pode aumentar a probabilidade de uma dada resposta, mas não é o único fator que controla isso. Por exemplo, é possível dizer que alguém “sente vontade de ir”, que “gostaria de ir” ou que “quem lhe dera ir” a algum lugar. Tais termos são utilizados para se referir a reforços – o que pode ser percebido pelo indivíduo como um poder sentir ou a uma probabilidade de se comportar de determinada maneira (SKINNER, 1974).

Para que possa ser diferenciado um reflexo operante de um reflexo suscitado, afirma-se que ela simplesmente “aparece” – tal qual como a emissão de luz de uma lâmpada, que ao ter o seu filamento excitado imediatamente emite luz. Por essa razão, assim como a luz não está presente

antes do filamento ser excitado, do mesmo modo, não é preciso um acontecimento causal anterior para um reflexo operante ocorrer (SKINNER, 1974). No entanto, “a falta aparente de uma causa imediata no comportamento operante levou à invenção de um acontecimento incitante. Diz-se que um comportamento é posto em ação quando uma pessoa deseja agir” (SKINNER, 1974, p. 48).

De modo geral, o reforço operante está inscrito na história de cada pessoa, podendo ser modulado à medida que as contingências mudam. Por essa razão, quando alguém possui determinados comportamentos reforçados, é possível afirmar que essa pessoa tem uma sensação de confiança. Assim, passa a experimentar uma sensação de domínio e até mesmo de fé de que será bem-sucedida (SKINNER, 1974).

Quando não há mais estímulo, o comportamento se esvai, e, raramente acontece novamente. A isto diz-se que a pessoa perdeu a confiança ou sensação de domínio – de poder. Por conseguinte, após se extinguir o comportamento, ocorre episódios de desinteresse, desapontamento ou desencorajamento e até mesmo depressão em dadas circunstâncias (SKINNER, 1974).

A expressão “expectativas frustradas” faz menção a uma condição em que o reforço habitual se extinguiu, o que não se confunde com a falta de uma ocasião apropriada para o comportamento. Diversos reforços acontecem intermitentemente e as estruturas pelas quais são programados podem ser explicadas por variados termos (SKINNER, 1974).

No que se refere aos estímulos adversativos, trata-se dos estímulos que atuam como reforçadores quando diminuídos ou extinguidos. Possui diferentes efeitos quando vinculados a outras formas de comportamento. Ou seja:

No condicionamento respondente, se um estímulo anteriormente neutro, como uma campainha, for frequentemente seguido, após um intervalo, de um estímulo nocivo, tal como um choque elétrico, a campainha acaba por suscitar reações, principalmente no sistema nervoso autônomo, que são sentidas como ansiedade. A campainha tornou-se um estímulo adversativo condicionado, o qual pode estar produzindo o efeito de modificar a probabilidade de

qualquer comportamento positivamente reforçado que esteja em andamento (SKINNER, 1974, p. 54).

As curtidas e os comentários nas redes sociais funcionam nos mesmos moldes retromencionados, tanto para aumentar as probabilidades de determinados comportamentos ocorrerem, como também serem diminuídos ou completamente extinguidos. Dessa forma, determinadas posturas, fotos, opiniões, da qual o grupo limitado de interações – amplificado através dos algoritmos – discorda, menor a probabilidade de novas ocorrências daqueles comportamentos.

Isso favorece, novamente, o viés de confirmação do indivíduo, reunindo cada vez mais indivíduos semelhantes entre si e promovendo uma ilusão de consenso social. Essa análise, extrapolada ao limite, torna os indivíduos escravizados pelo grupo/coletivo cujo algoritmo o encaixou, em que a livre expressão é limitada, e, conseqüentemente, a habilidade de pensar diferente é rechaçada.

Todo esse ambiente de interação na rede social representa um conjunto de estímulos que interferem no comportamento do indivíduo. Esses estímulos possuem configurações diversas e impactam de maneiras diferentes no ambiente real e virtual, mas tanto o ambiente virtual quanto o ambiente socio-físico são reais. Isso afasta a dicotomia comumente aceita de que o ambiente virtual não seja propriamente real – mas apenas sua imitação.

Por isso, a interação virtual reproduz os mesmos comportamentos da interação social, visto que o condicionamento operante atua em face do que é verdadeiro e falso no ambiente virtual, mas esse condicionamento só é possível porque as conexões que são criadas são de fato reais. Quer dizer:

Os eventos privados de um indivíduo humano não são a causa de seu comportamento manifesto, diz Skinner, mas, ao contrário, são eventos regidos pelas mesmas variáveis ambientais que controlam o comportamento manifesto (SKINNER, 1974 apud DUTRA, 2004, *on-line*).

Em analogia, o condicionamento operante do viés de confirmação é tal qual o arranjo molecular da água: apesar das mudanças de fase da água,

sua essência permanece a mesma; ou seja, os algoritmos produzem um arranjo diferente entre os estímulos, tal qual dispõe diferentes manifestações do mesmo fenômeno [viés de confirmação].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho não buscou esgotar a temática, apenas abrir a discussão acerca de como as redes sociais têm contribuído como viés de confirmação, por vezes criando falsos consensos, bem como suprimindo o contraditório, o que é algo negativo do ponto de vista da individualidade, da coletividade e do debate público.

A perspectiva behaviorista, portanto, é capaz de fornecer um parâmetro de análise acerca de um fenômeno tão complexo e contemporâneo como o impacto das redes sociais no comportamento humano.

O viés de confirmação é um fenômeno antigo e, segundo Bacon, está presente até mesmo na comunidade científica, cujo processo deve ser – em tese – controlado pelo método científico-objetivo, amenizando os vieses de inferência. Portanto, o viés de confirmação é um fenômeno ubíquo, como propõe a revisão geral de psicologia de 1998, ou seja, permeia todos os ambientes. De tal forma, o mecanismo social construído para lidar com a imensidão de dados – o algoritmo – apenas amplifica essa característica humana antiga já documentada.

Nesse sentido, entender esse mecanismo e as limitações epistemológicas são cruciais para o ideal desenvolvimento do indivíduo e, por conseguinte, o desenvolvimento do debate público através do contraditório.

REFERÊNCIAS

ALGORITMOS: você está no controle? | Ricardo Cappra | TEDxBrasília. Brasília-Df: Tedx Talks, 2017. P&B. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wBz-xWPo1Fc>. Acesso em: 03 de ago. 2021.

BACON, F. **Novum organum**. In Burt, E. A. ed. The English philosophers from Bacon to Mill p. 24-123. New York: Random House, 1939.

DEWALL, C. Nathan. **Social Acceptance and Rejection**: The Sweet and the Bitter. Disponível em: <https://psychologicalscience.org/news/releases/social-acceptance-and-rejection-the-sweet-and-the-bitter.html>. Acesso em: 03 de ago. 2021.

DUTRA, Luiz Henrique de A. Behaviorismo. Crítica, Londres, v. 1, n. 1, *on-line*, set. 2004. Disponível em: https://criticanarede.com/men_behaviorismo.html. Acesso em: 06 de set. 2021.

KELLER, Fred. **Aprendizagem**: teoria do reforço. São Paulo: Herder e EDUSP, 1970.

MACHADO, Charles M. **Redes sociais, algoritmos e censura**: quais os limites legais dos filtros nas redes sociais? Quais os limites legais dos filtros nas redes sociais?. 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/91873/redes-sociais-algoritmos-e-censura>. Acesso em: 23 de jul. 2021.

MACKAY, C. **Extraordinary popular delusions and the madness of crowds**. 2. ed. Boston: Page, 1932.

MILL, John Stuart. **On Liberty**. ed. Canada: Kitchener, 2001.

NICKERSON R.S. **Confirmation Bias**: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psychology*. 1998, p. 175-220. Disponível em: [doi:10.1037/1089-2680.2.2.175](https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175). Acesso em 23 de jul. 2021.

SKINNER, B. F. Sobre o Behaviorismo. Trad. Maria da Penha Villalobos.ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1974.

ARTIGOS - TEMAS CONTEMPORÂNEOS

A BUSCA DA ORDEM COMO PRETEXTO PARA A REDUÇÃO DAS LIBERDADES: DA QUEDA DA REPÚBLICA À ASCENSÃO DO IMPÉRIO GALÁCTICO EM STAR WARS

*Johnattan Martins Pinheiro*⁴⁵

*Denison Melo de Aguiar*⁴⁶

INTRODUÇÃO

A mente humana é deveras complexa. Cada ação do indivíduo con-substancia-se em diversas necessidades imanentes à humanidade, dentre as quais segurança de espírito, poder, integração e aceitação social, sexo e controle. No entanto podem-se resumir estas necessidades em duas: segurança, que neste artigo chamar-se-á ordem, e o poder, o qual abarca a capacidade de satisfação humana, quer seja física ou psíquica, conclamada

45 Discente do curso de Direito do Estado do Amazonas. Membro da Clínica de Mecanismos de Soluções de Conflitos da Universidade do Estado do Amazonas (MARbiC-UEA). Bolsista CNPq do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica 2021-2022.

46 Graduado em Direito pela Universidade da Amazônia. Advogado. Mestre em Direito Ambiental pelo Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas (PPGDA-UEA). Professor Permanente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais (PPGD-UFMG). Coordenador da Clínica de Mecanismos de Soluções de Conflitos da Universidade do Estado do Amazonas (MARbiC-UEA).

neste artigo como liberdade. Todavia, é um trabalho sisifesco regular o bom convívio do conjunto humano, comumente intitulado de sociedade.

Neste choque entre a necessidade de liberdade e do convívio seguro, pode-se notar que há predileção, mesmo que negada pela comunidade, da segurança em prol da liberdade, onde a sociedade se conforma em abdicar de parcelas de liberdade para galgar maior segurança. Isto é uma situação normal, todavia há situações, momentos de crises, cada vez mais comuns na sociedade pós-moderna, em que o clamor por ordem é tamanho que a liberdade se torna um sonho de uma noite de verão. A sociedade fica, por sua própria vontade, privada de uma necessidade imprescindível, a liberdade, a égide de toda a sociedade ocidental.

O objetivo deste artigo é analisar como o Lord Sith Darth Sidious, principal antagonista da franquia *Star Wars*, conseguiu de maneira discreta e com o apoio das classes políticas e populares reduzir paulatinamente a liberdade da galáxia e aumentar seu poder até o momento em que conquista o poder total e transforma a República Galáctica, instituição com mais de 1.000 anos de existência, no tirano Império Galáctico. Além disso, atribui a si mesmo o cargo de imperador, sem ninguém desconfiar, utilizando o clássico sistema de intervencionismo estatal. Esta análise gera uma reflexão eficiente de como o processo da perda de liberdade em prol da ordem se dá.

Esta pesquisa é socialmente relevante, uma vez que a partir do século XX percebe-se uma tendência mundial em democracias se tornarem ditaduras, e infelizmente os discursos totalitários não ficaram no século XX mas se arrastaram até a contemporaneidade e ganharam força, como Alemanha, Itália, Argentina e Brasil, sempre utilizando como pretexto a busca da ordem e do bem-estar social.

A metodologia utilizada foi teórica-bibliográfica e documental, tendo como gênese a pesquisa bibliográfica acerca da concepção de liberdade individual e ordem, centrando-se em como ambos são efetivados nas teorias de Jellinek, Mises, Hayek. Em um segundo momento, foi realizada uma pesquisa teórico-bibliográfica sobre *Star Wars*, centrando-se na trilogia inicial abarcando “A ameaça fantasma”, “Ataque dos Ccones”, “A vingança dos Sith”, bem como os comentários de George Lucas e o universo expandido de modo a compreendê-lo e, desta forma, estabelecer um paralelo entre “*a galaxy far far away*” e a Via Láctea.

Desta forma, neste artigo questiona-se o seguinte: como os Sith conseguiram perverter a população da galáxia, fazendo com que os mesmos abdicassem paulatinamente de sua liberdade até o momento em que o Império Galáctico foi estabelecido? Como tal situação faz eco com o acontecido com a humanidade no século XX e agora? Como se dá a proporção entre a ânsia pela ordem e a concessão da liberdade?

1. A LIBERDADE E A VIDA EM SOCIEDADE

Os seres humanos são entidades sociais, pois necessitam de outros de sua mesma espécie (ARISTÓTELES), pois somente em conjunto, uma espécie sem apetrechos naturais, *vg.* garras, dentes afiados ou pele rígida, pode enfrentar, e sobreviver as ameaças externas. Todavia, ao viver em comunidade, outros problemas exsurtem. Aquela liberdade humana primitiva, fazer o que quiser, ou o que os instintos impulsionam a fazer, deve ser mitigada para o bem-estar e segurança da própria comunidade.

Tal segurança parte do pressuposto de que é necessário garantir a segurança mútua dos indivíduos, não apenas de ameaças externas, mas internas também (HOBBS, 2006). É imperioso que alguém receba as partes de liberdade, poder, individual dos membros da sociedade para administrá-la, concedendo, além do poder, a legitimidade para dispor do mesmo, se necessário, para o cumprimento das leis estabelecidas (BOBBIO, 2014). Perfaz seu administrador no *Leviatã*, o mal necessário para a vivência comunitária com o mínimo de segurança necessária (HOBBS, 2006). Rememora a primeira lei da alquimia, não se pode obter algo sem primeiro dar algo em troca. Para obter, é necessário perder algo de igual valor (ARAKAWA, 2002). E a liberdade é o preço da ordem.

1.1 A LIBERDADE

A palavra *liberdade* é um dos conceitos linguísticos mais intrínsecos ao ser humano, principalmente aos quais vivem sob a égide da sociedade ocidental. Guerras, revoluções e um infundável derramamento de sangue foram deflagrados em nome desse ideal. Pessoas morreram por ela, mas ainda hoje é um trabalho sisifesco delimitar onde termina e liberdade e começa a tirania.

Para uma melhor análise da temática proposta neste artigo, faz-se mister compreender a origem etimológica da liberdade para que não ocorra devaneios cognitivos. Conforme a visão helenística, Ἐλευθερία (Eleuthería), liberdade, significa a possibilidade do corpo mover-se sem restrições, excluindo assim a esfera da psique, constituindo uma qualidade do cidadão, possuindo, deste modo, um viés estritamente político. Desta feita, a liberdade pode ser facilmente substituída pelo termo *poder*, uma vez que era percebida como a possibilidade (poder) de se movimentar sem obstáculos, tais quais físicos, doenças, ou políticos, ordem do senhorio (BARBOSA, 2014).

A expansão da terminologia liberdade para abarcar a ideia de vontade prescindida do agir, um querer desvinculado do poder, mas aninhado no ser, somente ganhou o título de liberdade de consciência, e dessa forma importância política, no Iluminismo (HOBSBAWM, 1996). Fora, então, percebida a paradoxal circunstância onde um Estado, dito defensor da liberdade, utilizasse da coação contra seus cidadãos com o fito de levá-los a divergir de sua consciência e, a partir de então, várias teorias foram criadas para superar tal obstáculo.

Mas é com George Jellinek que se passou a vislumbrar a compreensão atual de liberdade. Sua teoria dos quatro *status* defende que o indivíduo pode apresentar-se diante do Estado: com absoluta submissão, em razão dos deveres a ele imposto, *status subiectiones*; com uma esfera de liberdade onde o Estado não pode intervir, *status libertatis*; exercendo seus direitos políticos com o fito de interferir na vontade do Estado, *status activus civitatis*; e exigindo do Estado algum tipo de prestação em favor do indivíduo, *status civitatis* (SARLET, 2012 p. 96.).

1.2 A ORDEM SOBRE O CAOS

Uma existência desordenada é uma existência confusa e infeliz. Caso uma sociedade decaia a um estado de desordem geral, é fatídica a extinção de uma gama de sua membresia. E se seus membros estão imersos em espírito de desordem, a ordem exterior da comunidade não irá subsistir por muito tempo (KIRK, 1996, p. 5). Portanto, é imperioso estabelecer ordem em meio ao caos, mas o que seria este conceito indispensável para a análise dos fenômenos sociais complexos, uma vez que desempenha a

mesma função que o conceito de lei quando se analisam fenômenos mais simplistas (HAYEK, 1985, p. 35-36).

Seria o direito de fazer leis, aplicando a pena de morte, ou *in eo quod plus est semper inest et minus*, qualquer pena menos severa, objetivando regulamentar e preservar a propriedade, não apenas materialmente, mas em sentido lato, abarcando as posses psíquicas e materiais, assim como de empregar a força da comunidade para a execução de tais leis e a defesa da república contra as depredações do inimigo, tudo isso tendo em vista apenas o bem público (KIRK, 1996, p. 33; LOCKE, 2014).

1.3 MODERNIDADE: A ORDEM FRAGMENTADA E A COLA DO LAW AND ORDER

Quando o obelisco da ordem é erguido sobre as areias do oceano do caos sem fundamento algum, é questão de tempo sua ruína. Por conta desta ausência de sustentação, por não haver harmonia entre a ordem individual e externa, é necessário estabelecer outra pedra angular para estabelecer a comunidade, e a escolhida foi o monopólio estatal da violência (WEBER, 2011). Criou-se um processo de panpenalização, o qual é a banalização do direito penal, atribuindo ao direito penal um papel que não é dele, de estabilizador social (LOPES JR, 2018). Entretanto, tal situação é insustentável, uma vez que enseja uma necessidade cada vez maior de reduzir as liberdades da sociedade, transformando o cidadão em ameaça em potencial. Consubstancia-se em ser submetido legalmente às leis da sociedade, mas de fato está submetido às leis da natureza, segundo as quais cada um é “obrigado não apenas a conservar sua própria vida” e não abandonar voluntariamente o ambiente onde vive, mas também, na medida do possível e todas as vezes que sua própria conservação não está em jogo, “velar pela conservação do restante da humanidade”, ou seja, salvo para fazer justiça a um delinquente, não destruir ou debilitar a vida de outra pessoa, nem o que tende a preservá-la, nem sua liberdade, sua saúde, seu corpo ou seus bens (LOCKE, 2014).

Todavia, a linha que separa o justo do injusto é tênue e a paixão do momento pode nublar a razão. Já que este fetiche penalista é como um buraco negro, nada que for jogado nele o saciará, apenas o fará crescer tanto quanto sua fome. Abarrotando os tribunais e aumentando a sensação de

perigo e insegurança, o qual como solução promove a aplicação do direito penal aumentando as penas e endurecendo-as; fechando-se um ciclo de caos (LOPES JR, 2018).

É de suma importância a necessidade de não se olvidar do real papel do direito penal. Ele não tem como objetivo ser um instrumento de vingança privada ou estabilizador social. Nas palavras de James Goldschmidt (2000), os princípios da política processual de uma nação não são outra coisa que segmentos de sua política estatal em geral. Pode-se dizer que a estruturação do processo penal é um termômetro dos elementos corporativos ou autoritários de sua Constituição. É uma máscara para enganar a sociedade, conferindo a ela a falsa sensação de segurança com a ilusão de reduzir a criminalidade com um direito penal e processual hirtto (LOPES JR, 2018).

2. DE STAR WARS PARA O PLANETA TERRA

A psicologia aponta diversos fenômenos nos quais o indivíduo cria diversas defesas para o seu ego, o que dificulta a assimilação de seus próprios erros e doravante sua evolução. Esta defesa aparece como uma forma de censura por parte do ego do paciente à ideia ameaçadora, forçando-a a se manter fora da consciência, sendo a resistência – em admitir algo, no caso em questão, suas próprias falhas – é o sinal externo desta defesa (GARCIA-ROZA, 2009, p. 38) com fito de censurar um conjunto de ideias que despertam sentimentos de vergonha e dor (GARZIA-ROZA, 2009, p. 153). Todavia, uma estratégia magistral para burlar essa proteção egocêntrica é projetar o comportamento ou situação que deseja ser trabalhada para uma situação hipotética, através dos arquétipos.

Star Wars, principalmente os episódios I, II e III, tem o objetivo de mostrar como o Império foi criado, expondo como uma sociedade passa de democrática a ditatorial, mas não com enfoque de sua derrubada por golpes de estado, mas como a democracia espontaneamente se empresta ao tirano, e ao mesmo tempo contrastar como uma história pessoal, Anakin Skywalker, sobre como uma pessoa se torna má (STAR WARS, 2013). Serve, portanto, como alegoria perfeita entre as relações entre a política e seus reflexos internos, desordens no campo psicológico dos indivíduos e externos, referentes ao ordenamento social, como observado

na trama entre Palpatine e Skywalker. Além do que, como *Space Opera*, os filmes são compostos como se fossem uma única música. Vários temas acontecem simultaneamente orquestrados como uma obra musical, com seu tema melódico e contínuo (STAR WARS, 2013).

2.1 CONVERGÊNCIA ENTRE AS GALÁXIAS

Quando se analisam conceitos que estão tão intrinsicamente ligados ao existir da sociedade, como liberdade e ordem, é difícil perceber, no presente, suas particularidades (INOUE, 2009). O risco de uma democracia entregar seus poderes ao tirano acontece, frequentemente, sendo menos coincidência e mais precedente histórico (STAR WARS: EPI-SÓDIO III, 2005), *vg.* o Senado Romano conferindo o poder a Otávio Augusto, logo após ao assassinares Júlio César, o Diretório francês que coroa Napoleão como imperador da França, em sequência à decapitação Luís XVI e até mesmo depois do indolente Paul von Hindenburg, Adolf Hitler é aclamado democraticamente à chancelaria alemã.

Geralmente você imagina que um grupo assume o poder. Mas o processo é mais interessante quando o governo é entregue para compensar o fato de os representantes eleitos não concordarem em nada e serem corruptos. Portanto para limpar a bagunça, alguém precisa chegar e consertar tudo (STAR WARS, 2013).

Dessa forma, *Star Wars* demonstra ser uma narrativa praxiológica, uma vez que tem estreita relação com os potentados da vida, conforme são plenamente realizados ou cerceados e suprimidos pela ação do homem (CAMPBELL; MOYERS, 1992, p. 154). Sendo assim, através dos arquétipos vislumbrados na saga de Anakin Skywalker e suas escolhas tomadas diante de sua convicção política, servindo como causas ligadas à ascensão do império, convicções advindas do fato de Skywalker acreditar nas promessas de campanha de Palpatine, o qual afirmava, indiretamente, que a ordem política só estaria garantida se os poderes estatais fossem aumentados, pode-se conectar a ficção e a realidade de forma a analisar as mutações desta através das relações daquela (VOEGELIN, 1982, p. 147-148).

2.2 A REPÚBLICA GALÁTICA

A República Galáctica, ordinariamente conclamada como “A República”, e posteriormente rememorada como a Velha República, foi uma união democrática que governava a galáxia por mil anos antes da ascensão do Império Galáctico. Auxiliada pela Ordem Jedi, permaneceu como guardiã da paz e da justiça, permitindo a vivência pacífica, ausência de conflitos em larga escala, da galáxia por mil anos. No entanto, 32 anos antes da Batalha de Yavin, a República Galáctica sofreu sua primeira grande crise em milênios, durante a invasão de Naboo, que culminou nas Guerras Clônicas dez anos depois.

Ao analisar o regime político e, concomitantemente, econômico de Star Wars (2013), embora o termo *República Galáctica* não ofereça tantos detalhes acerca deste, passagens dos filmes da trilogia inicial trazem luz sobre esta temática. Nos créditos iniciais do episódio I, ano 32 ABY, Antes da Batalha de Yavin, percebe-se uma crise política em virtude de problemas econômicos:

A República Galáctica está em grande tumulto. Em disputa estão os impostos sobre as rotas comerciais para os sistemas estelares exteriores. Na esperança de resolver o assunto com um bloqueio de implacáveis naves de guerra, a gananciosa federação de comércio interrompe todos os carregamentos para o pequeno planeta Naboo.

Desse modo, pode-se depreender que há um modelo democrático, todavia eivado de corrupção, que se desenvolve sob um sistema altamente burocratizado de suas instituições. Além disto, há uma semelhança surpreendente entre o sistema econômico da república e o *crony capitalism*, capitalismo de compadrio, termo que descreve uma economia em que o sucesso dos negócios depende das estreitas relações entre empresários e funcionários governamentais, controlado por diversas corporações - tais como a Federação do Comércio, a Associação Comercial, o Clã Bancário. Muito regulado pelo Estado e controlado por um oligopólio de associações.

Frequentemente, a adoção do intervencionismo como modelo econômico é justificada pela crença falaciosa de este é um meio de eliminar

as pretensas falhas do mercado que na verdade são criadas justamente pela interferência estatal no processo mercadológico.

A seguinte fala do senador Palpatine à rainha Amidala em relação ao cerco em Naboo confere um panorama acerca do campo político na República:

Não há nenhuma civilidade apenas política, a república não é mais o que era antes. O senado só tem representantes gananciosos e briguentos. Não há o menor interesse no bem comum, o Chanceler tem pouco poder real. Está minado por acusações infundadas de corrupção. Os burocratas comandam (STAR WARS, 2013)

No campo político, pode-se vislumbrar que a corrupção das instituições florescida por conta do excesso de intervenção governamental e um exacerbado domínio burocrático. Tanto que ao Amidala apresentar ao senado a situação apocalíptica presenciada em seu planeta, Naboo, em virtude do bloqueio da Federação de Comércio, a resolução do Chanceler, sob a sugestão de um burocrata, foi a criação de um comitê com o fito em analisar a disputa comercial e a legalidade de uma intervenção militar. E como as cortes de justiça demoram mais a resolver as coisas que o Senado e a situação emergencial do planeta, o povo estava morrendo (STAR WARS, 2013).

Dessa forma, a sociedade perde seu temor e respeito pelo Estado, já que o mesmo, por conta de sua infundável corrupção e até mesmo de falhas internas, mostra-se infeliz em resolver os clamores da sociedade. Surge então uma figura “messiânica” com o compromisso de campanha de acabar com a corrupção e juntamente com a Ordem Jedi levar paz e prosperidade à República. Esta figura é ninguém menos que o futuro Imperador Palpatine e também Lord Sith (STAR WARS, 2013).

3. *UNLIMITED POWER*

Após a nomeação de Sheev como Chanceler da República, inicia-se a maior interferência estatal com o argumento de acabar com a corrupção. O governo paulatinamente busca a ordem social pela força. Inicia-se maior passo para a conquista do poder por Palpatine, a criação do exército da república, gerando instabilidades na frágil democracia (2013):

Há apreensão no Senado Galáctico. Milhares de sistemas solares manifestaram sua intenção de deixar a República. Este movimento separatista, sob a liderança do misterioso Conde Dookan, tornou difícil para o pequeno número de Cavaleiros Jedi manter a ordem e a paz na Galáxia. A senadora Amidala, ex-rainha de Naboo, está voltando ao Senado Galáctico para votar a delicada questão de criar um Exército da República para ajudar os combalidos Jedi.

Tal movimento seccionário, e a ameaça a desordem social trouxeram o pretexto necessário para que o Chanceler endurecesse ainda mais as amarras do poder com o pretexto de não deixar que a República que existe há mil anos rachar-se em duas (STAR WARS, 2013):

Jar Jar – Está claro que os separatistas fizeram um pacto com a Federação de Comércio. Senadores, amigos delegados, em resposta a essa ameaça direta a república, proponho que o Senado dê, imediatamente, poderes emergenciais ao Chanceler Supremo.

Palpatine – É com grande relutância que eu concordo com esta convocação. Eu amo a democracia. Eu amo a República. Do poder que me deram eu abdicarei quando esta crise for contornada. E como o meu primeiro ato com este novo poder, criarei um exército da República para conter as crescentes ameaças dos separatistas.

Quando algo ameaça o indivíduo ou a coletividade, inicia-se uma resposta psíquica chamada de gatilho de memória. Este é definido como um fenômeno no qual o inconsciente faz análises imediatas em razão de determinado estímulo, gerando cadeias de pensamento e reações emocionais que travam a liberdade de pensar (CURY, 2010). Através de um pretexto de ameaça, o “defensor da liberdade” torna-se a própria ameaça para a liberdade.

3.1 AS GUERRAS CLÔNICAS

As Guerras Clônicas foram o conflito galáctico para determinar a sobrevivência da República Galáctica ou a independência da Confederação de Sistemas Independentes durante os três últimos anos da República. Essa situação de desordem trouxe também uma grande histeria, pois a re-

pública está desmoronando sob os ataques dos Separatistas. Há heróis dos dois lados, mas o mal está por toda a parte (STARWARS, 2013).

Através desta falsa guerra, os cidadãos do núcleo da galáxia clamaram por proteção e o exército foi recebido com alívio, mesmo significando a repressão em longo prazo. Rapidamente, o Chanceler possuía um exército sob seu controle, e os senadores, temendo ser taxados de desleais e por fim inelegíveis, apoiaram todas as medidas necessárias para garantir o poder centralizado na figura do Chanceler (WALLACE, 2015). Já os Separatistas, unidos somente para defender seu lucro, nem perceberam as tramas decididas pelo lado negro até que fosse tarde.

Os Jedi, os únicos que se opuseram à guerra, não tiveram muita escolha, pois foram forçados a lutar para evitar o escárnio público. Além de que a imprensa, HoloNet, controlada pelo Chanceler, levou a população a temer os Jedi e ver os clones e o Chanceler como heróis (WALLACE, 2015).

3.2 O FLERTE ENTRE O POVO E O TIRANO: ANAKIM E PALPATINE

Antes de mais nada, para que uma democracia abdique de sua liberdade aos arbítrios de um tirano, é necessário que este convença aqueles. Não somente um conjunto de ações, mas uma relação de convencimento é necessária, e a relação da queda de Anakin retrata magistralmente os passos para o convencimento da população.

Ao analisar a relação ditador-população influenciada, é necessário ressaltar o conflito entre a primeira e a segunda realidade (VOEGELIN, 1982), a ideia da figura messiânica que resolverá todos os problemas do mundo. A idealização da necessidade de um herói que livre a sociedade de seres malignos, evocando assim um pensamento puramente maniqueísta. Alguém que se considere o único com o poder e a coragem necessária para realizar essa limpeza e instaurar uma “ordem justiça”, ou melhor, do que ele acredita ser a justiça.

Anakin é um cavaleiro Jedi que já foi escravizado, e que acredita que os problemas sociais e políticos podem ser resolvidos através de “alguém sábio que convença as pessoas a chegarem a um acordo”, independentemente se isso for uma ditadura, contanto que funcione (STAR WARS,

2013). Advoga a ideia de que a concentração do poder de *imperium* representaria avanços benéficos à atuação governamental em prol das pessoas, uma vez que significaria “menos burocracia e mais ação” (STAR WARS, 2013).

Todas as convicções humanas são resultado de alguma conexão causal que se acredita ter sido observada. Acredita-se em algo por causa de algo. Todavia, o ser humano concentra-se no efeito, e este não precisa ser verdadeiro para convencer outra pessoa, apenas precisa ser lógico linguisticamente. Tais objetos rotulados como efeito podem até mesmo ser opostos (FEXEUS, 2016). O cérebro humano prefere opções que soem linguisticamente razoáveis. E a ideia de que o aumento da causa produz mais efeito é recepcionado como uma verdade universal. Dessa forma, se o problema é justamente muita burocracia e discussões que não levam a nada, tende-se a inferir que quanto menos burocracia e discussões, menos problemas existirão. Este pensamento já estava na mente de Anakin, e Palpatine utilizou-se dele para ajudá-lo a obter o poder total.

Seu estratagema consistiu em gerar desconfiança em Anakin, instigando-o a acreditar que os Jedi queriam assumir o poder e que ele era o baluarte final da democracia. Para galgar tal ardil manipulatório, Palpatine utiliza-se do recurso da imaginação diabólica, consistindo em um método segundo o qual não se aceita nenhum critério objetivo de diferenciação entre o bem e o mal, tendendo à contemplação deleitante do sub-humano e perverso (KIRK, 1996, p. 105).

Relativizam-se valores e princípios em prol de um projeto visando a um “bem comum”, mas se não há um guia principiológico exterior fixo, os indivíduos são facilmente manipulados através da psicoadaptação, a crer que as ações realizadas pelo governante são para o bem comum, mesmo quando se cometem atrocidades. Um dos motivos inconscientes mais importante que levaram uma parte do povo da Alemanha - berço da cultura e ideias humanistas - a cometer atrocidades contra as minorias na Segunda Guerra Mundial foi justamente a psicoadaptação (CURY, 2011).

Uma democracia sem valores é facilmente transmutada em um totalitarismo institucionalizado ou estruturalizado, como os anais da história atestam. Por isso é importantíssimo não transmutar o *status libertatis* em *status subjectiones* com o pretexto de isso ser *status civitatis*. É necessário relembrar que a atuação do Estado não é neutra. Não pode o direito servir

como meio de coagir alguéma determinada conduta se esta não possuir uma justificativa plausível, e não meras conclamações esdrúxulas de “bem comum”, “ordem pública” ou “bons costumes”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise feita neste artigo, volta-se à pergunta balizadora: o que faz o uma democracia abdicar, espontaneamente, das liberdades deste regime democrático, vindo a permitir que o governante utilize o direito instituído para fazer sua vontade? E como a saga *Star Wars* permite esta análise?

Um dos acontecimentos mais drásticos do século XX foi a mudança estrutural da sociedade, implícita na vitória do ideal de segurança sobre o de independência. O Estado expandiu, com ajuda dos intervencionistas, sua potestade sobre a sociedade. A liberdade quase se torna praticamente um escárnio, pois só pode ser obtida por sacrifício de grande parte das coisas boas da vida. É mais fácil seguir alguém que lhe garanta suas necessidades básicas do que buscá-las por si próprio (HAYEK, 2010).

Observa-se que em momentos de crises políticas ou econômicas, regimes ditatoriais, concomitantemente intervencionistas e centralizados, são vistos pelos cidadãos, diante de um contexto de crise, desordem institucional e social, como a melhor saída, como o salvador da pátria. Uma vez que se mostra a solução ideal para as falhas decisórias. No entanto, essa ordem é um sonho de uma noite de verão, uma vez que é, nada mais que uma neurótica substituição da realidade por um signo deturpado da mesma. Pois a neurose social detesta despontamentos, sonha-se com um mundo onde vontade do neurótico é decisiva, que ele é o ditador, de maneira a apoiar a ditadura alheia por achar que o ditador faz o que necessita ser feito.

Os seres humanos são organizados psicologicamente para viver em grupo, pois este oferece uma proteção que dificilmente se obtém em isolamento. Todavia, ao viver em grupo, dispara-se um gatilho mental que infere que o grupo cuidará dos indivíduos. Estes, então, abandonam sua capacidade analítica e defesas individuais (CURY, 2010).

Os problemas intrínsecos da democracia servem de ponto fulcral à expansão do poder estatal em detrimento da liberdade, pois a sociedade

psicoadaptou-se à agressividade e ao medo, em virtude da imersão em estímulos de competição predatória, individualismo, crise do diálogo e velocidade das transformações sociais. Reage-se sem pensar. Nas palavras de Palpatine, o império tem uniformidade em seus símbolos e sua ideologia, o que torna mais fácil constranger aqueles que não lhe pertencem e torná-los objeto da fúria da galáxia. Inculca-se a ideia de que aqueles que não se adaptam são inimigos, e inimigos devem ser destruídos (WALLACE, 2015).

A causa disto é que a sociedade se tornou preguiçosa e relapsa. A democracia foi, em grande maneira, sobrevalorizada como um fim em si mesmo, como um instrumento de defesa da liberdade, justiça e ordem. Criou-se um democratismo que transformou o processo de escolhas políticas em um fim em si mesmo, ameaçando os princípios sociais os quais se almejava proteger. Contenta-se em um período regular votar em seus representantes e a responsabilidade social termina aí. Esquece-se que o Estado, o Leviatã, não é o salvador da pátria; é o mal necessário. E quanto mais possibilita a entrada na esfera privada, mais os cidadãos se tornam escravos, não possuindo nem a liberdade, nem a segurança.

Em busca de melhorias e de um futuro sob as estrelas do sucesso e liberdade, é indispensável a análise do passado e dos eventos que trouxeram a sociedade até o momento presente. Cortar ligações com tais conhecimentos é a chave para a queda nos mesmos lamaçais do ontem.

Mudanças legais devem ser pensadas e analisadas, e não tomadas no imprudente afã da vanglória e agrado social; as leis foram feitas para conter o Estado, e não para dar mais poder a ele sobre seus cidadãos. Os autores das maiores atrocidades que se tem registro sempre foram aqueles que possuíam uma capacidade ínfima para questionarem a si mesmos e dessa forma aprenderem. Independentemente do nível acadêmico ou social, quem vive verdades absolutas usa o poder para dominar os que o cercam, e os que não são dominados são exterminados (CURY, 2011).

REFERÊNCIAS

ARAKAWA, Hiromu (2001-2010) **Fullmetal Alchemist**. Vol. 1-27. Tokyo: Square Enix, 2010.

- BARBOSA, Renato dos Santos. **A relação entre as noções de eleutheria e autárquia na filosofia de Epicuro**. 2014. 118 f. Dissertação (Mestrado em Metafísica) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/16520>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- BOBBIO, Noberto. **Teoria do ordenamento jurídico**. Brasília: UNB. 2014.
- CAMPBELL, Joseph; MOYERS, Bill. **O poder do mito**. São Paulo: Palas Athena. 1992.
- CURY, Augusto. **O mestre da vida**. Rio de Janeiro: Sextante. 2010.
- FEXEUS, Henrik. **Jogos de poder**. Trad. Daniela Barbosa Henriques. Petrópolis: Vozes. 2016.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 24.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2009.
- GOLDSCHMIDT, James. **Problemas jurídicos y políticos del proceso penal**. Editorial B de f. Argentina, 2000.
- HAYEK, F. A. **Direito, legislação e liberdade: Uma nova formulação dos princípios liberais de justiça e economia política**. vol. 1: Normas e ordem. apes. Henry Maksoud. Trad. Anna Maria Capovilla *et al.* São Paulo: Visão, 1985.
- _____. **O caminho da servidão**. 6ed. São Paulo: LVM Editora. 2010.
- HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- HOBSBAWM, Eric J. **A era das revoluções**. 9.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- INOUE, Joe. **Closer**. 2009. Disponível em: <https://www.ouvirmusica.com.br/inoue-joe/1362353/traducao.html>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- KIRK, Russell. The tension of order and freedom in the university. In: **Redeeming the time**. Wilmington: ISI Books. 1996.
- LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo civil**. São Paulo: Edipro. 2014.

- LOPES JR, Aury. **Fundamentos do processo penal**: introdução crítica. 4ed. São Paulo: Saraiva. 2018.
- MISES, Ludwing von. **Crítica ao intervencionismo**: estudos sobre política econômica a e ideologia atuais. Trad. Arlette Franco. 3ed. ver. e ampl. São Paulo: LVM Editora.2019.
- PINHEIRO, Johnattan Martins; AGUIAR, Denison Melo de; LIMA, Adriana Almeida. **A influência da pós verdade e da modernidade líquida na resolução consensual de conflitos**. In: Alessandra Bentes T. Vivas *et al.* (Orgs.). Intedisiplinaridade das políticas públicas. Rio de Janeiro: Pembroke Collins. 2019. v. 1. p. 774-90.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **Eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.
- STAR WARS A NOVA TRILOGIA**. Direção: George Lucas. Produção: Rick Mc Callum. Roteiro: Jonathan Hales. Intérpretes: Hayden Christensen; Ewan McGregor; Natalie Portman; Anthony Daniels e outros. Manaus: S2G Brasil. 2013. DVD (6 horas e 57 minutos).
- VOEGELIN, Eric. **A nova ciência política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.
- WALLACE, Daniel. **O livro dos Sith**: segredos do lado negro. 2ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2015.
- WEBER, Max. **Ciência e Política**: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2015.

CIDADANIA *VERSUS* DIREITOS HUMANOS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

*Antonio Guedes Cavalcante Júnior*⁴⁷

INTRODUÇÃO

Os direitos humanos, como salienta Piovesan (2009) citando Hannah Arendt, não são um dado, mas são um construído, uma invenção humana em constante processo de construção e reconstrução. Dessa forma, a afirmação dos direitos humanos é resultado de anos de lutas e de vidas perdidas, de pessoas que renunciaram à sua própria liberdade em prol de uma conquista coletiva, ou seja, não pertence a uma pessoa especificamente ou um grupo singular, mas a toda a humanidade. Quando alguém fere um direito humano, em verdade, está a ferir um direito que também é seu.

Historicamente, a primeira evidenciação de direito humano percebida, se deve ao Ciro, antigo rei da Pérsia, que ao conquistar a Babilônia em 539 a.c., libertou todos os escravos e os declarou livres e iguais, no que ficou conhecido como “cilindro de Ciro”, uma peça de argila em forma de cilindro que continha os chamados “Princípios de Ciro”.

Depois, outras formas de materialização dos direitos humanos surgiram, porém, muito tardiamente, como se verifica na independência dos

47 Engenheiro de Produção Mecânica (2008), Pós-graduado MBA em Logística Empresarial (2012), Pós-graduado em Educação Profissional e Tecnológica (2019), Mestrando em Planejamento e Políticas Públicas – Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professor do Instituto Federal do Ceará – IFCE.

Estados Unidos da América em 1776 com garantia do direito à vida, à liberdade e à busca pela felicidade. No mesmo passo, a Revolução francesa, ocorrida em 1789, sob os auspícios do iluminismo trouxe à baila os fundamentos de igualdade, fraternidade e liberdade.

Já o século XX, certamente um dos mais marcantes da história humana, sobretudo pelos acontecimentos das duas grandes guerras mundiais, que juntas exterminaram grande quantidade de vidas humanas, além de ter sido o momento histórico que mais se presenciou violações aos direitos humanos.

Devido a essas atrocidades e ao ambiente de incerteza e insegurança global, em outubro de 1945, foi criada a ONU – Organização das Nações Unidas, cujo objetivo foi firmar um pacto cooperativo de paz entre as nações e, em dezembro de 1948, na cidade de Paris foi assinada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Composta de 30 artigos, nos quais consagra expressamente aqueles direitos básicos que todo ser humano possui.

Além de tabular esses direitos básicos, a mesma carta declama a sua indivisibilidade e inalienabilidade e, a doutrina jurídico-política atribui, por sua vez, uma ampla gama de características fundamentais a tais direitos, quais sejam: universalidade, interdependência, interrelacionaridade, imprescritibilidade, historicidade, irrenunciabilidade, vedação ao retrocesso, efetividade etc.

Destarte, percebe-se, claramente, os desafios decorrentes da sua implementação quanto a confluência de questões, por vezes, antagônicas: universalismo *versus* relativismo cultural, laicidade estatal *versus* fundamentalismos religiosos, respeito à diversidade *versus* conservadorismo, reconhecimento *versus* redistribuição, nacionalismo *versus* globalismo.

1. CONCEITO DE CIDADANIA

Na busca de um conceito científico de cidadania, invocou-se pesquisa literária sobre aqueles que dedicaram suas trajetórias ao estudo das ciências políticas e sociais. Nesse ínterim, visitando Benevides (1993), percebe-se, com certa brevidade, que a ideia moderna de cidadania teve seu início nos ventos da revolução francesa. Contudo, também herdou as suas ambiguidades, como por exemplo: a significação da palavra cidadão, a correlação existente entre cidadania e democracia ou o que seriam

direitos do cidadão e direitos do homem? Nesse passo, a ilustre autora analisa questões emblemáticas acerca do quanto alguém pode ser mais ou menos cidadão. Ao delinear slogans cunhados pelo marco revolucionário, como “ter um coração francês entende-se ser patriota”, ela indaga: seria também suficiente ao camponês, ao intelectual, ao burguês? Todos seriam patriotas e, portanto, cidadãos com mesma estatura?

Nessa senda, ao localizar-se geograficamente à realidade brasileira, a autora entende que também existem ambiguidades tanto na esquerda – para essa vertente ideológica, muitas vezes cidadania é apenas aparência de democracia enquanto discrimina cidadãos de determinadas classes; quanto na direita – que enxerga a igualdade como uma força ameaçadora e, assim, a hierarquização das classes é algo legítimo.

Já quanto ao aspecto jurídico-constitucional, cidadão é o sujeito portador de direitos e deveres legais – possui um vínculo jurídico com o Estado e, quanto ao quadro da democracia liberal, cidadania seria um conjunto de liberdades individuais, tais como: liberdade de locomoção, de expressão, de integridade física, de participação política etc.

Dito isso, fugindo ligeiramente da política estrita e ingressando no mundo predominantemente jurídico, é necessário diferenciar termos como Liberdades, Direitos e Garantias. Liberdade, por seu turno, significa uma abstenção, possui uma acepção negativa ou um “não fazer” por parte de terceiros, seja o Estado ou um particular, nas esferas jurídicas do seu titular.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

II – Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

XV – é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens; (CF, 1988).

Já Direito representa uma conotação afirmativa, uma acepção positiva ou um “fazer”, geralmente por parte do Estado. Por exemplo:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (CF, 1988).

Por fim, as Garantias são os mecanismos ou “remédios jurídicos” que tornam efetivos os direitos e as liberdades.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

LXVIII –conceder-se-á habeas corpus sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;

LXIX –conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por habeas corpus ou habeas data, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público (CF, 1988);

Após construir toda a sua análise acerca da cidadania e de diferenciar liberdades, direitos e garantias, Benevides (1993), citando, desta feita, a autora Marilene Chauí, afirma que que a cidadania se define pelos princípios da democracia, significando necessariamente conquista e consolidação social e política. Nesse passo, ela continua,

A cidadania exige instituições, mediações e comportamentos próprios, constituindo-se na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares) e na definição de instituições permanentes para a expressão política, como partidos, legislação e órgãos do poder público (BENEVIDES, 1993).

Da definição de cidadania acima, percebe-se com clareza os elementos de atuação popular para construir um ambiente democrático. A mera

capacidade ativa de votar, apesar de usada juridicamente como parâmetro objetivo para se definir cidadão, em tese não seria suficiente para o definir politicamente, caso este não tivesse a sua disposição outros instrumentos de participação/construção na esfera política.

Nesse diapasão, convém acrescentar que o direito ao voto foi uma conquista imensurável. Porém, insuficiente para determinar a cidadania de alguém. Torna-se mais evidente, compreender a cidadania com uma construção social e política, por meio da qual, os eleitores possam exercer suas faculdades de forma contínua e direta, seja por meio referendo, plebiscito, iniciativa popular ou quaisquer instrumentos que lhes possibilite encaminhar seus interesses.

Após rápidas reflexões acerca do que seja cidadania em Benevides (1993), faz-se necessário buscar outras acepções e, por conseguinte, um novo olhar, que não seja contraditório, mas ao menos, olhado de outra perspectiva. Dessa forma, Gorczewski e Tauchen (2008), postos na baila, definem cidadania como sendo:

A qualidade ou direito do cidadão; e cidadão como o indivíduo no gozo de direitos civis e políticos de um Estado. A ideia de cidadania está sempre ligada a um determinado Estado, e em geral expressa um conjunto de direitos que dá ao indivíduo a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu Estado.

Analisando, sem muita reserva o construído acima, verifica-se uma amplificação do conceito de cidadania. Partindo-se do trecho “a cidadania é a qualidade ou direito de ser cidadão”, parece-me à primeira vista, uma vaga obviedade. Ora, do meu entender, sou inclinado a afirmar que só há cidadania entre cidadãos, é uma condição *sine qua non*; porém, a recíproca é verdadeira? Será que ser cidadão, na acepção jurídica do termo, obrigatoriamente, aflora uma realidade política na qual se possa afirmar, sem ponderações, que há uma cidadania? O que dizer de Estados transfigurados de “democráticos”, mas, a bem da verdade, usa-se de mecanismos de sabotagem política e social. Sobretudo, os sistemas eleitorais como forma de maquiagem juridicamente uma falsa democracia.

Pode se afirmar, com precisão matemática, que nesses supostos Estados há um ambiente de cidadania, construído e afirmativo, conforme

redigidos jurídicos que materializa em suas nítidas linhas tais direitos? Da minha parte, sou levado a acreditar que a codificação literária, por si só, não garante o exercício da cidadania.

Nesse passo, ao recorte “[...] e cidadão como o indivíduo no gozo de direitos civis e políticos de um Estado [...]”, partiria, como forma de opinar, das seguintes indagações: gozo factual/material? Ou gozo jurídico/formal? Iniciando por esta, toda a discussão acima, também, vale aqui – a mera impressão jurídica de um direito, seja político-social, seja de qualquer outra natureza, não é garantia de seu exercício, mas apenas a expectativa de realização. Quanto àquela, de fato, acredito que possa haver cidadania sem mesmo existir um documento, uma carta, um código etc. delimitando ou esquadrejando o que sejam direitos e, como estes possam ser efetivamente consubstanciados.

O problema que surge, desta feita, é: como cidadania está intimamente vinculada ao Estado, precisa se definir Estado e, a depender do nível de relativização adotado, há necessidade de se a temporalizar o conceito de cidadania. Porque veja, se cidadania está vinculada a ideia de Estado e, este é definido juridicamente como a confluência de um povo, em um território, organizado sob um determinado governo, toda a discussão acima precisa ser revisada e sem mais delongas, concluída; no sentido de que cidadania deixa de ser um conceito político e passa a ser um construído jurídico, delimitada sobre as balizas outorgadas numa carta contratual.

Porém, noutra acepção, que se relativize o conceito jurídico de Estado, pode-se analisar cidadania de outro ângulo. Neste, o foco deixa de ser o codificado, metodologicamente esquadrinhado; para ser o factual, o dia a dia de um povo, de uma comunidade. Nessa lógica, o conceito de cidadania remontaria, então, aos primeiros assentamentos coletivos humanos, nos quais aquelas comunidades fincadas em determinadas regiões geográficas e estabelecidas sob costumes e regras comuns de boa ou aceitável convivência, sem dúvidas, praticavam a cidadania ao seu modo e, certamente, exerciam seus direitos sociais e políticos e, eram, talvez, bem mais ativos politicamente do que alguns dos atuais povos. Então, só restam duas alternativas: ou o conceito de cidadania está ligado a um Estado juridicamente parametrizado por uma constituição, um código de condutas e, sendo assim, há a possibilidade de uma mera ficção. Pois, conforme já retratado, não há garantia da sua prática de forma plena; ou cidadania tem

a ver com um estado, um contexto político e social e dessa forma, as balizas são as práticas de convivência coletiva costumeiramente aceitáveis e, neste caso, plenamente praticada.

2. CONCEITO DE DIREITOS HUMANOS

Ante o exposto, verifica-se uma forte ligação entre cidadania e Estado, uma vez que se torna cidadão, de modo jurídico, por meio de um vínculo estabelecido entre determinado cidadão e o seu respectivo Estado, vínculo inevitável com território e, portanto, uma “nacionalidade”. Mais, além disso, percebe-se que se deve haver um reconhecimento exterior. Cito isso, baseando-me naqueles grupos, historicamente homogêneos e fincados em um determinado território, como os Curdos – grupo que vive, sobretudo no leste da Turquia, porém, sem carta jurídica reconhecida internacionalmente e, portanto, não possuidores de Estado, nem de cidadania.

Daí, resgatando Gorczewski e Tauchen (2008), enquanto a cidadania está intimamente ligada ao conceito de nacionalidade, os direitos humanos por sua vez, são supranacionais, pois são anteriores ao Estado. Sendo, dessa forma, “a expressão mais ampla, que engloba direitos naturais – pois anteriores e superiores à lei – e as liberdades individuais, os direitos sociais, de fruição individual e coletiva e ainda os direitos da humanidade”.

Portanto, torna-se imperativo que os direitos humanos não são “meios direitos” inventados pela lei, mas estão acima desta, por se embrenhar profundamente no sentido da existência humana. O ser humano já nasce possuindo-os e a lei torna-se apenas um instrumento de sua afirmação, materializada no papel, com o objetivo de se evidenciar explicitamente praticáveis. Daí, dizer-se humano, íntimo vínculo com a própria existência humana.

Nas suas esclarecimentos, os autores em voga, didaticamente, apresentam uma breve confrontação entre direitos humanos e cidadania:

Os direitos humanos são direitos reconhecidos, enquanto a cidadania concedidos ou conquistados; direitos humanos são direitos universais, cidadania são direitos de nacionais; direitos humanos são humanísticos, cidadania são cívicos; já se nasce com direi-

tos humanos, se conquista cidadania gradativamente ao longo da vida; direitos humanos são inalienáveis, cidadania pode ser renunciada; direitos humanos são exigíveis em qualquer Estado, cidadania somente no seu estado de nacionalidade; direitos humanos são absolutos e cidadania são relativos (GORCZEWSKI; TAUCHEN, 2008).

Conforme se verifica, a partir das ideias expostas, cidadania e direitos humanos não são conceitos sinônimos, podendo inclusive ser contraditórios, uma vez que cidadania, por estar ligada a noção de Estado, é exercida dentro desse território e segundo balizas constituídas juridicamente, podendo ser, inclusive, excludentes; enquanto direitos humanos, por serem universais e supralocais, seu exercício não está condicionado a parâmetros jurídicos estabelecidos ou limitados ao perímetro geográfico de determinado território, sendo, pois, inclusivo. Nesse diapasão, Gorczewski e Tauchen (2008) definem direitos humanos como:

Uma forma abreviada e genérica de se referir a um conjunto de exigências e enunciados jurídicos que são superiores aos demais direitos. Superiores porque anteriores ao Estado, porque não são meras concessões da sociedade política, mas nascem com o homem, fazem parte da própria natureza humana e da dignidade que lhe é inerente, e são fundamentais, porque sem eles o homem não é capaz de existir, de se desenvolver e participar plenamente da vida, e são universais, porque exigíveis de qualquer autoridade política, em qualquer lugar.

Por outro lado, Santos (1997), em notáveis palavras, analisa o conceito de direitos humanos de uma óptica diferente. Partindo-se, inicialmente da definição do que venha a ser globalização, que ele conceitua como sendo “o processo pelo qual determinada condição ou entidade local consegue estender a sua influência a todo o globo e, ao fazê-lo, desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival”. Desta definição, pode-se deduzir que todo processo de globalização acarreta, irremediavelmente, a outro processo, que o autor chama de localismo.

Para ele, seria mais coerente, em vez de estabelecer determinado evento com “globalizado”, dizê-lo localismo globalizado, pois, sempre há de haver uma raiz, estabelecida em algum lugar que devido à condições imperativas, de natureza geográfica, política, cultural, etc. conseguiu criar mecanismos para se estender ao resto do planeta; na contra mão deste processo, identifica-se, o que Santos (1997) chama de globalismo localizado, que é a influência de uma prática, bem ou serviço, que se tornou globalizado e, por isso, atua interferindo nas condições locais.

Destarte, tanto o localismo globalizado, quanto globalismo localizado, reestabelecem novas relações, sejam sociopolíticas, sejam culturais. No contexto do globalismo localizado – ocorre uma influência do global sobre o local que tende a interferir diretamente nos aspectos comunitários, ou seja, uma forma que, por alguma razão tornou-se global, encontra-se revestido de poder capaz de alterar uma realidade cultural, política ou social, localmente; no plano localismo globalizado – ocorre o oposto, é a influência do local sobre o global, ou seja, um fenômeno que historicamente pertenceu a determinado local ou cultura, torna-se global com a capacidade de gerar transformações em outras culturas ou de se estabelecer com uma forma universalmente aceita, exemplo a Língua Inglesa.

Ainda, seguindo as reflexões em Santos (1997), consegue-se encontrar mais duas formas de interações globais, uma cosmopolita – está ligada a ideia de cosmo, de transnacionalidade, são interações existentes entre grupos que reivindicam/debatem ações de interesse comum a toda a humanidade, exemplos, associações ecológicas, de combate à fome, de direitos humanos; e a outra, chamada de patrimônio comum da humanidade – fazem parte do conjunto de bens, que pela sua importância para a continuidade da vida na terra, pertencem a todos, exemplos, a Antártida, a biodiversidade, os fundos marinhos.

A partir dessa reflexão, o nobre autor, estabelece as métricas para a construção de políticas efetivas de direitos humanos. Os direitos humanos vistos por meio da lógica do localismo globalizado são sempre hegemônicos e, portanto, materializados de cima-para-baixo, criando asperezas entre culturas diferentes. Por outro lado, Santos (1997) afirma que é sensato pensar os direitos humanos como forma de cosmopolitismo, de baixo-para-cima. Sendo, dessa forma, reestabelecidos como multiculturais.

Da minha parte, sou mais propenso a aceitar tais reflexões, de que os direitos humanos vistos como universais são, até certo ponto, contraditórios na sua aplicação. Não há como se pensar numa regra universalmente aceita e praticável quando, em desenrolar sobre a face do globo, há um conjunto de culturas diferentes, umas com um campo focal mais largo; outras, mais reduzido, mas todas legítimas e, daí a dificuldade de se definir quais dessas devam prevalecer em detrimento das demais, para que se possa garantir uma uniformidade ou universalidade dos direitos humanos.

Como solução a questão que se apresenta acerca da universalidade dos direitos humanos como um modelo único, delimitado e aplicável a todos de forma cartográfica, sem ponderar os valores máximos de uma cultura e, respectivamente, da outra, Santos (1997) esclarece a necessidade de um diálogo intercultural e uma hermenêutica diatópica, nas suas palavras,

A hermenêutica diatópica oferece um amplo campo de possibilidades para os debates que estão atualmente a ocorrer nas diferentes regiões culturais do sistema mundial sobre os temas gerais do universalismo, relativismo, multiculturalismo, pós-colonialismo, quadros culturais da transformação social, tradicionalismo e renovação cultural.

Disso, cabe-me a árdua missão de refletir e, humildemente, tentar construir um conceito acerca dos direitos humanos. Nesse sentido, começo por afirmar que não consigo enxergar uma definição única e precisa de direitos humanos, pois, para serem afirmativos, universais no sentido de abarcar todos e, não no sentido de uma prática padronizada e acabada aplicada a todos da mesma forma. Precisa-se, conforme afirma Santos (1997), de um diálogo intercultural. Nós, ocidentais, acostumamo-nos a definir o mundo pela nossa óptica e, mais ainda, com um certo imperativismo.

Estou predisposto a creditar que os direitos humanos, nos moldes ocidentais, são colidentes e, em até certo grau, vulgarizados. Seria bem fácil anunciar em um código único mundial, como fora feito em 1948 e torcer para que tal escrita, feita inclusive sem a participação de muitos outros países e povos, consiga resolver o problema mais grave da humanidade (a ausência de humanidade) e implante de vez o direito, não de ser todos iguais, como muito bem preleciona Santos (1997), de ser iguais sim, se a

diferença os inferiorizar, mas também, de ser diferente, quando a igualdade os descaracterizar.

Quanto à possível vulgarização dos direitos humanos, penso que os meios ou as arenas de reivindicação estão superlotadas por outras demandas neles transfiguradas. Pois há partidos a tirar partido de uma luta humana legítima. Do final do século passado para cá, tenho percebido uma apropriação indevida pelas agremiações políticas progressistas e seus respectivos ativistas eleitorais de tudo que fundamenta os direitos humanos. Que é legítimo qualquer voz em prol dos direitos humanos, não há que se discutir; e há, quando os pleitos visam outros objetivos, muito mais eleitoral/ideológico do que emancipador.

Ademais, assim como ocorre numa economia de mercado hiperinflacionada, que a moeda perde o seu valor, a amplificação/abrangência numérica dos direitos humanos, também, acaba por desvalorizá-los coletivamente. Dito isto, sinto-me mais confortável a traçar um conceito pessoal de direitos humanos. Assim, direitos humanos são um conjunto legítimo e que devem obrigatoriamente serem materializados por todos, não apenas de direitos formais, mas de valores humanos de liberdade, igualdade, mas também, de diferença, que garantam a todos viverem com dignidade humana, respeitando-se as diversidades e as fragilidades culturais, colaborando-se mutuamente para a consecução dois mais nobres propósitos humano – liberdade para ser diferente; igualdade para não ser inferior.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A consagração dos direitos humanos como construído histórico, como plataforma emancipatória de dignidade humana, no sentido entendido por Piovesan (2009), como um “valor intrínseco à condição humana e não um valor extrínseco, a depender da minha condição social, econômica, religiosa, nacional ou qualquer outro critério”, ao que tudo indica, ainda está longe de se realizar.

Notadamente em culturas tradicionalmente fechadas e fundamentalistas, baseadas em valores e dogmas morais altamente excludentes, sobretudo das minorias, como a islâmica, algumas comunidades africanas. Mais

também, naquelas, em que pese, ter conseguido avançar, mormente, na mediação de conflitos culturais, como a europeia, há evidentemente um longo trajeto a ser percorrido.

Por outro lado, questões visivelmente contraditórias, como as explicitadas na introdução deste escrito, precisam ser confluídas para a efetiva concretização dos direitos humanos. Nessa senda, ao refletir acerca da aparente ortogonalidade dos termos universalismo *versus* relativismo cultural, como afirma Piovesan (2009), deve-se partir da seguinte pergunta: qual é o fundamento dos direitos humanos? Nesse ponto, a corrente universalista defende a tese que os direitos humanos por estarem intrínsecos à condição humana, possui um mínimo irredutível sobreposto aos aspectos culturais locais; por outro lado, a corrente relativista adota consenso de que a cultura como valor singular e intimamente ligado às raízes históricas de determinada comunidade, seria a fonte legítima dos direitos humanos e, portanto, não seria possível a formação de uma moral universal. Para esse debate, advogo entendimento à luz das reflexões de Santos (1997), dos direitos humanos visto como cosmopolitismo e, pensado a partir de uma hermenêutica diatópica.

Desse modo, ao se deparar com a discussão sobre nacionalismo *versus* globalismo, a percepção imediata é que esta seja uma variante da apresentada no parágrafo anterior. Porém, talvez, as diferenças não sejam tão alarmantes e, a depender da óptica utilizada, consiga separá-las. A ideia de globalismo, conforme já analisada em Santos (1997), não existe de forma autêntica. Pode, em verdade, apresentar-se globalmente espalhada, mas de todo modo, terá sempre características singulares de algum local específico. Apenas, devido aos elementos sociopolíticos culturais presentes, ganhou vastidão geográfica; por outro lado, o nacionalismo – o sentimento de pertencer a um grupo semelhante, fincado num território, com idioma predominante singular, costumes uniformizados pelo tempo e pelas tradições, diferencia-se do relativismo cultural, por possuí um perímetro mais largo. Vale ressaltar, que dentro de um território tido como comum (um país), há diversos modos de expressões culturais, inclusive pode haver grupo étnico localizado cartograficamente em países diferentes com costumes e tradições semelhantes ou mais afinado do que dentro do seu próprio território. No Brasil existem uma grande variedade culturais, por exemplo, algumas comunidades do sul têm costumes preponderantemente euro-

peus; enquanto outras, têm africanos. Dessa forma, a pergunta imperativa é: será que tais grupos, nitidamente diferentes entre si, hão de manter o mesmo sentimento nacionalista? Será se os direitos humanos consagrados sob a lógica do sentimento nacional já relativizado pela lógica política é suficientemente relativizado, também, pela lógica cultural? A partir do conhecimento empírico de ambas as culturas, é bastante provável que não haja essa confluência. Disso, a conclusão que se obtém é que tanto a globalismo, como o nacionalismo são impeditivos da emancipação dos direitos humanos. Sendo, pois, o ponto convergente, mais uma vez, o diálogo multicultural, defendido em Santos (1997), como forma viabilizadora dos direitos humanos.

No mesmo passo, ao se discutir a laicidade estatal *versus* fundamentalismo religioso, parto, de pronto, de Piovesan (2009), que ao analisar a contenda, contundentemente afirma “o Estado laico é garantia essencial para o exercício dos direitos humanos”. Corroborando com a autora, acredito que o fundamentalismo religioso possa se revestir em algo de cunho pessoal e não de luta política. Todos têm o direito de ser livres, e ser livre implica guiar-se segundo sua vocação moral, sem, no entanto, invadir forçosamente a esfera jurídica ou política ou cultural do próximo. A prática religiosa e a crença divina como valores espirituais são de imensurável importância; quem se mantém ateu no leito de morte? Que saída tem a população subjugada em vida terrena se não fosse a fé numa realização transcendental? De todo modo, em nenhum momento estou a defender a religião como prática única e acabada para o concílio humano universal, muito pelo contrário, consigno entendimento de que do respeito à múltiplas formas de se aspirar a Deus está a salvaguarda para os direitos humanos. Para fechar, não há coerência o Estado como fiador primeiro dos direitos humanos alcatifar-se de uma moral única em nome do bem comum, pois a laicidade estatal se impõe como vacina e antídoto ao mesmo tempo em que previne e combate à intolerância religiosa.

Nessa mesma azinhaba, a relação que se estabelece entre reconhecimento *versus* redistribuição envolve de plano as seguintes indagações: reconhecimento e redistribuição são termos interrelacionados? São pedaços de uma mesma construção ou círculos mutuamente excludentes, no sentido que não são opostos, mas também, não são concêntricos, apenas propriedades distintas? Na busca por respostas viáveis a essas inquietudes,

visitou-se os apontamentos de Lucas e Oberto (2010) sobre o debate entre Nancy Fraser e Axel Honneth. Da sua leitura, pode-se colher duas versões: para o primeiro debatedor, reconhecimento e redistribuição são demandas sociais por justiça que se portam de modos diferentes, enquanto reconhecimento está mais ligado a ideia de afirmação imaterial, ou seja, reconhecer no outro um valor intrínseco humano de honra ou prestígio, de possuir e praticar direitos; a redistribuição volta-se preponderantemente para consecução de valores materiais, ou seja, a caça por justiça social, distribuição equânime de bens e recursos. Daí, percebe-se dois perímetros distintos de lutas situados sobre o mesmo plano e, ainda mais, possuindo manchas translúcidas. Porque o reconhecimento, enseja, inevitavelmente numa melhor redistribuição e vice-versa. Já na visão do segundo, o reconhecimento é uma categoria abrangente que engloba a redistribuição, sendo esta, portanto, uma subcategoria daquele ou apenas uma derivação. Desta forma, a luta mais imediata seria por reconhecimento, por uma afirmação moral, cultural e, na consequência da conquista, estaria, também, materializada a redistribuição. De toda forma, se as duas faces são ou não complementariedades uma da outra, é uma questão subjacente, o que de fato importa, portanto, é que são formas de efetivação dos direitos humanos e, por conseguinte, devem ser afirmadas.

Do debatido, só resta salientar que, apesar da concretude universal dos direitos humanos como a defendida por Santos (1997), por meio de um diálogo multicultural e de uma hermenêutica diatópica, ainda está bastante longe, convém-nos acreditar na utopia desse dia. A humanidade avançou, não há dúvidas. Precisa-se, contudo, manter o mastro levantado e a sua bússola apontada, não para o Norte do planeta, mas para o íntimo do ser humano; vencer as diferenças, não no sentido de criar uma cultura única global, mas no de aceita-las como umas das nossas mais belas riquezas; construir correntes de coletivismo, se este for engrandecedor do todo; reconhecer no outro um ser humano, não um cliente; dar as mãos, sobretudo aos que não conseguem se levantar sozinhos; dar ouvidos ao que fingem não escutar a clemência de um mudo melhor e mais justo; dar olhos os cegos pela intolerância e, dar voz aos que têm muito a falar e são impedidos pela falta de visibilidade humana. Que os direitos humanos sejam a prática diária de todos nós.

REFERÊNCIAS

- BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania e democracia. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 33, p. 05-17, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n33/a02n33.pdf> Acesso em: 25 set. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 25 de set. 2021.
- GORCZEWSKI, Clovis; TAUCHEN, Gionara. Educação em direitos humanos: para uma cultura de paz. **Educação**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 1, p. 66-74, jan/abr. 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/2760> Acesso em: 25 set. 2021.
- LUCAS, Douglas Cesar; OBERTO, Leonice Cardoso. Redistribuição versus reconhecimento: apontamentos sobre o debate entre Nancy Fraser e Axel Honneth. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito**, São Leopoldo, RS, v. 2, n. 1, p. 31-39, jan/jun. 2010. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/issue/view/85> Acesso em: 25 set. 2021.
- PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista TST**, Brasília, DF, vol. 75, n. 1, p. 107-113, jan/mar. 2009. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/6566/010_piovesan.pdf?sequence Acesso em: 25 set. 2021.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. **Revista Lua Nova**, São Paulo, SP, n. 39, p. 105-201, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000100007 Acesso em: 25 set. 2021.

AS STARTUPS, OS ECOSSISTEMAS DE INOVAÇÃO E O ÂMBITO JURIDICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar⁴⁸

INTRODUÇÃO

Cita Torres (2016) que o termo *startup* já era utilizado antes do *boom* da internet na década de 90 para caracterizar as empresas recém-criadas com espírito inovador, especialmente, do setor tecnológico a fim de gerar lucros através de ideias que são transformadas em produtos exequíveis de serem vendidos dentro de um modelo de negócios indefinido e conjuntura incerta.

No Brasil, a sua difusão se intensificou com a criação da Associação Brasileira de *Startups*, em 2011, com o propósito de representar, promover e servir de apoio às *startups* brasileiras, além do programa InovAtiva Brasil que foi criado pelo Ministério da Economia, em 2013, que propicia a conexão, mentoria e aceleração das *startups* no âmbito nacional e do programa *StartOut* Brasil que dá apoio à inclusão de *startups* brasileiras nos ecossistemas de inovação (grandes empresas, instituições de ensino, organizações de apoio e provedores de serviços) globais.

O advento de leis foi o grande aliado a este modelo de negócios para garantir a sua permanência no mercado através do marco legal das *startups*

48 Mestrado em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação – PROFNIT(UFPI); Esp.Direito Digital e Compliance; Esp.Docência do Ensino Superior e Metodologias Ativas do Aprendizado; MBA em Gestão Estratégica da Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual; Analista de de Sistemas.

pela Lei nº 13.243/16 que determina os estímulos à pesquisa, ao desenvolvimento científico, à inovação e à capacitação tecnológica e científica e, sobretudo, pela Lei Complementar nº 182/21 que fomenta o ambiente de negócios, “aumento da oferta de capital para investimento em empreendedorismo inovador”, incentiva a contratação de soluções inovadoras pelo setor público, além de potencializar o desenvolvimento e a pesquisa.

A Lei nº 13.243/16 tem por premissa, buscar dirimir as questões envolvidas nas limítrofes políticas públicas do país, consertando as falhas presentes neste auspicioso mercado, trazendo maior impulso para o desenvolvimento e fixação das startups como empresas fortes e com respaldo, assim, os ecossistemas de inovação ganharam um aliado sem precedentes, unindo startups, investidores, Estado e toda a sociedade numa busca por soluções inovadoras e transformadores.

É nesse contexto que as *startups* denominadas pela literatura de ecossistemas inovadores, e com maior segurança jurídica devido o marco legal, estão sendo notadas pelas instituições em consequência das peculiaridades específicas onde este artigo pretende servir como apoio em pesquisas que envolvem a temática a partir da análise bibliométrica alinhada com o desenvolvimento deste novo modelo de negócio e sua efetiva segurança jurídica atual.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 STARTUP

Sena, Vianna e Blattmann (2019) conceituam o termo *startup* como a caracterização de empresas embrionárias, em fase de constituição e novas que estão à frente de projetos promitentes vinculados à investigação e à pesquisa de ideias inovadoras a serem desenvolvidas com custos iniciais baixos e perspectiva de crescimento elevado quando elas são exitosas, tais como o *Yahoo* e o *Google*.

Outra definição de *startups* é apontada por Torres e Souza (2016) como um negócio temporário focado nos produtos e/ou serviços inovadores que estão sob riscos sucessivos até alcançarem algo tangível e ascendente, mas que despertam a atenção em vários setores de conhecimento em consequência da visibilidade e espaço adquiridos assim como a sua

participação nos crescimentos tecnológico e econômico nas áreas em que estão situadas.

A temática *startup* emergiu no Brasil no final da década de 90 através de produtos comercializados nas plataformas virtuais, porém, com o passar do tempo, este modelo de negócio se inseriu em outros campos de atuação estando associada à inovação e ao empreendedorismo para transformar ideias em negócios exequíveis (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Informações apresentadas pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2020) indicam que as *startups* consistem em um grupo de pessoas que estão em busca de um modelo de negócio arrojado a fim de proporcionar o retorno financeiro, porém, os investidores perceberam, com o passar do tempo, que seria mais conveniente trabalhar com o conceito do modelo de negócio escalável e repetível que integra um ambiente incerto.

Por serem consideradas empresas novas, as *startups* brasileiras se encaixam no porte de micro e pequenas empresas, tal como aferiram na pesquisa os autores Battisti e Quandt (2016) que identificaram uma quantidade média de funcionários de 9,61 e mesmo que se trata de pequeno porte, elas são grandiosas em se tratando de faturamento.

Neste contexto, é possível notar que as *startups* são vistas como um modelo de negócio mais eficiente do que aquele desenvolvido pelas empresas convencionais, especialmente, no contexto tecnológico que torna mais ágeis as transações para atender a celeridade do mercado sem maleficar a solvibilidade das empresas, tal qual afirmam os estudos de Zhou *et al* (2016) ao citarem que as chances de êxito das *startups* estão condicionadas nas etapas iniciais do financiamento de capital de risco em virtude do *marketing* e patentes que evidenciam as suas capacidades tecnológicas.

1.2 AS STARTUPS E OS ECOSISTEMAS DE INOVAÇÃO

Pereira e Sousa (2020) abordam o termo ecossistema como um fator atrelado à inovação e ao empreendedorismo que está relacionado à interdependência e o relacionamento entre os integrantes (incubadoras, governo, aceleradoras, universidades etc) que constituem o universo de evolução e desenvolvimento com a finalidade de obter o crescimento.

O ecossistema foi adotado como um constructo não só por Moore (1993) diante dos trabalhos simultâneos de competição e colaboração das empresas com o intuito de aderir inovações visando garantir a satisfação dos consumidores utilizando o termo “ecossistema de negócios” como também por outros autores como Spilling (1996) e Teece (2007), com o passar do tempo, que utilizaram nomenclaturas similares para caracterizar a mesma perspectiva de ecossistemas (de inovação, de *startup* e empreendedor).

Segundo Aranha (2016), a Associação Nacional de Entidades Promotoras de Empreendimentos Inovadores (Anprotec), criada em 1987, começou a representar não somente as incubadoras de empresas (entidades que auxiliam os empreendedores a terem sucesso nos seus negócios concedendo a oportunidade das ideias inovadoras serem desenvolvidas) como também todos os métodos que viabilizam o empreendedorismo inovador brasileiro (aceleradoras, *coworkings*, *living labs*) a partir dos ecossistemas de inovação, tais como os parques científicos e tecnológicos, *clusters*, cidades inteligentes, etc.

A inclusão das *startups* nos ecossistemas de inovação tanto é defendida por Pe'er e Keil (2013) pela desenvoltura de atingir clientes e fornecedores e rapidez no recrutamento do capital intelectual quanto é apontada a desvantagem na concentração deste modelo de negócios pelo elevado grau de disputa por este trinômio.

Ademais, os autores supracitados enfatizam que há fatores positivos e negativos que podem interferir no engrandecimento do ecossistema inovador como o desempenho do relacionamento entre os *stakeholders* e as *startups* assim como a qualidade do capital intelectual, a diversidade que reflete no nível inicial das suas aptidões.

Destaca Silva (2017) que o insucesso pode circundar as *startups* em virtude da sua operabilidade embalada pelo dinamismo em um mercado incerto que impacta as projeções por desconhecer os seus clientes e como devem ser os produtos e/ou serviços a serem ofertados que passam pelo ciclo de vida que requer as etapas de preparação até atingir a maturidade diante das adversidades do segmento em que atuam e necessitam da inovação para adicionar valor e garantir a sua permanência no mercado.

À luz de Nogueira e Oliveira (2015), as *startups* são fomentadoras da inovação por abranger um modelo de negócios que pode transmutar o mercado, porém, o percurso não é um caminho fácil e é neste sentido

que o tempo médio de sobrevivência tem a representatividade de 25% no período igual ou superior a um ano, 50% no período de 04 anos e 75% no período de 13 anos, algo que demonstra o quanto o horizonte destas empresas é obscurecido.

Em relação às *startups* brasileiras, dados obtidos da *Startup Base* (ABS-TARTUPS, 2021) apontam a existência de 13.840 *startups* com predominância no estado de São Paulo, mercado de atuação na Educação (8,67%), público-alvo *Business to Business* – B2B (47,72%) e modelo de negócio *Software As A Service* – SaaS (41,20%), enquanto que a *Startup Genome*, organização global que realiza consultoria e pesquisas de agências públicas e privadas comprometida com o êxito do ecossistema de *startups*, apontou São Paulo como o estado que assumiu o 9º e 8º lugares no ecossistema de inovação de *startups* mundial após a avaliação de 05 fatores que envolvem o êxito das *startups*, os talentos, alcance no mercado, financiamento e performance (STARTUP GENOME, 2021), algo que possibilita a conclusão que os incentivos de surgimento e financiamento de *startups* no Brasil é promitente.

1.3 AS STARTUPS E O ÂMBITO JURÍDICO

Rachel Sztajn (2010, p. 5), defende que, a dinâmica do Direito Comercial diverge daquela aplicada ao direito comum na medida em que o comércio está em constante mudança, inova e requer flexibilidade de instrumentos sem o que o desenvolvimento econômico será tolhido. Por isso que, para facilitar a circulação de bens e serviços que satisfaçam necessidades sociais, – novas demandas dos agentes econômicos, decorrentes, ou não, de avanços tecnológicos –, são criados novos instrumentos e/ou estruturas que, incorporados aos usos e costumes, ao gerarem confiança, se consolidam e podem ser recepcionados pelo legislador que os positiva.

Inicialmente, ainda em 2019, ocorrerá uma maior percepção da necessidade de se criar dispositivos legais que visassem trazer mais segurança jurídica para todos os envolvidos no setor de inovação, propriamente dizendo, sobre startups, assim, surgiu-se a Lei Complementar 167/2019, trazendo uma definição conceitual das startups, além de delimitar um regime para esse tipo de empresa, por meio do inova simples, em seu artigo 65-A.

O regime Inova Simples, trouxe normas e procedimentos, demonstrando formas de se agir quando fosse necessário realizar a abertura da empresa até sua extinção, também serviu de guia para que os empresários pudessem registrar suas marcas e patentes, além de apresentar questões acerca dos tributos necessários.

Sob a ótica do Marco Legal das Startups, a definição de startup passa a abordar basilarmente seu caráter inovativo, ressaltando que para que a mesma seja vista e apresentada como tal, deve possuir uma receita máxima de dezesseis milhões de reais; demonstrando uma mudança bastante significativa, pois a mesma apoiava-se no que dizia a Lei 23/2006, além de fixar que a mesma tem de possuir até 10 anos no mercado.

O art. 3º do Marco Legal das Startups, apresenta como ponto central a necessidade do “incentivo à constituição de ambientes favoráveis ao empreendedorismo inovador, com valorização da segurança jurídica e da liberdade contratual como premissas para a promoção do investimento e do aumento da oferta de capital direcionado a iniciativas inovadoras”; demonstrando a preocupação dos legisladores em reforçar maior segurança seja das startups, seja dos ecossistemas de inovação como um todo.

O art. 11º do Marco Legal das Startups afirma que “Os órgãos e as entidades da administração pública com competência de regulamentação setorial poderão, individualmente ou em colaboração, no âmbito de programas de ambiente regulatório experimental (sandbox regulatório), afastar a incidência de normas sob sua competência em relação à entidade regulada ou aos grupos de entidades reguladas. ”, reforçando a preocupação do legislador no que diz respeito a relação das startups com a iniciativa pública.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica que é definida por Marconi e Lakatos (2017) como a contribuição científica (ou cultural) desenvolvida acerca de um determinado problema, tema ou assunto expressa em revistas, jornais, livros, dissertações, teses (entre outros) com o intuito de estabelecer uma aproximação direta entre o pesquisador e o que foi dito sobre o que foi estudado.

Portanto, os dados que serviram de base para a pesquisadora neste trabalho foram extraídos dos sítios *Web of Science* e *Science Direct*, sem recorte

temporal, que possibilitou a localização de 28 publicações no período de 1996 a 2021 e alternâncias dos termos nos resumos, títulos e palavras-chave *startups*, *ecossistema*, *innovation ecosystem*, *entrepreneurship*, empreendedorismo, ciclo de vida *startups*, *entrepreneurial system* e aceleradoras *startups* que demonstraram o crescimento da busca por *startups* como também as instituições, os programas e os incentivos promovidos ao ecossistema.

Uma vez coletados os dados, foram consideradas 13 publicações que apresentaram indicativos que estavam mais próximos com a temática do estudo bem como a análise permitiu identificar as principais publicações e pesquisadores que contribuíram com a abordagem do tema através de um filtro aplicado pelos termos correlatos às *startups*, ecossistemas de inovação e empreendedorismo nos títulos e resumos, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de seleção das publicações

AUTORES	TÍTULOS	ANO
SPILLING, O. R.	THE ENTREPRENEURIAL SYSTEM: ON ENTREPRENEURSHIP IN THE CONTEXT OF A MEGA-EVENT.	1996
TEECE, D. J.	EXPLICATING DYNAMIC CAPABILITIES: THE NATURE AND MICROFOUNDATIONS OF (SUSTAINABLE) ENTERPRISE PERFORMANCE.	2007
PE'ER, A.; KEIL, T.	ARE ALL STARTUPS AFFECTED SIMILARLY BY CLUSTERS? AGGLOMERATION, COMPETITION, FIRM HETEROGENEITY AND SURVIVAL.	2013
FERREIRA, M. P. V.; PINTO, C. F.; MIRANDA, R. M.	TRÊS DÉCADAS DE PESQUISA EM EMPREENDEDORISMO: UMA REVISÃO DOS PRINCIPAIS PERIÓDICOS INTERNACIONAIS DE EMPREENDEDORISMO	2015
BATTISTI, A. L. E.; QUANDT, C. O.	COMO A ESTRUTURA DE CAPITAL DAS WEB STARTUPS BRASILEIRAS DE SOFTWARE É FORMADA?	2016
DEDEHAYIR, O.; MAKINEN, S. J.; ORTT, J. R.	ROLES DURING INNOVATION ECOSYSTEM GENESIS: A LITERATURE REVIEW	2016

AUTORES	TÍTULOS	ANO
DIAS, G. C.; MAZIERI, M. R.	AS PATENTES COMO SINAL DE QUALIDADE PARA STARTUPS ALCANÇAREM INVESTIMENTOS DE VENTURE CAPITAL – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	2016
TORRES, N. N. J.; SOUZA, C. R. B.	UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE ECOSSISTEMAS DE STARTUPS DE TECNOLOGIA	2016
TORRES, N. N. J.	MAPEAMENTO DO ECOSSISTEMA DE STARTUPS DE TECNOLOGIA DE BELÉM-PA	2016
ZHOU, H.; SANDNER, P. G.; MARTINELLI, S. L.; BLOCK, J. H.	PATENTS, TRADEMARKS, AND THEIR COMPLEMENTARITY IN VENTURE CAPITAL FUNDING.	2016
ARAUJO, L. V.	OPORTUNIDADES E DESAFIOS DA INOVAÇÃO EM COMUNICAÇÃO NO BRASIL A PARTIR DE UMA AVALIAÇÃO DO ECOSSISTEMA	2019
PEREIRA, F. C. M.; SOUSA, S. R.	RESULTADOS DO PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DE STARTUPS SEED JUNTO AO ECOSSISTEMA DE EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO DE BELO HORIZONTE	2020
NABARRETO, R. L.; CIRANI, C. B. S.	UMA REVISÃO BIBLIOMETRICA SOBRE ECOSSISTEMA INOVADOR DE STARTUPS.	2020

Fonte: A autora (2021)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi avaliado o padrão de distribuição temporal das publicações nacionais onde foi possível identificar a primeira publicação datada em 2012 (14%), seguindo pela maioria no ano de 2016 (43%), a representatividade de 13% no ano de 2017, 29% no ano de 2019 e 13% no ano de 2020.

No que tange à área de estudo das publicações nacionais, identificou-se a interdisciplinaridade de 08 áreas de conhecimento com proporções equânimes de 12,5% (Gráfico 2) distribuídas nos seguintes campos: Mí-

dia Interativa em Imagem e Som; Gestão de Projetos; Biblioteconomia e Ciência da Informação; Sistemas de Informação; Gestão e Tecnologia; Engenharia de Produção; Administração de Empresas.

Nesse ínterim, foram identificadas nos quatro artigos internacionais as áreas de conhecimento de Empreendedorismo (50%), Gestão Estratégica (25%) e Tecnologia (25%) com o apontamento da pluralidade do ecossistema através das capacidades dinâmicas como formas de propiciarem as empresas a entenderem as expectativas dos fornecedores, clientes e concorrentes a fim de incentivar a realização de novas oportunidades pela tecnologia e moldar as ameaças visando manter a competitividade.

A partir da literatura sobre o empreendedorismo, os trabalhos de Torres e Souza (2016) e Pereira e Sousa (2020) se consolidam na abordagem do ecossistema de empreendedorismo e inovação como algo que deve ser fomentado através de programas que oportunizem os investimentos nas *startups* com o intuito de se tornarem empresas de porte.

Dentro do mesmo contexto acima, Araújo (2019) realça a necessidade de investir na inovação e como isto tem despertado o interesse nas pesquisas das iniciativas de *startups*, embora não seja exclusivo desse modelo de negócio, visto que diversas novidades ingressam o mercado através de outros recursos como os *spin-offs* instituídos por empresas maiores. Neste caso, convém indicar que o desafio efetivo da inovação não deve ser a invenção (ideias) e sim o procedimento de fazê-la ser exitosa sob os aspectos comercial e técnico por meio de transformações defendidas por Teece (2007) como fatores que deverão permitir a gestão estratégica através do desenvolvimento, da adaptação ou renovação do modelo de negócios com o intuito de criar valor sustentável em locais demasiadamente competitivos e que impulsionam rápidas mudanças.

Enquanto isso, Spilling (1996), Ferreira, Pinto e Miranda (2015) são congruentes no mesmo ponto quanto à intensificação do empreendedorismo pelo avanço tecnológico que demanda uma maior quantidade de empreendedores e isto faz com que eles adotem padrões distintos para atuar em novos nichos de mercados.

Para encerrar o apontamento do empreendedorismo pelos artigos selecionados, Sena, Vianna e Blattman (2019, p. 8) apontam a sinergia do trinômio empreendedorismo/inovação/*startup* como qualquer projeto profissional ou pessoal que tem à sua frente o desafio calcado de riscos e

oportunidades que estão relacionados ao “desenvolvimento de ideias inovadoras” e pesquisas de produtos e/ou serviços que objetivam revolucionar o mercado.

Em se tratando de ecossistemas de inovação consolidado com a tecnologia, Pe'er e Keil (2013) relatam os proveitos ao introduzir as *startups* neste aglomerado como a celeridade e facilidade na conquista de clientes e capital intelectual e parceria com fornecedores que poderão criar oportunidades na terceirização de serviços e redução nos custos de transporte possibilitando a otimização da logística com as políticas de produção direcionadas ao método de gestão *just-in-time*.

Contudo, para tornar viável o ecossistema de inovação, Dedehayir, Makinen e Ortt (2016) citam a imprescindibilidade de definir as funções dos atores com o orquestramento das atividades que envolvem os recursos e fluxos entre parceiros e as interações internas e externas a fim de atraírem e agregarem parcerias significativas que irão conceber alianças estratégicas em segmentos díspares, de modo que a colaboração possibilite a criação de valor através de elos fortes que favorecerão o progresso coletivo.

No que diz respeito às parcerias supracitadas, Nabarreto e Cirani (2020, p. 5) complementam que o ecossistema inovador de *startup* é formado por uma multiplicidade de atores (instituições de ensino e pesquisa, empresas de grande porte, empreendedores, governo, provedores de serviços, incubadoras, universidades, etc) com atributos específicos que poderão trocar experiências e desempenhar papéis relevantes no desenvolvimento de inovações favorecendo o contexto econômico de uma determinada sociedade cujas parcerias deverão agir diretamente “aos seus próprios objetivos”.

Quanto ao projeto das *startups* e os seus investimentos, os estudos de Dias e Mazieri (2020) demonstram as restrições de financiamento e recursos inexoráveis como fatores que influenciam a produtividade deste modelo de negócio, de maneira que os recursos financeiros sejam angariados por investimentos de capital de risco (*venture capital*), investimentos-anjo e ofertas públicas que se tornam integrantes do ciclo de vida de captação de investimentos.

Desta forma, o financiamento de *startups* terá a sua efetivação pela margem de atratividade que é a expectativa do retorno do capital a ser investido e o tempo indisponível do recurso financeiro cujo resultado é

o que dará o embasamento dos limites mínimos essenciais para o seguimento do projeto pelos financiadores como o capital próprio (o valor acumulado é investido pelo empreendedor), amigos ou familiares (o capital a ser investido no novo negócio é de pessoas próximas do empreendedor), bancos (o capital é obtido por financiamentos pessoais com os seus bens dados como garantia), BNDES ou FINEP (financiamentos que garantem algum tipo de benefício governamental), incentivos (concursos onde as *startups* ganhadoras obterão patrocínios), pelo cliente (o capital será obtido pelos futuros clientes que terão o interesse no desenvolvimento do produto ou serviço ofertado), *crowdfunding* (o capital do negócio será arrecadado por plataformas virtuais através de pessoas mobilizadas no interesse da nova empresa) e emprego alternativo (o emprego é mantido por um dos fundadores da *startup* para garantir o financiamento). Além disso, por serem muito passíveis a riscos em virtude da pouca existência de dados acerca do mercado atuante ou do próprio negócio, as *startups* poderão gerar incertezas em relação aos seus possíveis resultados e até mesmo do seu real valor, principalmente, se o produto a ser desenvolvido for intangível como o *software* que, por estar atrelado à tecnologia consolidada no mercado, poderá ser facilmente criado por um concorrente (BATTISTI; QUANDT, 2016).

Adicionam Dias e Mazieri (2020) que as *startups* integram o ciclo de vida dos investimentos a serem captados através de amigos e familiares, investidores-anjo ou *crowdfunding* (tais como foram descritos anteriormente) e, nesta fase, a vulnerabilidade das *startups* é evidenciada por conta da pressão com o desenvolvimento do negócio, o aprimoramento do produto e o início do *marketing* para engendrar o fluxo de caixa.

Seguindo a premissa defendida por Rachel Sztajn (2010), as mudanças sociais demonstram diariamente a necessidade de se criar novos instrumentos jurídicos que acompanhem tais mutações sociais, assim, perceberemos a importância de se positivar as questões que dizem respeito a esses empreendimentos inovadores de base tecnológica no Brasil.

Acerca das leis que visam impulsionar este tipo de negócio, ressalta-se que demonstram o tamanho avanço nesta área, porém, percebe-se a necessidade de mais meios que acrescentem maior aplicabilidade de questões por vezes práticas do setor, assim, as leis vigentes apresentam-se como iniciais, ensejando atualizações em consonância com os avanços tecnológicos

e a necessidade de maior segurança jurídica no que cerne operabilidade e desenvolvimento no Brasil.

O art. 3º do Marco Legal das *Startups* demonstra como busca-se valorizar o fato de estar se positivando as necessidades destas empresas, ressaltando sua liberdade nas questões contratuais, segurança nas relações com aqueles que se apresentam como investidores e as startups, além de apresentar inúmeras ferramentas que podemos encontrar nos ecossistemas de inovação, demonstrando também o desejo de melhorar o relacionamento e cooperação das mesmas com os setores tanto privado quanto o público.

Os demais artigos do Marco Legal das Startups demonstram a forma que o governo apresenta-se como um ambiente para receber as startups em seu estágio inicial, a fim de auxiliarem as mesmas a darem seus primeiros passos de forma menos burocrática, transformando as regras existentes mais flexíveis ante essa nova demanda, trazendo consigo a adaptação tanto das licitações quanto das contratações públicas como ferramenta para viabilizar esta inovação empreendedora.

Ponto interessante abordado pelo Marco Legal das Startups foi a abertura junto aos investidores quando estes investirem em startups que venha a declarar falência, fazendo com que estes tenham compensação financeira, no momento em que for ser apurado o seu imposto de renda. Por fim, uma startup não se desenvolve plenamente sem um ecossistema de inovação que a apoie e direcione, porém, nem o ecossistema de inovação, nem as startups, avançam ao longo dos anos, sem uma segurança e reconhecimento governamental, demonstrando a importância de se existirem políticas públicas que sempre atendam a demanda dos avanços tecnológicos e empresariais da sociedade.

CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho desenvolvido pela metodologia por revisão de literatura, foi possível apontar a temática de ecossistema de *startups* que são empresas inovadoras, embrionárias, de baixo investimento, vinculadas ao rápido crescimento e elevado potencial e mesmo que integre um contexto incerto, trata-se de um modelo de negócio naturalmente replicável que dependerá da validação do mercado para dar rumo a uma instituição classificada como empresa.

Ressalta-se algo bastante pertinente acerca dos ecossistemas de inovação, realmente é um ambiente que visa trazer uma maior troca, seja de informações, condições de investimento, ideias, atrair possíveis investidores e criar empresas, porém, mesmo com todos estes pontos positivos trazidos ao longo da revisão de literatura, um fato novo faz-se sublime e ponto alto neste ambiente, a possibilidade de se conversar formas de proteção das startups ante as demais empresas, agora surgido com lei específica, o marco legal das startups, transformando esse ecossistema e seus partícipes, aumentando ainda mais a visibilidade e possibilidades de crescimento empresarial.

Os resultados da pesquisa na revisão de literatura abrangeram um tema interdisciplinar com a alusão do estudo, particularmente, nas áreas de Mídia Interativa em Imagem e Som, Gestão de Projetos, Biblioteconomia e Ciência da Informação, Sistemas de Informação, Gestão e Tecnologia, Engenharia de Produção, Direito, Administração de Empresas, Gestão Estratégica, Empreendedorismo e Tecnologia e que algumas publicações tiveram a veiculação em língua inglesa, o que revela o mérito do conhecimento científico sob o prisma da internacionalização dos estudos com a finalidade de ampliar a repercussão no meio acadêmico.

Como uma contribuição de perspectivas futuras, sugere-se o estudo de publicações que avaliaram o ambiente de negócios das *startups* após o marco legal sancionado em junho de 2021 acerca das oportunidades lançadas para o desenvolvimento social e econômico do país e se haverá readequações que visem fomentar ainda mais os investimentos, pois, não só necessita de recursos financeiros para colocar em prática as suas ideias como também segurança jurídica para prosseguir neste ambiente que demanda grande foco em pesquisa e desenvolvimento (P&D).

REFERÊNCIAS

- ARANHA, J. A. S. **Mecanismos de geração de empreendimentos inovadores:** mudança na organização e na dinâmica dos ambientes e o surgimento de novos atores. Brasília: Anprotec, 2016.
- ARAÚJO, L. V. Oportunidades e desafios da inovação em comunicação no Brasil a partir de uma avaliação do ecossistema. **Revista GEMINIS**, v. 9, n. 3, São Carlos, set./dez. 2019, p. 04-25.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE *STARTUPS*. **Feita por startups, para startups**. Disponível em: <<https://abstartups.com.br/sobre/>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

_____. **Startup Base**. O ecossistema brasileiro em números. Disponível em: <<https://startupbase.com.br/home>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BATTISTI, A. L. E.; QUANDT, C. O. Como a estrutura de capital das *web startups* brasileiras de *software* é formada? **Anais... XXXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, João Pessoa-PB, 03 a 06 de outubro de 2016.

BRASIL. **Lei Complementar nº 155, de 27 de outubro de 2016**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp155.htm>. Acesso em: 24 jun. 2021.

_____. **Lei Complementar nº 182, de 1º de junho de 2021**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp182.htm>. Acesso em: 20 jun. 2021.

_____. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113243.htm>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DEDEHAYIR, O.; MAKINEN, S. J.; ORTT, J. R. *Roles during innovation ecosystem genesis: a literature review*. **Technological Forecasting & Social Change**, v. 136, p. 18-29.

DIAS, G. C.; MAZIERI, M. R. As patentes como sinal de qualidade para *startups* alcançarem investimentos de *venture capital* – uma revisão sistemática de literatura. **Revista de Gestão e Projetos**, v. 11, n. 1, jan./abr. 2020, p. 94-110.

FERREIRA, M. P. V.; PINTO, C. F.; MIRANDA, R. M. Três Décadas de Pesquisa em Empreendedorismo: uma revisão dos principais periódicos internacionais de empreendedorismo. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 81, n. 2, Porto Alegre, mai./ago. 2015, p. 406-436.

INOVATIVA BRASIL. **Sobre a InovAtiva Brasil**. Disponível em: <<https://www.inovativabrasil.com.br/sobre/>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MOORE, J. F. Predators and prey: a new ecology of competition. **Harvard Business Review**, v. 71, n. 3, mai./jun. 1993, p. 75-86.
- NABARRETO, R. L.; CIRANI, C. B. S. Uma revisão bibliométrica sobre ecossistema inovador de *startups*. **Revista de Administração de Empresas**, v. 4, n. 22, Curitiba, p. 392-419.
- NOGUEIRA, V. S.; OLIVEIRA, C. A. A. Causa da mortalidade das *startups* brasileiras: como aumentar as chances de sobrevivência no mercado. **Fundação Dom Cabral**, v. 9, n. 25, Nova Lima, nov./fev., 2014/2015, p. 26-33.
- OLIVEIRA, B. G. *et al.* Um retrato das *startups* de uma aceleradora localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração, Sociedade e Inovação**, v. 7, n. 1, Volta Redonda, jan./abr. 2021, p. 70-83.
- PEREIRA, F. C. M.; SOUSA, S. R. Resultados do programa de aceleração de *startups* SEED junto ao ecossistema de empreendedorismo e inovação de Belo Horizonte. **International Journal of Innovation – IJI**, v. 8, n. 3, São Paulo, set./dez. 2020, p. 412-437.
- PE'ER, A.; KEIL, T. Are all startups affected similarly by clusters? Agglomeration, competition, firm heterogeneity and survival. **Journal of Business Venturing**, v. 28, n. 3, 2013, p. 354-372.
- SZTAJN, Raquel. Teoria Jurídica da Empresa: atividade empresária e mercados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 5.
- SENA, P. M. B.; VIANNA, W. B.; BLATTMAN, U. Aproximações conceituais entre informação, tecnologia e inovação no contexto das *startups*: desafios interdisciplinares para Ciência da Informação. **Rev. Dig. Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 1, n. 19, Campinas, out./2018, 19 p.
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. **O que é uma *startup* e o que ela faz?** Disponível em: <<https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/pi/artigos/voce-sabe-o-que-e-uma-startup-e-o-que-ela-faz,e>

15ca719a0ea1710VgnVCM1000004c00210aRCRD> Acesso em:
22 jun. 2021.

SILVA, E. E. **Ciclo de vida das empresas startups**. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade Campo Limpo Paulista, Campo Limpo Paulista, 2017.

SPILLING, O. R. The Entrepreneurial System: on entrepreneurship in the context of a mega-event. **Journal of Business Research**, v. 91, n. 36, New York, p. 91-103.

STARTOUT BRASIL. **O que é o StartOut Brasil**. Disponível em: <<https://www.startoutbrasil.com.br/sobre/>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

STARTUP GENOME. **The Global Startup Ecosystem Report 2020**. Disponível em: <<https://startupgenome.com/reports/gser2020>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

_____. **The Global Startup Ecosystem Report 2019**. Disponível em: <<https://startupgenome.com/reports/global-startup-ecosystem-report-2019>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

_____. **The Global Startup Ecosystem Report 2018**. Disponível em: <<https://startupgenome.com/reports/global-startup-ecosystem-report-gser-2018>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

TEECE, D. J. Explicating dynamic capabilities: the nature and micro-foundations of (sustainable) enterprise performance. **Strategic Management Journal**, n. 28, 2007, p. 1319-1350.

TORRES, N. N. J. **Mapeamento do ecossistema de startups de tecnologia de Belém – PA**. 2016. 140 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Software), Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

TORRES, N. N. J.; SOUZA, C. R. B. Uma revisão da literatura sobre Ecossistemas de Startups de Tecnologia. **Anais... XII Brazilian Symposium on Information Systems**, Florianópolis, mai./2016, p. 17-20.

ZHOU, H. *et al.* Patents, trademarks, and their complementarity in venture capital funding. **Technovation**, v. 47, 2016, p. 14-22.

LEI 13.719/2018 – LGPD: LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E SEUS IMPACTOS NA SOCIEDADE

*Maria Neurilane Viana Nogueira*⁴⁹

*Juliana Wayss Sugahara*⁵⁰

*Reginaldo Sales Hissa Filho*⁵¹

*Vinícius Dias de Moura*⁵²

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo a era da informação e da computação em nuvem, todas as transações comerciais estão cada vez mais sendo realizadas de forma eletrônica. Em escala crescente, estamos fazendo nossas compras pela internet, pedindo comida por aplicativos. À medida que vamos nos digitalizando, nossos dados estão sendo armazenados por várias empresas, em seus servidores espalhados mundo a fora.

49 Doutora em Educação (UFC-CE), Especialista em Direito Público (Faculdade Cândido Mendes-RJ), graduada em Direito (UNIFOR), Avaliadora do INEP, Docente do Curso de Direito da UNIFAMETRO.

50 Doutora e Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente, pela UFC. Docente e Coordenadora do Curso de Direito da UNIFAMETRO Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela UNISINOS e em Gestão Ambiental pela Universidade Metodista de São Paulo.

51 Graduado em Direito pelo Centro Universitário – UNIFAMETRO.

52 Graduando em Direito.

Uma empresa que comercializa seus produtos no Brasil não necessariamente tem suas operações digitais hospedadas em nosso país, ela pode guardar todas as nossas informações pessoais em *data centers* na Europa, na Ásia, ou seja, em qualquer parte do mundo.

Diante desse contexto de informatização da vida, o grande questionamento é: de que forma as empresas coletam e armazenam nossos dados? Que fazem com eles? Estão guardados de forma segura? Nossos dados apenas ficam guardados ou são comercializados para outras empresas? A respeito dessa temática, os advogados americanos Samuel Warren e Louis Brandeis, no ano de 1890, escreveram o artigo “*The Right Privacy*”, que é considerado embrião do direito à privacidade e inviolabilidade da vida privada. (MACIEL, 2019).

Avançando um pouco, em 1970, na Alemanha, o estado de Hesse criou a primeira lei tratando especificamente da proteção de dados pessoais, saindo muito à frente do resto do mundo. Onze anos depois, em 1981, o Conselho da Europa criou o *Data Protection Convention (Treaty 108)*, sendo assim o primeiro instrumento legal internacional a proteger a pessoa contra qualquer abuso na coleta e no processamento de dados pessoais, prevendo ainda a regulação do fluxo desses dados entre os países europeus. No ano de 1983, a Corte Constitucional Alemã declarou inconstitucional a Lei do Censo, que obrigava os alemães a fornecerem seus dados pessoais ao estado. (MACIEL, 2019)

Em 2018, tivemos a criação da GDPR (*General Data Protection Regulation*), o regulamento do direito europeu sobre a privacidade e a proteção de dados pessoais, que se aplica a todos os indivíduos na União Europeia e Espaço Econômico Europeu, e que aborda também a regulamentação do envio de dados pessoais para fora da EU (*European União*) e EEE (Espaço Econômico Europeu).

Voltando nossa análise para o Brasil, temos que na década de 1990 surgem os primeiros diplomas legais versando sobre a proteção dos dados pessoais. O nosso Código de Defesa do Consumidor regulamentou o uso de banco de dados de consumidores, prevendo ao consumidor o acesso a “informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele”, o verdadeiro embrião da nossa LGPD. Em 1996 entra em vigor a Lei 9.296/96, Lei de Interceptação Telefônica e Telemática, que restringiu esse método investigativo apenas para al-

gumas hipóteses e sempre com autorização de ordem judicial. Logo em seguida, em 1997, surge no nosso ordenamento a Lei do Habeas Data (Lei 9.507/97), que regula o acesso e a correção de informações pessoais (MACIEL, 2019).

Nosso Código Civil de 2002 trouxe um importante avanço, quando inclui um capítulo sobre os Direitos da Personalidade. No ano de 2011, tivemos duas importantes leis incorporadas ao nosso ordenamento jurídico: a Lei do Cadastro Positivo e a Lei de Acesso à Informação. Em 2014, tivemos em nosso ordenamento jurídico a introdução do Marco Civil da Internet, que foi a última lei sobre o tema antes da Lei Geral de Proteção de dados.

Acerca da temática em epígrafe, cumpre pontuar dois conceitos básicos: o primeiro sobre Bancos de Dados, e o segundo sobre informações de dados pessoais. O primeiro se caracteriza por um conjunto de arquivos armazenados, contendo registros de pessoas, lugares ou coisas, podendo ser chamado também de base de dados. Uma vez organizados os dados, eles se relacionam, de forma a criar algum sentido, fornecendo uma informação, com a finalidade de dar mais eficiência durante uma pesquisa ou estudo científico. (MACIEL, 2019).

Segundo Sartori, dados pessoais são as informações relativas a uma pessoa viva, identificada ou identificável. Também pode constituir dados pessoais o conjunto de informações distintas que podem levar à identificação de uma determinada pessoa, senão vejamos. (SARTORI, 2016).

Com essa abordagem, o presente trabalho estabelece como objetivo geral analisar os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados, descrevendo sua evolução até a data de sua entrada em vigor. Como objetivos específicos: demonstrar a evolução das leis de proteção de dados no Brasil e no mundo, analisar o surgimento da lei no Brasil, suas implicações, seus impactos no nosso ordenamento jurídico e suas consequências no cotidiano das empresas e das pessoas proprietárias dos dados pessoais.

Na realização da pesquisa, utilizou-se o método dedutivo de abordagem, partindo das leis e teorias para expor suas consequências. Desenvolve-se uma pesquisa do tipo explicativa, na qual se analisa e reflete sobre o objeto estudado. Com relação à aplicação dos resultados, optou-se por uma pesquisa pura, de natureza qualitativa.

1. A EVOLUÇÃO DAS LEIS DE PROTEÇÃO DE DADOS

Legislação para proteção de dados pessoais não é algo novo no ordenamento jurídico do Brasil e do mundo. O primeiro registro legal de proteção de dados aconteceu em 1824, na Constituição do Império, na qual se mencionava a proteção do “segredo da carta” e da “inviolabilidade da casa”. Um conceito mais voltado para a propriedade, protegendo claramente o meio físico e não seu conteúdo, mas indiretamente sendo protegido. (MACIEL, 2019)

Dando um salto temporal, chegamos ao ano de 1988, onde foi promulgada nossa Constituição, que em seu inciso X do artigo 5º, prevê: – “X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

Os três anos após a promulgação da Carta de 1988 foram bem intensos em relação à produção de leis que protegem a privacidade da pessoa. No ano de 1991, foi editada a Lei dos Arquivos Públicos (8.259/1991), que trata sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Vale que ressaltar que, logo em seu Art. 1º, fala na proteção especial a documentos de arquivos, que é o “core” da Lei Geral de Proteção de dados: “É dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação”.

Chegando ao ano de 1996, temos incorporado ao nosso ordenamento jurídico a Lei de Interpretação Telefônica e Telemática (Lei 9.296/96), que apesar de ser uma lei que regulava a interceptação telefônica, reconhecia o direito à privacidade, pois restringia a investigação por esse meio a determinadas situações, e sempre usando uma ordem judicial. Transpassando para o ano de 1997, chegamos à Lei do *Habeas Data* (Lei 9.507/97), remédio constitucional que regula o acesso e a correção de informações pessoais (MACIEL, 2019).

No ano de 2002, tivemos um marco histórico no Direito brasileiro: o novo Código Civil (Lei 10.406/2002). Muitas mudanças e modernizações foram incorporadas no referido Código. Entre essas atualizações, podemos destacar a inclusão do capítulo sobre os Direitos da Personalidade, que inclui a vida privada como direito, proibindo a sua violação.

Com isso, a privacidade se tornou um direito subjetivo não mais focado no direito à propriedade (MACIEL, 2019).

Mais um breve salto no tempo para chegar ao ano de 2011, onde entraram em nosso ordenamento duas importantes leis: a Lei do Cadastro Positivo (Lei 12.414/11) e a Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/11). A Lei do Cadastro Positivo foi concebida para que se formasse em nosso sistema financeiro um banco de dados com todas as informações de adimplimento de pessoas físicas e jurídicas, formando, assim, um histórico de crédito do bom pagador, uma espécie de contraponto ao cadastro negativo (MACIEL, 2019).

Uma questão muito importante nessa lei se dá na permissão por parte do consumidor na inclusão do seu nome no referido cadastro, visto que, sem a devida autorização, o nome da pessoa não é incluído no Cadastro Positivo. Essa autorização é um dos pilares da LGPD. No seu Artigo 7º, incisos I e X, há essa previsão e a proteção ao crédito como forma de proteção de dados pessoais, o que tornou a Lei do Cadastro Positivo obsoleta nesse sentido, tendo que ser atualizada no ano de 2019, com a Lei Complementar 166:

Art. 7º O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

I – mediante o fornecimento de consentimento pelo titular;

X – para a proteção do crédito, inclusive quanto ao disposto na legislação pertinente.

Nessa cronologia, vale a pena citar a Lei 12.737/12, conhecida Lei Carolina Dieckman, mas cujo nome legal é: Lei de Tipificação Criminal de Delitos Informáticos. Este Diploma Legal acrescentou ao nosso Código Penal os artigos 154-A (*Invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita:*) e 155-B. Como o próprio nome da lei fala, criminaliza a invasão dos dispositivos informáticos, nesses dispositivos que contém dados pessoais. (MACIEL, 2019).

Chegando ao fim da saga cronológica legislativa, no ano de 2014 tivemos a criação do Marco Civil da Internet (Lei 12.965/2014), a última Lei antes da Lei Geral de Proteção de Dados.

Como podemos observar, a caminhada legislativa para chegarmos à LGPD foi longa, porém extremamente importante para sua gestação. Apesar de ser uma lei nova, ela já nasce bem madura em relação aos seus objetivos pretendidos.

1.1 PRINCÍPIOS BASILARES DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

No Artigo 6º da LGPD, vêm elencados 10 princípios norteadores para aplicação da Lei em nosso ordenamento jurídico. Observando a evolução da legislação sobre proteção de dados no mundo, podemos notar que várias regras procedimentais contidas no *Report of the Secretary Advisory Committee on Automated Personal Data System, de 1973*, foram usadas repetidamente em várias legislações internacionais de proteção de dados, formando, assim, a base do sistema europeu. Tal repetição consolidou os princípios das normas de proteção de dados:

Art. 6º As atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os seguintes princípios:

I – finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

II – adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;

III – necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;

IV – livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;

V – qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;

VI – transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

VII – segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;

VIII – prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

IX – não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;

X – responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Não por acaso, o primeiro princípio do artigo 6º é o da “*finalidade*”, sendo ele o principal princípio, pois exige a correlação entre o tratamento de dados e a finalidade informada.

O princípio da “*adequação*”, por sua vez, fala que os dados têm que ser tratados de acordo com a informação passada ao usuário. Já o da “*necessidade*”, prega que os dados devem ser tratados minimamente para atingirem as suas necessidades, impedindo que haja uma extrapolação do seu uso.

O “*livre acesso*”, garante ao usuário o acesso à informação de como seus dados estão sendo tratados e por quanto tempo, tudo de maneira gratuita. O “*princípio da qualidade*” dos dados garante ao titular uma informação precisa e clara da real necessidade do cumprimento da finalidade de seu tratamento. (COTS, 2019)

O da “*transparência*” fornece ao titular dos dados todas as informações necessárias sobre como estão sendo tratados seus dados e por quem, resguardando os segredos comerciais e industriais. (COTS, 2019)

Já o da “*segurança*”, objetiva mostrar de forma técnica ao titular de que maneira estão sendo protegidas suas informações, evitando, assim, que sejam perdidos, subtraídos ou divulgados. O princípio da “*prevenção*” adota medidas que previnem qualquer dano relacionado ao tratamento de dados. Bastante interessante é o princípio da “*não discriminação*”, pois prevê que o tratamento de dados não seja usado para promover qualquer ato discriminatório, ilícito ou abusivo. E como último princípio, a “*responsabilização e prestação de contas*” prevê que o agente de tratamento de dados têm que demonstrar que todas as medidas tomadas para a proteção de dados pessoais foram eficazes.

Todos os princípios mencionados na LGPD derivam de outros princípios já incorporados em nosso ordenamento jurídico, como o da transparência, respeito à intimidade, à vida privada, à honra, à imagem das pessoas, e um dos mais importantes, que é o das liberdades e garantias individuais.

Dessa maneira, a Lei Geral de Proteção de Dados consolida preceitos encontrados em outras normas brasileiras que tratam ou tratavam da proteção de dados pessoais.

2. A NOVA LEI DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS NO BRASIL

Muitos são os motivos para inclusão de uma Lei de Proteção de dados no Brasil. O principal motivo apontado por vários estudiosos dessa temática foi uma previsão na Lei Europeia GDPR (*General Data Protection Regulation*) que proíbe qualquer tipo de relação comercial com países que não tenham em seu ordenamento uma lei de proteção de dados, para proteger qualquer transferência de dados pessoais entre as organizações, países e a União Europeia. Ou seja, para trafegar esses, dados tem que seguir as regras da GDPR. (NÓBREGA, 2018)

Assim, como a entrada em vigor no dia 25 de maio de 2018, após 2 anos de sua aprovação, em 15 de abril de 2016, vários países apressaram a elaboração de sua legislação. Essa decisão para adequação baseada na legislação europeia pode ser extraída do *considerando nº 103^o* e *Art. 45^o*. A GDPR é dividida em 173 Considerandos e 99 Artigos, que são subdivididos em 11 capítulos. A nossa lei de proteção de dados está lastreada

por nossa Constituição, pelo Código Civil e pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo este de suma importância para completar possíveis lacunas.

A LGPD irá também forçar que essas legislações façam uma atualização de vários de seus artigos, que foram redigidos numa época de pensamentos e relações analógicas. O mundo e suas relações estão a cada dia, e a passos largos, mais digital, logo, o Direito terá que ir nesse caminho. (NÓBREGA, 2018)

2.1 A PROTEÇÃO DE DADOS E SEU REFLEXO NA RESPONSABILIDADE CIVIL

Como foi dito anteriormente, o mundo e suas relações estão cada dia mais digitais, e essa evolução tecnológica apresenta uma velocidade nunca antes vista, o que se reflete em uma profunda alteração nas relações jurídicas.

A responsabilidade civil está prevista na Seção III do capítulo VI da LGPD, nomeada “Da Responsabilidade e do Ressarcimento de Danos”, que não necessariamente será absorvida pela responsabilidade civil, a depender do caso específico, abraçada pelo Código de Defesa do Consumidor, como deixou claro o Art. 45º da Lei: “*As hipóteses de violação do direito do titular no âmbito das relações de consumo permanecem sujeitas às regras de responsabilidade previstas na legislação pertinente.*”. Portanto, nem todo dano causado pelo uso indevido dos dados pessoais será absorvido pela Responsabilidade Civil, visto que muitos ficarão na esfera do Código de Direito do Consumidor.

O Capítulo VI, Seção III, art. 42º da LGPD, trata especificamente da responsabilidade civil e seu devido ressarcimento por danos causados pelos agentes de tratamento: “*Art. 42. O controlador ou o operador que, em razão do exercício de atividade de tratamento de dados pessoais, causar a outrem dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação à legislação de proteção de dados pessoais, é obrigado a repará-lo*”.

Prevedo claramente a reparação por danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos de maneira solidária, em seu parágrafo 1º, I e II, mesmo não prevendo de maneira clara a culpa, não faz a exclusão de maneira tácita.

§ 1º A fim de assegurar a efetiva indenização ao titular dos dados:

I – o operador responde solidariamente pelos danos causados pelo tratamento quando descumprir as obrigações da legislação de proteção de dados ou quando não tiver seguido as instruções lícitas do controlador, hipótese em que o operador equipara-se ao controlador, salvo nos casos de exclusão previstos no art. 43 desta Lei;

II – os controladores que estiverem diretamente envolvidos no tratamento do qual decorreram danos ao titular dos dados respondem solidariamente, salvo nos casos de exclusão previstos no art. 43 desta Lei.

Além das responsabilidades civis previstas, a lei prevê aplicação de penalidades administrativas decorrentes da violação da legislação. As penalidades têm previsão de multas até R\$ 50.000.000,00 (cinquenta milhões de reais). Mesmo com aplicação das sanções administrativas, não impede a cumulação com a responsabilidade civil, pois esse instituto possui múltiplas funções, como bem argumenta o professor Cristiano Chaves Farias:

Creemos que no Direito Brasileiro do alvorecer do século XXI a conjunção destas orientações permite o estabelecimento de três funções para a responsabilidade civil: (1) função reparatória: a clássica função de transferência dos danos do patrimônio do lesante ao lesado como forma de reequilíbrio patrimonial; (2) função punitiva: sanção consistente na aplicação de uma pena civil ao ofensor como forma de desestímulo de comportamento reprováveis; (3) função precaucional: possui o objetivo de inibir atividades potencialmente danosas. (FARIAS, 2018, p. 62.)

Podemos observar que, no sistema judicial brasileiro, essas funções, reparatórias punitivas e precaucionais, são deixadas de lado e são pouco usadas, fazendo com que as indenizações tenham um valor bem inferior em relação ao dano causado. Assim, nas sanções administrativas há um relevante progresso, pois se usa uma série de critérios para que a penalidade seja aplicada de maneira mais coerente e proporcional à extensão do dano. (FARIAS. 2018)

2.2 REFLEXÕES SOBRE A SISTEMÁTICA DA PROTEÇÃO DE DADOS NO CENÁRIO JURÍDICO BRASILEIRO.

Com a entrada em vigor da LGPD em agosto de 2020, houve uma grande mudança na forma de tratar os dados pessoais por parte das empresas e pelo poder público. A lei trouxe em seu texto, diversos novos atores, que entraram em cena a partir da sua validade.

O primeiro a entrar em cena foi o órgão que fiscaliza o cumprimento da lei; na verdade, houve uma pequena inversão nesse ato, já que o órgão deveria ter sido criado antes de a lei entrar em vigor, mas, em se tratando de Brasil, ele ainda está sendo constituído durante o ano de 2020, pelo menos tendo seus diretores já sido nomeados. (TEPEDINO, 2020).

Assim, foi criada a ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados), ficando incumbida de fiscalizar o cumprimento da lei, zelar pela proteção de dados pessoais, elaborar as diretrizes, aplicar as sanções em caso de descumprimento da norma, promover o conhecimento das normas e das políticas públicas sobre proteção de dados pessoais e das medidas de segurança. Caberá ainda ao órgão promover e elaborar estudos sobre as práticas nacionais e internacionais de proteção de dados pessoais e privacidade, e promover e elaborar estudos sobre as práticas nacionais e internacionais de proteção de dados pessoais e privacidade.

A figura central da nova lei é o titular dos dados, que consiste na pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objetos da coleta, tratamento e o correto descarte. Lembrando que dados pessoais são as informações relacionadas à pessoa natural identificada ou identificável, como seu CPF e seu endereço residencial. Os dados pessoais são também categorizados como “dados pessoais sensíveis”, que, de acordo com a lei, são aqueles dados que falam sobre sua origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político. Também é um dado sensível aquele que fala sobre seu estado de saúde ou vida sexual, dado genético ou biométrico, tudo isso atrelado a uma pessoa natural.

Segundo o artigo 11º da Lei, o tratamento desses dados pessoais sensíveis só poderá ser tratado quando o titular ou seu responsável legal consentir de forma explícita e destacada. Porém o referido artigo enumera

algumas hipóteses em que esses dados poderão ser usados sem o consentimento do titular.

Segundo o professor Gustavo Tepedino, os dados são considerados sensíveis pois eles estão presentes em todos os conjuntos de informações da pessoa humana, se relacionando com sua intimidade e segredo. No mesmo sentido, Danilo Doneda coloca que:

Deve-se ter em conta que o próprio conceito de dados sensíveis atende a uma necessidade de delimitar uma área na qual a probabilidade de utilização discriminatória da informação é potencialmente maior – sem deixarmos de reconhecer que há situações onde tal consequência pode advir sem que sejam utilizados dados sensíveis, ou então que a utilização destes se preste a fins legítimos e lícitos. (DONENDA, 2010.p.27).

Podemos perceber que LGPD tornou os dados sensíveis, o “*core*” da privacidade no Brasil, tentando evitar o uso indevido desses dados de forma discriminatória, abusiva e até mesmo ilícita na manipulação dos dados do titular.

Mas no que consiste o compartilhamento de dados pessoais? A lei deixa bem claro que o compartilhamento de dados consiste em toda e qualquer comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou o seu tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicas no estrito cumprimento de suas atribuições legais, ou também entre esses órgãos e entidades privadas. Esse compartilhamento só ocorre com o expresso e específico consentimento do titular dos dados. Em seu livro *Proteção de Dados Pessoais – Comentários à Lei 13.709/2018*, a doutora Patrícia Peck Pinheiro fundamentou bem esse tema:

Outro ponto da LGPD que demonstra a influência do GDPR na criação do documento brasileiro diz respeito aos requisitos aplicados ao tratamento de dados pessoais. A LGPD destaca que o tratamento de dados pessoais deve observar a boa-fé e possuir finalidades, limites, prestação de contas, garantir a segurança por meio de técnicas e medidas de segurança, assim como a transparência e a possibilidade de consulta aos titulares. (PECK, 2018. p. 84).

A Administração Pública está obrigada a seguir todas as regras da LGPD? A resposta é que sim. Mas, como bem sabemos, o poder público sempre recebe tratamento diferenciado pelo nosso ordenamento jurídico. Com a LGPD não foi diferente, como podemos observar em seus dispositivos.

O primeiro ponto que podemos destacar é que a Administração Pública pode tratar os dados pessoais sem o devido consentimento do usuário, desde que esses dados sejam para execução de políticas públicas. Também poderão tratar dessas informações nos casos em que envolverem segurança pública, defesa nacional, segurança do Estado e atividades de investigação e repressão de infrações penais, sendo que, nesse caso específico, como foi falado anteriormente, haverá uma legislação específica.

O professor Marcio Cots, muito bem destacou um ponto importante a ser comentado, se referindo a uma previsão no texto da lei original que vedava o compartilhamento de dados na esfera do poder público e com pessoas jurídicas de direito privado, com base na Lei de Acesso à informação – Lei 12.527/2011. Essa previsão geraria grande insegurança jurídica. Atento a isso o legislador vetou essa proibição através da Lei 13.859/2019, por não fazer o menor sentido, pois a troca dessas informações é crucial para o regular exercício das diversas atividades e políticas públicas:

Por estar atrelado à lei, o Poder Público precisa das permissões legais adequadas para sua atuação, o que incluía possibilidade de tratamento de dados de pessoas naturais, com prevê a LGPD.

Dessa forma, essencial as disposições da LGPD dedicadas a normatizar o tratamento de dados por entes públicos, a fim não apenas de garantir o atendimento do interesse público, mas também para possibilitar maior transparência aos titulares do que, efetivamente, é feito com seus dados. (COTS, 2020, p 143).

Como bem sabemos, o Poder Público sempre precisa de normas mais adequadas à sua finalidade e à sua realidade, que o difere dos demais atores do cenário jurídico. Nunca poderá ser tratado de maneira igual ao setor privado, por cuidar dos interesses da sociedade, do seu bem-estar, da sua segurança e da sua saúde.

O artigo 23 e seus incisos trataram de adequar essa especificidade do poder público, como não poderia deixar de ser. Podemos destacar como ponto central do artigo 23 a não necessidade do consentimento, do usuário proprietário dos dados pessoais, para a manipulação desses dados quando o poder público achar necessário. Desse modo, ficam bem definidos na lei os papéis tanto das entidades privadas como do poder público no tratamento dos dados pessoais e suas consequências.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos mais notáveis matemáticos de nossa época, o londrino Clive Humby, cunhou uma frase que mostra a real importância da necessidade de os países adotarem leis de proteção de dados: “*data is the a new oil*”, que em uma tradução livre significa que os dados são o novo petróleo. Além da proteção da individualidade, resguarda-se a personalidade física e digital, bem como garantias fundamentais. Existe um comércio gigantesco de venda de dados pessoais, eis que bancos de dados de empresas valem muito dinheiro. A lei vem com o objetivo de tentar regular também essa prática, que põe em risco a privacidade das pessoas.

Assim, a LGPD foi criada, tendo como molde a lei europeia, a GDPR, tem por intuito oferecer ao cidadão brasileiro um maior controle sobre os seus dados pessoais, estabelecendo de maneira assertiva princípios, criando regras claras e bem definidas que devem ser seguidas pelas organizações privadas e públicas.

Neste artigo, tentamos apresentar os principais pontos da Lei Geral de Proteção de Dados, e seus impactos futuros nas relações que envolvam o tratamento de dados pessoais e todos aqueles que coletam e usam de alguma forma esses dados. A lei foi muito bem redigida, com alguns pontos controversos, nada mais do que o normal. O impacto inicial com a entrada em vigor da lei foi um maior cuidado com os dados pessoais por aqueles que coletam e tratam esses dados.

A partir de sua vigência, as empresas ou entes públicos não poderão mais tratar com descaso a gestão desses dados. Vimos também o surgimento de uma nova profissão no mercado de trabalho, o DPO (*Data Protection Officer*), um profissional que deverá possuir conhecimentos tanto jurídicos como técnicos de informática.

O tema, por ser muito novo, até o presente momento não apresenta nenhum julgado em nossos tribunais. Mesmo neófito na seara jurídica, podemos encontrar bons autores que atuam nessa área do Direito Digital já há algum tempo, como a Dra. Patrícia Peck Pinheiro, a professora Viviane Nóbrega Maldonado, o professor Danilo Doneda e o advogado Renato Ópice Blum. Suas obras foram muito importantes para a construção deste artigo. Suas teorias são bem convergentes nessa temática, não havendo quase nenhuma discordância doutrinária. Tendo como um ponto em comum, que o direito está sofrendo uma profunda transformação, saindo do mundo analógico e se tornando digital, e todos os operadores do direito terão que estar preparados para essa nova realidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Medida Provisória 869. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Mpv/mpv869.htm>. Acesso em: 15 set. 2020.
- BLEONARDI, Marcel. **Fundamentos do Direito Digital.** 3ª ed. São Paulo – SP. Revista dos Tribunais, 2019.
- COTS, Márcio. OLIVEIRA, Ricardo. **O Legítimo Interesse e a LGPD.** 1ª ed. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2020.
- COTS, Márcio. OLIVEIRA, Ricardo. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais Comentada.** 3ª ed. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2020.
- FARIAS, Cristiano Chaves. ROSENVALD, Nelson. BRAGA NETTO, Felipe Peixoto. **Curso de Direito Civil. Vol.3.** 6ª ed. São Paulo. Editora Jus Podivm, 2018.
- FERNANDES MACIEL, Rafael. **Manual Prático sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.** 1ª ed. Goiânia-GO, 2019.

- LUCON, Paulo Henrique dos Santos. WOLKART, Erik Navarro. LAUX, Francisco de Mesquita. RAVGNANI, Giovani dos Santos. **Direito, Processo e Tecnologia**. 1ª ed. São Paulo-SP. Thomson Reuters Brasil, 2020.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 25ª ed. São Paulo-SP. Malheiros, 2000.
- NOBREGA MALDONADO, Viviane. **LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Manual de Implementação**. 3ª ed. São Paulo-SP. Revista dos Tribunais, 2020.
- NOBREGA MALDONADO, Viviane. OPICE BLUM, Renato. Comentários ao GDPR- Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia. 4ª ed. São Paulo-SP. Revista dos Tribunais, 2019.
- OLIVEIRA, Ricardo, **Lei Geral de Proteção de Dados e seus impactos no ordenamento jurídico**. Revista dos Tribunais, v 107. N. 988, fev. 2018.
- OSÓRIO, Fábio Medina, **Direito Administrativo Sancionador**. Revista dos Tribunais, 6ªed. São Paulo – SP, 2011.
- PINHEIRO, Patrícia Peck, **Proteção de dados Pessoais. Comentários à Lei nº 13.709/2018(LGPD)**. 2ª ed. São Paulo-SP:Saraiva Educação, 2020.
- RUARO, Regina Liden. GLITZ, Gabriela Pandolfo Coelho. **Panorama Geral Da Lei Geral De Proteção De Dados Pessoais No Brasil e aInspiração No Regulamento Geral De Proteção De Dados Pessoais Europeu**. REPATS, Brasília, V.6, nº 2, p 340-356, Jul-Dez, 2019.
- SARTORI, Ellen Carina Mattias. **Privacidade e dados pessoais: a proteção contratual da personalidade do consumidor na internet**. Revista de Direito Civil Contemporâneo, São Paulo, v. 9, ano 3, p. 49-104, out.-dez. 2016.
- TEPEDINO, Gustavo. FRAZÃO, ANA. OLIVA, Milena Donato. **Lei Geral de Proteção de Dados e suas repercussões no Direito Brasileiro**. Revista dos Tribunais, 2ªed.São Paulo – SP, 2020.

- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **DOU de 5.10.1988**. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 out. 2020.
- _____. Constituição Política do Império do Brasil (de 25 de março de 1824). Elaborada por um Conselho de estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25.03.1824. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1824, p. 7, v. 1**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado dos Negócios do Império do Brasil a fls. 17 do Liv. 4º de Leis, Alvarás e Cartas Imperiais, 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 15 out. 2020.
- _____. Lei 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados. **DOU de 15.08.2018**. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm>. Acesso em: 17 ago. 2020.

A ASCENSÃO DO GOVERNO JAIR BOLSONARO À LUZ DAS TEORIAS DAS ELITES

*Nathália Gonçalves Zaparolli*⁵³

INTRODUÇÃO

A segunda metade do ano de 2018 foi marcada pelas eleições nacionais. Foi um período de incertezas e muita disputa política. Também se aperfeiçoaram e renovaram certas estratégias políticas e de campanha eleitoral.

Após o *impeachment* de 2016, ascendeu ao poder o vice-presidente Michel Temer, do partido do Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Foram dois anos marcados por uma política liberal, de retiradas de direitos sociais e redução de programas sociais. Em contrapartida, promoveu-se valorização do agronegócio, com favorecimentos dos grandes empresários e grupos bancários (principalmente privados).

Com o advento das eleições, algumas propostas de governo se mostraram como escolhas possíveis aos eleitores. Se pudéssemos sintetizá-las, uma delas a retomada do ideário estatizante e com focos em programa sociais; outra não se negava alguns pontos importantes dos governos Lula e Dilma, no entanto propunha o discurso de um governo liberal, privatizador, com a implantação do Estado mínimo e uma outra proposta é

53 Doutoranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos. Bolsista CAPES.

que seria tudo diferente do que já fora até então, com tônica privatizante, trazendo de forma radical o viés ideológico como divisor de águas na sociedade.

Ao se deparar com esses processos políticos, buscou-se compreender como eles se desenvolveram, tanto as eleições, quanto a transição do poder e o comportamento eleitoral, na perspectiva de um recorte específico, a partir da teoria das elites, um debate que se perpetua no tempo, não obstante sua temporalidade, mas sobretudo contemporâneo.

E nesse período que vivemos de transformações tão acentuadas, torna-se pertinente desacelerar e retornar a alguns pilares autorais da Ciência Política e Sociologia. Esse exercício de releitura e reflexão pode ser o primeiro passo para compreendermos profundamente certos processos que se apresentam complexos.

O trabalho está dividido em quatro partes. A primeira parte trata de explorarmos quatro autores que trabalham dentro da temática da teoria das elites, Pareto, Mills, Michels e Schumpeter, e ao escolhermos uma obra de cada autor e detalharmos seus conceitos-chaves a respeito das elites, nortearmos o debate posterior. Na segunda, trazemos sistematizado os dados empíricos, compilação dos atores, como os candidatos a presidência e vice-presidência, os ministros e o desenvolvimento das eleições no primeiro e segundo turno. Na terceira, associamos a teoria aos dados, constando a parte de análise desse trabalho, para buscar entender como as elites (políticas) agiram nas eleições e na transição dos governos e o comportamento eleitoral. A última parte se apresenta as conclusões desse ensaio, como chamaremos.

REVISITANDO AUTORES DA TEORIA DAS ELITES

Para começarmos a compreender esse cenário da política brasileira atual, discorreremos brevemente a respeito da teoria das elites de autores aqui chamados de clássicos. Colocamos esse rótulo por serem proeminentes nesse tipo de discussão e qualquer estudante que queira se aprofundar na temática, ao começar seus estudos deve passar por esses autores. Para fins de análise, elencamos quatro autores clássicos⁵⁴.

54 Vale a ressalva de que as obras desses autores são originalmente de meados do século XX e em contextos como Estados Unidos da América e Europa (ocidental), portanto ao trans-

Começamos com Pareto (1954). Para esse autor, existe os governantes (a elite) e os não governantes, cada qual possuem qualidades, ou rótulos que os colocam nessas posições. Os rótulos podem ser hereditários, como nos países monarcas, ou por meio da riqueza, uma vez que aquele que a possui, pode obter mais oportunidades de ocupar um cargo político. Por isso que riqueza, família ou contatos sociais podem estar conectados em conseguir rótulo de elite.

O indivíduo ao longo do tempo pode se deslocar de um grupo para outro e ao fazer isso ele carrega consigo certas características que adquiriu do grupo que veio. Essa mistura da elite e da não-elite é chamada de circulação das elites. Nessa circulação, um grupo pode absorver indivíduos que não possuam qualidades necessárias para se tornar um membro efetivo da elite, ou ao compararmos diversos grupos, temos que nos atentar como ocorrem as transições dos indivíduos e a velocidade das mesmas. A velocidade deve ser medida considerando a oferta e procura de determinadas qualidades, ou seja, o quanto a elite consegue absorver ou o quanto ela precisa desses indivíduos.

Para Pareto, uma das questões fundamentais é o equilíbrio social, sedimentado na circulação das elites, por isso distingue o estado de direito e o estado de fato, apenas este favorece o equilíbrio, uma vez que se trata das condições que proporcionam ao indivíduo a circulação entre classes.

Com isso, ao examinar os grupos, podemos ter a classe alta e a classe baixa, aquela é a dirigente, essa os dirigidos. Os dirigentes, ou elite, são os indivíduos que devem possuir qualidades específicas, de acordo com seu tempo e contexto social (lembrando da oferta e procura de qualidades). Aqueles que não possuem qualidades suficientes podem ocupar cargos menos importantes da elite governante ou ocupar cargo nenhum.

As características que configuram os indivíduos pertencentes a uma elite governante podem ficar sem importância (diferenças entre capacidade e rótulo), assim se tornam insignificantes. Quando as necessidades da sociedade mudam, a classe dominante se revigora não somente em núme-

pormos a teoria para análise empírica, essas questões devem ficar bem claras e guardar as devidas proporções de tempo e contexto social, político, econômico. Relembrando, o intuito é refletir como os clássicos podem auxiliar no entendimento do cenário político brasileiro, seus conceitos chaves que nos trazem a reflexões a respeito do que estamos vivendo.

ro, mas também em qualidade, as classes inferiores entram com vigor e requisitos necessários para se manterem no poder.

Devido a circulação de classes, a classe dominante está em constante transformação. O autor pontua que as revoluções são acumulações de indivíduos com resíduos (termo do próprio autor) não adequados para mantê-los no poder, e nas classes inferiores o surgimento de indivíduos de qualidade superior, adequados para governar e sem receios para o uso da força. Tais indivíduos das classes inferiores geralmente são liderados por indivíduos da classe superiores, porque lhes faltam as qualidades combativas.

Todo governo é governado por uma oligarquia, ludibriam o povo ao impor suas próprias vontades em nome deste:

Os seres humanos são guiados não por raciocínios céticos da ciência, mas por 'fés vivas' expressas em ideais, teorias como o direito divino dos reis, a legitimidade das oligarquias, do 'Povo', da 'maioria', das assembleias legislativas, e outras coisas como estas, podem ser úteis até certo ponto, e de fato provaram ser, não importa quão absurdas possam ser do ponto de vista científico; [...] Teorias com o fim de justificar o uso da força pelo governo estão sempre combinadas com teorias que condenam o uso da força pela autoridade pública. (PARETO, 1954, p. 88).

Em Michels (1982), as concepções de elites e poder são levadas a um outro patamar, no sentido da circulação das elites e de que o poder é inevitavelmente oligárquico (acepção advinda de Mosca). Um de seus focos de estudo é como os partidos se transformam ao longo do tempo. Com isso, buscaremos explicar suas principais contribuições.

A democracia em certo sentido não difere muito da aristocracia, pois ambas se tratam de disputas de minorias. Como também, a democracia tem uma preferência por soluções autoritárias para questões importantes. E além de tudo, é entendida como uma submissão da maioria por uma minoria, mas está obedecendo as instruções da maioria.

Em relação a teoria de circulação das elites de Pareto, para Michels, a substituição de um grupo de elites por outro costuma ser um processo de intercomposição, ou seja, os elementos antigos atraem, absorvem ou

assimilam novos elementos. Em governos representativos, por exemplo, a circulação ocorre dentro de uma mesma classe social, diferença apenas em ser situação e oposição. Portanto, não se trata da circulação de uma classe, mas de facções de classe. Em determinadas situações, essa disputa de facções torna-se conciliação, se o objetivo principal for manter a dominação das massas.

Para entendermos seu raciocínio, na teoria marxista, a existência de uma classe política está imersa na ideia de que o Estado se identifica com a classe dirigente. Como o capitalismo transforma a sociedade numa grande massa de trabalhadores, assim que atingir sua maturidade, ascenderá ao poder e transformará a propriedade privada em propriedade estatal, acabando com os antagonismos de classe, extinguindo o Estado.

No entanto, ainda haverá necessidade de elementos eleitos, com cargos a serem ocupados e as atividades dos representantes bem definidas, isso levaria a uma extensa burocracia, para administrar os bens sociais, ou seja, impossibilidade de uma sociedade sem classe. Para administrar os bens coletivos, devem existir os burocratas, no limite, teria a mesma influência ou importância que um proprietário do capital privado.

Uma revolução social pode substituir as classes dominantes, que num certo momento atuam abertamente, em outro momento torna-se uma oligarquia demagógica e clandestina que acoberta suas vontades e desejos sob o pretexto da igualdade.

O estado ou governo só pode ser organização de uma minoria (a oligarquia é inevitável, lembrando Mosca). Enveredando pelo marxismo e a classe política:

[...] em cada circunstância específica a dominação de uma classe política surge resultante das relações entre as diferentes forças sociais, engajadas na competição pela supremacia, obviamente considerando-se essas forças por seu caráter dinâmico e não pelo quantitativo. (MICHELS, 1982, p. 103).

Esse autor utiliza como objeto a organização do partido (da classe trabalhadora) para compreender por que o poder é sempre conservador. Com isso, o partido político moderno é a organização das massas populares, pois busca-se cada vez mais membros e possibilidade de mais votos.

Se analisarmos as relações entre partido e Estado podemos notar a essência conservadora dos partidos.

A classe trabalhadora deveria ser uma organização sólida para triunfar perante a organização do Estado, mas desenvolveu uma centralidade própria com os princípios fundamentais de autoridade e disciplina, características essas da organização do próprio Estado, transformando-se, assim, num partido governamental.

Assim um partido revolucionário é um Estado dentro do Estado, pois busca por meio da burocracia e reforço de posições substituir o Estado vigente por uma nova ordem social fundamentalmente diferente. Ao invés de ganhar força revolucionária, ao aumentar sua estrutura e força, a tendência é maior cautela e prudência, contrariando as raízes pela qual o partido foi fundado.

A organização passa de meio a fim, atribui-se importância a instituições e certas qualidades que serviam para o bom funcionamento da máquina apenas, subordinação, hierarquia, mas não para gerar produtividade. Qualquer situação que desestabiliza essa organização passa a ser evitada.

Assim, as lutas empreendidas por determinadas classes contra os partidos das classes dominantes, na verdade, tornam-se simplesmente disputa e competição. Ou seja, por mais que tenha uma origem de discurso revolucionário ou transformador, partidos que representam tais classes, no final das contas não revolucionam nada, apenas competem para tomar o poder da forma como já estão colocadas as regras do jogo.

Em Mills (1981), conseguimos entender quem são essas elites do poder e quais motivos e características as colocam nesse patamar. Assim, a elite do poder é composta por homens, cujas decisões tomadas geram grandes consequências. Ocupam postos fundamentais, a não decisão, não ação gera consequências maiores se tivessem o feito, pois estão nas principais hierarquias e organizações da sociedade moderna.

A instituições da sociedade moderna compõem hierarquias do Estado, empresas e exércitos, que são os meios do poder. Em sua cúpula estão os pontos de comando da sociedade moderna. É aí que se encontram a compreensão sociológica do papel do que Mills chama de altas rodas da América.

Para esse autor, a unidade institucional tornou-se administrativa e centralizou-se. A economia ficou dominada por algumas centenas de

empresas ligadas administrativa e politicamente e controlam as decisões econômicas. A ordem política tornou-se centralizada e penetra profundamente nas estruturas sociais. A ordem militar passou a ter um domínio burocrático em expansão e mais próxima as facetas do Estado.

Entende elite como o grupo que tem o máximo que se pode ter, juntamente com a ocupação de posição nas grandes instituições. Os poderosos são entendidos como aqueles que podem realizar a sua vontade passando por cima de qualquer resistência.

A riqueza também é adquirida e conservada por meio das instituições, sendo a empresa moderna a maior fonte disso, mas sofre influência da política. O prestígio também se encontra nas principais instituições da estrutura social e tem uma natureza cumulativa. E poder, riqueza e prestígio advém do acesso as principais instituições:

O volume e a fonte da renda, o poder sobre os bens de consumo e o capital produtivo, são determinados pela posição dentro da economia política [...] pois as posições determinam em grande parte as oportunidades de ter e conservar as experiências a que se atribui tanto valor. (MILLS, 1981, p. 18).

Os membros das altas rodas podem ser considerados como pertencentes a um estrato social elevado, eles se reconhecem e se veem socialmente, ao atuarem nos negócios as decisões são levadas mutuamente em consideração. A elite, portanto, seria as classes sociais superiores, seus membros possuem consciência quanto à classe social e a forma como agem entre si, se auto preservam. O autor coloca que elite é possuir poder, riqueza e celebridade, também é definida em termos morais e psicológicos, constituidoras de caráter e energia superiores, assim são elite pelas suas qualidades intrínsecas. O resto da população é a massa.

A noção desse estrato dominante implica assim que a maioria de seus membros tem origens sociais semelhantes, que durante toda a sua vida mantêm uma rede de ligações informais, e que há um certo grau de possibilidade de intercâmbio de posição entre as várias hierarquias de dinheiro, poder e celebridade (MILLS, 1981, p. 20, 21).

Cada época e cada estrutura social define o que entendemos por elite do poder. Os fins dos homens são geralmente esperanças, mas os meios são relativamente controláveis, por isso que os meios de poder tendem a se tornar fins para a elite que os comanda.

Schumpeter (1961) acrescenta a discussão no sentido que entende o regime democrático como um método político. Isso significa que é um arranjo institucional para se chegar a uma decisão política e não um fim em si mesmo. Também contribui no que pretendemos analisar, ao discurrir a respeito do comportamento do eleitor, quando abordado seus desejos individuais, saindo da perspectiva da vontade geral que tem como pressuposto as massas.

Para esse autor, ao trabalharmos com o conceito de vontade corresponde psiquicamente a uma ação intencional e responsável. No entanto, o cidadão ao expandir suas reflexões sobre situações macros, no caso, situações nacionais, não consegue determinar de que forma pode agir ou desenvolver alguma tarefa, assim emprega menos esforço para o domínio de um problema político. Com isso, seu senso de responsabilidade fica reduzido, gerando certa ignorância do cidadão sobre temas políticos.

Essa falta de iniciativa, ou até mesmo descaso, pois não se sente responsável pelos problemas nacionais, leva a persistência da ignorância por mais bombardeado de fatos e informações que ele se depare. Portanto, ao se tratar do campo político, o pensamento do cidadão comum beira ao associativo e afetivo. Havendo ou não grupos políticos tentando influenciar o eleitor, ele cederia a preconceitos ou impulsos irracionais. E esses elementos e mecanismos podem forjar uma vontade geral, que será utilizada (manipulada) pela elite.

Ele relaxará também seus padrões morais habituais e, ocasionalmente, cederá à influência de impulsos obscuros, que as condições de sua vida privada ajudam a reprimir. Mas, no que tange à sabedoria e racionalidade de suas inferências e conclusões, seria igualmente mal se ele explodisse em manifestações de generosa indignação. Nesta última hipótese, tornar-se-á ainda mais difícil para ele ver as coisas nas suas proporções corretas ou mesmo ver mais de um único aspecto da questão de cada vez [...] O importante é que, sendo a natureza humana na política aquilo que sabemos,

tais grupos podem modelar e, dentro de limites muito largos, até mesmo criar a vontade do povo. Na análise dos processos políticos, por conseguinte, descobrimos não uma vontade genuína, mas artificialmente fabricada. E, amiúde, esse produto é o que realmente corresponde à *volonté générale* da doutrina clássica. E, na medida que assim é, a vontade do povo é o resultado e não a causa primeira do processo político. (SCHUMPETER, 1961, p. 320, 321).

Como a democracia é um método para se alcançar determinadas metas, metas essas da classe dominante, sob o pretexto de uma vontade geral, do povo que deve ser atendida. Esta classe “vende” um ideal de democracia e de governo do povo. No entanto a dinâmica política se dá entre diversos grupos, cada qual compostos por suas elites, que concorrem e disputam o poder. Teoricamente, uma população elucidada elegeria a melhor elite possível para comandar o país. Se concretamente a elite que está no poder possui diversas falhas é porque o eleitor também as possui.

PROCESSO ELEITORAL PRESIDENCIAL DE 2018 E A POSSE DO GOVERNO BOLSONARO

Antes de analisarmos à luz dos clássicos a transição de poder do governo Temer para o governo Bolsonaro, cabe transcorrer a respeito dos acontecimentos que vão desde as eleições do ano passado até a posse do presidente e sua cúpula do governo, especificamente elencar alguns atores.

Ao fazermos isso, conseguimos extrair quem são as elites que disputaram o poder, as relações entre elas no processo eleitoral e como se posicionaram após a posse. Assim podemos interligar os dados empíricos com a abordagem teórica.

Fizemos o recorte de analisar apenas o processo eleitoral presidencial e a cúpula do governo Bolsonaro, no caso seus ministros, pois consideramos adequado às definições que utilizamos aqui para elite (política) – postos altos da hierarquia de instituições, demanda de determinadas qualidades, possuir riqueza, poder e prestígio, resumidamente. Também consideramos dados suficientes para analisar a dinâmica entre elas nesse processo. Afinal, se trata de um ensaio e uma primeira aproximação para reflexões do cenário político brasileiro atual. A partir dessa contribuição

que os clássicos podem trazer, seremos capazes de avançar teórica e analiticamente, em período posterior.

Revestiu-se a eleição para presidente da República no ano passado no Brasil, em uma simbiose de acontecimentos dos mais inusitados, talvez sem precedentes na história do país. Antes da realização do primeiro turno, tínhamos uma situação política *sui generis*.

De um lado, um candidato, Luis Inácio Lula da Silva (do Partido dos Trabalhadores, PT), que já fora presidente da República nos anos de 2003 a 2007 e 2007 a 2010, dado como favorito nas pesquisas de intenções de voto, encarcerado, condenado em 2ª. Instância, pelo 4º Tribunal de Justiça Federal, portando impedido de participar do pleito. E de outro lado, como forte oponente, Jair Bolsonaro, um militar reformado, capitão do Exército, deputado federal por 28 anos, contudo, vinha em campanha crescente desde 2016, com um discurso nacional-moralista, em defesa das tradições da pátria, da família e dos costumes. Seu vice é o general Hamilton Mourão do Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB).

O apelo popular de ambos na formação do imaginário popular, se de um lado, com Lula despertava as massas dos brasileiros “miserabilizados”, sobreviventes do *status quo* social-econômico por conta das políticas de renda mínima, como os programas Bolsa Família, geração de oportunidades de estudos, como o ProUni (Programa Universidade Para Todos) e Fies (Fundo de Financiamento Estudantil), para jovens carentes que dificilmente teriam condições de ingressar em uma faculdade sem esse olhar social, dentre outras. Contrastava com o não menos apelativo carisma que renascia da classe média recrudescida pelo agravamento da crise econômica pós-golpe da então presidenta Dilma Rousseff e que fazia Bolsonaro ser aclamado por onde fosse como “mito”.

Todavia, Lula, preso, condenado, não pôde ser o candidato da chamada esquerda. Para tanto, nomeou-se Fernando Haddad, ex-prefeito de São Paulo, no último ato do registro da candidatura presidencial e de fato o foi mesmo, como estrela emergente de sua base eleitoral vastíssima, colocando como vice Manuela D’Ávila, do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), era então deputada estadual pelo Rio Grande do Sul.

Para o panorama do primeiro turno:

Tabela 1: Candidatos à Presidência das eleições de 2018⁵⁵.

Candidatos à presidência	Partido	Principais funções/cargo/profissão
Jair Bolsonaro	PSL	Militar reformado, deputado federal.
Fernando Haddad	PT	Professor, ex-prefeito de São Paulo.
Álvaro Dias	Podemos	Senador.
Cabo Daciolo	Patriota	Deputado federal.
Ciro Gomes	PDT	Ministro em diversos governos federais.
José Maria Eymael	DC	Deputado federal.
Geraldo Alckmin	PSDB	Ex-governador de São Paulo.
Guilherme Boulos	PSOL	Coordenador do MTST.
Henrique Meirelles	MDB	Deputado federal, ministro, presidente do Banco Central.
João Amoêdo	Novo	Empresário.
João Goulart Filho	PPL	Escritor.
Marina Silva	Rede	Deputada federal, senadora, ministra.
Vera Lúcia	PSTU	Ativista, professora.

Fonte: Elaboração própria, 2019. Dados: <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/noticia/2018/07/20/candidatos-a-presidencia-da-republica-nas-eleicoes-de-2018-veja-quem-sao.ghtml>. Acesso em: 25 set. 2021.

A seguir, a tabela 2 com os respectivos candidatos à vice-presidência, seguindo a ordem acima.

Tabela 2: Candidatos à vice-presidência das eleições de 2018

Candidatos a vice-presidência	Partido	Principais funções/cargo/profissão
Hamilton Mourão	PRTB	General.
Manuela D'Ávila	PCdoB	Deputada estadual, deputada federal.
Paulo Rabello de Castro	PSC	Economista, presidência do Instituto Brasileiro de Geografia e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social.
Suelene Balduino Nascimento	Patriota	Pedagoga.

55 As funções, cargo, profissão trata-se apenas para fazer referência das origens dos candidatos, se já era pertencente a classe política, ou empresarial, ou militar, por exemplo. Isso nos auxiliará na análise das elites no próximo tópico, por isso não está exposta uma biografia completa ou mais detalhada de cada candidato.

Kátia Abreu	PDT	Empresária, ministra.
Hélio Costa	DC	Pastor.
Ana Amélia	PP	Senadora.
Sônia Guajajara	PSOL	professora e enfermeira, coordenação executiva da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) antes disso ainda passou pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB).
Germano Rigotto	MDB	Ex-governador do Rio Grande do Sul, deputado federal, deputado estadual.
Christian Lohbauer	Novo	Professor universitário.
Léo da Silva Alves	PPL	Professor universitário.
Eduardo Jorge	PV	Deputado federal, secretário do Estado de São Paulo.
Hertz Dias	PSTU	Militante e professor do estado.

Fonte: Elaboração própria, 2019. Dados: <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/noticia/2018/07/20/candidatos-a-presidencia-da-republica-nas-eleicoes-de-2018-veja-quem-sao.ghtml>. Acesso em: 25 set. 2021.

O cenário da disputa eleitoral era, basicamente, no lado considerado esquerda, correr contra o tempo se tornou a palavra de ordem, que só teria 45 dias de campanha para desconstruir Bolsonaro, que estava em campanha, como dito acima, há pelo menos dois anos antes. Percorreu o país levando sua mensagem nacionalista, de apelo populista, com direcionamento reacionário e de extrema-direita.

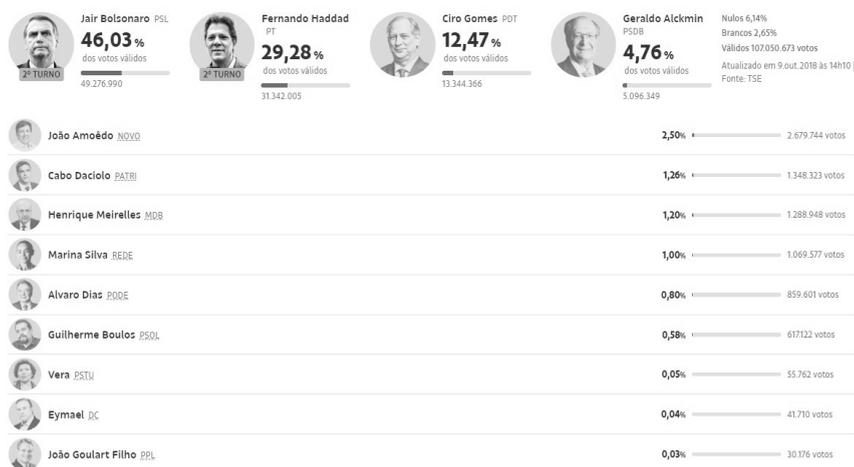
À Haddad coube tão somente tentar atrair os votos lulistas, o que de certa forma conseguiu com êxito, chegando no primeiro turno. Passou à frente inclusive de outro candidato, Ciro Gomes, não menos conhecido, ao contrário, até mais, não menos eloquente, de certa forma, mais altivo, com predominância de desempenho eleitoral no Nordeste, seu reduto, ao passo que Haddad, um paulista pertencente à classe média burguesa da capital, foi visto como liderança emergente e herdeiro dos votos de Lula. Tivemos uma disputa acirrada e grandes medalhões da política caíram por terra como Geraldo Alckmin, Álvaro Dias, Marina Silva, bem como outros novatos, João Amoedo, o mesmo acontecendo com Ciro Gomes.

No primeiro turno, Bolsonaro, o mito, elevado à potência de *condottiere* da presopopeia nacionalista de extrema-direita, com afago da elite econômica e de radicais ideológicos do liberalismo, movido sobretudo pelo apelo do combate à criminalidade, incitando a violência contra qualquer um que se opusesse à lei, obteve uma votação espantosa. Detalhe: não participou de um só debate televisivo, como é comum nas democracias da América, teve apenas oito segundos de tempo na televisão para expor suas ideias e mesmo assim, saiu em larga vantagem depois de apuradas as urnas no primeiro turno.

Por sua vez, Haddad, que foi colocado na “fogueira”, de última hora, para salvar ao menos o discurso da esquerda brasileira, conseguiu se consolidar como alternativa ao bolsonarismo, numa equação que dificilmente para o segundo turno, haveria qualquer prognóstico crível. Haddad mais do que entrar derrotado no segundo turno por conta de ter ficado isolado no *front* da batalha, sem aliados, enfrentou um inimigo moderno, o inimigo oculto dos *fake news*, das mentiras multiplicas nas redes sociais, que inacreditavelmente foram dadas como verdades por boa parte do eleitorado brasileiro.

Para melhor compreender em termos quantitativos a eleição presidencial, disponibilizamos o seguinte gráfico dos resultados da eleição presidencial respectivamente do primeiro:

Gráfico 1: Resultado Eleições Presidenciais 2018 – Primeiro Turno.



Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/eleicoes/2018/apuracao/1turno/brasil/>.

Acesso em: 25 set. 2021.

No segundo turno, como podemos observar, foram os candidatos do PSL e PT. Foi um turno pautado por um lado pelo discurso do liberalismo, antipetismo, moralista, continuou a estratégia do primeiro turno. E do outro lado, a favor da democracia e justiça social, buscando apoio entidades sociais, ONGs, movimentos sociais, demais partidos que se diziam de esquerda ou de centro, esta tentativa sem muito sucesso, muitos candidatos derrotados optaram por não assumir publicamente um lado⁵⁶.

Compreendemos que durante o processo eleitoral pouco importava se Bolsonaro tinha comparecido aos debates, e não foi a nenhum, se tinha propostas maduras para o enfrentamento da grave crise social e econômica que o país atravessava (e atravessa), se reuniria elementos técnicos suficientes para fazer frente às gigantescas demandas do Estado, se sequer fora testado em sua oratória.

Números apontam que a primazia de Bolsonaro foi discursar, ser ouvido e ser compreendido por uma expressiva parcela da população esquecida pelos ventos de bonança do governo progressista, qual seja, a classe média, acuada pela classe baixa que submergia dos porões da pobreza e se aproximava muito rapidamente dos condomínios onde morava. Além disso, o discurso fácil do combate à violência em que se prega o ódio a toda marginalidade, não graduando os níveis de tipificação penal.

Assim, ficou decidido o futuro presidente do Brasil, com os seguintes resultados eleitorais.

Gráfico 2: Resultado Eleições Presidenciais 2018 – Segundo Turno.



Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/eleicoes/2018/apuracao/2turno/brasil/>.

Acesso em: 25 set. 2021.

⁵⁶ Aqui encontram-se a posicionamento de alguns partidos em relação ao segundo turno: <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/noticia/2018/10/09/saiba-quais-partidos-ja-adotaram-posicao-no-segundo-turno-das-eleicoes-presidenciais.ghtml>. Acesso em: 25 jan. 2019.

Jair Bolsonaro venceu com quase 58 milhões de votos válidos, frente aproximadamente 47 milhões de Haddad. Após o resultado, as articulações para transição do novo governo e as negociações de nomes para ministros se iniciaram. Assim, como analisaremos a elite que entra (ou permanece) no governo federal, elencaremos os ministros escolhidos.

No governo do Bolsonaro houve uma reestruturação administrativa, alguns ministérios foram fundidos, outros extinguidos e criados. Assim elencaremos os ministérios que iniciou seu governo, como a nomeação dos ministros.

Tabela 3: Relação dos ministros do governo Bolsonaro.

Ministério	Ministro	Principais cargos/funções/ profissão
Ministério da Casa Civil	Onyx Dornelles Lorenzoni (DEM)	Carreira política com diversos mandatos parlamentares
Gabinete de Segurança Institucional	General Augusto Heleno Pereira	Comandante das tropas da Missão das Nações Unidas no Haiti de 2004 a 2005. Entre 2007 e 2009, o general exerceu a função de Comandante Militar da Amazônia.
Ministério da Economia	Paulo Guedes	Economista e empresário. Um de seus empreendimentos é o grupo financeiro BR investimentos, tornaria parte da Bozano Investimentos.
Ministério da Justiça e da Segurança Pública	Sérgio Moro	Formação em direito, atuou na magistratura durante 22 anos.
Ministério da Ciência e Tecnologia	Marcos Pontes	Oficial da reserva e astronauta
Ministério da Agricultura	Tereza Cristina (DEM)	Deputada federal, engenheira e empresário do agronegócio
Ministério da Defesa	General Fernando Azevedo e Silva	Militar da reserva, foi chefe do Estado Maior do Exército.
Ministério das Relações Exteriores	Ernesto Araújo	Diplomata.
Banco Central	Roberto Campos Neto	Economista, executivo do Banco Santander, ex-ministro.

Ministério	Ministro	Principais cargos/funções/ profissão
Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União	Wagner de Campos Rosário	Servidor de carreira e ex-capitão, já atuou como oficial do Exército.
Ministério da Saúde	Luiz Henrique Mandetta (DEM)	Ortopedista pediátrico, deputado federal, secretário municipal.
Advocacia Geral da União	André Luiz de Almeida Mendonça	Advogado da União.
Secretaria-Geral da Presidência da República	Gustavo Bebianno	Advogado.
Ministério da Educação	Ricardo Vélez Rodríguez	Professor emérito da Escola de Comando e Estado Maior do Exército.
Secretário de Governo	General Carlos Alberto Santos Cruz	Formado na Academia Militar das Agulhas Negras (Resende/RJ), comandou tropas em missões da ONU.
Ministério da Infraestrutura	Tarcísio Gomes de Freitas	Engenheiro pelo Instituto Militar de Engenharia.
Ministério do Desenvolvimento Regional	Gustavo Canuto	Servidor público.
Ministério da Cidadania	Osmar Terra (DEM)	Médico, ex-ministro.
Ministério do Turismo	Marcelo Álvaro Antônio (PSL)	Deputado federal.
Ministério de Minas e Energia	Almirante Bento Costa Lima de Albuquerque	Comandante em chefe da Esquadra, chefe de gabinete do Comando da Marinha e comandante da Força de Submarinos Brasileira.
Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos	Dameres Alves	Pastora, educadora, assessora jurídica do Congresso Nacional.
Ministério do Meio Ambiente	Ricardo Salles	Advogado e administrador.

Fonte: Elaboração própria. Dados: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-12/veja-quem-sao-os-ministros-de-jair-bolsonaro>. Acesso em: 25 set. 2021.

Dentre os 22 ministérios, seis deles serão chefiados por membros do exército. Pode parecer pouco quantitativamente, no entanto ocupam as pastas do primeiro escalão, com Ministério da Secretaria do Governo, Ministério da Defesa e Gabinete da Segurança Institucional, pois somadas possuem um orçamento de 100 bilhões de reais. Também observamos ministros do mesmo partido do ex-presidente direto Michel Temer, ou outros que atuaram em outros governos. Muitos deles já com carreira política.

COMPREENSÕES A RESPEITO DA TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL

Na parte teórica, determinados autores foram trazidos para discussão, pois abordaram e desenvolveram conceitos que podem orientar, pelo menos inicialmente, a análise desse período de transição de poder. Foram escolhidos justamente pelos conceitos que trazem em suas obras.

Sabemos que diversos outros intelectuais mais recentes e contemporâneos também trabalharam a respeito das elites, classe política, democracia. Mas o objetivo é entender o que autores como Pareto, Michels, Mills e Schumpeter podem nos auxiliar a montar um quadro explicativo da situação política atual.

Com a coleta de dados já sistematizada no tópico diretamente acima, podemos extrair algumas informações. Começaremos pela ordem dos autores, com o entendimento da circulação das elites no cenário exposto.

Ao analisarmos os candidatos à presidência e vice-presidência, principalmente os dois que foram para o segundo turno, também os ministros, a grande maioria é indivíduos que há diversos anos está envolvido numa carreira política e pública. Temos aqueles possuíam mandatos a serem terminados, como Jair Bolsonaro (deputado federal), Álvaro Dias (senador), Geraldo Alckmin (governador), Manuela D'Ávila (deputada federal), Kátia Abreu (senadora), Ana Amélia (senadora). Podemos observar que até os ministros escolhidos, muitos já estavam na carreira pública, inclusive em postos centrais do governo Temer, como Onyx Lorenzoni, Henrique Meirelles, Paulo Rabello, Ernesto Araújo, Wagner de Campos, Tarcísio Gomes, Gustavo Canuto, Osmar Terra.

Dessa forma, podemos observar que certos nomes mudaram e se tornaram parte do governo, nomes que não estavam no governo anterior, exemplos: Marcos Pontes, Paulo Guedes. Nesse sentido houve uma circulação das elites, comentado por Pareto (1954), principalmente pela quantidade de militares no governo, no limite colocado como um governo militar, devido seus líderes (presidente e vice-presidente), frente a um governo civil anterior. Mas outros nomes estão sempre no cenário político governamental, o Bolsonaro é um deles. Com isso, não seria uma circulação das elites, no sentido da não elite se tornar elite, afinal no mundo atual é muito difícil separar a sociedade de forma dicotômica, governantes e governados.

Por isso, o entendimento de Michells (1982) complementa a análise. Como vimos, a circulação das elites na realidade é circulações de facções da elite, a disputa se dá no nível de uma mesma classe social. O objetivo é se tornar situação num determinado momento, quando se encontrava na oposição. Para isso, as disputas podem se tornar conciliações para não perder o poder e a dominação das massas. O jogo político trata-se de um processo de intercomposição dos indivíduos dessas facções.

Outro elemento que Pareto (1954) traz é a questão da demanda e procura por determinadas características, isso levaria a não elite se tornar elite. Lembrando que nem sempre é tão dicotômico, mas focando na questão das qualidades. Durante a campanha do Bolsonaro foi explorado um perfil de político diferente, com características que seriam diferenciadas de outros políticos, não corrupto, honesto, “do povo”, humilde, a favor da família e dos bons costumes, escolheria uma equipe por questões técnicas e não contatos e negociações pessoais. Nessa perspectiva, nos últimos anos podemos notar uma “onda conservadora”⁵⁷ no Brasil, então podemos refletir que tais qualidades estavam à procura do eleitor comum, favorecendo a circulação – se efetivamente o candidato tem essas qualidades não é a questão desse trabalho.

Falando em conservadorismo, mas em outra perspectiva. Michells (1982) nos lembra como o poder é conservador, pois as elites buscam se perpetuar no poder. Sua análise trazia o Partido Socialista, mas transpo-

57 Trata-se aqui de retomar concepções de vida mais tradicionais, como importância da instituição da família e da religião.

remos, guardadas as devidas ressalvas, para a classe política formada pelo governo eleito.

Isso quer dizer que, o partido PSL nas eleições adotou um discurso, como já comentamos, de mudança⁵⁸. Ao assumir o poder, faria tudo diferente, as regras do jogo mudariam e seria um novo Estado vigente. No processo do segundo turno até ser eleito, ao observarmos as articulações políticas, pelas alianças feitas tanto com outros partidos, quanto com o governo então vigente conseguimos notar que o partido e o candidato à presidência ganharam força, isso pode gerar mais cautela e deixando as tendências transformadoras. Ou seja, apenas competem para tomar o poder da forma como já estão colocadas as regras do jogo.

No que se refere a quem compõe a elite, em Mills (1981) encontramos esse debate, ele traz a concepção de elite do poder, que nas sociedades modernas são indivíduos que ao tomarem ou não certas decisões geram grandes consequências. E de fato, elementos que ocupam a cúpula de um governo, por exemplo os ministros, suas ações e tomadas de decisões possuem grande alcance na dinâmica política nacional. Qual programa implementar, qual excluir, quais áreas deverão ter mais investimentos que outras.

Sabemos que não decidem sozinhos, mas o alto posto hierárquico os deixa com poder de influência maior, ainda mais se pensarmos na centralização das instituições, pequenos grupos de políticos, empresas ou militares administram essas instituições, que são os pilares das sociedades modernas, segundo Mills (1981), antes era basicamente a família e a religião. Assim, ao considerarmos essas características, conseguimos observar que no quadro apresentado da atual política nacional, poucos indivíduos estão no comando, e são justamente políticos de carreira, empresários ou militares.

Outro ponto para se analisar é que elite possui poder, riqueza e celebridade (prestígio). Dentro dos nomes elencados, tanto dos candidatos à presidência e vice-presidência, quanto dos ministros empossados por Bolsonaro, salvo raras exceções, se enquadram como possuidores des-

58 Há uma questão de fundo que passa por toda essa reflexão, mas não é abordada diretamente nesse trabalho, a aparência *versus* a realidade. Nas candidaturas dos partidos políticos é perceptível que diversas pautas do plano de governo e os comportamentos dos candidatos são mais discursos para convencimento dos eleitores, que ações de fato e efetivas.

sas características, afinal a elite de poder agrega todas elas. Alguns encontravam-se em postos decisórios do outro governo, como deputados federais, estaduais ou senadores, outros, empresários, demais militares. São posições que proporcionam riqueza, pois os salários são altos, poder, uma vez que podem influenciar decisões fundamentais e celebridade, visto que adquirem destaque social perante o resto da sociedade. Importante ressaltar que alguns indivíduos inclusive se deslocam entre as classes empresarial, política e militar, pois pertence a todas elas, devido sua formação e carreira.

Por fim, ao se tratar do comportamento dos eleitores, de acordo com o exposto, houve um maciço investimento em *fake news*, campanha intensiva nas redes sociais, principalmente como veículo de informação principal, propagação de notícias dos candidatos em grupos de *whats app*, propaganda de conteúdo extremamente moralista e conservador. Esses acontecimentos fizeram entrar no debate os motivos e motivações da alta adesão do uso dessas redes e aceitação de tais conteúdos por grande parte do eleitorado brasileiro. E mais uma estratégia de campanha político efetiva, pois o candidato do PSL foi vitorioso.

Para começarmos a compreender esse comportamento do eleitorado, possíveis explicações, podemos resgatar algumas considerações que Schumpeter (1961) faz a esse respeito.

Esse autor entende que ao se deparar com questões nacionais, no caso questões da política nacional, o cidadão comum não consegue estabelecer vínculo direito, assim seu senso de responsabilidade diante daquele tema quase inexistente, gerando ignorância a respeito desses assuntos, ou mesmo descaso. Isso traz sérias consequências, pois por mais que seja confrontado com informações, fatos, dados, nada disso é relevante para o cidadão. O que resta de sua atenção são assuntos que remetam ao afetivo ou associativo a sua vida privada, podendo até ceder a preconceitos, caso já nos os possua.

Ao se deparar ou tendo conhecimento dessa situação, grupos políticos podem começar a atuar no sentido de atrair esse cidadão (eleitor) e influenciar seus posicionamentos políticos, conseqüentemente o voto. Afinal, Schumpeter (1961) entende a democracia como um método para se alcançar determinadas metas políticas, no caso concorrer às eleições para ser eleito.

Essas explicações colocadas podem ser formas de se entender o processo eleitoral presidencial de 2018 e, em parte, justificar o comportamento eleitoral dos votantes de Bolsonaro. Isto é, cidadãos desconectados do seu dia a dia com a política, acreditam que seus atos não interferem na política nacional (muitos de fato não, mas o voto, por exemplo, influencia diretamente), se deparam em suas redes sociais com campanhas que apelam ao afetivo, moralidade, elementos que consegue associar, não importando se é *fake news*, pois estão tomados por certo grau de ignorância nos assuntos propriamente políticos.

Dessa forma, a partir de conceitos de autores que discorreram a respeito das elites, fomos capazes de analisar empiricamente suas implicações no processo eleitoral presidencial de 2018 e a transição do governo Temer para o de Bolsonaro, levando em consideração seus líderes nos ministérios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, buscamos adotar a interpretação das teorias das elites para auferir entendimentos para o cenário político brasileiro, desde as eleições do ano passado até a posse do novo governo em primeiro de janeiro de 2019. Algumas estratégias foram usadas pela primeira vez, ou pelo menos aperfeiçoadas: uso nunca antes visto de redes sociais, canais não tradicionais de informações, utilização de robôs eletrônicos para espalhar notícias falsas de candidatos, enfim uso de tecnologias modernas e explorando as relações entre as redes e as pessoas.

Isso proporcionou comportamentos outros dos eleitores, poderíamos dizer até inusitados, se tomarmos como base trabalhos renomados de comportamento eleitoral, por isso comportamentos não tão óbvios num primeiro momento, principalmente se for uma análise mais micropolítica ou microsocial.

Por esses motivos, importante estarmos atentos ao contemporâneo, mas também ao que o passado pode nos ensinar. Assim, retomamos teorias de autores que em sua época também passavam por períodos de grandes transformações político-sociais. As chamadas teorias das elites, que buscam compreender quem são as elites, o que são, como se relacionam, seus papéis, as não elites do que se tratam, enfim uma gama de questões que a cada época tentamos responder.

Assim, conceitos chaves abordados por quatro autores, Pareto, Michels, Mills e Schumpeter, nortearam o caminho da busca pelo entendimento desses acontecimentos recentes. Conceitos como circulação das elites, poder conservador, democracia como método, suas concepções de elites direcionaram a análise dos dados empíricos.

Sempre guardadas as devidas ressalvas e os cuidados ao se retirar também a teoria de seu contexto, afinal a época em que escreveram tais obras era diferente da que vivemos e até pesquisas em sociedades diferentes. Mas foi colocado aqui um exercício de reflexão, principalmente por alguns elementos serem novos. Com a proposta de continuarmos revisitando grandes autores, inclusive os de nosso tempo, para conseguirmos proporcionar um entendimento mais completo dos processos políticos atuais, ou por que não desenvolvermos novas teorias.

REFERÊNCIAS

- MICHELS, R. **Sociologia dos Partidos Políticos**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.
- MILLS, C. W. **A elite do poder**. Rio de Janeiro: Jahar Editores, 1981.
- PARETO, V. As Elites e o uso da Força na Sociedade. In: SOUZA, A. (org.). **Sociologia Política**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1954.
- SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961.

RESUMOS

MUSICOTERAPIA: DA ESCUTA A INTERAÇÃO E INTERVENÇÃO

*Jafé Martins de Almeida*⁵⁹

INTRODUÇÃO

Falar da escuta não seria possível, se não refletíssemos também sobre o silêncio, seu significado, o que o envolve e para que serve. Pensar em silêncio é, em primeiro lugar, pensar no pensar. É refletir naquilo que imaginamos para chegar a um conceito e ou consenso do refletido; é encontrar um caminho, não somente calar-se.

O silêncio é um movimento interno do pensar e do refletir. É uma ação introspecta, para uma ação externa, um fazer coerente e consistente do pensamento. A partir do silêncio vem a escuta, que perpassa pela inação. A inação é a reflexão da escuta para uma ação, que vai da intervenção à interação ou da interação à intervenção.

A escuta envolve muito mais do que o simples ouvir. Ela está envolvida de uma reflexão mais intensa e profunda, através de um ouvir atento e penetrante daquele que escuta. É ponderar o que se ouve, concentrar-se naquele produz a fala. Ouvir, é somente uma reação do ouvido, enquanto escutar, é uma percepção, valorização e uma apreciação conceituada do que se ouve.

Segundo Michaelis (1988), escutar é dar atenção, é ouvir atentamente, ou seja, ter um interesse naquilo que está sendo expresso por meio da fala. (1988, p. 858).

59 Formação em Pedagogia pela Faculdade IBRA de Brasília, Mestre em Ciências da Educação pela Universidad de la Integración de las Américas (UNIDA), e Doutorando em Ciências da Educação pela Universidad de la Integración de las Américas (UNIDA).

A partir daquilo que se ouve, vem a interação e a intervenção. Na interação, há uma ação entre musicoterapeuta/cliente/musicoterapeuta. Existe então uma participação recíproca de ambos. Na intervenção, o intervir é uma ação ativa do terapeuta, que a partir dos conteúdos ativos verbais, sonoros e tácitos levados pelo cliente ao setting musicoterápico, o terapeuta age, apoiando, dando base, ajudando-o em sua reabilitação ou cura. O papel do terapeuta afirma Barcellos (1992): “é ajudar no crescimento do paciente; é facilitar muitas vezes o emergir e a expressão de conteúdos e potencialidades (1992, p. 12).

METODOLOGIA

Optou-se por uma investigação descritiva, a partir de uma revisão bibliográfica, com autores renomados na área de musicoterapia, considerando seus escritos, saberes e potencialidades no que se refere a escuta à interação e à intervenção.

REFERENCIAL TEÓRICO

O silêncio é algo importante na vida do homem. Ele é o momento de escutar a si mesmo, de autoanálise, de rever os conceitos e reviver. É no silêncio que se ouve o outro, e escuta com profundidade de forma reflexiva, para ajudá-lo em sua necessidade. Segundo Barthes, Barbaresco, Bernadine e Caniglia (2000), “o silêncio da escuta é tão ativo, como as palavras de quem fala.”(2000, p.02) Continuam afirmando que “a escuta é uma pedra preciosa para a musicoterapia, e um requisito indispensável e indissolúvel, na função do musicoterapeuta.(2000, p. 1).

Como fenômeno fisiopsíquico, a escuta passa por alguns níveis segundo Barbaresco, Bernadine e Caniglia, fazendo uma análise da raiz etimológica da palavra ouvir em francês “entendre”. Esta nomenclatura originária, foi unindo com outros vocábulos, e dando como resultado as seguintes palavras compostas: entendre-oir, entendre-écouter, entendre-entendre, entendre-comprendre.

A escuta é uma ação permanente daquele que ouve. Ela ultrapassa o horário e lugar de atendimento ao cliente. Tomatis e Vilian, segundo Ruud (1991), afirmam: “o homem evoluído caminha em direção à es-

cuta... o ouvido é na verdade uma antena aberta para a comunicação, no sentido mais amplo do termo. Ele está longe de se limitar apenas ao órgão anatômico. Ele pode transformar o homem visto como um todo, em um ouvido. O homem torna-se escuta total”. (1991, p. 113-114).

A escuta é fundante ao terapeuta, é algo inerente a ele. Sem escuta não há intervenção, como também não existe interação. Sem escuta não haveria terapia. A interação é a comunicação entre cliente e terapeuta. É nessa dimensão que o cliente traz suas demandas que são captadas pelo terapeuta com o fim de apoiá-lo, na solução dos problemas. Na interação há uma escuta mútua entre terapeuta e cliente. Ela é um momento em que o cliente externa suas questões psíquicoemocionais e o terapeuta atua nessas demandas indicando, mostrando caminhos, para que suas angústias, aflições, desprazer, tristezas sejam dirimidas e ou resolvidas.

Na técnica de improvisação, as interações estão presentes em toda sessão, pois a participação ativa do cliente e do musicoterapeuta são constantes. A improvisação, é um processo ativo de fazer música, e de se comunicar através dela. Barcelos (1992) afirma: “quando estamos ativos no processo de fazer música e quando partilhamos essa experiência como o outro ao mesmo tempo, somos puxados para fora de nós mesmo” (1992, p. 7) Ao interagir o musicoterapeuta deve estar sempre junto com o cliente, em todos os sentidos, verbal, sonoro ou acompanhando instrumentalmente esse cliente.

É nas interações que as demandas podem vir à tona e o musicoterapeuta deverá estar atento para uma possível intervenção a fim de trazer ao afetado a tranquilidade com a intervenção aplicada. Barcellos (1992) cautions: “somos às vezes desafiados por um som, impulsionados por um ritmo ou atraídos por uma melodia. Somos puxados pela música, para fora de nós mesmos [...]” (1992, p. 9)

A intervenção é uma ferramenta terapêutica presente em uma sessão musicoterápica, e utilizada a partir da escuta. Bruscia (2000) assevera que intervir “é agir sobre alguém, ou sobre algo, para mudar uma situação existente e conseqüentemente, alterar o curso dos eventos [...] é participar dentro ou mitigar aquelas forças da vida do cliente que estão afetando sua saúde. A intervenção é também um processo terapêutico que requer do musicoterapeuta, pensamento crítico, maturidade suficiente para saber quando, como e que tipo de intervenção deve ser colocada em evidência para solucionar a demanda exposta.

A escuta, a interação e a intervenção, andam juntas na musicoterapia, pois é a partir da escuta que chegamos a intervir e a interagir. Barbaresco (2000) afirma: “*La escucha es fundante y da entrada a nuestro dispositivo, por esto es una función primordial inherente a la identidad del musicoterapeuta*” (2000, p. 7). A escuta é o processo fundamental para as interações e intervenções. Sem ela não haveria interação, não haveria intervenção, não haveria terapia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a pesquisa, perceber-se que a escuta é crucial para qualquer tipo de terapia, logo para a musicoterapia. É preciso considerar os níveis de escutar, para alcançar o cliente em suas demandas. Barbaresco, Bernadine e Caniglia (2000) Aborda os quatro níveis de escuta a partir das palavras composta já descrita nesse artigo. São elas:

- “ Entendre–oír (ouvir) – Receptar com o ouvido, è a ação mais passiva em relação ao escutar. Ouvimos o que nos é dado à percepção por impressão acústica. Ouvir é ser golpeado por sons; escutar é pôr a orelha para ouvir.
- Entendre–écouter (escutar) – Prestar atenção e interesse. Dirigir-se ativamente a alguém ou a algo que não é assinalado ou descrito.
- Entendre–entendre (entender) – ter uma intenção “oferecer atenção à” “ser hábil em” o que se manifesta em função dessa modificação. Consiste no processo da escuta qualificada pelas leis receptivas, por esforços sucessivos da multiplicidade de nossos conhecimentos e experiências prévias.
- Entendre–comprendre (compreender) – Tomar consigo mesmo. Atividade que depende das funções superiores com o fim de obter uma significação suplementaria. Ato de compreensão subjuntiva no que intervem a dedução, a comparação, a abstração das informações. (apostila III SAMT, 2000, p. 3).

A escuta e uma ação permanente daquele que ouve. O terapeuta deve um grande ouvido e ouvinte. Ter escuta sensível para intervir com sucesso.

A interação é ação constante no setting musicoterápico entre terapeuta/cliente/terapeuta. É nessa interação que pode aparecer as demandas

que são as necessidades dos clientes, que o terapeuta deverá ter capacidade de utilizar as intervenções como ferramentas para solução dos fenômenos existenciais evidenciados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O silêncio é parte fundante da escuta musicoterápica. Este silêncio, é o momento de reflexão de um ouvir. É a pausa para pensarmos nos conteúdos que foram ouvidos, e partir para uma interação e ou intervenção.

A escuta é essencial em um processo terapêutico. Sem ela não haveria terapia. Escutar afirma Rosymirian Cunha, “é cuidar, é receber, abstrair, relacionar e comunicar. ... A real transformação acontecerá, quando além de ouvir, o paciente alcance capacidade de escutar.” (Anais, 2000, p. 45). Não há terapias, sem intervenções, sem inerações, pois elas são fundantes no processo de modificação terapêutica. São elas que cuidarão no desenvolvimento paulatino, na transformação da saúde do indivíduo.

Escutar, interagir e intervir, é um conjunto de ações que andam de mãos dadas. Sem elas, não poderá haver terapia. Logo ouvir, interagir e intervir, são vitais em um processo terapêutico.

“El objeto de escucha del musicoterapeuta es el sujeto, un sujeto expresado en lo sonoro; más aun, el objeto de escucha del musicoterapia es el objeto de la escucha del otro.” (BARBARESCO, 2000, p. 7).

REFERÊNCIAS

BARBARESCO, M. F.; BERNARDINI, R. P.; CANIGLIA, D. A.

Del oír al Escuhcar. Una Diferencia de Posición. III Simosio Argentino de Musicoterapia. Clínica Institucional. Docencia e Investigación. Apostila não publicada. Buenos Aires: 2000.

BARCELLOS, Lia Rejane. **Cadernos de Musicoterapia 2.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1995.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

RUUD, Eve. **Música e Saúde.** São Paulo: Summus, 1991.

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

*Itamara Rodrigues Moura*⁶⁰

INTRODUÇÃO

A Humanização na Atenção Primária em Saúde (APS), evidencia a importância do ser humano, seus direitos e autonomia no processo do cuidar. Nesse contexto, é necessário humanizar a atenção básica, diante alta demanda de pacientes e redução do número de profissionais a prática não é priorizada. Uma estratégia de suma importância é a Política Nacional de Humanização (PNH) apresentada em 2003, promovendo valorização de direitos aos usuários e trabalhadores da saúde.

Dentre os objetivos dessa política, destacam-se o direito à saúde com responsabilização, vínculo e comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários na construção dos processos coletivos, bem como, o enfrentamento de relações de poder, por vezes, produzindo atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Humanizar é também proporcionar conforto e acessibilidade de serviços, tais como, redução do tempo de espera, acesso a informações e histórico de saúde, propondo gestão participativa das unidades de saúde, ofertando educação permanente da equipe de saú-

60 Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

de, contrapondo o despreparo da saúde para lidar com o âmbito subjetivo do cuidado.

Ao analisar o trabalho em uma Unidade básica de Saúde (UBS), com características de alta demanda é possível observar inúmeras fragilidades para a aplicação da política de humanização. Dessa forma, este estudo teve como objetivo explicar a prática de saúde na atenção básica em uma unidade no interior da Amazônia, com base na PNH, levando em consideração as potencialidades e dificuldades singulares dos atores envolvidos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O sistema público no Brasil, busca ao longo da história atingir a consolidação de suas diretrizes e princípios norteadores, ao ultrapassar as fases iniciais de implantação de infraestrutura e formação de ordenamento financeiro, emerge a discussão de qualidade em gestão e atenção. Freitas *et al.* (2020), considera a humanização um processo de grande complexidade e inúmeras resistências trazidas pelas dificuldades nas mudanças de comportamento, além disso, cada profissional passa pela internalização individual da humanização.

Ao relacionar esse processo no enfrentamento das fragilidades de aplicabilidade da PNH, as estratégias de melhorar a formação dos trabalhadores, por meio da concepção problematizadora de educação em saúde, tem caráter transformador no trabalho das equipes. Contudo, mobilizar profissionais de saúde, capacitando-os as transformações que enfocam na atuação dos trabalhadores e na qualificação buscando as demandas de saúde da população (LOPES *et al.* 2019).

METODOLOGIA

O presente estudo tem natureza epidemiológica, sendo observacional e transversal, realizado através de uma pesquisa de campo, na intenção de observar um determinado fenômeno da sociedade, a fim de encontrar respostas e soluções para tal. Com caráter descritivo, onde o pesquisador analisa, classifica e interpreta os resultados sem interferência ou manipulação. Diante disso a investigação foi realizada a partir do uso de técnicas padronizadas para a coleta de dados. Tendo abordagem quantitativa, através

da aplicação do questionário, com o intuito de transformar em números informações colhidas para, por fim, explorá-las e classificá-las. O local determinado para a aplicação do questionário foi a Estratégia de Saúde da Família Livramento/São José Operário, no bairro Urumari, município Santarém-Pará. O público-alvo foram os moradores do bairro, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aplicado um quantitativo de 30 questionários, tendo como único critério de exclusão ser menor de 18 anos. A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e atende às exigências éticas e científicas fundamentais. A autorização para a coleta de dados foi concedida pelos pacientes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com linguagem clara e concisa que transmite todas as informações necessárias para a realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na coleta de dados os resultados apresentaram individualidades entre os participantes, demonstrando como a visão em relação ao atendimento é singular entre os usuários. Corroborando com essa ideia temos a classificação do serviço na UBS que teve a média de respostas entre “bom” (36%) e “regular” (50%), sendo insatisfatório para a maioria das pessoas.

No quesito humanização, 80% dos voluntários consideram a assistência humanizada, para os demais, a falta de humanização em sua maioria referia-se ao atendente e também foram citados enfermeiro, médico, odontólogo e a equipe de limpeza. Apesar de a maioria considerar o atendimento humanizado, muitos apontaram questões que precisam ser melhoradas, tais como: atenção, gentileza, cuidado, ética e outros. Para Brandão *et al.* (2013), ao garantir vínculo com o cliente por meio da humanização a assistência torna-se mais resolutiva e efetiva.

Ao analisar o período que os usuários buscam o atendimento, o turno com a maior demanda é o da manhã, esse resultado é o reflexo da oferta dos atendimentos específicos nesse período. Em relação a ausência de atendimento 53% dos indivíduos relataram que em algum momento não o obtiveram, mencionando motivos como a falta de médicos, dentistas ou profissionais capacitados; materiais; informações; e vagas distribuídas.

Segundo Moimaz *et al.* (2010) e Novaes *et al.* (2010) queixas relacionadas a humanização no acolhimento, deficiência de recursos materiais e poucas vagas, juntamente com falta de profissionais estão diretamente relacionadas aos níveis de satisfação dos usuários.

Considerando o tipo de atendimento com maior procura, a consulta médica se destaca nesse quesito, porém ao se tratar de uma ESF, no qual a administração pré-determina os atendimentos do dia, a demanda pode variar de acordo com o período da coleta de dados. Quando questionados sobre o tempo de espera para o atendimento, 63% aguardam em média mais de 1 hora, dado este que não indica necessariamente algo ruim, uma vez que a humanização também demanda tempo de serviço dedicado individualmente. Respalhando essa ideia de que uma espera prolongada pode significar um atendimento mais amplo e adequado, uma das perguntas indaga se o paciente foi consultado de maneira satisfatória e mesmo com uma grande percentagem de reclamações a respeito da demora para o atendimento, cerca de 76% dos indivíduos consideraram o serviço suficiente.

Ao analisar a melhora ou não do quadro de doença do indivíduo, 83% apontaram uma recuperação após a ida na UBS, dado positivo, pois a unidade consegue cumprir seu papel de mediadora da saúde. Por fim, ao averiguar os usuários da UBS sobre um possível “passa tempo”, para servir como distração no período de espera, 83% apresentou interesse, informação que mostra uma abertura dos usuários para atividades voltadas a distração e diminuição do estresse durante a espera. Corroborando essa ideia, Marinho (2006), afirma que a demora em ocorrer o atendimento gera impactos sobre o bem-estar das pessoas, sendo portando, é essencial a construção de estratégias que visem minimizar experiências negativas durante o tempo de espera.

CONCLUSÕES

Levando-se em conta o que foi observado e os argumentos apresentados, a necessidade de humanização mostra-se evidente, já que os itens gentileza, atenção, cuidado e ética são colocados pelos clientes como falhos. Diante disso, a humanização do profissional é de fundamental importância, pois o usuário interpretará a qualidade do atendimento a

partir do tratamento que ele recebe não apenas na APS, mas também nos outros níveis.

Dessa forma, o conhecimento acerca do objetivo da PNH, deve ser dado tanto para profissionais da saúde como para usuários do serviço, pois de modo íntegro ela objetiva difundir a prática da humanização em todos os serviços do SUS, que traz como característica ações de sensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas; abolição de tratamentos desrespeitosos e isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos; melhoria nos ambientes de trabalho, dentre outras.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008.
- FREITAS, F. B. Q DE *et al.* Prática de saúde na atenção básica na perspectiva da política de humanização num município cearense. **R. Saúde Públ.** Paraná, v. 3, n. 2, p 2-18, dez. 2020. DOI10.32811/25954482-2020v3n2p02.
- LOPES, M. T. S. R. *et al.* Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 23, p e-1161, 2019.
- SANTOS, D. A. DOS. **Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização**. Revista de Saúde & Transformação Social. Florianópolis, Brasil, v. 6, n. 2, p. 54-69, 2016.
- SILVA, P. L. *et al.* **Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário**. Revista da Escola de Enfermagem – USP. São Paulo, Brasil, 2016.

FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS NA PROTEÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

*Patricia Candemil Farias Sordi Macedo*⁶¹

*Milena Petters Melo*⁶²

INTRODUÇÃO

As políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 2002, p. 241).

O presente estudo focaliza a relevância das políticas públicas e o debate sobre as responsabilidades compartilhadas entre as diferentes esferas

61 Discente no Curso de Mestrado em Direito na Universidade Regional de Blumenau – FURB. Especialista em Direito Constitucional pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Procuradora do Município de Blumenau, atuante na área de Direito à Saúde.

62 Professora de Direito Constitucional e Direitos Humanos e Sustentabilidade na Universidade Regional de Blumenau – FURB. Doutora em Direito pela Università degli Studi di Lecce – UNISALENTO, Itália. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Constitucionalismo, Internacionalização e Cooperação – FURB.

de governo. Uma das questões que se apresentaram de forma premente foi o debate sobre as articulações das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da Covid-19, no que diz respeito às competências dentro da organização da República Federativa do Brasil para a proteção do direito fundamental à saúde e medidas de prevenção, precaução e enfrentamento da pandemia.

Com efeito, o federalismo sanitário cooperativo, como arquitetura constitucional para a proteção do direito fundamental à saúde, e mais especificamente a competência entre os entes federativos sobre as ações e serviços públicos de saúde, no federalismo estruturado pela Constituição Federal de 1988, foi tema objeto de embate político e jurídico, levado à apreciação do Supremo Tribunal Federal (STF), diante da grave crise gerada pela pandemia de Covid-19 e pela desarticulada resposta estatal em nível executivo federal.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Partindo da perspectiva metodológica do estudo do direito como política constitucional (MELO; CARDUCCI, 2016) e focalizando o cenário brasileiro hodierno, o problema de pesquisa evidencia-se nos seguintes questionamentos: 1) quem é o ente público competente para realizar as ações de enfrentamento necessárias à pandemia de Covid-19? e 2) qual é o limite constitucional para a realização dessas ações? A hipótese segue no sentido de afirmar que no modelo que defluiu da ordem constitucional brasileira se afirma o federalismo sanitário cooperativo, que envolve responsabilidades compartilhadas e a ação sinérgica dos entes federativos, dentro da sua autonomia e nos limites constitucionais, considerando-se as especificidades locais e necessárias medidas preventivas voltadas ao bem-estar coletivo. O objetivo geral da pesquisa é examinar o federalismo sanitário cooperativo e a gestão da saúde pública brasileira, no contexto do enfrentamento da pandemia de Covid-19, especificamente através da análise das decisões do STF e da reflexão crítica em defesa da força normativa da Constituição. Dentre os objetivos específicos, a pesquisa contempla a análise das normas discutidas na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 6341, bem como o tema de fundo na Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 672, a fim de subsidiar a compreen-

são do compartilhamento de competências e responsabilidades entre os entes federativos no contexto das políticas constitucionais para a proteção do direito fundamental à saúde nos diferentes níveis.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada seguiu o método hipotético dedutivo na pesquisa bibliográfica e análise legal e jurisprudencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a sua proteção e garantia no constitucionalismo em níveis múltiplos e a necessária harmonização entre os diferentes níveis e a dimensão objetiva do direito fundamental à saúde, também como parte do elenco dos direitos humanos protegidos no plano internacional, compondo o núcleo axiológico do direito à vida e da dignidade humana, impõe aos entes federados o dever-poder de adotar medidas preventivas sanitárias, principalmente diante da dimensão territorial, diversidades e peculiaridades de cada região brasileira e localidades, como forma de promoção de direitos fundamentais, sob pena de incorrer em omissão inconstitucional. Nesta senda, em questões que envolvem as competências constitucionais, a Corte Constitucional atuou no equilíbrio dos poderes dos entes federativos, fazendo valer a força normativa da Constituição (HESSE, 1991), visando a resguardar a Constituição Federal e promover a segurança jurídica, principalmente no momento de acentuada crise sanitária no enfrentamento da pandemia de Covid-19. A hipótese da pesquisa foi confirmada.

CONCLUSÕES

Conclui-se que num cenário de crise sanitária brasileira, a Corte Constitucional, como guardião e intérprete da Constituição Federal, destacou a força normativa da Constituição e ressaltou a importância das competências constitucionais dos Estados, Distrito Federal e Municípios, fortalecendo o Estado Democrático de Direito, por meio do sistema de freios e contrapesos, num contexto decisório a respeito de medidas preventivas

sanitárias, principalmente levando-se em conta a dimensão territorial do Estado brasileiro, suas diversidades e peculiaridades de cada região, como forma de promoção de direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

DALLARI BUCCI, Maria Paula. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. Editora Saraiva, 2002.

DOURADO, Daniel de Araújo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo (USP), 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-164714/publico/DanielDourado.pdf>> Acesso em 22/08/2021.

HESSE, Konrad. **A Força Normativa da Constituição**. Porto Alegre. Sérgio Antônio Fabris Editor, 1991.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado; GIMENEZ, Charlise Paula Colet. **O direito à saúde frente à pandemia Covid-19: da crise sanitária à crise humanitária no Mercosul**. Porto Alegre: Evangraf, 2020.

MELO, Milena Petters; CARDUCCI, Michele. Políticas Constitucionais e Sociedade. In MELO, M. P; ROCHA, Leonel Severo. **Políticas constitucionais e sociedade: jurisdição e Democracia**. Vol. 2. Curitiba: Prismas, 2016, p. 4 e ss.

OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DIGITAIS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

*Gabrielle Alves Nascimento de Souza*⁶³

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por escopo destacar os métodos consensuais digitais de resolução de conflitos digitais, como a arbitragem, a conciliação, a mediação e a negociação, por exemplo, e analisar as suas significativas contribuições no poder judiciário, no que toca ao princípio da celeridade processual exposto na Constituição Federal, em face à pandemia de Covid-19.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Um dos grandes problemas do judiciário brasileiro é a sua morosidade, problema este que se agravou durante esse período de afastamento social e que deve ser erradicado, uma vez que, todos devem ter acesso à justiça, tendo seus direitos garantidos de forma eficaz, por isso não basta a admissão ao processo, mas a conclusão do mesmo é fundamental importância (COSTA, 2015). Assim sendo, faz-se mister que o princípio da

63 Graduanda no sexto período de Direito, na Universidade Tiradentes, em Aracaju – Sergipe. Estagiando na Defensoria Pública do Estado de Sergipe.

celeridade, disposto no inciso LXXVIII do art. 5º da Constituição, seja salvaguardado, e, para que isso seja possível, deve se fazer o uso de algumas ferramentas, como a ODR (*On-line Dispute Resolution*), por exemplo.

METODOLOGIA

Para contemplar os objetivos apresentados, o presente trabalho tem como base o método de abordagem exploratório, com a utilização das técnicas de pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa bibliográfica priorizou artigos científicos atuais, além de livros na temática e a legislação brasileira. A pesquisa documental, por sua vez, pautou-se em pesquisas apresentadas pelo Conselho Nacional de Justiça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É evidente que desde o início de 2020, o novo coronavírus tem refletido no poder judiciário, visto que, com o cenário atual, fez-se necessário que as autoridades impusessem um distanciamento social, o que interferiu significativamente nas suas atividades: paralisação de processos, limitação dos atendimentos e ainda cancelamento de diversas audiências, e, como consequência da pandemia, a demanda processual cresceu ainda mais, corroborando, desta forma, com o precedente da morosidade.

Nesses moldes, a ODR (*On-line Dispute Resolution*), em português “resolução de disputas *on-line*”, se tornou, nesse cenário pandêmico, a alternativa mais viável, haja vista que as partes podem entrar em mútuo acordo através de videoconferências, chats ou e-mail, por exemplo, o que assegura uma maior flexibilidade, além de solucionar os conflitos de forma mais célere e com baixa onerosidade.

Os métodos alternativos de resolução de conflitos, como a arbitragem, mediação, conciliação e negociação já eram utilizados, ainda que de forma ainda tímida, antes da pandemia. Utilizando a base de dados dos tribunais de 2015, o índice médio de conciliação foi de 11% das sentenças, resultando aproximadamente em 2,9 milhões de processos finalizados de maneira autocompositiva, e em 2018 esse número já havia chegado a 4,4 milhões (CNJ, 2020).

CONCLUSÕES

Desta feita, é notória a eficiência dos métodos consensuais, e a imprescindibilidade da sua utilização no atual momento ao qual estamos perpassando. A ODR dentro das Cortes, certamente é uma oportunidade para tornar o processo mais rápido, barato e eficiente, concretizando assim, o acesso à justiça (Maia Ferrari, 2018). Destarte, podemos evidenciar que o emprego do instrumento tecnológico atrelado aos métodos consensuais (prática da ODR), é a melhor alternativa para dirimir os efeitos causados pelo atual momento, pois garante a composição evolutiva, a celeridade processual e a duração razoável do processo, em um cenário em que urge desafogar o Judiciário a fim de salvaguardar os princípios constitucionais.

REFERÊNCIAS

- COSTA, Sílvia Azevedo da. **A crise no sistema de justiça brasileiro**. Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2015.
- CNJ. **Conciliação envolve cidadãos na resolução de conflitos**, 2020.
- FERRAZ, José Gabriel. Os Métodos Autocompositivos e os Benefícios que estes Meios de Resolução de Conflitos podem oferecer as Empresas em Tempos de Pandemia. 2020. Disponível em: <https://joseferraz1996.jusbrasil.com.br/artigos/838220588/os-metodosautocompositivos-e-os-beneficios-que-estes-meios-de-resolucao-de-conflitos-podem-oferecer-as-empresas-em-tempos-de-pandemia?ref=feed>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- NETTO, José Laurindo De Souza; Fogaça, Anderson Ricardo; Garcel, Adriane. **Métodos autocompositivos e as novas tecnologias em tempos de Covid-19: on-line dispute resolution – ODR**. Acesso em: 12 ago. 2021.
- RODRIGUES, Alexandra Gato; LORENZI, Bianca Cassiana; ROSA, Felipe Luiz. **Mediação digital: a sociedade moderna a um clique da justiça digital mediation: the modern society to a clique of justice**. 2017. Disponível em: <http://www.ufsm.br/congressodireito/anais>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ALGORITMOS: A REPRODUÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL NA ESFERA VIRTUAL

*Gabrielle Alves Nascimento de Souza*⁶⁴

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema central a reprodução de preconceitos no meio digital, difundidos pelos algoritmos. O principal escopo depreendido aqui, é demonstrar que essas fórmulas algorítmicas, apesar de serem um avanço tecnológico, e das impressões que passam de que são imparciais e isentas de julgamentos humanos, estão corroborando e nutrindo a estrutura preconceituosa e discriminatória de nossa sociedade, principalmente no que toca à discriminação racial, e, nesse viés, outro objetivo que aqui se faz presente, é justamente entendera maneira como esses algoritmos atuam e analisar as possíveis maneiras de solucionar a problemática em questão, tendo em vista que a criação das *Ias* (Inteligências Artificiais) ainda é um processo imperfeito.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na essência, os algoritmos são apenas uma forma de representar matematicamente um processo estruturado para a realização de uma tarefa

64 Graduanda no sexto período de Direito, na Universidade Tiradentes – UNIT. Aracaju – Sergipe. Estagiando na Defensoria Pública do Estado de Sergipe. Preposições em audiências, diligências, elaboração de peças de defesa, manifestações eletrônicas, pareceres, relatórios etc.

(ELIAS, 2017), o cerne da questão aqui exposta reside na percepção de que as dinâmicas de poder existentes são reproduzidas em ferramentas digitais que se propõem “disruptivas” (ADNER, 2002).

Sabemos que os algoritmos não são racistas enquanto formas autônomas; racistas são seus criadores e usuários (SALDANHA, 2019), para que esse problema seja erradicado, os governos devem explorar a necessidade da criação de um Watchdog (órgão fiscalizador) em Inteligência Artificial, ou outro organismo regulador de confiança e totalmente independente (ELIAS, 2017).

METODOLOGIA

Para contemplar os objetivos apresentados, o presente trabalho tem como base o método de abordagem exploratório, com a utilização das técnicas de pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica priorizou artigos científicos atuais, além de livros e sites com a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os algoritmos estão presentes há muito tempo, pode-se dizer que o mais antigo é o de Euclides, utilizado para efetuar divisões. Este nome, *algoritmo*, surgiu na Idade Média, e vem do nome Mu ammad ibn Musa al-Khwarizmi, que foi astrônomo na Casa de Sabedoria do Califado Abássida, em Bagdá.

Com o avanço tecnológico, principalmente nas últimas décadas, o algoritmo sofreu algumas alterações. Antes, executado apenas por seres humanos, e, hoje, executado também por máquinas.

Agora, que sabemos um pouco a seu respeito, vamos entender o que de fato são os algoritmos. Nesse sentido, como bem disciplina Paulo Sá Elias:

Algoritmo (*algorithm*), em sentido amplo, é um conjunto de instruções, como uma receita de bolo, instruções para se jogar um jogo, etc. É uma sequência de regras ou operações que, aplicada a um número de dados, permite solucionar classes semelhantes de problemas. Na informática e telemática, o conjunto de regras e proce-

dimentos lógicos perfeitamente definidos que levam à solução de um problema em um número de etapas. Em outras palavras mais claras: são as diretrizes seguidas por uma máquina. Na essência, os algoritmos são apenas uma forma de representar matematicamente um processo estruturado para a realização de uma tarefa. Mais ou menos como as regras e fluxos de trabalho, aquele passo-a-passo que encontramos nos processos de tomada de decisão em uma empresa, por exemplo. (ELIAS, 2017, p. 1).

Assim, é possível notar que o algoritmos podem ser vistos, superficialmente, como benéficos, pois melhoram o dia a dia em diversas áreas, como, por exemplo, o *Machine Learning* (Aprendizado das Máquinas), um ramo da inteligência artificial que envolve a criação de algoritmos e o treinamento destes, para que, desse modo, as máquinas possam realizar tarefas e obter resultados. Insta salientar que essa inteligência artificial já é utilizada em diagnósticos de retinopatia diabética e na previsão do tempo, por exemplo.

Não obstante, como tudo que existe, os algoritmos também possuem pontos controvertidos, pois, ao ser construído em cima de um banco de dados pertencentes a uma sociedade injusta, a inteligência artificial acaba por reproduzir esses padrões.

Em “*Algorithms of Oppression: How Search Engines Reinforce Racism*”, Safiya Noble constatou que não há imparcialidade no site de buscas do Google. A exemplo, temos o caso que aconteceu em julho de 2015, em que o Google Photos *taggeou* pessoas negras como "gorilas", nesse sistema, as fotos enviadas pelos usuários, são marcadas automaticamente por meio da inteligência artificial.

De igual modo, temos o estudo de pesquisadores da George Washington University junto ao Censo dos EUA, que descobriu que a tarifa dinâmica de aplicativos, como Uber e Lyft, penaliza com preços relativamente mais altos moradores jovens de bairros com população não-branca. Ademais, também temos os dados da Rede de Observatórios da Segurança, que mostraram que 90,5% dos presos por reconhecimento facial no Brasil são negros. Isso, sem contar, o experimento da ONG Desabafo Social, que mostrou a invisibilidade negra nos bancos de dados.

Ante o exposto, não há o que se falar em imparcialidade da IAS (Inteligências Artificiais). O racismo, apesar de ser objeto de rejeição e de ser uma das formas de violação dos direitos e liberdades individuais, e, também, com fulcro no Artigo 5º, inciso XLII, da Constituição Federal, ser definido como crime imprescritível e inafiançável, ainda hoje, o viés preconceituoso ainda é difundido. O mais preocupante é que esses algoritmos estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano, reproduzindo preconceitos facilmente, apesar de tantos esforços existentes no combate ao racismo estrutural.

Insta destacar, que o algoritmo, em sua essência, ou seja, por si só, não é racista, mas, quem os constrói, não é imparcial, possuindo parcialidades em alguns aspectos, que fazem com que esses algoritmos aprendam e os reproduzam, como bem salienta Saldanha:

Sabemos que os algoritmos não são racistas enquanto formas autônomas; racistas são seus criadores e usuários; e é, pois, por essa razão, que racistas se constituem os algoritmos, sendo a web um território de conhecimento tomado por contextos de manipulação, via linguagem, de estruturas de poder e de formas de propagação do mal. (SALDANHA *et al.*, 2019, p. 3).

Dessarte, é mister que formas de erradicar tal problema sejam descobertas e incorporadas. Durante a EmTech Digital, conferência organizada pelo MIT Technology Review, Tess Posner, a diretora executiva da AI4ALL, afirmou que uma equipe mais inclusiva é imprescindível, haja vista que pessoas diferentes, possuem modos diferentes de abordar, e, assim, podem identificar as falhas existentes no sistema. Outra maneira de combater esse sistema falho, é com a criação de leis que assegurem a transparência desses algoritmos, por exemplo. A importância dos direitos constitucionais de intimidade, da privacidade e autodeterminação informativa como um direito individual é uma característica de uma sociedade democrática deve ser cuidadosamente mantida ao longo dos desenvolvimentos tecnológicos (ELIAS, 2017).

Ademais, a fim de garantir a integridade e a dignidade da pessoa humana, visto que esses algoritmos acabam por desprezar a Constituição Federal, se faz mister que as garantias e os direitos fundamentais

sejam assegurados e que haja fiscalização nesse sentido, como bem salienta Paulo Sá:

Os governos devem explorar a necessidade da criação de um Watchdog (órgão fiscalizador) em Inteligência Artificial, ou outro organismo regulador de confiança e totalmente independente. Qualquer um desses órgãos precisaria ser equipado com os conhecimentos adequados (de direito, ética e informática), recursos e autoridade de auditoria (para fazer inspeções) – tudo para garantir que a tomada de decisão algorítmica seja justa, imparcial e transparente (ELIAS, 2017, p. 20).

CONCLUSÕES

Ante o exposto, é possível compreender que apesar de os algoritmos serem inovadores e benéficos em diversas situações, ele ainda é um sistema falho, que precisa de correções, principalmente no que concerne à sua criação, que é baseada em dados preconceituosos e discriminatórios, e que, infelizmente, fazem com que esses preconceitos inerentes aos seus criadores sejam reproduzidos pelas inteligências artificiais.

Nesse sentido, é de suma importância que se combata o cerne da problemática: os preconceitos inerentes aos seus criadores. Haja vista que os algoritmos aprendem com eles, e acabam por reproduzir tais parcialidades.

REFERÊNCIAS

BLOG Ciência & Matemática: O tal do algoritmo. IMPA, 27 set. 2021. Disponível em: <https://impa.br/noticias/o-tal-do-algoritmo/>. Acesso em: 1 ago. 2021.

ELIAS, Paulo. Algoritmos, Inteligência Artificial e o Direito. *In: Algoritmos, Inteligência Artificial e o Direito*. Conjur, 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/algoritmos-inteligencia-artificial.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2021.

NUNES, Paulo. **EXCLUSIVO: LEVANTAMENTO REVELA QUE 90,5% DOS PRESOS POR MONITORAMENTO FACIAL**

NO BRASIL SÃO NEGROS: Rede de Observatórios de Segurança monitorou a tecnologia de reconhecimento facial em cinco estados. Resultado: além de ineficiente, sistema agrava o encarceramento de negros. THE INTERCEPT BRASIL, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/racismo-algoritmico-nao-e- apenas-sobre-engajamento-nas-redes-sociais/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

RODRIGUES, Aline; TEIXEIRA, Júlia. **ALGORITMOS: A REPRODUÇÃO DO RACISMO E DO SEXISMO NO MEIO VIRTUAL das máquinas: como algoritmos podem ser racistas e machistas.** XI CONGRESSO RECAJ-UFMG, 2018. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/05sx3fe1/4a4wa4on/wHo081iIR67ioAz.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SALDANHA, Gustavo; SILVA, Franciéle C. G. da; LIMA, Graziela S.; GARCÊS, Dirnéle C.; ROMEIRO, Nathália L. **O assassinato de Marielle Franco e os algoritmos racistas: da organização do conhecimento.** 2019. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/34470/>. Acesso em: 02 ago. 2021

VICENTE, João. **Preconceito das máquinas: como algoritmos podem ser racistas e machistas.** TILT UOL, 24 abr. 2018. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/racismo-algoritmico-nao-e- apenas-sobre-engajamento-nas-redes-sociais/>. Acesso em: 2 ago. 2021.

**VISÕES INTERDISCIPLINARES SOBRE
POLÍTICAS PÚBLICAS
VOL. 2**

Felipe Asensi, Lucas Manoel da Silva Cabral,
Nara Rúbia Zardin, Rosângela Tremel (orgs.)

Tipografias utilizadas:
Família Museo Sans (títulos e subtítulos)
Bergamo Std (corpo de texto)

Papel: Offset 75 g/m²
Impresso na gráfica Trio Studio
Fevereiro de 2022