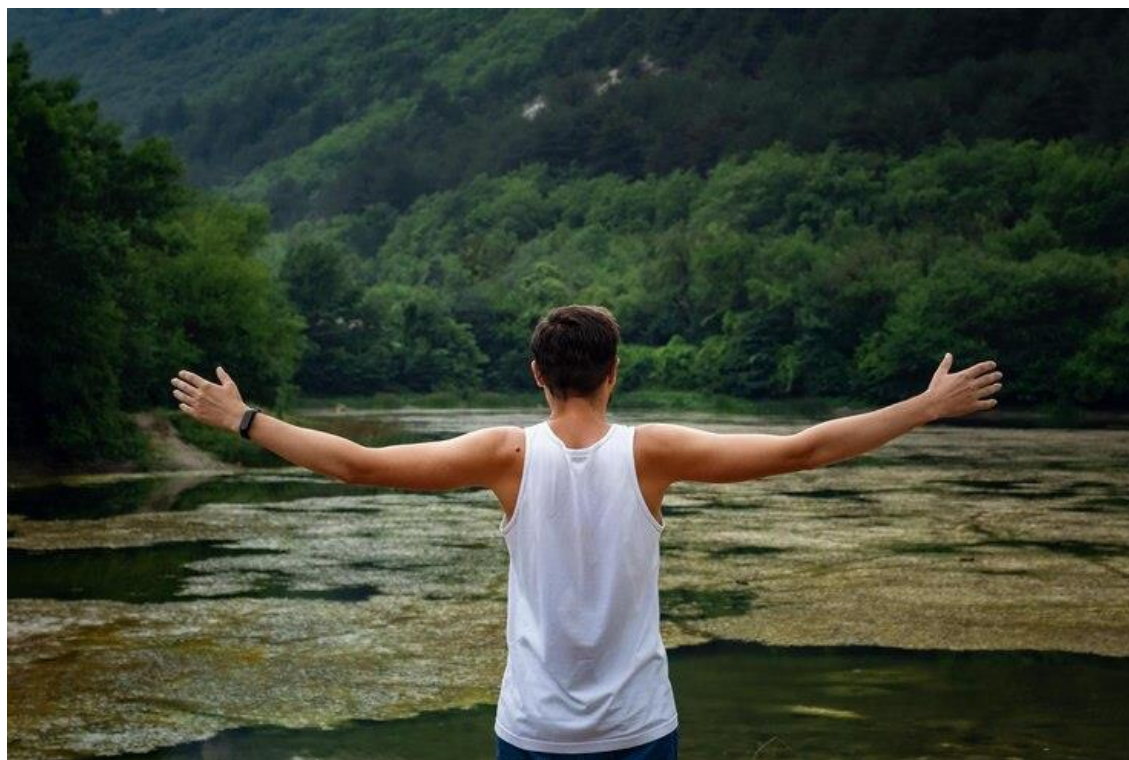


SAÚDE

volume
2
2024

Organização
Jader Silveira



Conectando Corpo, Mente e Espírito

SAÚDE

volume
2
2024

Organização
Jader Silveira



Conectando Corpo, Mente e Espírito

2024 – Editora Uniesmero

www.uniesmero.com.br

uniesmero@gmail.com

Organizador

Jader Luís da Silveira

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Imagens, Arte e Capa: Freepik/Uniesmero

Revisão: Respectiveos autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Me. Elaine Freitas Fernandes, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Me. Laurinaldo Félix Nascimento, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Ma. Jaciara Pinheiro de Souza, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Dra. Náyra de Oliveira Frederico Pinto, Universidade Federal do Ceará, UFC

Ma. Emile Ivana Fernandes Santos Costa, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Me. Rudvan Cicotti Alves de Jesus, Universidade Federal de Sergipe, UFS

Me. Heder Junior dos Santos, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP

Ma. Dayane Cristina Guarnieri, Universidade Estadual de Londrina, UEL

Me. Dirceu Manoel de Almeida Junior, Universidade de Brasília, UnB

Ma. Cinara Rejane Viana Oliveira, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Esp. Jader Luís da Silveira, Grupo MultiAtual Educacional

Esp. Resiane Paula da Silveira, Secretaria Municipal de Educação de Formiga, SMEF

Sr. Victor Matheus Marinho Dutra, Universidade do Estado do Pará, UEPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587s	Silveira, Jader Luís da Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito - Volume 2 / Jader Luís da Silveira (organizador). – Formiga (MG): Editora Uniesmero, 2024. 122 p. : il. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5492-089-6 DOI: 10.5281/zenodo.13858484 1. Saúde. 2. Corpo. 3. Mente. 4. Espírito. 5. Bem Estar. I. Silveira, Jader Luís da. II. Título. CDD: 613 CDU: 614
-------	---

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Uniesmero
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001
www.uniesmero.com.br
uniesmero@gmail.com
Formiga - MG
Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:
<https://www.uniesmero.com.br/2024/09/saude-conectando-corpo-mente-e-espírito.html>



AUTORES

**CARLA RAFAELA PINHEIRO
CLAUDVAN ALVES DA SILVA
DÉBORA NATASHA DE ARAÚJO SANTOS
FÁBIO JOSÉ BRITO DOS SANTOS
GÉSSICA GABRIELA DUARTE DE PAIVA
GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO
ISADORA RIBEIRO E SILVA
JÚNIOR FERREIRA PINTO
MALENA LETÍCIA LOPES DA SILVA
MARIA CLARA MARTINS SILVA
MARLY DE JESUS SÁ DIAS
MILENA MARIA GOMES SOARES
RICARDO PAIVA FERREIRA DA CONCEIÇÃO
VITOR RYAN BEZERRA DE MORAIS**

APRESENTAÇÃO

O presente volume da obra *Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito*, aborda um tema de crescente relevância na contemporaneidade, na interface entre as ciências biológicas, psicológicas e sociais. O conceito de saúde, tradicionalmente restrito a uma perspectiva biomédica, tem evoluído para incorporar uma visão mais holística, que reconhece a interdependência entre os aspectos físicos, mentais e espirituais do ser humano. Este livro se propõe a explorar essa interconexão, oferecendo uma abordagem integrada que se alinha com as mais recentes evidências científicas e práticas clínicas.

Ao longo das últimas décadas, a literatura científica tem demonstrado, de forma consistente, que a saúde não pode ser plenamente compreendida sem considerar as complexas interações entre o corpo, a mente e o espírito. Estudos em neurociência, psicologia, e medicina integrativa têm revelado que fatores como emoções, pensamentos e crenças espirituais desempenham um papel significativo na promoção do bem-estar e na prevenção de doenças. Neste contexto, a presente obra emerge como uma contribuição significativa para o campo, oferecendo uma análise detalhada e fundamentada sobre como essas dimensões se interrelacionam para moldar a saúde global do indivíduo.

Este livro é dirigido a uma ampla gama de leitores, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e todos aqueles interessados em uma compreensão mais aprofundada e abrangente da saúde humana. Com uma linguagem acessível, mas mantendo o rigor científico, os autores apresentam uma síntese das principais teorias, pesquisas e práticas que evidenciam a necessidade de uma abordagem integrada para a saúde. Ao fazê-lo, eles não apenas ampliam o horizonte do leitor, mas também oferecem ferramentas práticas para a promoção da saúde em sua totalidade.

A leitura de *Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito* convida a uma reflexão crítica sobre as práticas de cuidado atuais, incentivando a adoção de estratégias que reconheçam e valorizem a pluralidade de fatores que influenciam a saúde. Espera-se que este livro contribua para o avanço do conhecimento e para a transformação das práticas de saúde, em direção a um modelo mais inclusivo e eficaz, capaz de responder às complexas demandas da sociedade contemporânea.

SUMÁRIO

Capítulo 1 IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA MELHORA DE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS <i>Ricardo Paiva Ferreira da Conceição</i>	08
<hr/> Capítulo 2 CONHECENDO OS POVOS INDÍGENAS XINGUANOS: SEUS MODOS DE VIDA E IMPACTOS SOCIAIS <i>Júnior Ferreira Pinto; Fábio José Brito dos Santos</i>	19
<hr/> Capítulo 3 A SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO <i>Claudvan Alves da Silva; Débora Natasha de Araújo Santos; Géssica Gabriela Duarte de Paiva; Malena Letícia Lopes da Silva; Maria Clara Martins Silva; Milena Maria Gomes Soares; Vitor Ryan Bezerra de Moraes</i>	43
<hr/> Capítulo 4 A CONTRIBUIÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS USUÁRIAS NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Isadora Ribeiro e Silva; Marly de Jesus Sá Dias; Carla Rafaela Pinheiro</i>	61
<hr/> Capítulo 5 SERVIÇO SOCIAL E CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) <i>Carla Rafaela Pinheiro; Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho; Isadora Ribeiro e Silva</i>	83
<hr/> Capítulo 6 A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A PANDEMIA DO COVID-19 <i>Ricardo Paiva Ferreira da Conceição</i>	105
<hr/> AUTORES	120

Capítulo 1

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA MELHORA DE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Ricardo Paiva Ferreira da Conceição



IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA MELHORA DE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Ricardo Paiva Ferreira da Conceição

Bacharel e Licenciatura em Educação Física

E-mail: rickpaivapaiva@gmail.com

RESUMO

Envelhecer é uma das certezas imposta para a continuidade da vida, faz parte dos processos que os seres vivos têm que passar, os aspectos envolvidos nas etapas do envelhecimento são inúmeros, envolvendo diversos fatores e se tornam bastantes perceptíveis na população idosa. O trabalho tem como objetivo específico analisar a importância da atividade física para a melhoria da qualidade de vida em idosos. Verificando a relação idoso e atividade física para a promoção da saúde e observar se a atividade física melhora a qualidade de vida nos idosos. Para embasar a discussão foram selecionados os artigos: Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos; Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos; Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional; Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física. Através das leituras foi possível detectar que a atividade física auxilia na promoção a saúde e traz aos indivíduos idosos uma maior qualidade de vida nos aspectos relacionados não apenas a aptidão física, mais a diminuição dos efeitos da terceira idade como aos fatores sociais, psicológicos e mental.

Palavras-chave: Idosos, Qualidade de vida, Atividade física, Saúde.

ABSTRACT

Aging is one of the certainties imposed for the continuity of life, it is part of the processes that living beings have to go through, the aspects involved in the stages of aging are countless, involving several factors and become quite noticeable in the elderly population. The work has the specific objective of analyzing the importance of physical activity for improving the quality of life in the elderly. Verifying the relationship between elderly people and physical activity for health promotion and observing whether physical activity improves the quality of life in the elderly. To support the discussion, the following articles were selected: Effects of physical activity on declarative memory, functional capacity

and quality of life in the elderly; Relationship between physical activity levels and quality of life of sedentary and physically active elderly people; Active aging and its relationship with functional independence; Factors for adherence and maintenance of physical activity. Through the readings, it was possible to detect that physical activity helps to promote health and provides elderly individuals with a higher quality of life in aspects related not only to physical fitness, but also to reducing the effects of third age, as well as social, psychological and mental factors.

Keywords: Elderly, Quality of life, Physical activity, Health.

1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma das certezas imposta para a continuidade da vida, faz parte dos processos que os seres humanos têm que passar, os aspectos envolvidos nas etapas do envelhecimento são inúmeros, envolvem diversos fatores e se tornam bastantes perceptíveis na população idosa.

Define-se como idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos para países em desenvolvimento ou 65 anos, no caso de nações desenvolvidas (OMS, 2005).

Na atualidade vivemos uma realidade que há muito tempo atrás não se dava conta, o crescimento da população idosa no país. Nesse contexto se torna importante pensar como os idosos podem desenvolver uma melhor qualidade de vida. Em meados dos anos 80 a população acima de 60 anos era de 6,1% com o avanço da expectativa de vida do brasileiro, é previsto que em 2025 a população idosa chegará a 12,2% (SOUSA, 2017).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. (MENDES, 2000).

A partir das análises de Schneider e Irigaray (2008), é possível perceber que chegar na terceira idade para muitos é visto como o fim da vida, onde a pessoa idosa não tem mais condições de realizar com firmeza as tarefas que sempre executou, há uma mudança tanto na condição motora do indivíduo com a condição visual as alterações causadas pelo envelhecimento passam a ser notórias fisicamente e visualmente causando enorme impacto na autoestima e na vontade de viver do indivíduo.

Os autores Mendes, Gusmão, Faro, Leite (2005) comentam que no panorama mundial, bem como nos países em desenvolvimento, a população idosa aumenta significativamente, porém o suporte para essa nova condição não evolui com a mesma velocidade. Diante disto, a preocupação com esse novo perfil populacional vem gerando, nos últimos anos, inúmeras discussões e a realização de diversos estudos com o objetivo de fornecerem dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para essa parcela da população. Isto devido ao fato que a referida população requer cuidados específicos e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento sem segregá-los da sociedade.

No Brasil, essa população vem crescendo aceleradamente, devido a taxa de natalidade que vem diminuindo, portanto, daqui a alguns anos a população idosa será maior que a população jovem, com esse crescimento o país será o sexto do mundo em quantidades de idosos.

A sociedade atual tem alcançado um índice de vida mais longa, porém, para essa conquista, há necessidade de agregar qualidade de vida aos anos estendidos. É questionável se sociedade está preparada para essa mudança no perfil populacional, pois embora as pessoas estejam vivendo mais, se torna perceptível que a qualidade de vida não vem acompanhando da mesma forma essa evolução.

As condições de saúde da população idosa podem ser compreendidas por indicadores específicos do processo saúde/doença, destacando-se o perfil de morbidade, mortalidade e qualidade de vida desta faixa etária. Especificamente com relação às causas de morbidade no idoso, merecem destaque as doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), pois exigem acompanhamento constante para que possa evitar o aumento da mortalidade nessa população.

Lima-Costa, Barreto, Giatti (2003), investigaram as condições de saúde do idoso brasileiro (N=28.943). A prevalência de relato de DANT encontrada foi de 69%. As principais doenças relatadas pelos indivíduos participantes do estudo foram: hipertensão arterial (43,9%), artrite (37,5%), doenças do coração (19,0%) e diabetes (10,3%). Essas doenças tendem a se manifestar de forma ainda mais expressiva quanto maior for a idade.

Sabe-se que as DANT podem afetar a funcionalidade dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2006).

Sendo assim, é preciso incentivar e estimular a população idosa a realizar atividades físicas capazes de proporcionar a melhoria da disposição física relacionada a saúde, tendo como consequência, a melhora da qualidade de vida destes.

Evidências científicas indicam claramente que a participação em programas de atividades físicas é uma forma independente para reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados com o envelhecimento (VOGEL et al. 2009; NELSON et al. 2007; OMS, 2005). Assim, os principais benefícios de um comportamento ativo do idoso podem ser classificados basicamente nas esferas biológica, psicológica e social, destacando-se, entre esses benefícios: a) melhora da capacidade aeróbia; b) aumento da massa muscular; c) redução da taxa de mortalidade total; d) prevenção de doenças coronarianas; e) melhora do perfil lipídico; f) modificação da composição corporal em função da redução da massa gorda e risco de sarcopenia; g) prevenção/controle da diabetes tipo II e hipertensão arterial; h) redução da ocorrência de acidente vascular cerebral; i) prevenção primária do câncer de mama e cólon; j) redução da ocorrência de demência; k) melhora da auto-estima e da autoconfiança; l) diminuição da ansiedade e do estresse; m) melhora do estado de humor e da qualidade de vida.

Reforça-se a partir dos estudos de que Souza (2017), comprovam os grandes benefícios referentes à atividade física voltada para o idoso para que haja também uma manutenção efetiva dos sistemas, garantido assim o bem-estar e a qualidade de vida desses idosos, vindo então proporcionar um envelhecimento bem-sucedido que amenize os efeitos mais severos dessa fase de vida.

Já que o envelhecimento é bastante influenciado pelo estilo de vida de cada indivíduo, para obter um estilo de vida saudável efetivamente e com qualidade deve-se incluir a realização de atividades físicas regulares, que é de fundamental importância para uma vida ativa ao longo do processo de envelhecimento humano, pois contribui com a melhora da capacidade funcional, diminui dores, reduz o uso de analgésicos e resulta em maior capacidade de autonomia. A qualidade de vida também se dá pelo grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental (VIDMAR et al 2011; OLIVEIRA et al, 2010).

Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001), afirmam que a relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo

do envelhecimento.

Ainda sobre os benefícios da atividade física para terceira idade podemos citar o favorecimento do bem-estar geral, a autonomia e independência do idoso, o controle da pressão arterial, a capacidade cardiovascular, respiratória, amplitude da mobilidade, menor riscos de doença, a prevenção de alguns tipos de câncer, a melhoria das doenças e problemas psicológicos, ou seja, a atividade física pode ser uma das intervenções ou se não a mais eficiente medida quanto a melhor qualidade de vida do idoso (Matsudo SMM, Nahas MV, Blumenthal JA, Okuma, Vuori I.)

Conforme exposto por Souza, (2017) uma qualidade de vida tem sido visada pela maioria das pessoas, mais suas visões podem ser interpretadas de diversas formas, porém o que vemos hoje em dia em comum é que a qualidade de vida é estar bem tanto no aspecto psicológico como no físico, fazendo assim uma junção que faz com que o cotidiano seja melhor, todavia para os idosos muitos outros fatores atrapalham para que este esteja bem com ambos os aspectos, ou seja, pode ter uma boa memória entretanto seu corpo ser debilitado e vice-versa.

Ter uma melhor qualidade de vida é o desejo em suma de todo idoso, pois é o maior objetivo de todos ter condições que favoreçam sua tranquilidade, saúde e felicidade. Para que a qualidade de vida na terceira idade seja bem-sucedida e para que o idoso seja feliz pode ser levado em consideração fatores como a melhor capacidade funcional, afeição e comunicação, distração, coisas que o façam se sentir útil e importante.

Nesse contexto a pesquisa visa analisar a importância da atividade física para a melhoria da qualidade de vida em idosos. Justifica-se o estudo pelo aumento da população idosa que almeja alcançar uma melhor qualidade de vida e acredita-se ser as atividades físicas de grande valia para ter uma vida melhor e mais saudável, onde a prática de exercícios físico irá promover uma melhora na saúde e na qualidade de vida desta população.

2 Referencial teórico

2.1 Qualidade de Vida para os Idosos

Alguns fatores são recomendados para que o idoso tenha uma boa saúde: vida independente, casa, atividade física, afeições e comunicação. Se algum desses fatores estiver em déficit a qualidade de vida desse idoso pode está comprometida. NERÍ (2001),

afirma que as dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária, devido a problemas físicos, ocasionam dificuldades nas relações sociais e na manutenção da autonomia, trazendo prejuízos à sua saúde emocional.

Sabe-se que quanto mais ativa for a pessoa menos limitações ela tem, alguns benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a capacidade funcional em todas as faixas etárias, principalmente nos idosos. A capacidade funcional entende-se como o desempenho para a realização das atividades físicas diárias e atividade física do cotidiano.

Ferreira et al. (2012) em sua pesquisa identificou que 79% dos idosos relataram que eram portadores de alguma patologia, sendo a hipertensão arterial a doença mais frequente. Quando tratada, esta patologia não eleva o envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional, não leva a uma degeneração da capacidade funcional, nem a uma diminuição da inserção sociofamiliar. Destaque-se também o fato de que 21% dos idosos disseram que não tinham nenhuma patologia crônica, ou seja, possuíam uma velhice saudável. Contudo, para que o envelhecimento seja bem-sucedido, deve-se analisar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade.

As atividades diárias podem ser classificadas como: tomar banho, vestir-se, sentar, levantar e caminhar uma pequena distância. Já a atividade do cotidiano pode-se classificar em: cozinhar, fazer compras no supermercado, limpar a casa, ou seja, atividades mais complexas. Uma vida fisicamente inativa pode ser a causa primária na incapacidade para realizar as atividades diárias, com a prática de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativa, como a alteração na forma de realizar algum movimento, aumento na velocidade de execução de algumas tarefas e na adoção de segurança ao realizar algumas tarefas.

Ferreira et al. (2012) em sua pesquisa inferiu que no quesito capacidade funcional para atividades básicas de vida diária, avaliado pelo Índice de Katz, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mas quando observados os resultados da variável capacidade funcional avaliado pelo SF-36, o grupo de idosos ativos apresentou melhores resultados com diferença estatisticamente significativa quando comparado ao grupo não ativo.

Assim é possível inferir que o idoso sedentário mesmo que consiga executar com primor suas atividades diárias sua capacidade funcional é comprometida pela falta de

atividade regular. A dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados. Entretanto, hábitos inadequados, como a inatividade física, podem antecipar e agravar os declínios provenientes do processo de envelhecimento, prejudicando a qualidade de vida (CORDEIRO ET AL. 2014).

Como detectado por Cordeiro et al. (2014), Silva et al. (2012), Ferreira et al. (2012), Eiras et al. (2010), os grupos de idosos ativos têm maiores benefícios e promoção a saúde visto que as atividades auxiliam na maior vitalidade e saúde.

Além de beneficiar a capacidade funcional do idoso, o exercício físico pode promover a melhora da aptidão física. Na terceira idades os que estão inseridos sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde. A aptidão física no idoso, está relacionada com a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar menor risco de desenvolver doenças associadas ao baixo nível de atividade física. Aptidão física relacionada a saúde e que podem ser influenciados pelas atividades físicas são a aptidão cardiorrespiratória, força e resistência muscular e flexibilidade.

Além do treinamento aeróbio para a melhora do sistema cardiovascular e controle de doenças, o treinamento de força e flexibilidade também é importante para os idosos, aumentando a massa muscular e evitando o aceleramento da sarcopenia, na melhora da capacidade funcional e na autonomia do idoso.

Cordeiro et al. (2014), afirmou que os idosos ativos apresentaram melhores escores tanto na memória como na qualidade de vida quando comparados as pessoas insuficientemente ativas e ainda verificou que estudos têm demonstrado que pessoas que são fisicamente ativas parecem menos suscetíveis ao declínio cognitivo e demência em períodos mais avançados da vida.

Ainda no contexto cognitivo o autor Ferreira et al. (2012), verificou que os idosos insuficientemente ativos apresentaram menor média na dimensão, cognição social, o que é justificável, pois, neste item, são avaliadas atividades como resolução de problemas e memória, o que exige mais da esfera do funcionamento psicológico e intelectual.

De acordo com Eiras et al. (2010), para alguns dos entrevistados a prática da atividade física funciona também como uma espécie de “energizante”, ou forma de “sentir-se mais vivo”. Os idosos apontaram várias mudanças positivas em suas vidas – tanto ao nível físico quanto mental – após o início da prática da atividade física regular.

Inferimos a partir da análise dos artigos que os autores identificaram uma melhora

no fator social dos indivíduos e um acréscimo nos aspectos mentais e da memória dos indivíduos. Visto que as atividades físicas mexem com a memória e estima dos partícipes.

Ainda nesse quesito Eiras et al. (2010), ressaltar, que embora em um primeiro momento os participantes tenham relatado que a saúde física é um dos principais fatores que os motivavam a iniciar e a permanecer no programa, quando eles falaram sobre a saúde no decorrer das entrevistas, eles a abordaram em um sentido que vai além da dimensão física.

Com isso, foi verificado que a relação idoso e atividade física para a promoção da saúde vai além dos quesito motores e físicos, as atividades e exercícios quando praticados corretamente promovem a saúde física e psicológica e mental dos indivíduos, ou seja, melhora a qualidade de vida.

A pratica de atividade física promove a melhora da composição corporal, diminuição de dores articulares, aumento da densidade mineral óssea, melhora no perfil lipídico, aumento da capacidade aeróbica, melhora na força e na flexibilidade e como benefícios psicossociais encontra-se o alívio da depressão, aumento da autoestima e da autoconfiança.

O treinamento sistemático e específico das capacidades física motoras e funcionais contribui para a manutenção de níveis ótimos de aptidão física. Idosos submetidos a esse tipo de estímulo por no mínimo dois anos apresentam um perfil de condição física e funcional semelhante à de um adulto de meia idade. Portanto, a prática da atividade física colabora para uma velhice saudável, diminuindo ou retardando as perdas inerentes ao processo do envelhecimento. (COSME ET AL. 2018).

Silva et al. (2012), em seu estudo constatou que indivíduos considerados ativos e que praticam exercícios físicos têm uma qualidade de vida melhor, se comparados aos indivíduos ativos que não praticam exercícios físicos. Essa diferença se dá pelo fato de os praticantes de exercícios físicos conviverem mais tempo em grupo, sentirem-se capacitados e independentes, facilitando a participação dos mesmos na sociedade e possibilitando a realização das atividades cotidianas.

Cordeiro et al. (2014), afirmou que quanto à qualidade de vida, foi possível observar, por meio do questionário SF-36, que os idosos ativos apresentaram melhores resultados nos oito domínios de qualidade de vida investigados (capacidade funcional, dor, vitalidade, saúde mental, limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais), em comparação aos idosos insuficientemente

ativos.

Assim percebem-se que as atividades físicas tem como objetivos promover recondição muscular, melhorar a capacidade cardiorrespiratória, aumentar a força, massa muscular, combater a flacidez, reduzir a gordura, melhorar a saúde assim aumentado a vitalidade e a qualidade de vida as pessoas que estão na velhice.

Os resultados identificados pelos autores estudados sinalizam que atividades físicas melhora a qualidade de vida nos idosos, a ajudam na promoção da saúde. Com isso, verificamos quão importante é a atividade física para a melhoria da qualidade de vida em idosos.

3 CONCLUSÃO

O aumento da população idosa gera necessidades de se desenvolver meios para melhorar as dificuldades advindas com esse crescimento. Mesmo com as perdas vinda com o envelhecimento, o envelhecer de forma ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois é sinônimo de vida longa e uma boa qualidade de vida. Considera-se que a prática de qualquer atividade e não apenas física, melhora a capacidade funcional.

Verificamos que o aumento da população idosa é uma realidade nos dias atuais. Como profissionais vemos como um desafio mostrar que a qualidade de vida para terceira idade é uma possibilidade para a população independente do contexto social que estão inseridos, as atividades são possíveis para todas as idades, sexos e até mesmo para os que já possuem doenças ocasionadas pelo envelhecimento ter uma vida em movimento mesmo sendo um desafio trazendo inúmeros benefícios.

O presente trabalho possibilitou um estudo onde foi abordado o tema de Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos, permitindo maior amplitude de conhecimentos identificados por vários autores que tiveram como base o estudo teórico e de campo.

Com o estudo foi possível verificar e comprovar que através da atividade física e exercícios, é possível desenvolver uma vida com qualidade e mais saudável, pois apenas com uma vida mais ativa é possível ter dias melhores e com menos efeitos da terceira idade.

Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro degrau para uma boa qualidade de vida, autonomia e autoconfiança.

Pode-se concluir que é de suma importância atividade física, para haja a

manutenção efetiva dos sistemas e seja assegurado o bem-estar e a qualidade de vida no idoso retardando e minimizando os efeitos severos do envelhecimento. Assim é importante conscientizar que a atividade física tem grande valia nessa fase da vida ao promover benefícios inúmeros para os anciões.

4 REFERÊNCIAS

FARO, Ana Cristina Mancussi e, GUSMÃO, Josiane Lima de, LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. MENDES Márcia R.S.S. Barbosa, **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Universidade de São Paulo - USP - São Paulo; 2005.

MENDES MRSSB. **O cuidado com os pés: um processo em construção**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

OLIVEIRA Aldalan Cunha de, OLIVEIRA Núcia Macêdo Diniz, ARANTES Paula Maria Machado, ALENCAR Mariana Asmar. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física-uma revisão sistemática. **Revista. Bras. Geriatr. Gerontol.** V, n, , 2010.

MATSUDO Sandra Mahecha, MATSUDO Victor Keihan Rodrigues e BARROS NETO Turíbio Leite; Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Bras Med Esporte.** V, 7, n,1, 2001.

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

THOMAS SOUZA, **Os benefícios da atividade física na terceira idade**. Disponível em: <https://blogeducacaofisica.com.br/atividade-fisica-na-terceira-idade/> Acesso em: 15/11/2018.

Neri AL. **Maturidade e velhice. Trajetória individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus editora; 2001.

FRANCHI, K. M. B.; JUNIOR, R. M. M. **Atividade física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade**. Fortaleza, 2002.

Capítulo 2

CONHECENDO OS POVOS INDÍGENAS XINGUANOS: SEUS MODOS DE VIDA E IMPACTOS SOCIAIS

Júnior Ferreira Pinto

Fábio José Brito dos Santos



CONHECENDO OS POVOS INDÍGENAS XINGUANOS: SEUS MODOS DE VIDA E IMPACTOS SOCIAIS

Júnior Ferreira Pinto¹

Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará - UEPA.

Fábio José Brito dos Santos²

Doutorando em Educação pela Universidade Estadual de Londrina – UEL.

RESUMO

O presente trabalho aborda a cultura dos povos indígenas do médio Xingu de forma dinâmica e sucinta, assim como, argumenta as implicações e sequelas causadas pela ação humana nos últimos cinquenta anos nessa região, com uma ótica voltada para duas obras faraônicas implementadas na região, sendo elas: a rodovia transamazônica e a hidrelétrica de Belo Monte. Este estudo tem como objetivo central conhecer a história e características culturais das etnias que habitam a região do médio Xingu, debatendo atribuições sofridas atualmente, fruto de um ilusório “desenvolvimento” acelerado. Metodologicamente a pesquisa é de abordagem qualitativa, com procedimentos técnicos realizados através de uma bibliografia profunda, referenciando estudos já comprovados cientificamente. Contudo, concluiu-se que o povo xinguno detém uma costunagem sublime, com peculiaridades próprias, entretanto a forte integração do homem branco a partir dos anos 70 comprometeu tensamente os indígenas dessa região, que mesmo com toda resistência, vivenciam uma ameaça e dominação de seus territórios, deixando-os sem acesso aos recursos naturais, assim fomenta-se um genocídio em massa. Dentre isso, as etnias pesquisadas são: Arara; Araweté; Kuruáia; Xikrin Do Bacajá; Xipáya; Juruna/Yudjá; Parakanã; Assurini do Xingu e Kayapó.

Palavras-chave: Médio Xingu. Cultura. Indígenas. Impacto.

¹ Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará – UEPA, E-mail: juniorferreirahhh@gmail.com

² Mestre em Ciências da Religião pela Universidade do Estado do Pará – UEPA, E-mail: fabyosantos819@gmail.com

ABSTRACT

The present work addresses the culture of the indigenous peoples of the middle Xingu in a dynamic and succinct way, as well as arguing the implications and consequences caused by human action in the last fifty years in this region, with a focus on two pharaonic works implemented in the region, being them: the trans-Amazonian highway and the Belo Monte hydroelectric plant. This study's central objective is to understand the history and cultural characteristics of the ethnic groups that inhabit the middle Xingu region, debating the tribulations currently suffered, the result of an illusory accelerated "development". Methodologically, the research has a qualitative approach, with technical procedures carried out through an in-depth bibliography, referencing studies already scientifically proven. However, it was concluded that the Xingu people have a sublime custom, with their own peculiarities, however the strong integration of the white man from the 70s onwards has tensely compromised the indigenous people of this region, who, despite all resistance, experience a threat and domination of their territories, leaving them without access to natural resources, thus encouraging mass genocide. Among this, the ethnicities researched are: Arara; Araweté; Kuruáia; Xikrin Do Bacajá; Xipáya; Juruna/Yudjá; Parakanã; Assurini do Xingu and Kayapó.

Keywords: Middle Xingu. Culture. Indigenous. Impact.

INTRODUÇÃO

As diversidades indígenas do Xingu são claras não apenas nas nomenclaturas dos povos, ou quantidades étnicas, mas essencialmente no modo comportamental de cada grupo, que mesmo com poucas ou grandes distâncias entre eles, a diferença cultural é notória. Com tradições milenares, que não sabemos certamente a origem detalhada dessas comunidades tradicionais, naturalmente as suas resistências são visíveis rotineiramente, para a conservação e preservação da vida nativa do Xingu.

Entres as suas características mais comuns podemos elencar, as ritualizações sagradas envolvendo a natureza como princípio de respeito e familiaridade, as festas de interação com os indivíduos pertencentes desse meio, a arte plumária como expressão plástica marcante, com significados definidos, desde a confecção quanto a matéria dos seres alados, o extrativismo local sempre limitando a matéria-prima de sobrevivência, que muitas das vezes o território é conceituada como membro sagrada e divinizada, especialmente pelos anciões.

Entretanto, com desmandos de autoridades superiores ao longo de décadas, o médio Xingu vem sofrendo com transformações em grande escala, se agravando ainda mais com a inexistência de políticas ambientais que assegurem de fato um futuro sustentável ou inclusivo para a população originária, uma vez que as tomadas de decisões não consultam as convicções indígenas, promovendo uma contradição em interesses, típico do sistema econômico capitalista.

As grandes obras instaladas nessa região desfiguraram o cotidiano indígena, instalando deformações ambientais, que carregaram consigo impactos sociais já previstos por antropólogos e biólogos, estruturas essas de grandes proporções, primeiramente com a rodovia BR-230 (Transamazônica), logo após a hidrelétrica de Belo Monte, ambas projetadas na época dos “anos de chumbo”, sendo a última instaurada apenas na segunda década dos anos 2000.

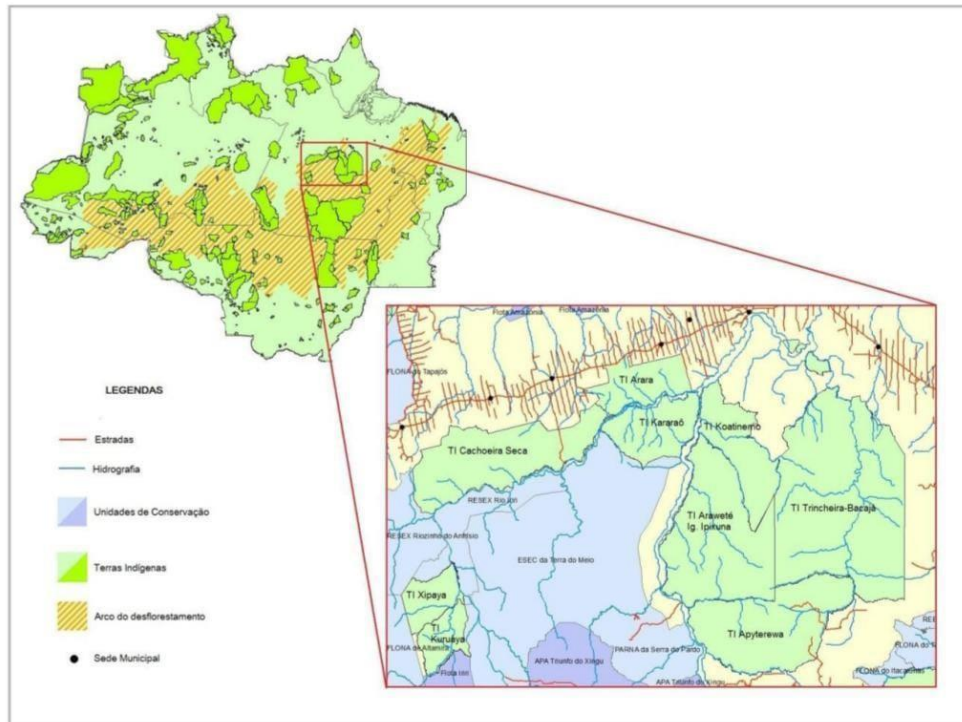
Este estudo é subdividido em seções, o primeiro abordando os dilemas vividos a partir da segunda metade do século passado, os próximos decorrem de cada etnia do médio Xingu, sendo todos sustentados por bibliográficas que dão ênfase a temática como: Alves (2018); Arnault (2015); Carvalho (2014); Fausto (2001) e entre outros.

O médio Xingu: seus povos e suas resistências

O médio Xingu concentra uma diversidade de etnias e povos indígenas, com costumes próprios, mesmo que muitos grupos estejam aproximados, mas estes carregam consigo linguísticas, ritualizações e manifestações que os diferenciam, formulando uma identidade forte e heterogênea, alguns com contatos mais densos com a civilização moderna, mesmo que nas maiorias das vezes forçada pela sistematização dos processos evolutivos, outros mais reservados, até mesmo evitando propositalmente essa relação social.

O Xingu é o berço desses indígenas, pois é a partir dessa relação harmoniosa com rio, que esses nativos adquirem sua sobrevivência, tornando-o sagrado e indispensável para eles. “O Xingu é o maior rio da região, dispondo de uma extensão de 1.815 km, sendo que apenas 900 km dele são navegáveis” (Brasil, 2010, p. 14).

Figura 1 - Mapa de localização do médio Xingu

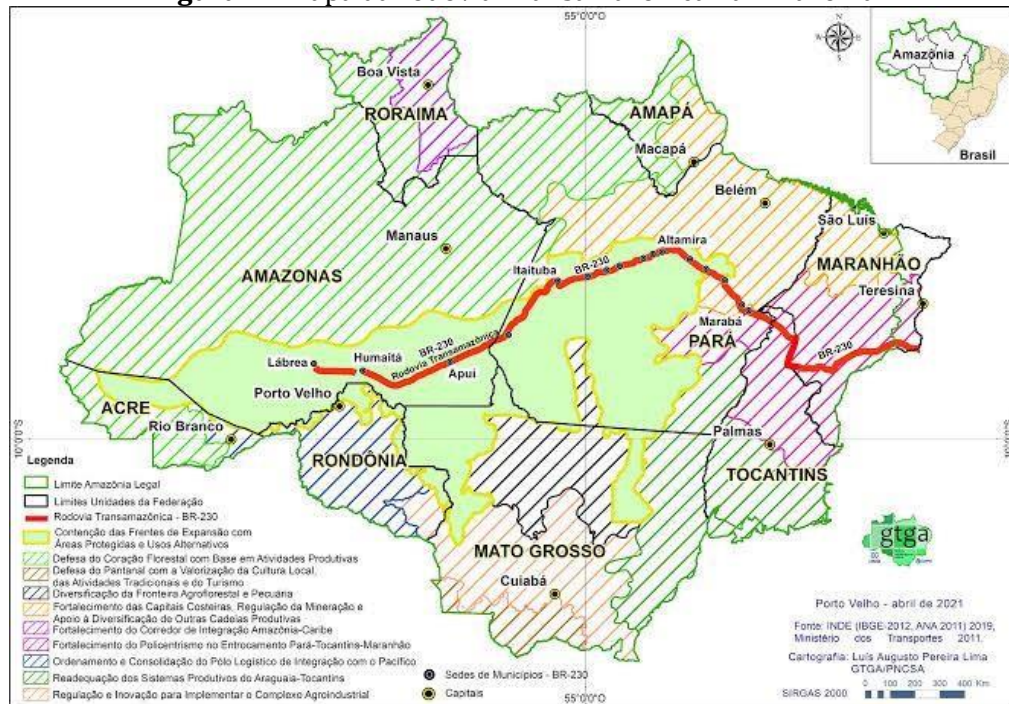


Fonte: CTI, s.d.

Os indígenas do Xingu historicamente sofrem imposições desde o século XVIII, com missões e colonizações europeias, também alinhado com a igreja católica, influente parceria das grandes navegações desse período. Mas foi a partir da década de 60 que os problemas territoriais e ambientais se intensificaram, proveniente da abertura da rodovia transamazônica (BR-230), um polêmico projeto da ditadura militar, que tomou grandes proporções, tendo como finalidade integrar a região norte do país com o restante Brasil, sem nenhuma preocupação com as comunidades e grupos nativos.

Para Carvalho (2014), não havia diferenciação entre comunidades indígenas, assim como não houve respeito por suas terras. A exploração de minérios na região amazônica acabou por atingir terras indígenas, gerando desmatamento desacelerado e conflitos violentos entre militares e comunidades indígenas residentes.

Figura 2 - Mapa da rodovia Transamazônica na Amazônia



Fonte: IBGE (2012)

No mesmo período militar em que se concretizou a rodovia, outro grande projeto “desenvolvimentista” se voltou a região, que muito repercutiu internacionalmente, ou seja, a hidrelétrica de Belo Monte, que ainda em sua projeção obteve uma rejeição unânime dos indígenas, principalmente do médio Xingu, que seriam os mais atingidos pelos impactos ambientais e sociais, vindouros desse grande empreendimento.

Dessa forma, as manifestações e recusas vindas dos indígenas em conjuntura com movimentos sociais, prelácia do Xingu, ativistas, ambientalistas, ribeirinhos e pescadores da região fizeram os planos da barragem paralisarem por mais de uma década.

Em seguida, na primeira década dos anos 2000, o assunto voltou a ser discutido, tendo se fortalecido externamente, com falsas promessas de “sustentabilidade” e “ecologia”, que mesmo com as repulsas contidas, a barragem se tornou realidade em 2011, colocando em risco eminente os povos e a vida ali estabelecidos, acarretando consequências bruscas, sofridas até hoje, a qual deixou cicatrizes socioculturais irreversíveis.

Figura 3 - Hidrelétrica de Belo Monte



Fonte: Internet (2022)

Os resquícios deixados pela usina são sentidos e vividos arduamente pelas comunidades étnicas do Xingu, impulsionando outros elementos negativos como: desmatamento, poluição e escassez de alimentos, ou melhor, a biodiversidade ficou em último plano. Todas as previsões dos setores ambientais foram ocorridas, como, por exemplo a morte de 16,2 toneladas de peixes no período de enchimento dos reservatórios, ocorridas de 2015/2016

De acordo com os dados reais do IBAMA (2016) “a mortandade ocorreu em razão das condições de operação dos vertedouros e do canal de derivação, que causaram turbilhonamento excessivo da água”.

Esse noticiário teve bastante envolvimento na imprensa da época, causando perplexidade e repúdio das mais diversas posições políticas e ambientais, porém nem se quer aproximam da magnitude danosa suscitada por essa grande construção implementada.

Arara

O povo Arara habita o Médio Xingu, especificamente a margem esquerda, junto ao Rio Iriri, (afluente do rio Xingu) e Arara da Volta Grande do Xingu, o segundo tem seus costumes semelhantes aos Araras do Rio Iriri, porém, com grande impacto da Usina Belo Monte, posseiros, grileiros e recentemente com a mineradora Belo Sam que pretende extrair milhares de toneladas de Ouro do fundo do rio Xingu, relações humanas que trouxeram danos irreparáveis a esse povo. Nimuendaju (1948) relata em sua obra clássica

que esse grupo foi visto pela primeira vez no baixo Xingu no ano de 1853 e em seguida sumiram na mata, eram populações de dentro e não da beira dos rios.

Esses são exímios guerreiros, preparados para guerra devido confrontos históricos com o povo Kayapó, como troféus exibiam colares de dente e flautas constituídas de ossos do crânio humano. Muito além do seu lado guerreiro, esse povo nos dias atuais é tido como de fácil relação com o mundo exterior, ou seja, o mundo branco.

Figura 4 - Indígena Arara



Fonte: Internet (2022)

Ilustres caçadores, pescadores, muitas das vezes buscam capturar filhotes de animais selvagens para criação doméstica, não raro é possível avistar uma criança da etnia Arara brincando em sua residência com um desses animais domesticados, durante a seca do Rio Iriri entoam melodias.

Outro costume do povo Arara é quanto seus mortos eles não os enterram, e sim são suspensos no interior da floresta, em pequenas casas funerárias, distante da terra alguns centímetros o morto deve ir secando gradativamente, perdendo o que ainda lhe resta de substâncias vitais para o conjunto de seres metafísicos que passam a rondar o cadáver, alimentando-se daquilo que antes dava vitalidade ao defunto, essa relação com a natureza caracteriza-se como uma troca recíproca, o que antes em vida foi extraído e usado no mundo físico agora é devolvido à natureza.

Como esse povo tem uma relação antiga com o homem branco, seus conflitos antropológicos são nítidos, em relação à língua poucos Araras falam o idioma Karib, incorporando assim uma língua externa e extinguindo sua língua materna no tempo

presente. Seu conflito histórico e resistência, originou em âmbito local, em meados de 1953 a sociedade civil tentou abrir uma estrada na direção de Santarém, essa estrutura cortou ao meio as terras Araras, dificultando a circulação desse povo, além de impactar na caça e nas plantações, o povo Arara resistiu e barrou a essa construção.

Em 1970 o Governo Brasileiro põe em prática o projeto de abertura da BR-230 e “colonização” da Amazônia, no percurso da Transamazônica foram instaladas agrovilas, colonos vindos do Nordeste se fixaram nessa região intervindo assim na vida indígena. A BR-230 é o marco da destruição do habitat natural indígena. Conforme a dissertação de Santos (2013), esmiúça as correlações desses efeitos:

Os impactos químico-ambientais causados pela ação de grandes projetos na Amazônia têm sido objeto de investigação de várias áreas do conhecimento. No tocante à dimensão antrópica, estudos das mais diversas áreas que compõem as humanidades buscam identificar os desdobramentos produzidos nas relações sociais dos grupos que internalizam as 51 externalidades originadas por projetos voltados à exploração e processamento de matérias-primas a partir da utilização dos recursos naturais (Santos, 2013, p. 50-51).

A sequela ambiental que historicamente o povo Arara vem sofrendo há séculos, continua na atualidade. O desmatamento ilegal, dados do PRODES (Projeto Monitoramento da Floresta Amazônica Brasileira por Satélite) e Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), mostram que em 2000 foi desmatado 913 hectares, e o desmatamento total até 2020 foi de 2906 hectares de floretas Araras, outra ilegal invasão dessas terras é por latifundiários os quais também são motivo de preocupação para essa etnia.

Todas essas invasões, além de acarretarem sérios problemas ambientais, estabeleceram a fome no meio do povo Arara, em especial idosos e crianças vivem em constante insegurança alimentar, tendo que recorrer a produtos industrializados, como mortadela e enlatados, principalmente no período da seca, com a frequente destruição da floresta os alimentos ficam escassos, fazendo com que essa população vulnerável busque com frequência os serviços hospitalares com diarreias e desnutrição, causados por intoxicação alimentar. O homem branco continua destruindo o povo Arara com um único e exclusivo intuito o capital.

Araweté

Na contemporaneidade o povo Araweté, são constituídos de aproximadamente 467 pessoas, vivem no igarapé Ipixuna as margens do médio Xingu, somam 23 aldeias. São caçadores e agricultores, esse último é sua base de subsistência sendo o milho produto dominante de março a novembro, e a mandioca de dezembro a fevereiro, o milho é predominante na agricultura Araweté.

A caça de animais como Jabuti, Tatu, Mutuns, Araras e diversas outros espécimes de animais fazem parte da dieta desse povo. Ao longo de sua história de resistências, sofrem constante assedio dos Parakanãs e a partir do contato com o homem branco em 1979, os problemas dos Araweté tomaram proporções antes nunca visto.

Segundo Castro (1986) o povo Araweté habitava a margem esquerda do médio curso do igarapé Ipixuna, nos limites do município de Senador José Porfírio. Relata que na região era grande a população de felinos, o que atraiu caçadores de pele na década de 60 e conseqüentemente a descoberta deste povo. Mas o contato efetivo só se deu em 1976 quando os Araweté procuraram os brancos, já por se sentirem territorialmente encurralados em detrimento das sociedades indígenas vizinhas com as quais tinham rivalidades.

Figura 5 – Indígena Araweté



Fonte: Internet (2022)

Os costumes Araweté são bastante diversificados, é possível descrever a tradição quanto a vestimenta das mulheres, essa vestimenta feminina é constituída de quatro peças: cintura interna, vestuário imposto a todas as moças a partir da primeira menstruação, a qual recobre todo o genital e parte da coxa da mulher, seu principal objetivo é absorver sangue menstrual e nunca deve ser removido na face de homens que

não seja marido ou amante, mesmo diante dessas pessoas mais íntimas essa peça deve ser removida apenas para fins sexuais, peça intransferível; um braço que serve para carregar seus filhos; uma saia exterior e uma toalha de cabeça, todas essas peças são tingidas com urucum, fruto do qual é extraído uma tintura vermelha, cor preferida do povo Araweté. Os homens fabricam o arco, chocalho de Aray do Xamã.

Os seus arcos são fabricados de madeira Ipê, diferencia-se da maioria dos outros arcos indígenas pela espessura e tamanho, o chocalho é tecido com tiras de Arumã, e sua base de Algodão.

O seu maior festival diz respeito ao festival do milho denominado festa do Cauim Alcóolico. Uma família anfitriã, recolhe todas as panelas da aldeia, e inicia os trabalhos: marido e mulher pilam o milho, cozinham-no, a mulher mastiga a massa para em seguida fermentar, coa o mingau, para extrair o líquido que ao fermentar tornara-se no Cauim Alcóolico, durante a preparação o casal deve manter abstinência sexual ou a bebida não fermentará, panelas cheias vão sendo enfileiradas dentro da casa, as quais ninguém de fora deve olha-las ou o Cauim não fermentará, todas as noites na aldeia são entoados cânticos e danças no pátio do anfitrião, após vários processos a fermentação da bebida está pronta para ser servida pelo anfitrião.

Ao fugirem do assédio dos Parakanãs depararam-se com o homem branco, acreditando que o referido era objeto de dominação, uma vez que nunca pensaram serem “pacificados” pelos brancos, acreditavam ser contrário, que os indígenas teriam pacificado os brancos.

Segundo Emídio-Silva (2017) afirma que os índios Arawetés:

Passaram a habitar às proximidades do rio Xingu, inicialmente na aldeia Ipixuna, no ano de 2001, quando a FUNAI realocou os Araweté, até então, afetados por uma epidemia de catapora, que atingiu a antiga aldeia. Essa realocação foi feita para facilitar contato entre os agentes da FUNAI e os indígenas (Emídio-Silva, 2017 p. 55).

Devido aos constantes assédios dos índios Parakanãs, os Araweté se refugiaram as margens do rio Xingu e o contato com os ribeirinhos adquiriram doenças e sua fonte de alimento ficou escassa. A FUNAI - Fundação Nacional do Índio, resolveu movê-los dali pelas condições em que estavam submetidos, foram levados para o Alto Ipixuna, há relatos que 60 pessoas morreram no trajeto de 17 dias de caminhada em 1976, passados 46 anos desse percurso os Araweté em um segundo momento sofreram em 1982 uma epidemia de gripe, onde vários indígenas Araweté morreram, devido complicações da virose.

Hoje o povo Araweté vive em constante ameaça de madeireiros, pescadores e fundiários. Esse contato além de destruir o meio ambiente onde esse povo vive, dificulta assim a plantação, caça e pesca, na contemporaneidade a pandemia de covid-19 trouxe mais sofrimento para esse povo.

Kuruáya

Essa comunidade é composta por um número pequeno de indígenas, os mesmos foram forçados a trabalhar nos seringais, obrigados em um segundo momento a abandonar suas aldeias no Alto Curuá pelos Jesuítas nos séculos XVIII e XIX, desceram forçosamente para aldeia missionaria Imperatriz ou Tauaquara, sendo embrião da cidade de Altamira.

As consequências desse processo, na década 1960 foi trágica ao povo que foi considerado extinto. No decorrer dos anos tiveram sua identidade indígena ignorada e questionada, porém ao reconquistarem suas terras no Rio Curuá tiveram sua identidade étnica restituída. Vivem hoje em constantes viagens por terem parentes na cidade e na aldeia. Segundo as pesquisas de Junior (2007) assegura que:

Hoje, o povo Kuruáya é de aproximadamente 129 indivíduos vivendo na Aldeia Curuá, na terra indígena Kuruáya, localizada à margem direita do Rio Curuá, subafluente da bacia do Rio Xingu, sul do estado do Pará. Outra parcela da população Kuruáya, formada por algumas dezenas de indivíduos, está localizada nas proximidades da cidade de Altamira no Estado do Pará (Junior, 2007, p. 14).

A língua desse povo é da família dos Munduruku, até 2000 existia apenas um ancião que falava fluentemente a língua da aldeia. A agricultura é uma das principais atividades e o cultivo da mandioca-brava, para produção da farinha, milho, favo, cará, banana, mamão e abacaxi também são produzidos. A derruba da mata queima e o plantio são atividades realizadas por homens, mulheres e crianças também participam da capina, plantio e colheita. Ao redor de suas casas plantam árvores frutíferas como goiabeiras.

Figura 6 – Indígenas Kuruáya em uma apresentação na cidade de Altamira



Fonte: Site povos indígenas do Brasil

Os Kuruáya extraem seivas, cascas, folhas, raízes e flores para produção de chás e melados, entre outros, para produção de remédios como medicina alternativa no tratamento de doenças. Usados como escudo humano e roçadores de caminhos nas expedições jesuíticas que tinha como intuito capturar índios selvagens, nessa ocasião que destacamos os estudos de Arnault (2015):

É preciso compreender as dinâmicas socioculturais dessa região também a partir dos grandes processos de ocupação e desenvolvimento planejados pelos agentes nacionais (ciclos da borracha, rodovia transamazônica, mineração e novos projetos hidrelétricos). Essa problematização não perde de vista o objeto fundamental da etnografia que são os pontos de vista e agências dos indígenas que hoje residem em Altamira (Arnault, 2015, p. 23).

Nesse momento, destacamos o sofrimento vindouro das instalações de mineradoras em 1980 que contaminaram o rio Curuá com mercúrio, metal tóxico, que em contato com humanos ou animais provoca imensurável estrago na homeostase, afetando assim sua saúde e sua principal fonte de alimento o Rio Curuá. Considerados extintos na década de 1960, hoje tem conflitos antropológicos semelhantes ao passado com constantes invasões de garimpeiros e grileiros em suas terras. A fervorosa destruição da natureza acarreta doenças, tanto no processo saúde-doença quanto cultural e psicológica.

Xicrin do Bacajá

Os Xicrin do Bacajá é um povo que reside as margens esquerda do Médio Rio Bacajá, a margem direita do Rio Xingu, município de Senador José Porfirio. Geralmente

constroem suas aldeias perto de um Rio ou Igarapé, sempre em terreno seco e bem drenado, tem uma praça central com um círculo de casas ao redor, mata circundante a casa. Falam a língua Kayapó ou Mebengokré da família linguística Jê, do troco linguístico Macro-je.

A chegada dos Xicrin à região do rio Bacajá, conforme Fisher (2000) tem como data aproximada meados da década de 1920. Antes do contato com a sociedade nacional, ocorrido a partir de 1959 e 1961, os Xicrin viviam caminhando por toda a região de floresta ao longo da margem do rio e no interior de seus igarapés.

Tem como cultura a pesca e a caça, rituais antropofágicos e pinturas com um corante extraído do jenipapo. O ensino tradicional dá-se por meio da convivência e da observação, os adultos orientam, corrigem e às vezes ensinam de forma mais sistemático. Contos, Coreografias e sequências de rituais, em relação à turma de meninos e meninas nota-se a importância pedagógica da repetição das crianças nos diferentes acontecimentos na aldeia, um jovem com características para tal atividade aprende de maneira mais sucinta com uma pessoa mais velha, tal atividade que o repassa sistematicamente suas experiências, as meninas aprendem a arte da pintura corporal em casa com parentes e mulheres adultas.

Figura 7 – Indígenas Xicrin do Bacajá



Fonte: Internet (2022)

Os mitos são contados pelos mais velhos em forma de conto, drama ou de discurso político. Existe pressão dos parentes pelo não cumprimento das regras pré-estabelecidas, punições através do ridículo ou de um ligeiro ostracismo, ou seja, o indivíduo é

discriminado, excluído e separado dos demais por motivo de mau comportamento social, porém o bom trabalho é louvado e reconhecido publicamente.

O povo vive ameaçado na atualidade principalmente por madeireiros, em 1996 a FUNAI, já denunciava através de documentos que muitos madeireiros tinham contato frequente com os índios Xicrin e os davam bebida alcóolica, em troca da exploração da madeira, outro problema social recorrente na época também denunciava que os exploradores davam maconha e negociavam a exploração garimpeira das terras Xicrin, desestruturando completamente a vida social indígena. Dentro deste aspecto, conforme Souza (2019):

A situação em que o povo Xikrin vive hoje, é resultado de um conjunto de mudanças que atingiram a Amazônia nas últimas décadas, em especial, em razão dos reflexos negativos produzidos pelos complexos de mineração desenvolvidos entorno da XIKRIN, o que resultou em visível ampliação no universo das suas relações (Souza, 2019, p. 2).

Nos dias atuais problemas esses antigos problemas afligem o povo, como o desmatamento, desde as eleições de 2018 a terra indígena Xicrin figura entre as cinco mais desmatadas da Amazônia. Segundo os indígenas são abertos frequentemente roças e pastos em suas terras.

A relação antropológica índios Xicrin e homens brancos trouxeram sérios problemas sociais a esse povo, insegurança alimentar e destruição do meio ambiente é um dos muitos problemas que o povo Xicrin convive hoje. É importante ressaltar quanto a sensação de impotência e impunidade a qual os indígenas são sujeitos, principalmente pelo governo brasileiro que faz vista grossa em relação aos invasores.

Xipayaya

Etnia indígena da família linguística Juruna. Vivem nas terras Indígena Xipayaya, as margens do rio Iriri e Curuá na cidade de Altamira e na volta grande do Xingu. Na cidade está o maior número de Xipayayas, resultado da missão tavaquara fundada pelos jesuítas e dos diferentes períodos migratórios motivados pela fuga dos conflitos nos rios Iriri e Curuá, doenças e casamentos com não indígenas.

Sobre o desaparecimento desse povo, Simoni (2013) afirma que:

Nesse contexto, o povo xipayaya partilha com os povos do primeiro grupo a descrição por parte de naturalistas e antropólogos a respeito de seu desaparecimento e sua extinção enquanto grupo etnicamente distinto. A

partir da década de 1970, no entanto, esses grupos passam novamente a ser descritos e reconhecidos como povos indígenas (Simoni, 2013, p. 6).

Provavelmente todos os Xipáyas são oriundos das cabeceiras do rio Xingu, isso muito antes da fuga para a zona urbana. A agricultura e pecuária Xipáyas são desenvolvidos nos roçados e nos quintais, os quintais são terrenos nos fundos de uma casa, área onde os Xipáyas criam animais de pequeno porte como galinhas, patos. Em seus canteiros (uma caixa com adubo) plantão ervas medicinais, e ao redor da casa plantam árvores frutíferas como jambo, cupu, mamão, urucum e limão como fonte de alimento.

Figura 8 - Indígenas Xipayas



Fonte: Internet (2022)

Não é de hoje que essa população sofre grandes riscos culturais, segundo (Simoni, 2013, p. 52) “outra grande ação desenvolvimentista que se mostra mais importante para compreender o processo de etnogênese da população Xipaya, é a usina hidrelétrica de Belo Monte”.

Na contemporaneidade, o povo Xipaya é ameaçado pela “modernidade”, podendo com a convivência social na cidade perder sua identidade cultural, constantes invasões de suas terras também é motivo de preocupação para esse povo, além da interferência social. Nos últimos anos vem sofrendo com a Barragem de Belo Monte a qual foi denominada pelos indígenas de “água podre”, “Água barrenta”, seus imensuráveis impactos na vida indígena e no meio ambiente já eram previstos por esse povo.

Jurunas/Yudjá

Povo canoeiro, se auto denominam de Yudjá, falam a língua Yudjá e pertencem ao tronco Tupí, vivem separados em dois grupos, um vivendo no Mato Grosso no Parque Indígena Xingu, entretanto, iremos conhecer um pouco de sua história qe vivem na região

conhecida como Beiradão do Xingu, especificamente na volta grande do Xingu e na terra indígena Paquissamba. Tem tradição na canoagem por ter contato com povos ribeirinhos e Xipayas.

A pesquisadora Mondini (2014) afirma sobre essa etnia que:

Os Jurunas são canoeiros do rio Xingu desde os tempos pré-coloniais, esse seu ambiente territorial é anterior à conquista do território pela sociedade não-nativa. Eles percorreram toda a extensão do rio Xingu – desde a sua foz, no rio Amazonas, no estado do Pará, até o encontro dos rios formadores de sua cabeceira, no estado do Mato Grosso – nos dois sentidos (Mondini, 2014, p. 29-30).

Dentre muitos rituais e culturas que o povo Yudjá manifesta, as bebidas fermentadas destacam-se pelo simbolismo, o Cauim de mandioca, Dubia e o Yakupá, o Dubia entre as três bebidas é a mais embriagante, tem poder de transubstanciação que significa a relação à qual Cauim é o “filho” da mulher que o prepara e uma “carne de caça”, cujos pelos espetam o coração das pessoas, a alma toma o caminho que conduz aos pais dos mortos que habitam os rochedos do Rio Xingu, o restante chamado Puba Fresca são colocados para secar ao sol em cima de jiraus e é produzido uma outra bebida chamada Yakupá, um Cauim refrescante apreciado diariamente no seio familiar.

Figura 9 – Indígenas Jurunas/Yudjá



Fonte: Internet (2022)

Guardam uma relação especial com o rio Xingu, são exímios navegantes e pescadores, empregando uma grande variedade de técnicas de pesca e detém um conhecimento profundo da ecologia do rio, mergulha nas águas do Xingu sem medo para capturar acari e tracajás para sua alimentação.

O Xingu é essencial na vida dos Jurunas, além de viverem praticamente da pesca, dependem do rio para se deslocar, pois, participam de uma ampla rede de parentesco e

amizades que inclui Altamira e toda Volta Grande do Xingu, dessa forma as mudanças na região causadas pela ação humana, preocupam ambientalistas e cientistas, segundo os pesquisadores Oliveira e Dias (2021), os mesmos expõe que:

Desde 2013, os Yudjá/Juruna monitoram atentamente a região e alertam para os riscos dessa mudança: o desaparecimento de espécies de plantas e animais, algumas delas endêmicas, e as consequências para a sobrevivência de seu povo (Oliveira; Dias, 2021 p. 90).

O barreamento imposto pela Usina Belo Monte põe seu histórico modo de vida em risco, uma vez que a maior parte do fluxo do rio é desviado, traz uma seca permanente a volta grande e há mortandade frequente de peixe que contrasta com a fome e a miséria do povo Juruna, a morte de plantas também preocupa, a destruição de toda uma biodiversidade e impacto na vida cultural dos povos indígenas são fatos que apesar de toda uma história de resistência nos dias atuais Belo Monte é mais um episódio de invasão cultural, social e ambiental na vida dos indígenas o qual trouxe significativas mudanças no modo de vida de um povo.

Assurini do Xingu

Os Assurini do Xingu é um povo que ao ter contato com o homem branco sofreu uma grande baixa populacional, sua população decaiu quase 50% até 1982, devido às doenças que foram trazidas a esse povo pelo homem branco. Vivem à margem direita do Xingu, terra indígena Koatinemo, homologada em 1986, a margem do igarapé Ipiaçava, falam a língua Tupi-Guarani.

Segundo Silva (2016), os Asuriní do Xingu habitavam as proximidades da região do rio Bacajá a partir da segunda metade do século XIX e teriam vindo dessa região em direção ao rio Xingu em detrimento das pressões de extrativistas e dos ataques dos Gorotire-Kayapó.

Conforme esse histórico de resistência, os mesmos conservaram sua identidade, pois é nítido quanto a grande habilidade em rituais, práticas de xamanismo e um sistema de artes gráficas incrível. Sua casa tem parede de barro, estrutura de madeira e são cobertas com palha, são retangulares, diferenciando-se dos demais índios por ter uma construção mais elaborada, no chão são enterrados os seus mortos e ali ocorrem as principais cerimônias Assurini.

Figura 10 – Indígena Assurini do Xingu



Fonte: Internet (2022)

Sua cultura imaterial compreende a cerâmica e tecelagem, cestarias, armas, enfeites corporais, bancos de madeira. As mulheres ficam encarregadas da produção da cerâmica e tecelagem, os potes de cerâmica servem como depósito para água e farinha, servir alimentos e preparo das refeições ao fogo, a cerâmica que vai ao fogo fica preta, já as que não vão, possuem desenhos e pinturas geométricas, característica desse povo.

De acordo com Alves (2018) em sua obra caracteriza as denominações desse povo, assim como as influências sofridas no decorrer do tempo:

Os Asuriní do Xingu se denominam de Awaeté, —gente de verdade||, mas também usam o etnônimo Asuriní. A cultura Asuriní sofreu processos muito rápidos de mudança por influências do contato com o não-indígena. Isso pode ser visto no alto grau de proficiência linguística do português, na fabricação dos artesanatos para fins de comercialização, na intensa prática esportiva de futebol. Tudo isso mostra a alta integração da sociedade Asuriní do Xingu com a cultura da sociedade envolvente. Mas eles ainda preservam muitas tradições, são elas: as suas pinturas, os seus cantos, a sua dança e a sua religião (Alves, 2018 p. 50).

Em 1971, começa a grande luta do povo Assurini com o homem branco pela sobrevivência. Com uma grande epidemia de gripe e malária que vitimou cerca de 13 indígenas. Nos dias atuais o risco para o povo Assurini são os garimpeiros, pois a volta grande do Xingu é ponto de cobiça, tanto de empresas mineradoras quando de garimpeiros. Essa problemática além de deixar o povo daquela região com potencial risco de contaminação, a destruição da fauna e da flora provoca escassez de recursos naturais.

Parakanã

São indígenas de terra firme, não são canoieiros, são exímios caçadores de mamíferos terrestres. Praticam uma horticultura de coivara pouco diversificada, uma

técnica que consiste no preparo e adubo da terra plana para plantio, o qual queima-se a vegetação de um terreno para limpá-lo e adubá-lo com as cinzas, tem como cultivo básico a mandioca amarga. Localizam-se na bacia do Xingu, nos municípios de Altamira e São Felix do Xingu, também no Pará.

Para Fausto (2001, p.41), Os Parakanãs são prováveis remanescentes de uma das tribos tupis que habitavam a região havia muito tempo, em um polígono limitado ao norte pelo rio Pará, ao sul pelo Itacaiunas, a leste pelo próprio Tocantins e a oeste pelo Pacajá.

Dessa forma, essa região tem o tipo de cobertura vegetal, floresta ombrófila, ou seja, densa. Possuem projetos de Apicultura Parakanã, Projeto Sementes Florestais e Projeto Artesanato Parakanã.

Figura 11 - Mãe Parakanã



Fonte: Internet (2022)

Esse povo sofre nos dias de hoje com mazelas, inerentes aos povos indígenas, como extração ilegal de madeira, problemas fundiários, grileiros e posseiros também ameaçam o modo de vida desse povo. Conforme Emídio-Silva (2017) em sua tese confirma que:

Houve a implantação de grandes empreendimentos como estrada de ferro, estrada de rodagem (BR-230 - Transamazônica) e hidrelétricas, causando novos impactos à forma indígena de viver e forçando um contato mais intenso com os não índios e os grupos 109 Parakanã. O primeiro grande projeto de infraestrutura na região foi, sem dúvida, a Estrada de Ferro do Tocantins, mas não atingindo o seu objetivo principal (Emídio-Silva, 2017, p. 108-109).

O desmatamento e a destruição das terras indígenas levaram algumas pessoas do povo Parakanã a prostituição e a exploração sexual. Toda essa problemática social é de extrema preocupação, pois põem os indígenas em condições vulneráveis, a população indígena sofre na atualidade com a escassez de alimentos e destruição de seu habitat natural elevando assim os níveis de insegurança alimentar.

Kayapó

Em um território tão grande quanto a Áustria, esse povo vive disperso em aldeias no abundoso Rio Xingu, especificamente ao longo do curso superior do Rio Iriri, Bacajá e Fresco, e entre outros afluentes. Sua vegetação é coberta por floresta tropical. A língua falada pelos Kayapó pertence à família linguística Jê, do tronco Macro-Je. Indícios étnicos levam a crer que apesar da diferença linguística entre as aldeias todos os subgrupos participam de uma cultura comum.

Figura 12 – Mulheres Kayapós



Fonte: Internet (2022)

Segundo Sampaio e Tardivo (2010), de maneira social os indígenas Kayapós se integram com suas conjunturas e tarefas de rotinas, acreditando que o sujeito criador é cooperativo, sendo que o indivíduo é o dono de seus artefatos e artes, com suas sensações e anseios populares.

A incumbência da mulher Kayapó é com suas tarefas, são elas responsáveis por produzir a quantidade necessária de alimentos calóricos. As roças são cultivadas em um raio de mais ou menos uns quatro quilômetros da aldeia, e são geridas por mulheres, cada família possui sua própria roça onde cultivam: batata-doce; milho; cana-de-açúcar; banana e mandioca, alimentos ricos em calorias. As mulheres vão todos os dias à roça para recolher legumes, em época de seca, pequenos grupos de mulheres se juntam e vão à floresta para ajuntar frutos selvagens e óleo de palmeiras as excursões mais longas duram uma semana somente em um raio de 30km devido o trajeto ser marcado por trilhas de caçadores.

Os homens têm como atividade principal a caça e pesca e fabricam ferramentas. Ocupam-se dessas atividades já que não se sentem no dever em relação às atividades

domésticas e na educação dos filhos, trabalho incumbido as mulheres. Abatem pássaros para retirada de sua plumagem que é usada de cocais e adereços. Os homens jamais podem voltar para casa de mãos vazias da caçada, pelo menos com plantas medicinais esses devem voltar.

Esse povo absolutamente é também um guardião das matas, que vem confortando os interesses de seus inversos, mesmo que tenha enfrentado duras ameaças. Tendo como base os estudos de Sampaio e Tardivo (2010), em um levantamento de dados e características desse povo, afirmam:

Atualmente, as terras indígenas são basicamente a única barreira contra a onda de desmatamento que vem devastando o sudeste da Amazônia, onde florestas dão lugar à agricultura. Este efeito de barreira ocorre porque os povos indígenas que dependem da floresta para sua sobrevivência, lutam ativamente por seus direitos territoriais e expansão de suas fronteiras. As terras Kayapó são particularmente valiosas para conservação, devido ao entrelaçamento de densas áreas de mata amazônica e áreas do cerrado brasileiro. Várias espécies de animais vertebrados tipicamente raros em áreas de cerrado e florestas transitórias são encontradas relativamente em alta densidade em terras dos Mebengokrê (Sampaio; Tardivo, 2010, p. 13-14).

Na contemporaneidade, os Kayapós vivem constantes invasões de suas terras, e o discurso de ódio do Presidente da República contra os povos indígenas só aumenta a violência praticada por grileiros, posseiros, garimpeiros e madeireiras. Esses problemas não são atuais haja vista que se arrastam desde a “descoberta” do Brasil. O aumento da miséria, alcoolismo e violência, são atividades ilegais que o governo brasileiro faz vista grossa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo espreitou-se abordar a transversalidade dos povos indígenas do Médio Xingu e suas diversidades. Seus costumes são inerentes a cada etnia, de modo que cada uma propaga sua cultura em diversas aldeias espalhadas geograficamente, que por sua vez emana seu âmago as raízes de seu povo, os quais divergem das outras formas de lidar com o território, transparecendo conflitos antropológicos.

A desculturação indígena, o aniquilamento dos recursos naturais, a sistematização econômica do capitalismo e a falsa ideia de “progresso” são fatores que

favorecem e ameaçam essa população que lutam bravamente por um reconhecimento justo.

Nesta finalidade de conhecer e discutir essas correlações, entre o que é essencial para a conservação e autodeterminação desses povos, tendo como elemento chave a farsa do “desenvolvimento” consideramos que os objetivos foram atingidos dentro deste trabalho, mas jamais finalizado por inteiro, espera-se que esta análise sirva de base para outros estudos posteriores, além disso, que os leitores reflitam a relevância dessas tribulações apresentadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fábio Luidy de Oliveira. A variedade do português falado pelos Asuriní do **Xingu e pelos Araweté**: um estudo geossociolinguístico. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Letras, Instituto de Letras e Comunicação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

ARNAULT, Renan Patrick Pinas. **Altamira indígena em Belo Monte**: experiências Xipaya e Kuruaya em transformação. Dissertação ((Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

BRASIL. **Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu**. Brasília e Belém Casa Civil da Presidência da República SEIR, 2010.

CASTRO, E. B. V. Araweté: Os Deuses Canibais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

CARVALHO, Rosane. **Após 50 Anos, Golpe deixou marcas na Amazônia**. Jornal A Crítica, UNISINOS, 2014.

EMIDIO-SILVA, Claudio. **Xene ma'e imopinimawa**: a experiência educativa do Programa Parakanã e suas contribuições para a afirmação da cultura, do território e da língua Parakanã. 411 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2017.

FAUSTO, Carlos. **Inimigos fiéis**: história, guerra e xamanismo na Amazônia. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2001.

FISHER, W. **Rain forest exchanges**: industrial and community on Amazonian frontier. Washington: Smithsonian Intituition Press, 2000.

IBAMA - INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. **Ibama multa Norte Energia em R\$ 35 milhões por mortandade de peixes em Belo Monte**. Disponível em <

<http://www.ibama.gov.br/publicadas/ibama-multa-norte-energia-em-r-35-milhoes-pormortandade-de-peixes-em-belo-monte>>.

JUNIOR, Djalma Gomes Mendes. **Comparação fonológica do Kuruáya com o Mundurukú**. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

MONDINI, Juliana Nazatto Yudja Utaha: A culinária juruna no Parque Indígena **Xingu - uma contribuição ao dicionário bilíngue juruna-português**. Dissertação (Mestrado em Linguística e Língua Portuguesa) – Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara) 2014.

NIMUENDAJÚ, C., 1948. The Tucuna, *in* J. H. Steward, ed., **Handbook of South American Indians**, Vol 3. Smithsonian Institution, Washington, D.C.

OLIVEIRA, Fábio Alves Gomes de. DIAS, Clara Maria. **Ecocídio e o caso do povo Yudjá/Juruna no alto do Xingu**: por uma justiça socioambiental, à luz da perspectiva dos funcionamentos. *Revistas de Educação ambiental*. V. 26. 2021.

SAMPAIO. Ana Paula Lívero. TARDIVO. Verusca Pobikrowska. **Kayapó Kukrãdjã**: manifestações culturais dos povos indígenas. *Revista Anap Brasil*, v. 3, n. 3, jul. 2010, p. 11-26.

SANTOS, Keyla Cristina Farias dos. **Impactos ambientais sobre as tribos indígenas Arara da Volta Grande e Paquiçamba com a construção da UHE de Belo Monte**. 2013. Dissertação de Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) – Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

SOUZA, Karaolainy Soares. **Mineração em terras indígenas e os impactos socioambientais**. *Revista Jus*. 2019.

SIMONI. Alessandra Traldi. **Demografia e identidade do povo Xipaya no médio rio Xingu, PA**. Dissertação (Mestrado em Demografia). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

Capítulo 3

A SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Claudvan Alves da Silva

Débora Natasha de Araújo Santos

Géssica Gabriela Duarte de Paiva

Malena Letícia Lopes da Silva

Maria Clara Martins Silva

Milena Maria Gomes Soares

Vitor Ryan Bezerra de Moraes



A SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Claudvan Alves da Silva

Graduando do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – claudvan.silva.702@ufrn.edu.br.

Débora Natasha de Araújo Santos

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – natashadebora101@gmail.com.

Géssica Gabriela Duarte de Paiva

Graduanda do 4º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – gessicagabrieladp@gmail.com

Malena Letícia Lopes da Silva

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – malenalopes11@gmail.com.

Maria Clara Martins Silva

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – mariaclarams16@gmail.com.

Milena Maria Gomes Soares

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – milena.maria24@outlook.com

Vitor Ryan Bezerra de Moraes

Graduando do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – moraisryan321@gmail.com.

RESUMO

O presente trabalho apresenta-se como uma forma de discutir a respeito da saúde dentro do sistema carcerário. Ademais, o seguinte exposto possui o objetivo de explicitar a situação da saúde da mulher no sistema penitenciário do território brasileiro, evidenciando as dificuldades enfrentadas pelas encarceradas no Complexo Feminino João Chaves, situado em Natal, Rio Grande do Norte. Para realização deste estudo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, com respaldo em artigos referentes ao tema e materiais de cunho autoral produzidos ao longo do curso de Serviço Social. Buscamos destacar a análise situacional do problema, o qual aborda sobre a violação dos direitos da população feminina privada de liberdade, assim como suas consequências; investigar os sujeitos envolvidos e as dificuldades perpetradas por esse público; realizar uma análise institucional, apresentando a instituição e o abandono das secretárias do Estado e do Município; por fim, identificar possíveis estratégias analíticas para mitigar a questão. Desse modo, evidenciamos os principais aspectos que interligam a saúde e o sistema prisional, assim, observamos que a questão da saúde feminina no sistema carcerário é algo complexo e heterogêneo, o qual assume contornos particulares, que demandam uma abordagem interdisciplinar para lidar com as suas diversas dimensões. Logo, percebe-se a precisão da temática a fim de estimular a elaboração de políticas públicas que visem o acesso a saúde da mulher no sistema prisional, a fim de enfatizar a importância dessa ação e direito universal.

Palavras-chave: Saúde feminina, sistema carcerário, violência, vulnerabilidade social, desigualdade social/gênero.

ABSTRACT

This study aims to delve into the multifaceted issue of health within the carceral system. Specifically, it seeks to elucidate the health conditions of women incarcerated in Brazil, with a particular focus on the João Chaves Women's Complex in Natal, Rio Grande do Norte. Employing a combination of bibliographic and documentary research, this investigation draws on scholarly articles and original materials produced during the Social Work program at the Federal University of Rio Grande do Norte. The study seeks to analyze the situational context of the problem, including the violation of the rights of incarcerated women and its consequences; investigate the individuals involved and the challenges faced by this population; conduct an institutional analysis, examining the role of state and municipal governments; and identify potential strategies to mitigate the issue. The findings highlight the complex and heterogeneous nature of women's health within the carceral system, necessitating an interdisciplinary approach to address its various dimensions. Consequently, this research underscores the urgency of developing public policies that guarantee access to healthcare for incarcerated women, emphasizing the importance of this fundamental human right.

Keywords: Women's health, carceral system, violence, social vulnerability, social/gender inequality.

INTRODUÇÃO

De início, é de suma importância iniciar nossa discussão salientando que a saúde é um direito universal, fundamental e inalienável do ser humano, presente e assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Por conseguinte, observamos que essa proteção não está condicionada ao indivíduo que está em plena liberdade e ao que está detido por algum ato ilegal. Dessa forma, é de fundamental importância frisar que o direito à saúde é garantido pelo Estado, o qual é responsável pela criação e execução de mecanismos que tenham por objetivo a prevenção, o tratamento e o acompanhamento, sendo assim, a regra se estende para pessoas apenadas.

Outrossim, o déficit na assistência à saúde dos encarcerados é um fato preocupante e, por se tratar de indivíduos privados de liberdade e socialmente vulneráveis, a desconformidade é maior quando tratamos da população feminina. Prova disso é que “a sociedade brasileira tem conceitos arraigados no modelo patriarcal, aquele que inscreve o ‘ser mulher’ em uma condição de subordinação e desvalorização” (Moreira, Souza, 2014). Cabe afirmar, ainda, que nos últimos anos houve um aumento da população carcerária feminina, de 3,7% para 7% ao ano. Desse modo, atualmente as mulheres representam cerca de 7% da população total de pessoas privadas de liberdade.

Ademais, consoante ao que foi dito no parágrafo anterior, optamos por desenvolver a problemática da saúde da mulher no sistema penitenciário devido à saúde não ser ofertada de maneira correta para as privadas de liberdade em conjunto com a tamanha precariedade e vulnerabilidade presente nos presídios e a não implementação da Política Nacional de Proteção da Saúde. É notório que as mulheres são punidas duplamente, pois cumprem a pena por infração da lei e sofrem descaso com seus direitos básicos, a exemplo, a saúde. Isso indicado, é de suma relevância a necessidade da criação e implementação de políticas públicas dentro do sistema carcerário com o intuito de promover os direitos humanos e fundamentais às encarceradas. Dessa maneira, segundo a autora Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca:

Pensar nos direitos das mulheres (e neles, o direito à saúde) implica redefinir o que se entende por mulher/vida de mulher, direito e saúde. Acredito ainda que isso deva ser feito à luz da perspectiva de gênero para que se possa compreender as necessidades das mulheres e como elas podem servir de mote para a formulação e implementação de políticas públicas que visem à superação da condição de subalternidade feminina (Fonseca, 1999, p. 26 e 27).

Diante disso, como exposto anteriormente, o trabalho foi estruturado com o objetivo de expor a situação referente à saúde da mulher no sistema penitenciário do território brasileiro, destacando os entraves sofridos pelas encarceradas no Complexo Feminino João Chaves. Tendo em vista a complexidade da temática e a sua relevância na nossa construção acadêmica, desenvolvemos a exposição segregando-as em sub tópicos que serão devidamente desenvolvidos. Em um primeiro momento, destacaremos a análise situacional do problema. No segundo tópico, explicitaremos a análise dos cenários envolvidos. Por fim, no terceiro ponto, caracterizaremos as análises estratégicas para que o problema seja minimizado.

Logo, o seguinte estudo se deu através de leituras de artigos e documentos autorais e buscas e sites da internet, as quais possibilitaram um diagnóstico crítico e fundamental frente ao tema selecionado pelo grupo. Dessa maneira, a busca foi realizada de forma online durante os períodos de junho de 2022 a julho de 2022. Assim, esperamos que o presente artigo ofereça um maior entendimento sobre a temática e contribua para a formação profissional a fim de explicitar a fundamentalidade do tema e seu impacto na atualidade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- **Análise situacional do problema**

A violação dos direitos da população feminina privada de liberdade recebeu notoriedade nos últimos anos, em resposta ao crescente número registrado dessas pessoas, que foi de 3,7% para 7%. Desse modo, é perceptível a vulnerabilidade das apenadas no sistema prisional brasileiro no que se refere à estrutura das instituições: superlotação, instalações inadequadas, má alimentação, escassos materiais de higiene e poucas unidades de detenção; no atendimento à saúde: na vida sexual e reprodutiva, nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), acompanhamento durante a gravidez e no pós-parto, diagnóstico precoce e no tratamento (problemas mentais, câncer de colo de útero e de mama), pobreza menstrual; e no aspecto social: abandono familiar, desigualdade social/gênero, baixa escolaridade e distância da família.

As mulheres no sistema prisional perecem em poucas unidades, por consequência, lotadas, o que ocasiona inúmeros problemas. Os dados de 2007 comprovam que 25% das apenadas estão em locais inadequados, um exemplo é a falta de limpeza nos presídios, a

qual é um fator importante, pois o lixo acumulado proporciona doenças e permite a entrada de objetos ilícitos nas instituições. Assim sendo, é de fundamental importância um local com o mínimo de infraestrutura, considerando que esses indivíduos são de responsabilidade do Estado e o mesmo deve garantir o atendimento básico e de qualidade das necessidades dos prisioneiros.

Outrossim, a vulnerabilidade social também é um aspecto da fragilidade do sistema penitenciário. Quando as mulheres são presas sofrem com o abandono familiar e dos seus cônjuges, na concepção da sociedade a prisão foi construída apenas para homens, o que responde ao descaso das infraestruturas que são exclusivas para o contingente feminino.

O índice de detentas com baixa escolaridade é comum, consoante ao Sistema de Informação do Departamento Penitenciário Nacional 83% das presidiárias não completaram o ensino médio. Ultrapassando a superficialidade e entendendo a realidade do Brasil, é possível desvendar que a maior parte dessas pessoas estão à margem da sociedade e por essa razão não possuíam a oportunidade de frequentar uma boa escola e muitas não tiveram o apoio da família.

A violência é um dos fatores que precisa ser abordado e compreendido, não apenas a física, mas sim a psicológica, verbal e tantas. Além disso, não pode ser desprezada a realidade que muitas mulheres se prostituem na cadeia para obter algum tipo de favor.

Nos direitos humanos são reconhecidos a vida sexual e reprodutiva, no entanto, quando a mulher está detida esses direitos são ignorados, em razão de que muitos alojamentos não dispõem de um espaço para visitas íntimas e até mesmo para as mães amamentarem seus filhos recém-nascidos. Outro exemplo do descaso com as detentas é a pobreza menstrual, apesar de que em alguns presídios existe o fornecimento de absorventes higiênicos, mas não na quantidade adequada para todo o ciclo, obrigando as mulheres a recorrerem a soluções perigosas como utilizar o miolo do pão e panos, muitas vezes sujos, para estancar o sangramento, o que pode provocar infecções severas.

As mulheres encarceradas também apresentam uma disposição maior a contraírem doenças sexualmente transmissíveis, por terem relações sexuais de forma desprotegida, algumas dessas pessoas usam preservativos apenas no primeiro ato sexual e quando estão em um relacionamento estável, descartam a possibilidade de continuar se protegendo. Apesar de que muitos indivíduos não possuem o pleno conhecimento, falta

de educação sexual, mas é um direito sexual praticar sexo seguro e com prevenção da gravidez, porém essa cobertura em muitos casos é negligenciada.

Portanto, é perceptível o descaso com essa população que é penalizada duplamente, quando recebe sua sentença na justiça e pelo abandono do Estado, que impede sua liberdade e autonomia, mas não oferece nenhum tipo de aparato para essas detentas. Assim sendo, não se pode ignorar que esse contingente possui necessidades e demandas específicas e que precisam ser supridas, pois sua posição de culpado não lhes tira a condição de seres humanos que são vulneráveis.

- **Sujeitos envolvidos no problema**

É notório que a precarização da saúde da mulher no sistema prisional é um problema que vem se alastrando pelo Brasil envolvendo vários sujeitos. Dessa forma, iremos evidenciar quem são eles visando que haja uma maior compressão sobre as relações dessa problemática, conseqüentemente enriquecendo nosso debate. Primeiro vamos abordar sobre as pessoas ou segmento da população que demanda da solução desse problema. Por conseguinte, quais as forças na sociedade que são contrárias à solução. Por último, abordaremos qual é a relação do poder público com o problema.

Outrossim, vale salientar que para falar sobre pessoas e segmento da população que demanda da solução do problema, é importante começar abordando pela parcela da população mais afetada pelo entrave – as mulheres privadas de liberdade nas unidades prisionais femininas. Dados obtidos no relatório do SISDEPEN/RN de janeiro a junho de 2021 apontam que a maioria não possui o ensino médio completo, tem entre 18 a 34 anos ainda se encontrando em sua idade reprodutiva, conseqüentemente necessitando ainda mais de produtos para a higiene menstrual, mas devido à falta dos mesmos, são às famílias que geralmente os adquirem e os levam para suas familiares, porém grande parte destas famílias não possuem condições de comprar tais produtos, tendo em vista que 27 milhões de brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza - segundo o levantamento da fundação Getúlio Vargas realizado em 2021 -, portanto muitas famílias também reivindicam a solução desse problema. Muitas pessoas se sensibilizam com a situação precária da saúde da mulher no sistema prisional, formando grupos e organizações, estes que são responsáveis pela criação de muitos projetos visando atender às necessidades, como fornecer produtos de higiene pessoal para as mulheres que se encontram encarceradas,

como o projeto Absorvidas, do Rio de Janeiro, que faz campanhas na internet com intuito de arrecadar dinheiro para comprar bioabsorventes e distribuir eles nos presídios do Estado.

Em uma entrevista realizada em 2021 pelas jornalistas da Agemt (Agência de jornalismo online Maurício Tragtenberg) a diretora de mídias sociais do projeto Absorvidas Victoria Escalcon ressalta a importância dele: “É muito mais do que oferecer auxílio, é oferecer também perspectiva dentro de um sistema em que as mulheres são marginalizadas e esquecidas.” Citação essa que traz à tona outro desafio que essas mulheres enfrentam – as forças na sociedade que são contrárias à solução desse problema. Por mais assustador que esse fato possa parecer, existem sim essas forças e infelizmente abrange grande parte da população, o discurso em defesa desse posicionamento geralmente é pautado em argumentos que buscam desumanizar a população carcerária, assim buscando justificar o tratamento desumano e às condições de saúde precárias nas unidades prisionais.

Um dos argumentos mais utilizados por eles é que esse tratamento é importante para disciplinar os detentos e, conseqüentemente, contribui para a ressocialização do mesmo, mas esse não é o resultado que se obtém, porque consolidou-se no pensamento jurídico e no senso comum a certeza de que a taxa de reincidência criminal no Brasil supera os 70% (apesar da falta de estudos científicos sobre esse assunto). Isso dar-se principalmente pelas dificuldades que os ex-detentos enfrentam de inserção ou reinserção ao mercado de trabalho, esses desafios são ainda maiores para as mulheres, porque além de enfrentarem preconceitos pelo motivo de serem ex-apanadas, sofrem pelo machismo embutido na sociedade patriarcal que vivemos, resultando em menos vagas de empregos, como a pesquisa realizada em 2021 e divulgada no Instituto da Economia da Fundação Getúlio Vargas aponta. Esse estudo foi realizado com base na análise de dados do PNAD, segundo o FGV a taxa de participação feminina no mercado de trabalho em 2021 é de 51,56%, os números são ao menos 20% inferiores se comparados com a participação masculina de 71,64%.

Portanto, o discurso que defende que os tratamentos desumanos é uma ferramenta importante para ressocializar os apanados não possuem fundamento algum, no entanto, ele ainda é muito defendido. Isso é comprovado ao observarmos as conversas informais, debates políticos, na mídia sensacionalista e em meios de comunicação - como nos jornais televisivos e internet -, principalmente nos que aderem a um discurso fatalista e em defesa

do Estado punitivista, ambos buscando assim aumentar sua audiência, suas curtidas, visualizações e leitores. Não precisamos dizer que esse é um dos principais responsáveis pela intensificação desses preconceitos, consequentemente dificultando a ressocialização e a entrada dos ex-apenados no mercado de trabalho, como ex-detenta Glaucia relata em uma entrevista para o portal UOL de notícias em 2019, quando foi questionada como retomaram a vida após a pena: “A minha liberdade foi uma alegria! Mas, depois de sair, fica muito difícil voltar à vida normal. Uma vez que você foi presa, fica manchada, as pessoas te veem como alguém muito perigoso”.

Por último, dada essa situação alarmante é importante que haja uma atuação maior do poder a frente a esse problema, porque de acordo com o artigo 196 da CF/88 o Estado deve garantir “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Também é importante ressaltar que esse é um direito de todos e inalienável, o mesmo devendo ser garantido em toda a federação como, por exemplo, nas unidades prisionais, porém na prática não é bem isso que acontece.

O que ocorre nos presídios são a retirada e a negação de direitos, como discurremos anteriormente, não é fornecido nem produtos de higiene pessoal. Assim, é importante que seja aprovado o projeto de lei 3461/15 que se encontra arquivado, nele exige que o Estado forneça produtos de higiene para os apenados, isso iria beneficiar principalmente as mulheres, uma vez que elas necessitam de mais cuidado. O Estado deve se empenhar nesse papel para que sejam criadas campanhas de conscientização a fim de sensibilizar a população, consequentemente, diminuindo os preconceitos e que sejam criadas políticas públicas visando garantir o acesso à saúde da população carcerária.

- **Análise institucional**

No estado do Rio Grande do Norte existem dois locais de detenção feminina, o Centro de Detenção Provisória Feminino - Emaús, onde as detentas esperam o julgamento - e o Complexo Penal Dr. João Chaves - Pavilhão Feminino. Apesar dessa população ter apresentado um aumento, são poucos os locais para abrigar as detentas e muitos desses locais não oferecem oportunidade de qualificação para essas pessoas ou de socialização - pois muitas mulheres passam anos nesses ambientes, mas saem sem nenhuma qualificação para serem inseridas no mercado de trabalho e poderem reconstruir sua vida fora dos muros do presídio.

Ademais, a Secretária Estadual e as Municipais de Saúde Pública do Rio Grande do Norte têm realizado poucas ações relacionadas especificamente à saúde da mulher no sistema penitenciário, o último que se tem notícia foi registrado em 2019, fruto de um convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) no Pavilhão Feminino do Complexo Penal Dr. João Chaves, atividades relacionadas ao Projeto Prisões Livres de Tuberculose. Vale ressaltar que houve uma ação da DPE/RN em 2020 visando à compra de produtos de higiene pessoal para serem distribuídos para 17 unidades prisionais (incluindo o complexo prisional Dr. João Chaves), essa ação resultou no repasse 65 mil reais para esse fim, tendo em vista que essa foi a última ação registrada com esse objetivo no Estado, as mulheres encarceradas continuam dependentes dos familiares e de colegas para adquirirem tais produtos.

Esse abandono das secretárias estaduais e municipais com a saúde das mulheres que se encontram nas unidades prisionais é muito preocupante, é necessário que haja parcerias, cooperações, convênios entre as secretárias e organizações públicas para que sejam realizadas ou criadas ações, medidas e serviços visando à melhoria desse problema.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Refletindo sobre a teoria social crítica, percebe-se que a pesquisa é componente imprescindível do perfil profissional do Serviço Social, haja vista que esta torna-se indispensável para a socialização de saberes sólidos e verazes da profissão. Dessa forma, com relação aos procedimentos metodológicos da pesquisa referente a saúde da mulher no sistema penitenciário, os discentes se basearam na busca exploratória em relação aos objetos, uma vez que, de acordo com Gil (2002) proporciona uma maior proximidade com a temática.

As etapas de coleta de dados supracitados foram baseados através de pesquisas bibliográficas e documental. Sendo a primeira estruturada sobre um aporte mais amplo e, a segunda, apresenta objetivos mais específicos baseados em documentos pessoais, por exemplo. Somando-se a isso, possuiu uma abordagem qualitativa, com o requisito de analisar criticamente os elementos coletados sobre o tema.

Ponderando o campo bibliográfico, foi utilizado textos de artigos relacionados a saúde da mulher no meio carcerário, assim como suas condições e características, objetivando a promoção de informações sobre a temática. Quanto ao desenvolvimento da

pesquisa documental, recorreremos a documentos de cunho autoral desenvolvidos ao longo do curso (paper e resumos).

Ademais, levando em consideração aos poucos dados e obras em relação à temática e por se tratar de uma questão pouco debatida, foram realizadas buscas em sites de pesquisas com descritor "a saúde da mulher no sistema penitenciário", analisando, dessa forma, os artigos de periódicos acadêmicos.

Dessa maneira, considerando a complexidade do tema e a sua relevância para o fazer profissional do Assistente Social, entendeu-se que optar pela classificação da pesquisa exploratória, quanto aos seus objetivos, em conjunto com os procedimentos técnicos utilizados (bibliográfico e documental) foi a melhor forma de desenvolver a discussão da abordagem, uma vez que promoveu uma maior familiaridade com a questão explorada.

ANÁLISE DE DADOS

- **Análise de cenários**

É enorme a lista de pontos negativos no que diz respeito à situação das mulheres privadas de liberdade inseridas no sistema penitenciário brasileiro, como, por exemplo: precariedade na estrutura dos presídios, principalmente em relação à estrutura de aleitamento materno, dificuldade de acesso a cuidados de higiene adequados, atenção ginecológica e obstétrica eficiente e humana, prevenção e diagnóstico precoce de câncer de colo uterino e mama, infecções sexualmente transmissíveis, problemas psicossociais, violência – tanto a institucional quanto a que ocorre entre elas próprias –, pobreza menstrual, violação dos direitos humanos e fundamentais, superlotação, falta de investimento por parte do Estado, desigualdade social, abandono familiar e má alimentação.

A tendência dessa realidade, se não forem tratados todos os problemas que cercam essas mulheres, serão o aumento da precarização, vulnerabilidade, desigualdade social, violação aos direitos humanos e fundamentais, postos na Lei de Execução Penal e na Constituição Federal, superlotação, doenças e riscos físicos, psicológicos e biológicos. Todos esses agravamentos implicarão diretamente no bem-estar e na saúde dessas mulheres, fazendo com que o problema nunca acabe e o ciclo sempre se repita com degradações maiores.

- **Cenários alternativos e alterativos e situação desejada**

A saúde é um direito universal, fundamental e inalienável do ser humano, presente e assegurado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo 12 do Pacto Internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais de 1966, no artigo 6º e 196 da Constituição Federal de 1988. Dessa forma, como observado acima as estratégias para intervir na problemática abordada no presente texto sobre direito à saúde tem um extenso aparato legal, vale ressaltar, ainda, que no art. 196 da Constituição Federal é esclarecido o dever do Estado em garantir, por meio das políticas econômicas e sociais, o bem-estar social - visando a redução do risco de doença e outros agravos - e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Sabemos que não funciona como está na teoria, seria utopia se o Estado cumprisse totalmente esse dever, mas infelizmente não condiz com a realidade atual da saúde pública das mulheres encarceradas nos presídios da capital potiguar.

De acordo com a Lei de Execução Penal (LEP), a qual aborda sobre as condições para o cumprimento da sentença e meios para a reabilitação social do condenado e do internado. A regulamentação afirma que “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”. Logo, entendeu-se que, vai haver uma garantia de assistência ampla ao preso e ao internado como um dever assegurado pelo Estado.

Essas assistências são a níveis materiais (alimentação, vestuário, higienização), jurídico, educacional, à saúde (atendimento médico, odontológico, farmacêutico), social (amparar o preso e o internado e prepará-lo para o retorno a liberdade) e religiosa. Também assegura o direito ao trabalho e a remuneração. No entanto, infelizmente, a precarização e as desigualdades sociais são gritantes, os presídios proporcionam um ambiente degradante e desumano ao preso, uma vez que:

As condições insalubres reconhecidas entre os ambientes prisionais, exemplificada pela alimentação de má qualidade, estrutura física inadequada e outros itens, geram situações de vulnerabilidade entre os apenados em relação à aquisição de agravos à saúde (Barbosa, Mayara et al., 2014, p. 2).

Ademais, a superlotação, ausência de estrutura adequada, falta de agentes penitenciárias mulheres, celas muito abafadas, problema do fornecimento d’água, má qualidade da comida, ausência de assistência material, atraso no andamento dos

processos das presas, transferência constante das detentas, problemas de saúde das detentas e a falta de espaços adequados a acolher crianças recém-nascidas nos presídios configura-se como um problema grave para a sociedade pertencente ao território natalense. De acordo com dados do Relatório produzido e divulgado pela Pastoral Carcerária, grupo da Igreja Católica que acompanha a situação de presos no país, expôs o cenário caótico de parte das unidades prisionais no Rio Grande do Norte, em especial as femininas.

As informações relatadas no relatório foram reunidas durante visitas feitas nas cinco unidades prisionais femininas da grande Natal e em cidades no interior do Rio Grande do Norte que possuem presídios Femininos. A primeira unidade foi a Ala Feminina do Complexo Penal Dr. João Chaves, no bairro Potengi, Zona Norte de Natal; o Centro de Detenção Provisória Feminino de Parnamirim; a Ala Feminina da Penitenciária Estadual do Seridó, em Caicó; a Ala Feminina do Complexo Penal Estadual Agrícola Dr. Mário Negócio, em Mossoró.

Um das intervenções que é nítido para essas unidades, seria a ampliação das celas, ou a construção de mais alas, a estrutura do banheiro, com chuveiro, vasos sanitários adequados, uma fiscalização sanitária com visitas a cada seis meses – muitas das vezes as comidas chegam até as detentas azedas ou estragadas como mostra o Relatório em relação à higiene, a “Pastoral observou que a comida, por vezes, chega às detentas podre ou azeda, até com moscas e baratas”.

O relatório identificou que o Estado não fornece colchões, lençóis e kits de higiene básica para que as detentas possa fazer sua higiene pessoal, o relatório mostrou que não há espaços adequados para receber as crianças recém-nascidas, filhas das presas, a vulnerabilidades das mães e das crianças é gigantesca, sendo o Estado o principal culpado por essa “barbárie”. Na área de saúde, foi constatado que muitas delas (encarceradas), não estão sendo acompanhadas por uma equipe médica interdisciplinar, muitas das relataram problemas, como infecções de pele, infecções vaginais e/ou urinárias e infecção intestinal por conta da falta de limpeza das celas, ou seja, acaba se tornando um insalubre, propícios para a proliferação de bactérias, fungos, vírus e outras patologias.

Portanto, seria necessária uma implementação ou uma fiscalização das políticas públicas para as encarceradas que visassem manter uma ordem, fiscalizasse junto com o órgão de defesa sanitária a cada semestre do ano, as unidades prisionais femininas, o seu funcionamento na parte de execução dos direitos básicos como, saúde, teria uma equipe

médica com profissionais interdisciplinar – médico clínico geral, psicóloga, dentista, enfermeiro (a), técnico de enfermagem, fisioterapeutas e etc. todos trabalhando em conjunto/ com a assistência social da unidade prisional. A construção de mais unidades ou alas, seja na mesma unidade ou em outros locais para acabar com a superlotação; construir salas que abrigasse a mulher e o recém-nascido, garantindo o básico para ambos; a fiscalização por parte da prefeitura em conjunto com a secretária de segurança pública e a secretária de políticas públicas para as mulheres, com relação a compra de materiais de higiene dessas unidades, a nutricionista da unidade deve fazer ao menos uma visita por semestre ao local onde é preparado as comidas das detentas, quantos dias passam e quais os procedimentos que são feitos para o transporte.

Dessa maneira, teria uma erradicação dessas problemáticas relatadas acima, e para que as detentas tenham seu direito garantido por lei e efetivado na prática, tendo o mínimo de dignidade humana.

- **Análise estratégica**

Uma das situações mais graves existentes dentro de um presídio no Brasil, tanto masculino quanto feminino, é a superlotação de detentos e detentas. Algo que serve como exemplo para se imaginar esse descaso com as pessoas privadas de liberdade é uma simples ida a um show de música. Passar algumas horas em meio a uma enorme multidão sem poder se locomover direito é até suportável, pois é sabido que isso durará apenas algumas horas, mas viver diariamente com essa realidade e não ter nenhuma previsão de mudança é desumano.

No que se refere ao bem-estar das mulheres privadas de liberdade, tanto a superlotação quanto a insalubridade influenciam diretamente na qualidade de vida delas. As celas possuem paredes infiltradas, mofadas e sujas, a divisão com uma pia e um sanitário (os quais, geralmente, não passam por manutenções e acabam tendo suas encanações deterioradas e ficando defeituosas) expõem mau cheiro e atraem ratos e insetos peçonhentos, o tamanho não é suficiente para abrigar tantas pessoas, a iluminação é péssima, não há uma boa circulação de ar deixando o lugar pouco arejado e, por ter muitas pessoas juntas, não há cama/colchão para todas, o que faz com que muitas durmam no chão.

A superlotação e a falta de cuidados com a estrutura do local geram a insalubridade e a insalubridade gera epidemias. Assim que uma mulher adocece dentro das celas desses presídios, sendo uma doença contagiosa, todas também adoecem. É impossível para essas mulheres se isolarem para cuidar da saúde. Além disso, é tratada apenas a sintomatologia do problema e não a sua causa, o que faz com que essas epidemias sempre voltem a acontecer.

Outro problema que assola essas instituições é o consumo de droga gerado pela corrupção. A fiscalização dentro do sistema prisional é muito forte no que diz respeito à entrada de objetos não permitidos no local. A única forma de acontecer à entrada de drogas é por meio da corrupção de funcionários, que cobram dinheiro das detentas ou algo em troca pelo fornecimento da droga, que vem junto com familiares. Além de todas as questões de saúde envolta dessa realidade, o vício também se faz presente e gera outros problemas até mais graves, como a violência dentro das celas e a existência de facções criminosas. Essas facções funcionam por meio do autoritarismo e até criam um formato de disciplina entre as detentas, pois elas se filiam para se protegerem e não correrem o risco de morrer, mas, como existe mais de uma e elas vivem em disputa, há uma proliferação da violência em busca de um maior domínio de território.

O único ponto positivo perceptível nessa realidade desumana e degradante é a formação de consciência por meio dessas mulheres privadas de liberdade. Assim como a maioria da população brasileira resolveria seus problemas reconhecendo, se unindo e lutando pelos seus direitos (muitos deles básicos), essas mulheres conseguem reconhecer o quão injusto é a forma como elas são tratadas e conseguem dar algumas respostas a isso, como é o caso das facções, que formam uma espécie de Estado e tentam suprir o que lhes deixam faltar. Elas conseguem lidar com as diversas expressões da questão social e desenvolvem métodos que visem à garantia de direitos para as apenadas.

Por enfrentarem, além de todas as questões levantadas, também o preconceito por parte da sociedade, as mulheres privadas de liberdade no Brasil sabem quais são os seus direitos e sabem que eles deveriam ser colocados em prática. Elas sabem que a insalubridade em que vivem não deveria existir e que não tem como haver uma ressocialização com tantos direitos humanos violados constantemente. Atrelado a isso, segundo Soares e Igenfritz (2002), mais de 95% das mulheres que estão no sistema prisional sofreram violência na infância/ adolescência, no casamento ou nas mãos da

polícia; 75% foram vítimas em pelo menos duas dessas ocasiões; 35% foram vítimas nas três ocasiões.

A vida dessas mulheres já embarca na violência antes mesmo de ingressarem no sistema prisional, o que contribui para que a ressocialização não aconteça e o reingresso nos presídios perdure por muito tempo em suas vidas. Essas dificuldades não são superadas, pois o Estado não coloca sua atenção para a raiz do problema e só piora mais ainda por não cuidar dessas mulheres quando elas chegam na pior fase de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos neste artigo enunciar o debate acerca da situação da saúde da mulher e a sua relação basilar com o campo prisional. Nesse sentido, destacamos os pontos nodais para dar ênfase à discussão da ligação entre ambas às áreas.

Logo, com base o que foi apresentado anteriormente, ficou claro que o sistema penitenciário nacional vem enfrentando descasos agravantes para os privados de liberdade, fator esse que acaba por ferir a Lei de Execução Penal, a Constituição Federal e, conseqüentemente a Declaração dos Direitos Humanos, uma vez que não é garantido um local qualificado para os detentos, sinalizando, de forma desacerbada, uma tremenda precarização.

Dentro dessa perspectiva, conforme o conteúdo abordado ao longo do desenvolvimento do estudo, o direito a saúde é assegurado na Constituição Federal, desse modo, com toda uma extensa legislação visando garantir a saúde e o bem-estar do cidadão é inadmissível encontrar grande parte da população sem acesso adequado a serviços de saúde. Prova disso foi exposto quando relatamos sobre a saúde nas penitenciárias, pois vemos indivíduos totalmente sem acesso a esse tipo de cobertura, com influência de inúmeros fatores para que isso ocorra, como a superlotação, a falta de higiene básica e o difícil acesso aos remédios.

Por fim, de acordo com as análises apresentadas ao longo deste estudo, faz-se necessário a tomada de medidas de cunho relevantes que estabeleçam a articulação de políticas públicas visando, assim, a garantia de direitos para essas detentas que estão em estado de vulnerabilidade acentuado.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Andressa de Ávila; DORNELLES, Cássia Juliana Vargas; Rudnicki, Dani. A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre. **Revista de Informação Legislativa**: Anos 50, v. 199, p. 285-302, jul/set. 2013.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo e; PEDRAZA, Dixis Figueroa; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Atención básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: primary health care of convicts in the penitentiary system: subsidies for nursing performance la atención básica a la salud a los apenados en el sistema penitenciario: subsidios para la actuación de la enfermería. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, p. 586-592, dez. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CECI, Mariana. No RN, apenas 2% das mulheres presas trabalham. **Tribuna do Norte**, 2019. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/no-rn-apenas-2-das-mulheres-presas-trabalham/462494>, acesso em: 24 de julho de 2022.

DELZIOVO, Carmem Regina [et al]. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade** [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015, p. 1-52. Disponível em: file:///C:/Users/IVAN/Downloads/Saude_Mulher.pdf, acesso em: 12 de jul de 2022.

DEPARTAMENTO Penitenciário Nacional. **Gov.br**. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/RN>, acesso em: 14 de jul de 2022.

EX-DETENTAS contam como retomaram a vida após sair da cadeia. **Universa uol**. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/04/23/a-vida-apos-a-prisao-ex-detentas-contam-como-se-reintegraram-a-sociedade.htm?cmpid=copiaecola>, acesso em: 14 de jul de 2022.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINEZ, Isabella. A pobreza menstrual nos presídios femininos brasileiros. **Fala universidades**, 2021. Disponível em: <https://falauniversidades.com.br/a-pobreza-menstrual-nos-presidios-femininos-brasileiros/>, acesso em: 23 de julho de 2022.

POBREZA menstrual nos presídios. **Age mt jornalismo pusp**. Disponível em: <https://agemt.pucsp.br/noticias/pobreza-menstrual-nos-presidios>, acesso em: 14 de jul de 2022.

REIS BARBOSA, Cássia e BERNARDES BENTO, Erica. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **SciELO- Brasil**, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8wfpjQNZwN6GmVqRC9jf7WK/?lang=pt>, acesso em: 23 de julho de 2022.

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. *Saúde soc.*. Vol. 8(2): 3-32. DOI: 10.1590/S0104-12901999000200002.

SILVA, Antônia Rosivânia da. **A negação do direito a saúde da mulher em privação de liberdade**. P. 1-22, Natal, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/IVAN/Downloads/Sa%C3%BAde%20da%20mulher%20no%20sistema%20prisional.pdf>, acesso em: 14 de jul de 2022.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

Capítulo 4

A CONTRIBUIÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS USUÁRIAS NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isadora Ribeiro e Silva
Marly de Jesus Sá Dias
Carla Rafaela Pinheiro



A CONTRIBUIÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS USUÁRIAS NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isadora Ribeiro e Silva

Assistente Social. Residente em Atenção à Saúde da Mulher pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão. E-mail: isadoraribeiros96@gmail.com

Marly de Jesus Sá Dias

Pós-Doutorado em Estudos das Migrações pelo Centro dos Estudos das Migrações e Relações Interculturais - CEMRI da Universidade Aberta de Lisboa, Doutora em Políticas Públicas pela UFMA, Mestra em Educação pela UFMA e Especialista em Metodologia de Ensino Superior pela UFMA. E-mail: marly.dias@ufma.br

Carla Rafaela Pinheiro

Assistente Social. Especialista em Atenção à Saúde Renal pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Residente em Atenção à Saúde da Criança pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). E-mail: rafaelapinheiros2018@gmail.com

RESUMO

Este estudo apresenta um relato de experiência sobre a significativa contribuição do Serviço Social no Serviço de Mastologia da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O objetivo geral é evidenciar a contribuição do Serviço Social na mastologia no HUUFMA (Unidade Materno Infantil), trazendo aspectos importantes como a evolução da saúde da mulher no Brasil e a importância da detecção precoce do câncer de mama para a

melhoria dos índices de tratamento e recuperação das pacientes. A pesquisa, realizada durante o período da residência multiprofissional de março de 2022 a março de 2024, adotou uma abordagem qualitativa para analisar de forma aprofundada o papel mediador do Serviço Social. Este papel é vital, pois estabelece uma ponte fundamental entre as usuárias e a instituição de saúde, facilitando a comunicação e o acesso aos serviços oferecidos. O Serviço Social desenvolveu um fluxo estratégico e bem estruturado para assegurar a máxima acessibilidade a exames de rastreamento para a detecção precoce do câncer de mama, essencial para o acompanhamento integral das pacientes, caracterizado pela humanização do atendimento, proporcionando cuidados técnicos, emocionais e sociais. O estudo destacou os desafios enfrentados, como a necessidade de articulação com diferentes setores da instituição para garantir a continuidade do cuidado e a superação de barreiras burocráticas. A colaboração interdisciplinar foi fundamental para o sucesso das ações desenvolvidas, evidenciando a importância do trabalho em equipe na área da saúde. O relato de experiência reafirma a relevância do Serviço Social no contexto hospitalar, especialmente em serviços especializados como o de Mastologia, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde e garantindo que todas as mulheres, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham a oportunidade de realizar exames de detecção precoce do câncer de mama e receber o acompanhamento necessário. Em suma, este estudo evidencia como a integração de práticas humanizadas e estratégias bem delineadas pode resultar em melhorias significativas na saúde da mulher e na eficiência dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Mastologia. Câncer de mama. Saúde da mulher. Detecção Precoce.

ABSTRACT

This study presents an experience report on the significant contribution of Social Work in the Mastology Service of the Maternal and Child Unit at the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA). The main objective is to highlight the contribution of Social Work in mastology at HUUFMA (Maternal and Child Unit), emphasizing important aspects such as the evolution of women's health in Brazil and the importance of early detection of breast cancer for improving treatment and recovery rates of patients. The research, conducted during the multiprofessional residency period from March 2022 to March 2024, adopted a qualitative approach to deeply analyze the mediating role of Social Work. This role is vital as it establishes a fundamental bridge between the users and the health institution, facilitating communication and access to the services offered. Social Work developed a strategic and well-structured flow to ensure maximum accessibility to screening tests for the early detection of breast cancer, essential for the comprehensive care of patients, characterized by the humanization of care, providing technical, emotional, and social support. The study highlighted the challenges faced, such as the need for articulation with different sectors of the institution to ensure continuity of care and overcoming

bureaucratic barriers. Interdisciplinary collaboration was fundamental to the success of the actions developed, evidencing the importance of teamwork in the health sector. The experience report reaffirms the relevance of Social Work in the hospital context, especially in specialized services such as Mastology, promoting equity in access to health services and ensuring that all women, regardless of their socioeconomic status, have the opportunity to undergo early detection exams for breast cancer and receive the necessary follow-up. In summary, this study shows how the integration of humanized practices and well-defined strategies can result in significant improvements in women's health and the efficiency of health services.

Keywords: Social Work. Mastology. Breast Cancer. Women's Health. Early Detection.

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste na reflexão e análise (no esforço de tessitura entre teoria e prática) dos aspectos significativos, tais como os pontos positivos e desafios, identificadas no transcurso da vivência na Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na Unidade Materno Infantil (UMI), no Programa de Atenção à Saúde da Mulher, em específico a atuação do Serviço Social na Mastologia.

O relato de experiência (RE) é uma abordagem científica que valoriza a singularidade das vivências individuais, contrastando com a abordagem positivista que busca generalizações universais. Ele destaca a importância das subjetividades e do contexto histórico, cultural e das interações dialógicas na construção do conhecimento (Daltro e Faria, 2019). Neste trabalho, a escolha do RE visa compartilhar a experiência, a metodologia e as atividades realizadas, contribuindo para o aprimoramento do Serviço Social no contexto analisado.

O recorte temporal deste estudo abrange o período de março de 2022 a março de 2024, que corresponde ao tempo de atuação da presente autora no programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher. O que nos permitiu organizar e apresentar uma análise detalhada e contínua das intervenções realizadas pelo Serviço Social no acesso aos serviços de saúde.

O lócus empírico, localizado na UMI do HUUFMA, é ideal para a prática interdisciplinar e observação das dinâmicas de atendimento e acesso aos serviços de

saúde. A escolha desse contexto é justificada pela relevância do HUUFMA como uma instituição pública federal que integra assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, atendendo à população conforme os princípios do SUS e garantindo a eficácia e a relevância das suas práticas assistenciais.

A curiosidade sobre o tema do Serviço Social e o serviço de Mastologia surgiu durante o rodízio no ambulatório de ginecologia da UMI. Nesse contexto, observaram-se demandas específicas da mastologia para o Serviço Social, como a necessidade de acesso mais ágil à realização de exames por parte das usuárias que estão em processo de investigação do câncer de mama.

Devido à lentidão do processo convencional, o Serviço Social era frequentemente requisitado para agendar consultas, retornos e exames, algo que, segundo o documento "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" (CFESS, 2010), não se enquadra como atribuição dos/as assistentes sociais, o que tornou importante a implementação de um fluxo diferenciado para acesso mais rápido a esses serviços.

O objetivo deste trabalho é evidenciar a contribuição dos assistentes sociais na equipe multiprofissional do serviço de mastologia do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, focando na efetivação dos direitos das usuárias para a detecção precoce do câncer de mama e os desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho dos assistentes sociais na saúde deve ser embasado no Código de Ética da profissão, visando promover os princípios fundamentais do SUS, como a equidade, através da prestação de serviços, planejamento, gestão, mobilização e participação social.

Esta análise permitiu mostrar como a atuação das assistentes sociais pode contribuir, em articulação com os sujeitos componentes da equipe multiprofissional, assim como de outras equipes que compartilhem da importância das políticas sociais, do SUS e da democracia, para suas defesas, de modo a oportunizar o acesso de qualquer pessoa aos serviços de saúde, a exemplo do serviço de mastologia no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: breves considerações históricas

A partir das primeiras décadas do século XX a saúde da mulher passou a integrar as políticas públicas no Brasil, entretanto ficavam restritas às questões reprodutivas,

como na gestação e no parto. Os programas materno-infantis desenvolvidos nas décadas de 1930, 1950 e 1970 seguiam essa lógica, sem abordar os direitos sexuais e as questões de gênero (UNASUS, 2013).

Nesse contexto, a assistência preventiva e o diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, frequentemente negligenciados, começaram a ser abordados graças ao protagonismo de grupos, especialmente o movimento feminista. Esse movimento foi crucial para incluir políticas públicas de saúde para mulheres na agenda governamental e dar visibilidade a questões antes privadas, como violência doméstica e mortalidade materna (BRASIL, 2004).

Segundo Costa (2009), a introdução dos movimentos feministas no cenário da saúde brasileira ocorreu no contexto da ideologia contraceptiva, justificada pela hipotética ameaça do crescimento da população pauperizada e sustentada por ideias eugenistas, que defendiam a necessidade urgente de controle de natalidade dessa parcela da sociedade.

A radicalização dos militares em relação ao tema da demografia vinculado ao crescimento da população pode ter sido a motivação necessária para o surgimento da indignação de novos atores neste processo do debate. Note-se que, ao longo dos anos setenta, as ideias dos movimentos feministas internacionais eram introduzidas no país conferindo argumentação substantiva ao iniciante feminismo brasileiro (COSTA, 2009, p. 1075).

Um dos debates levantados pelas feministas no contexto da radicalização demográfica brasileira foi a autonomia das mulheres para decidir sobre a maternidade. Isso envolve a ideia de que "[...] a sexualidade plena e os novos padrões de comportamento sexual desvinculam a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura exigiu políticas de acesso a métodos contraceptivos." (COSTA, 2009).

Reveladas as desigualdades sociais entre gêneros, depreende-se que os fatores sociais atravessavam a qualidade de vida das mulheres, conseqüentemente no âmbito da sua saúde, uma vez que determinados comportamentos contribuem para o adoecimento, sofrimento e morte de indivíduos da sociedade.

No contexto das mobilizações sociais, especialmente pelos movimentos feministas, foi proposta a criação, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher, reivindicando assistência em todos os ciclos de vida, além da fase reprodutiva. O grupo exigiu práticas que atendessem às particularidades sociais, econômicas e culturais dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com os princípios tradicionais da política de saúde feminina. O programa passou a abordar fatores sociais, econômicos e culturais, oferecendo uma atenção integral e multidisciplinar, o que tornou as políticas de saúde mais inclusivas e adequadas às necessidades das mulheres brasileiras, melhorando sua qualidade de vida e bem-estar.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) introduziu ações para prevenção e detecção precoce de neoplasias de mama e colo de útero, ISTs, e assistiu mulheres desde a adolescência até a fase trabalhadora, com foco em planejamento reprodutivo e contracepção (OSIS, 1998). Promovia práticas educativas nos serviços de saúde, enfatizando cuidados corporais e a autonomia das mulheres (SOUTO, 2008). Em 2004, o PAISM foi reformulado para humanizar e melhorar o atendimento, alinhando-se aos princípios da Política Nacional de Atenção Integr

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) para um controle integrado das neoplasias malignas, abrangendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, em coordenação com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais. A PNAO identifica fatores determinantes das neoplasias prevalentes e organiza um cuidado integral, assegurando universalidade, equidade e acesso à assistência oncológica (BRASIL, 2005). Em 2013, a PNAO foi incorporada à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A PNPCC visa fortalecer ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos para o câncer, promovendo saúde, vigilância, cuidado integral e uso de ciência e tecnologia, com estratégias educativas e de comunicação em saúde (BRASIL, 2013).

Em 20 de dezembro de 2023, foi promulgada a Lei n.º 14.758, que cria a PNPCC e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no SUS, com vigência a partir de 20 de junho de 2024. A PNPCC visa melhorar a saúde pública com diretrizes para prevenção, rastreamento, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer. O Programa de Navegação facilitará o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, promovendo acompanhamento individualizado. A lei também estabelece um banco de dados para registrar casos de câncer, garantindo assistência integral com equipes multidisciplinares (BRASIL, 2023).

Essas iniciativas seguem as problematizações do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 1970, que questionava a visão de saúde como ausência de doença e propunha melhorias no sistema de saúde com foco na medicina preventiva. O Movimento destacou as desigualdades sociais do sistema capitalista como determinantes no processo saúde-doença, especialmente para as mulheres no Brasil, evidenciando como essas desigualdades se relacionam com causas de morbimortalidade, como o câncer de mama, classificado entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (UNASUS, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias, diabetes mellitus, além de condições como desordens mentais, doenças bucais, ósseas, articulares, genéticas, e patologias oculares e auditivas, que afetam o bem-estar dos indivíduos, famílias e sociedade (BRASIL, 2008).

O câncer de mama se encaixa como neoplasia, sendo a mais frequente e principal causa de morte por câncer entre as mulheres no Brasil e no mundo.

A neoplasia mamária se caracteriza como:

[...] uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor (BRASIL, 2013, p. 84).

Embora não se possa atribuir uma única causa para o câncer de mama, aspectos como idade avançada, características reprodutivas e hormonais, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais desempenham papéis significativos (VELOSO, 2022).

A ênfase na detecção precoce é particularmente relevante, pois a premissa é que identificar o câncer o mais cedo possível aumenta as chances de cura. Essa perspectiva sublinha a necessidade de realizar exames de rastreamento e buscar atendimento médico diante de sintomas ou alterações suspeitas nas mamas (INCA, 2021).

Desafios como a distribuição desigual de mamógrafos, falta de manutenção e problemas na qualidade dos exames dificultam o diagnóstico e tratamento eficazes do câncer de mama. O acesso limitado a serviços de saúde e a falta de conscientização agravam a situação, aumentando as disparidades no atendimento (ANDRADE, 2014). A realidade é piorada pelos princípios neoliberais e ataques à Seguridade Social, resultando

em subfinanciamento e falta de pessoal no SUS, conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

É importante destacar que políticas públicas de saúde eficazes demandam investimentos em infraestrutura, materiais, insumos, expansão de unidades e leitos, além de recursos humanos qualificados. É fundamental que esses profissionais sejam preferencialmente concursados e comprometidos com o SUS como um bem público integralmente estatal. Essas medidas são essenciais para aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: o papel fundamental da detecção precoce e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS)

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, com alta incidência e significativa taxa de mortalidade (INCA, 2022). Estimativas do INCA (2023) preveem cerca de 73.610 novos casos anuais de 2023 a 2025, com um risco de 66,54 casos por 100 mil mulheres. A maior incidência é na Região Sudeste (84,46 casos por 100 mil), seguida pelo Sul (71,44), Centro-Oeste (57,28), Nordeste (52,20) e Norte (24,99).

Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%) [...] (INCA, 2023, p. 30).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, especialmente na saúde da mulher, ainda persiste um grande desafio na implementação efetiva dos direitos estabelecidos. O processo de "desregulamentação de direitos sociais," descrito por Behring (2009), refere-se ao impacto negativo das políticas neoliberais no Brasil, que reduzem a responsabilidade do Estado na proteção social.

A Seguridade Social no Brasil enfrenta limitações estruturais que comprometem sua efetivação plena, apesar da criação do SUS e das medidas previstas na Constituição Federal de 1988. A escassez de recursos e a fragmentação das políticas públicas afetam a qualidade e a abrangência dos serviços. A implementação eficaz dessas diretrizes de saúde exige a manutenção e ampliação dos investimentos públicos, o que contraria as tendências de ajuste fiscal e austeridade das últimas décadas (BOSCHETTI, 2001).

A distribuição desigual de mamógrafos no Brasil é um indicador crucial da capacidade do sistema de saúde em oferecer exames preventivos equitativos, especialmente para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Em agosto de 2023, havia 6.588 mamógrafos no país, dos quais 6.334 estavam em operação, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste. Esses dados evidenciam o impacto significativo da pandemia no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer, exacerbando as deficiências do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Tabela 1 - Nº de mamógrafos existentes e em uso segundo regiões. CNES, 2023

Região	Mamógrafos existentes	Mamógrafos em uso
Região Norte	450	419
Região Nordeste	1523	1470
Região Centro-Oeste	606	590
Região Sudeste	2990	2874
Região Sul	1019	981
TOTAL	6588	6334

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

Em relação ao SUS, em maio de 2023, foram registrados um total de 3.059 mamógrafos, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Número de estabelecimentos com mamógrafo do Sistema Único de Saúde (SUS), e regiões. CNES, maio, 2023

Região	Mamógrafos do SUS
Norte	247
Nordeste	796
Centro-Oeste	255
Sudeste	1202
Sul	559
TOTAL	3059

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

No Maranhão, a distribuição de mamógrafos em 2023 mostra a presença de 154 unidades, com 149 em funcionamento. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o estado possui 62 estabelecimentos equipados com mamógrafos. Esses números refletem um esforço significativo para melhorar o diagnóstico precoce do câncer de mama, apesar das desigualdades regionais (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição e disponibilidade de mamógrafos no Maranhão em 2023

Unidade da Federação	Total de Mamógrafos	Mamógrafos em Funcionamento	Estabelecimentos com Mamógrafos (SUS)
Maranhão	154	149	62

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

Diante do exposto, o acesso oportuno a exames de rastreamento, a conscientização sobre sinais e sintomas e a promoção de práticas de autocuidado, que deveriam emergir como elementos fundamentais na batalha contra o câncer de mama, tornam-se mais complexos, sublinhando a importância da educação pública e do apoio contínuo aos programas de saúde preventiva.

No seu estudo sobre “As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero”, Barbosa (2015) aponta que os estratos socioeconômicos menos favorecidos apresentam taxas mais altas de mortalidade por câncer, devido à maior incidência de diagnósticos tardios de neoplasias que poderiam ser detectadas em estágios iniciais por meio de rastreamento, resultando em prognósticos menos favoráveis, menor sobrevida após a confirmação do câncer e aumento da demanda pelos serviços de média e alta complexidade

A autora destaca que os desafios enfrentados por grupos vulneráveis, como diagnósticos tardios e dificuldades no acesso a tratamentos, resultam em altas taxas de mortalidade. A eficácia das políticas de saúde para o câncer é comprometida pela ausência de programas sistemáticos de rastreamento e pelo acesso limitado a serviços especializados fora das grandes cidades. Para mitigar essas disparidades, é essencial implementar estratégias de prevenção primária, diagnóstico precoce e tratamento acessível em todo o país (BARBOSA, 2015).

O câncer de mama é a principal causa de óbitos por neoplasias entre mulheres brasileiras, representando 16,1% dos casos. Em 2021, a taxa de mortalidade ajustada por idade foi de 11,71 óbitos por 100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul tiveram as maiores taxas, com 12,43 e 12,69 óbitos por 100.000 mulheres, respectivamente. O Nordeste registrou 10,75 óbitos/100.000 mulheres, o Centro-Oeste 10,90 óbitos/100.000 mulheres e o Norte 8,59 óbitos/100.000 mulheres (INCA, 2022).

Logo, o atraso no diagnóstico e no tratamento das neoplasias mamárias podem comprometer a sobrevida das pacientes. Isso se deve ao fato de que, em fases iniciais,

muitas doenças são mais tratáveis e as opções terapêuticas podem ser mais eficazes e menos agressivas. (INCA,2011).

O tempo de atraso compreende três momentos distintos: primeiro no início dos sintomas até a primeira consulta médica; o segundo vai da primeira consulta até o primeiro acesso ao serviço de referência especializado; e o terceiro, da primeira avaliação nesse serviço até o tratamento específico (COATES, 1999 apud LEITE; RUHNKE; VALEJO, 2021).

Em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil adotou as diretrizes da Portaria nº 876, conforme a Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que estabelece prazos para o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna confirmada. A lei garante que esses pacientes recebam o primeiro tratamento no SUS dentro de um prazo máximo de 60 dias após a confirmação do diagnóstico. Em casos urgentes, o tratamento pode ser iniciado mais rapidamente, conforme registrado no prontuário único do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No entanto, apesar dessa lei, Medeiros et al. (2020), apontam que a falta de integração entre os serviços de saúde dificulta o acesso dos pacientes com câncer de mama ao direito legalmente garantido por lei. Esse aspecto indica a presença de desigualdades no acesso ao tratamento do câncer de mama no país, mesmo após a aparente superação de obstáculos no acesso às unidades de saúde.

Por conseguinte, estudos destacam as desvantagens enfrentadas pelos pacientes do SUS, que tendem a apresentar atrasos no tratamento em comparação com aqueles que buscam serviços de saúde de forma independente (MEDEIROS et al., 2020). Os autores observam que, em grande parte dos casos, o início do primeiro tratamento oncológico ocorre com demora.

Um estudo da Fundação do Câncer revela que pacientes do SUS começam o tratamento do câncer de mama mais tarde do que as do setor privado, com 34% iniciando o tratamento antes dos 60 dias, em comparação com 48% no setor privado. Esse atraso é devido à necessidade de novos exames no SUS, enquanto pacientes do setor privado podem realizar exames mais rapidamente por conta própria. Como resultado, pacientes do SUS têm maior probabilidade de iniciar o tratamento em estágios mais avançados da doença, impactando negativamente sua sobrevivência (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Ademais, a detecção precoce desempenha um papel fundamental no tratamento e prognóstico da doença, pois aumenta as chances de sucesso terapêutico e melhora as

perspectivas de sobrevivência (HARBECK; GNANT, 2017 apud ALMEIDA et al., 2023). Além disso, permite evitar procedimentos mais invasivos, como a mastectomia radical, quando a cirurgia conservadora é viável, proporcionando melhor qualidade de vida para as pacientes (CARDOSO et al., 2019 apud ALMEIDA et al., 2023).

O relatório anual do Instituto Nacional de Câncer (INCA) de 2023 revela uma estimativa de 73.610 novos casos de câncer de mama, com uma taxa de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres. Em comparação, o ano anterior registrou 66.280 casos e uma taxa de 43,74 casos por 100.000 mulheres. Esses números destacam a necessidade urgente de diagnóstico precoce e os desafios estruturais que limitam o acesso equitativo aos cuidados de saúde (INCA, 2023).

No estado do Maranhão, conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2023), foram estimados 1.060 novos casos de câncer de mama para 2023. Este número representa um aumento em relação aos anos anteriores, destacando a importância de diagnósticos e registros mais precisos.

Nesse contexto de desafios e lacunas, entre o idealizado e a realidade, destacam-se os obstáculos para assegurar a qualidade dos serviços de saúde, os quais incluem limites de ordem econômica, especialmente para fins de prevenção, promoção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção e, sobretudo, para a contraposição as políticas focalizadas propagadas pelo neoliberalismo.

Dentro desse contexto, o profissional de Serviço Social atua no interior da equipe multiprofissional, na perspectiva da garantia dos direitos, na viabilização de condições que estimulem a promoção à saúde e o acesso aos serviços de saúde, sendo fundamental à profissão, fortalecer a saúde como um bem público, assegurado universalmente à população através do Estado.

Conforme o estabelecido nos "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" (CFESS, 2010), os assistentes sociais desenvolvem ações assistenciais, participam de equipes multidisciplinares, realizam avaliações socioeconômicas e mobilizam os usuários para a garantia de direitos, contribuindo para a humanização e melhoria da qualidade do atendimento no SUS.

Os assistentes sociais devem desenvolver estratégias para fortalecer o direito social à saúde, colaborando com outros setores que buscam aprimorar o SUS. Alinhados ao Projeto da Reforma Sanitária, esses profissionais devem promover a equidade e a

universalidade no acesso aos serviços de saúde, adotando uma postura crítica em relação às desigualdades estruturais que afetam o acesso à saúde física, mental e social.

SERVIÇO SOCIAL E SUA CONTRIBUIÇÃO NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA: um relato de experiência

Para sistematizar a experiência na Residência Multiprofissional do HUUFMA e destacar a atuação das assistentes sociais no serviço de mastologia, é importante situar a Unidade Materno Infantil (UMI). Inaugurada em 5 de maio de 1984, a UMI é um hospital referência no Maranhão, oferecendo cuidados abrangentes para mulheres e crianças, incluindo UTI Neonatal, gestação de alto risco e ambulatórios especializados, como o de Mastologia³ (HUUFMA, 2020).

O Serviço de Mastologia da UMI oferece uma gama de procedimentos, desde biópsias guiadas por ultrassonografia até cirurgias para tratamento de lesões benignas e malignas, incluindo reconstrução imediata da mama, quando necessário (HUUFMA, 2020). Essa variedade de opções proporciona aos/às usuários/as um tratamento cirúrgico completo e especializado.

O Serviço Social no ambulatório oferece assistência integral aos pacientes, com atividades que incluem orientar sobre os serviços, direitos socioassistenciais, funcionamento do sistema de saúde, procedimentos administrativos e normas de atendimento. Assistentes sociais também encaminham pacientes para exames, explicam o processo de autorização e reforçam seus direitos no SUS. Além disso, colaboram com a equipe multidisciplinar para garantir um tratamento integrado, abordando aspectos médicos, psicológicos e sociais.

Foi neste contexto, no período de março de 2022 a março de 2024, que nos inserimos como Assistente Social no programa de Residência Multiprofissional, na atenção à Saúde da Mulher, o que possibilitou a percepção mais atenta acerca dos múltiplos fatores que envolvem o processo de cuidado integral às mulheres.

³ De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia, Mastologia é o ramo da medicina dedicado à análise, diagnóstico, tratamento e prevenção das enfermidades relacionadas às mamas. Essa especialidade abarca desde condições benignas, como cistos e fibroadenomas, até doenças malignas, como o câncer de mama. Além disso, a mastologia envolve orientação e monitoramento das pacientes em relação à saúde mamária, incluindo medidas preventivas e detecção precoce de patologias.

Durante esse período, foi possível vivenciar diretamente as demandas e desafios das mulheres em diferentes fases da vida, além da reprodutiva. A interação com a equipe multiprofissional destacou a importância de uma abordagem interdisciplinar e humanizada na saúde da mulher. A experiência também permitiu desenvolver habilidades como escuta qualificada, orientação sobre direitos sexuais e reprodutivos, apoio emocional em situações de fragilidade e articulação com redes de apoio e serviços sociais.

O trabalho do/a assistente social em um ambiente ambulatorial deve integrar teoria e prática, alinhando ações com princípios éticos e objetivos claros que beneficiem os/as usuários/as. É essencial colaborar com outros profissionais de saúde para oferecer um suporte abrangente e humanizado, atendendo às necessidades dos usuários e promovendo um impacto positivo a longo prazo. Os/as profissionais enfrentam situações que exigem a análise de determinantes sociais no processo saúde-doença, considerando os aspectos biopsicossociais dos indivíduos.

No HUUFMA, os encaminhamentos para o serviço de Mastologia podem ser feitos externamente, via Central de Marcação de Consultas e Exames (CEMARC) após consulta em uma UBS, ou internamente por especialistas do Materno Infantil. Durante a consulta com o mastologista, os exames de imagem da paciente são revisados e, se necessário, novos exames são realizados na instituição. Os procedimentos disponíveis incluem biópsia guiada por ultrassonografia, agulhamento de lesões impalpáveis e cirurgia para lesões benignas e malignas, com ou sem reconstrução imediata.

A atuação do Serviço Social no ambulatório da UMI (HUUFMA), particularmente no serviço de mastologia, é essencial para a assistência integral às usuárias. Os assistentes sociais apoiam pacientes com câncer de mama, oferecendo orientações, informações e encaminhamentos para garantir acesso a recursos e serviços. Eles se dedicam a fornecer um cuidado abrangente, atendendo tanto às necessidades médicas quanto às demandas sociais dos pacientes e seus familiares.

No atendimento e acompanhamento de usuários externos, é estabelecido um critério clínico para autorização de abertura de prontuário e agendamento de consulta, definido em conjunto com a chefia médica, seguindo os parâmetros da classificação BI-RADS⁴.

⁴ O sistema BI-RADS foi criado para padronizar relatórios mamográficos, reduzir ambiguidades na interpretação e orientar a conduta clínica com base nos achados radiológicos. Ele classifica as mamografias

No HUUFMA, o fluxo padrão para agendamento de exames é o seguinte: no encaminhamento interno, o médico solicita exames via prontuário digital e entrega uma versão impressa aos pacientes. Estes podem agendar os exames no balcão de marcação, por telefone ou pelo aplicativo da instituição. Em casos de suspeita diagnóstica, a demanda é direcionada ao Serviço Social, que realiza uma anamnese social para coletar informações e definir critérios de prioridade para o agendamento dos exames necessários.

Para garantir que as usuárias atendam aos critérios, o Serviço Social utiliza um carimbo de PRIORIDADE no encaminhamento. Essa equipe é responsável por direcioná-las aos setores de imagem (ultrassonografia, tomografia, mamografia, ressonância) e de coleta (exames de sangue), em coordenação com a Mastologia. A iniciativa, originada pelo Serviço Social, visa priorizar o acesso a exames para pacientes com suspeita diagnóstica, superando dificuldades no processo. Desenvolvida em parceria com especialistas em Mastologia e setores de imagem e coleta, a ideia busca assegurar um diagnóstico eficaz, essencial para a detecção precoce e prognóstico favorável do câncer.

A atuação do Serviço Social nesse contexto não se limita ao encaminhamento das usuárias para os serviços especializados. As assistentes sociais desempenham um importante papel na orientação e apoio às usuárias durante todo o processo de investigação e tratamento. Isso inclui fornecer informações claras e acessíveis sobre os procedimentos a serem realizados, esclarecer dúvidas e receios, sempre respeitando os limites de sua competência e dos demais membros da equipe multiprofissional.

O encaminhamento realizado pelo Serviço Social no SUS está alinhado ao princípio da equidade, que busca garantir acesso justo e adequado aos serviços de saúde para todos os usuários, independentemente de suas condições socioeconômicas ou local de residência (BRASIL, 1990). Ao definir critérios de prioridade e direcionar as usuárias aos setores apropriados, o Serviço Social assegura que as pessoas em situação de maior vulnerabilidade tenham acesso ágil e eficaz aos atendimentos necessários.

No exercício profissional do assistente social na área da saúde, é crucial compreender profundamente o fenômeno saúde-doença. Essa compreensão não só

em categorias que variam de benignidade (classes I e II) a suspeitas de malignidade (classes III a V), com recomendações específicas para cada grupo. A classe III requer monitoramento semestral, enquanto as classes IV e V necessitam de investigação adicional para confirmar ou descartar lesões malignas. Essa abordagem melhora a comunicação entre profissionais de saúde e a precisão na conduta clínica diante dos resultados mamográficos.

permite ao/à profissional reconhecer as necessidades dos/as usuários/as, como também facilita a conexão entre essas demandas e a oferta de serviços.

O/a assistente social atua como mediador/a entre a instituição de saúde, usuários/as e familiares, desempenhando um papel crucial nas dimensões teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Essas dimensões são essenciais para uma abordagem crítica das questões sociais e suas determinações econômicas e culturais. Os/as assistentes sociais são fundamentais para melhorar o acesso aos recursos e a qualidade de vida dos/as usuários/as, e uma comunicação eficaz entre os profissionais é vital para o sucesso do atendimento e do diagnóstico precoce do câncer de mama.

Neste contexto, assistentes sociais desempenham um papel preciso facilitando o encaminhamento adequado das/os usuárias/os, e também oferecendo suporte contínuo ao longo de todo o processo de investigação e realização dos exames necessários. Esse acompanhamento próximo visa garantir a detecção precoce da doença, e aumentar significativamente as chances de um tratamento eficaz e oportuno, fortalecendo a confiança e a credibilidade na equipe e nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho não encerra a análise da contribuição do Serviço Social para o acesso aos serviços de saúde, mas abre novas direções para a evolução da profissão e a melhoria do atendimento. A Residência Multiprofissional no HUUFMA iniciou um processo de aprimoramento profissional, exigindo competência crítica e compromisso com a qualidade dos serviços e a defesa dos direitos humanos e da saúde como bem público. Este contexto se desenvolve em um hospital-escola de média e alta complexidade, enfrentando contrarreformas que desafiam a proteção social estabelecida pela Constituição de 1988 e suas políticas de previdência, saúde e assistência social.

A reflexão sobre as disparidades sociais geradas pelo sistema capitalista envolve uma análise crítica das estruturas econômicas e sociais que perpetuam desigualdades. Estas moldam as condições de vida das pessoas, e influenciam diretamente a saúde das mulheres no Brasil, assim como as principais causas de doenças e mortes nesta população, como o câncer de mama.

A detecção precoce do câncer de mama desempenha um papel crucial na melhoria da sobrevida e nos resultados positivos do tratamento. No entanto, enfrentamos desafios

significativos no acesso oportuno aos serviços de saúde, especialmente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. O diagnóstico tardio da doença, muitas vezes relacionado a dificuldades socioeconômicas e estruturais, compromete a eficácia do tratamento e a sobrevivência das pacientes.

Assistentes sociais desempenham um papel crucial ao acolher, informar e encaminhar usuárias/os e seus familiares, facilitando o acesso a recursos e serviços para tratamento. Sua colaboração na equipe multidisciplinar é essencial para assegurar um atendimento integrado, abordando aspectos médicos, psicológicos e sociais do cuidado.

A atuação do Serviço Social é crucial para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, assegurando atendimento justo e adequado a todos/as usuários/as. Ao estabelecer critérios de prioridade e encaminhar pacientes para os setores apropriados, o Serviço Social facilita o acesso ágil e eficiente aos cuidados necessários, especialmente para aqueles/as em situações de maior vulnerabilidade. Reconhecer e valorizar os profissionais da saúde, como os assistentes sociais, é essencial para promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva no cuidado da saúde da mulher e no enfrentamento do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. Estudo revela desigualdades no acesso a tratamento do câncer de mama. Agência Brasil, 15 dez. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-12/estudo-revela-desigualdades-no-acesso-tratamento-do-cancer-de-mama>. Acesso em: 02 mar 2024.
- ALMEIDA, H. V. et al. Detecção de câncer de mama: avanços e desafios. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, p. 123-145, 10 jun. 2023.
- ANDRADE, Simone Aparecida Fernandes de. Câncer de mama: um problema de saúde pública. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 11, n. 23, p. 70-77, 2014. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/169/u2014v11n23e169>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- BARBOSA, I. R. et al. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *Revista Ciência Plural*. v. 1, n. 2, p. 79-86, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7618/5660>. Acesso em: 11 out. 2023.
- BEHRING, Elaine Rossetti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 mar. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 maio 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 01 março 2024.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário da UFMA: histórico de competência e referência. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/hospital-universitario-da-ufma-historico-de-competencia-e-referencia>. Acesso em: 2 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade/populacoes-em-situacao-de-vulnerabilidade-e-desigualdade-social>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualidade em mamografia: diretrizes e recomendações do Controle de Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_mamografia.pdf. Acesso em: 9 jun. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2004

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *Serviço Social e Sociedade*, n. 65, 2001.

CFESS. Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília, DF, 2010.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 87, p. 1070-1083, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63011692009.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 33, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013. Acesso em: 15 jun. 2024.

EBSERH. Residência em Área Profissional da Saúde. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude>. Acesso em: 15 jun. 2024.

HUUFMA. Nossa história. Publicado em 09/12/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/nossa-historia>. Acesso em: 10 mar. 2024.

HU-UFMA realiza cirurgia de reconstrução mamária imediata pela primeira vez." Portal Padrão UFMA, 2020. Disponível em: <https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/noticias/noticia.jsf?id=57409#navigation>. Acesso em: 10 mar. 2024.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 15 jun 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Atlas de mortalidade por câncer 2023. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acesso em: 29 fevereiro 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de mama: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartil1.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Detecção Precoce de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 01 março 2024.

Instituto Nacional de Câncer. (2015). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. INCA.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 29 fevereiro 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Incidência. In: Controle do câncer de mama. 15 jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>. Acesso em: 15 jun 2024

INCA. Número de mamógrafos no Brasil e no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/numero-de-mamografos-no-brasil-e-no-sus>. Acesso em: 15 jun 2024.

Medeiros, G. C. et al. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 66, n. 3, p. e-09979, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/979>. Acesso em: 26 set. 2023.

Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Disponível em: [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/numero-de-mamografos-no-brasil-e-no-sus#:~:text=Em%20agosto%20de%202023%2C%20o,do%20pa%C3%ADs%20\(Tabela%201\)](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/numero-de-mamografos-no-brasil-e-no-sus#:~:text=Em%20agosto%20de%202023%2C%20o,do%20pa%C3%ADs%20(Tabela%201).). Acesso em: 15 jun 2024.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, p. 25-32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jj6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?format=pdf&lang=pt>>Acesso em: 16 jun. 2024.

Portal da Universidade Federal do Maranhão. Serviço de mastologia da UMI oferece procedimentos especializados. Disponível em: <https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/noticias/noticia.jsf?id=57409>. Acesso em: 03 de março de 2024.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/12950/11306/. Acesso em: 16 jun. 2024.

VELOSO, Francielle Bosi Rodrigues. Principais fatores de proteção e de risco no desenvolvimento do câncer de mama em pacientes assistidos no serviço de mastologia de Vila Velha/ES. Vi. 64 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Vila Velha, 2022. Disponível em: <https://repositorio.uvv.br/bitstream/123456789/883/1/TESE%20FINAL%20DE%20FRANCIELLE%20BOSI%20RODRIGUES%20VELOSO.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

VIEIRA, A. V.; TOIGO, F. T. Classificação BI-RADS™: categorização de 4.968 mamografias. *Radiologia Brasileira*, v. 35, n. 2, p. 210-225, abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/Jz5DfHJRhqnmpw9sfFfL5Jq/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

Capítulo 5

SERVIÇO SOCIAL E CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Carla Rafaela Pinheiro

Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho

Isadora Ribeiro e Silva



SERVIÇO SOCIAL E CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Carla Rafaela Pinheiro

Assistente Social. Especialista em Atenção à Saúde Renal pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Residente em Atenção à Saúde da Criança pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). E-mail: rafaelapinheiros2018@gmail.com

Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho

Assistente Social. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: glaucejane.castilho@huufma.br

Isadora Ribeiro e Silva

Assistente Social. Residente em Atenção à Saúde da Mulher pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Email: isadoraribeiros96@gmail.com

RESUMO

A saúde mental é um aspecto fundamental do bem-estar humano, e sua importância é particularmente significativa quando se trata de indivíduos que enfrentam desafios específicos, como aqueles que vivem com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA faz parte dos transtornos mentais que têm início na infância e é caracterizado por alterações no neurodesenvolvimento. A introdução do autismo na política de saúde mental ocorreu tardiamente e começou a ganhar destaque a partir da segunda metade do século XX. O presente estudo teve por objetivo analisar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto às crianças com TEA. Para tal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica apoiada e fundamentada no método dialético. Em um segundo momento utilizou-se a pesquisa documental como forma de

complementar a pesquisa bibliográfica. Os resultados encontrados demonstram que a detecção precoce e o diagnóstico assertivo do TEA são fundamentais para a implementação de intervenções adequadas que possam melhorar significativamente o prognóstico dessas crianças. O/A assistente social desenvolve um trabalho fundamental na promoção do bem-estar social e na defesa dos direitos das crianças com TEA. Assim, o Serviço Social, ao assumir seu compromisso ético e político com a justiça social, configura-se como uma força importante na luta pelos direitos das crianças com TEA.

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtorno do Espectro Autista. Serviço Social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Mental health is a fundamental aspect of human well-being, and its importance is particularly significant when it comes to individuals who face specific challenges, such as those living with Autism Spectrum Disorder (ASD). ASD is part of the mental disorders that begin in childhood and is characterized by changes in neurodevelopment. The introduction of autism into mental health policy occurred late and began to gain prominence from the second half of the 20th century. The present study aimed to analyze the work developed by Social Services next to children with ASD. For such, bibliographical research was carried out, supported and based on the dialectical method. In a second moment, documentary research was used as a way to complement the bibliographic research. The results found demonstrate that early detection and assertive diagnosis of ASD are fundamental for the implementation of adequate interventions that can significantly improve the prognosis of these children. The social worker develops out fundamental work in promoting social well-being and defending the rights of children with ASD. Thus, Social Services, by assuming its ethical and political commitment to social justice, is configured as a important force in the fight for the rights of children with ASD.

Keywords: Mental Health. Autism Spectrum Disorder. Social service. Health Unic System.

INTRODUÇÃO

A saúde mental configura-se como um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de utilizar suas habilidades emocionais e cognitivas, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade. Para Ferreira *et al.* (2022), a saúde mental não é apenas a ausência de doenças mentais, mas o resultado do desenvolvimento psicológico ao longo da vida.

De acordo com Oliveira e Sousa (2020), a política de saúde mental no Brasil, antes da Reforma Psiquiátrica, foi caracterizada por práticas institucionais e excludentes,

focadas principalmente na internação em hospitais psiquiátricos. Inicialmente, o tratamento de pessoas com transtornos mentais era precário e predominantemente centrado no isolamento em asilos e hospícios, onde as condições eram muitas vezes desumanas. Com a reforma psiquiátrica, iniciada nos anos 1970 e consolidada na década de 1980, houve várias mudanças, com ênfase na desinstitucionalização e na criação de uma rede de atenção psicossocial.

Oliveira e Sousa (2020) destacam que a Reforma Psiquiátrica trouxe diversas mudanças na saúde mental, substituindo o modelo centrado em hospitais por um atendimento mais humanizado, o que melhorou significativamente o cuidado aos pacientes com transtornos mentais. A promulgação da Lei 10.216/2001 garantiu direitos as pessoas com transtornos mentais, além de promover o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por serviços comunitários como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que visam à reintegração social e ao tratamento humanizado.

Souza *et al.* (2018) destacam que a reforma psiquiátrica introduziu um novo modelo de tratamento para pacientes com transtornos mentais no Brasil. Este modelo prioriza o atendimento em serviços comunitários e protege os direitos das pessoas com transtornos mentais. Segundo a OMS, entre os transtornos mentais estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, a demência, a deficiência intelectual e os transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo (OPAS/OMS, 2018).

O Boletim Temático do Ministério da Saúde: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo (2022) define o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como um distúrbio do neurodesenvolvimento que se caracteriza por um desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e interação social, além de padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados. Os indivíduos com TEA podem apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Nesse contexto, insere-se o/a assistente social, segundo Oliveira e Sousa (2020) os/as assistentes sociais atuam na área de saúde mental desde a década de 1940 e passaram a trabalhar diretamente nos hospitais psiquiátricos em 1946. A inserção desses profissionais ocorreu com a implantação do modelo manicomial de assistência, que não se baseava em tratamento terapêutico-medicamentoso, mas sim na exclusão social e no internamento prolongado dos pacientes em hospitais psiquiátricos. No que diz respeito ao trabalho realizado pelo assistente social com as pessoas diagnosticadas com TEA, Silva

et al. (2020) *apud* Damasceno e col. (2017) definem que o/a assistente social facilita a aproximação dos indivíduos com TEA à realidade presente, compreendendo suas particularidades, identificando demandas imediatas e encontrando respostas profissionais sustentáveis.

Nesse sentido, este trabalho objetivou analisar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto às crianças com TEA. No que se refere ao processo metodológico aplicado neste estudo, cabe destacar que se trata de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Utilizou-se a revisão de literatura pertinente ao tema apoiada e fundamentada no método dialético. Em um segundo momento utilizou-se a pesquisa documental como forma de complementar a pesquisa bibliográfica. Esta pesquisa apresenta grande relevância para a literatura e para a sociedade em geral, visto que, existem poucos estudos que abordam, especificamente, o trabalho do/a assistente social com as crianças com TEA, sendo este o maior desafio encontrado durante a realização desta pesquisa.

BREVE CONFIGURAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A loucura tem sido um fenômeno presente na história da humanidade desde seus primórdios. Para Cabral e Darosci (2019), antes do século XIX, não existia um conceito de doença mental nem uma divisão clara entre razão e loucura. O desenvolvimento histórico que trouxe os transtornos mentais como uma questão de política estatal foi complexo, conflituoso e cheio de contradições.

Segundo Silva *et al.* (2021) *apud* Fonte (2021), a institucionalização da loucura e sua transformação em objeto de intervenção estatal no Brasil começou com a chegada da Família Real no início do século XIX. Durante esse período, os chamados loucos, especialmente os agressivos, não podiam mais ser deixados vagando livremente. Assim, o enclausuramento dessa população ficou sob a responsabilidade das Santas Casas de Misericórdia, que os mantinham em porões com condições precárias de higiene e cuidado.

Sampaio e Júnior (2020) salientam que a trajetória da saúde mental no Brasil é marcada por diferentes modelos de assistência, influenciados pelas mudanças nas concepções de loucura e adoecimento mental, bem como pelo contexto sociopolítico e econômico. A criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841, marcou o início do

cuidado institucionalizado, com foco na retirada das pessoas consideradas irracionais do convívio social, apoiado por pressupostos higienistas e de privação de liberdade.

Moura e Silva (2015) destacam que o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil, vigente até o final da década de 1970, era caracterizado pela exclusão social dos pacientes através da internação prolongada em hospitais psiquiátricos. Este modelo organizava-se segundo o paradigma manicomial, onde os hospitais psiquiátricos eram comparados a campos de concentração devido às condições precárias e à falta de abordagens terapêuticas eficazes. A lógica dos hospitais psiquiátricos estabelecia-se pela segregação das pessoas consideradas improdutivas para o sistema econômico, isolando-as do convívio familiar e social.

Costa (2023) destaca que, na década de 1970, surgiram críticas contundentes à eficácia do isolamento social e ao sistema manicomial vigente. Essas críticas questionavam a capacidade dos hospitais psiquiátricos tradicionais de promover tratamentos adequados e respeitosos aos pacientes com transtornos mentais. Em resposta a esse cenário, desenvolveu-se o movimento de Luta Antimanicomial. Este movimento buscava superar o modelo de tratamento asilar, marcado pela exclusão e pela segregação dos pacientes, em favor de abordagens que valorizassem a autonomia, a inclusão social e o respeito aos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico. Esse movimento culminou na criação do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) em 1987.

Costa (2023) afirma que o MRPB buscou estabelecer uma rede de cuidados de base comunitária, multiprofissional e de fácil acesso. Defendeu que, nessa estrutura, os CAPS fossem unidades potentes e resolutivas. “O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde” (RIBEIRO, 2004, p. 95). Nesse contexto, Patriota (2011) destaca que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1970, representa uma mudança significativa na abordagem da loucura. Ele questiona não apenas as instituições e práticas de cuidado, mas também os conceitos e conhecimentos que as justificaram anteriormente.

Oliveira *et al.* (2017) esclarecem que, na década de 1980, o Brasil vivenciava o desenvolvimento do MRPB, buscando transformar o tratamento de transtornos mentais, abandonando o modelo de institucionalização em favor de uma abordagem mais

comunitária e centrada na cidadania. A saúde mental começou a ser formalmente reconhecida como política pública com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Isso estabeleceu a Atenção Psicossocial como referência, consolidando os CAPS como peças-chave na prestação de cuidados em saúde mental.

Oliveira e Sousa (2020) sublinham que os CAPS foram regulamentados pela portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 e fazem parte da rede de atenção Psicossocial do SUS. Eles são unidades de saúde locais e regionalizadas que oferecem cuidados intermediários entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS são a principal estratégia da Reforma Sanitária para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, proporcionando uma rede de serviços assistenciais que substituiu os hospitais psiquiátricos no Brasil.

Cabe destacar que todo esse processo vem sofrendo as refrações do projeto neoliberal que, ao longo das últimas décadas, tem tentado enfraquecer e sucatear o modelo de atenção à saúde mental com o incremento de ações de desfinanciamento dos serviços. A partir de 2016, após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, o governo de Michel Temer, que procurou aproximar cada vez mais a política de saúde ao projeto privatista, tinha como objetivo atender às demandas do capital e para isso deu continuidade de forma ainda mais acelerada às contrarreformas do Estado que se apresentam no contexto brasileiro desde 1990.

Oliveira *et al.* (2021) pontuam que, a partir de 2016, com o governo de Michel Temer e de Jair Bolsonaro, em 2018, a política de saúde mental no Brasil sofreu um desmonte significativo com a introdução de uma “nova Política de Saúde Mental”. Esta nova política trouxe de volta os hospitais psiquiátricos, aumentando seu financiamento, o que foi visto como um retrocesso em relação ao modelo de cuidado comunitário promovido pela reforma psiquiátrica. Além disso, as comunidades terapêuticas de cunho religioso foram incorporadas à rede de atenção psicossocial, apesar das críticas sobre sua eficácia e regulamentação.

Oliveira *et al.* (2021) expõem que, paralelamente, houve um congelamento do financiamento dos CAPS, essenciais para a abordagem comunitária e integral da saúde mental. Um dos aspectos mais controversos dessa nova política foi a proposta de aquisição de equipamentos para terapia eletroconvulsiva (eletrochoque). Essas

mudanças apontam para uma inversão das diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, que buscava a desinstitucionalização e o cuidado baseado na comunidade, priorizando a reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais.

A seguir será abordado sobre o TEA, na perspectiva de conhecer o seu conceito e as suas características, posto o aprimoramento das práticas profissionais – incluso os/as assistentes sociais - e das ações e serviços direcionados à crianças e adolescentes, os quais precisam ser visualizados como sujeitos de direitos e ter o acesso garantido nas políticas públicas na sua integralidade.

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

As primeiras discussões sobre autismo surgiram no início do século XX. Segundo Benute (2020), o termo "autismo" foi criado em 1906 pelo psiquiatra Plouller, durante seus estudos sobre o pensamento de pacientes com demência. No entanto, só ganhou maior reconhecimento em 1911, quando o psiquiatra suíço Eugen Bleuler identificou o comportamento como um sintoma fundamental da esquizofrenia. Anos depois, os austríacos Hans Asperger, pediatra, e Leo Kanner, psiquiatra, começaram a estudar a síndrome. Kanner, em 1943, publicou "Distúrbios autísticos do contato afetivo", que detalhava suas observações sobre o autismo, marcando um ponto significativo no entendimento dessa condição. Costa (2023, p. 77) ressalta que “antes de Kanner, as crianças com autismo eram consideradas débeis mentais”.

A introdução do autismo na política de saúde mental ocorreu tardiamente e começou a ganhar destaque a partir da segunda metade do século XX, à medida que a compreensão sobre a condição se aprofundava. Oliveira *et al.* (2017) pontuam que devido à falta de recursos e instituições públicas no Brasil para apoiar autistas e seus familiares, alguns pais começaram a criar iniciativas próprias, como grupos de divulgação de conhecimentos e ajuda mútua, inspirados por experiências europeias e americanas. O primeiro grupo organizado de pais no Brasil foi a Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo (AMA-SP), fundada em 1983.

Oliveira *et al.* (2017) discorrem que a luta da sociedade civil pelo acesso de pessoas com TEA à política de saúde é marcada por mobilizações intensas de familiares e ativistas. Esses esforços resultaram na aprovação inédita de uma lei federal específica para o autismo. Trata-se da Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos

Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A referida lei foi um marco importante, permitindo que indivíduos com TEA tenham acesso a benefícios financeiros, educação inclusiva, mercado de trabalho e atendimentos de saúde especializados. O TEA faz parte dos transtornos mentais que têm início na infância.

Nesse contexto, segundo Porcino *et al.* (2022), o TEA é caracterizado por alterações no neurodesenvolvimento. Essas alterações resultam em dificuldades nas habilidades sociais, problemas na interação, dificuldades na linguagem ou fala, nas expressões gestuais e corporais, além de comportamentos repetitivos e estereotipados, entre outros fatores. O TEA é apresentado como uma condição que afeta diversos aspectos do funcionamento e do comportamento, impactando a capacidade da pessoa de se relacionar e se comunicar de maneira típica.

O Boletim Temático do Ministério da Saúde: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo (2022) salienta que aspectos relacionados ao desenvolvimento atípico podem ser observados nos primeiros meses de vida da criança. Geralmente o diagnóstico do TEA é estabelecido por volta dos 2 a 3 anos de idade e tem maior prevalência em crianças do sexo masculino. Steffen *et al.* (2019), destacam os sinais que podem suscitar a suspeita de autismo em uma criança como, por exemplo, comportamentos como contato visual atípico, desinteresse pelo próprio nome, ausência de gestos para indicar ou mostrar algo, falta de participação em brincadeiras interativas, ausência de sorrisos, falta de compartilhamento e falta de interesse em interações com outras crianças. Além disso, ressalta que a presença de atrasos tanto na linguagem quanto nas habilidades sociais, bem como a regressão em marcos importantes do desenvolvimento nesses aspectos são sinais precoces que indicam a necessidade de uma avaliação imediata.

Steffen *et al.* (2019) ressaltam que não existe cura para indivíduos diagnosticados com TEA, no entanto, expõem a existência de intervenções que podem melhorar as habilidades de comunicação, socialização e funções motoras em indivíduos com esse diagnóstico. Pinto *et al.* (2016) esclarecem que o diagnóstico de uma doença crônica em crianças causa um grande impacto na família, afetando a rotina diária, os papéis dentro do lar, além de ter consequências ocupacionais, financeiras e nas relações familiares. Ao receber a notícia de uma doença ou síndrome crônica, como o TEA, a família geralmente passa por uma série de estágios emocionais: impacto, negação, luto, enfoque externo e encerramento. Esses estágios estão associados a sentimentos difíceis e conflitantes.

Steffen *et al.* (2019) enfatizam que o acompanhamento de crianças e famílias deve ser feito por equipes multidisciplinares em Unidades e Centros de Desenvolvimento, destacando-se a importância dos cuidados primários de saúde na detecção precoce do autismo. O diagnóstico precoce, alinhado a uma avaliação adequada e intervenções rápidas e intensivas melhoram significativamente o prognóstico, sendo essencial o conhecimento detalhado sobre a clínica do autismo.

Destarte, a detecção de atrasos no desenvolvimento e o diagnóstico precoce do TEA configuram-se como cruciais para a definição de condutas e intervenções mais assertivas. Diante desse contexto, torna-se fundamental a construção e fortalecimento de política pública e um arcabouço legal que garantam o direito e a proteção das crianças com TEA.

REDE DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA

Oliveira *et al.* (2017) destacam que, até o início do século XXI, havia a falta de iniciativas governamentais específicas para o acolhimento institucional de pessoas com autismo no Brasil. Antes disso, essas pessoas recebiam atendimento em instituições filantrópicas como a Associação Pestalozzi e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A ausência de políticas públicas direcionadas a essa população evidencia um atraso no reconhecimento e na resposta do Estado às necessidades das pessoas com autismo no país. Essa inclusão tardia contribuiu para os desafios enfrentados atualmente na oferta de cuidados para autistas dentro do SUS.

Oliveira *et al.* (2017) enfatizam a evolução da atenção à saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, ressaltando que a iniciativa de criar uma rede de cuidados integrada ao SUS começou após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001. Essa proposta concretizou-se com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) a partir da portaria ministerial nº 336/02.

O Ministério da Saúde publicou dois importantes documentos sobre o TEA, buscando orientar o atendimento dessa população na saúde pública e capacitar os profissionais de saúde. Esses documentos são: "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" e "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)". Ambos têm como objetivo orientar

sobre promoção, inclusão, tratamento e reabilitação em diferentes níveis de assistência. Isso implica em sistematizar uma rede de atenção específica para pessoas com TEA, facilitando a detecção precoce e garantindo um suporte adequado em todas as fases do desenvolvimento.

Essas iniciativas reconhecem a importância de um acompanhamento integral e personalizado para as pessoas com o diagnóstico de TEA, visando não apenas o tratamento dos sintomas, mas também o desenvolvimento de suas habilidades sociais, comunicativas e comportamentais. Steffen *et al.* (2019) afirmam que, no Brasil, a maioria dos atendimentos às pessoas com TEA é realizada pelo SUS, principalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada. Para crianças e adolescentes, foram criados CAPSi, que proporcionam atendimento adequado por meio de equipes multiprofissionais, atuando no território e respeitando as necessidades de cada caso.

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo, da Ordem dos Advogados de Brasília, produziu e publicou em 2015 um documento intitulado “Cartilha dos Direitos da Pessoa com Autismo” destacando que a proteção dos direitos das pessoas com TEA tem avançado significativamente, refletida em diversas legislações sancionadas e em numerosos projetos de lei em tramitação. Legalmente, indivíduos com TEA são considerados pessoas com deficiência, sendo protegidos pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

O reconhecimento do autismo como deficiência foi estabelecido pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, conhecida como Lei Berenice Piana, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, garantindo-lhes os mesmos direitos das demais pessoas com deficiência. A Lei nº 13.146/2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, reforça os direitos das pessoas com TEA, garantindo acessibilidade, inclusão social, e não discriminação.

A Lei 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece uma série de direitos garantidos às crianças e adolescentes com deficiência. A Lei 8.742/1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estabelece o Benefício de Prestação Continuada (BPC), com o valor do benefício de um salário mínimo mensal para a pessoa com deficiência (e ao idoso) que não tem condições de prover o sustento nem de tê-lo provido por sua família. Já a Lei Federal 8.899/1994 concede passe livre às pessoas com deficiência e que sejam carentes (comprovadamente) no sistema de transporte coletivo interestadual.

A Lei nº 9.394/1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, prevê a educação especial para alunos com deficiência, incluindo aqueles com TEA, preferencialmente na rede regular de ensino e garante adaptações curriculares e metodológicas para atender às necessidades individuais dos alunos com TEA.

A Lei nº 13.370/2016 reduz a jornada de trabalho para servidores públicos federais que têm filhos ou dependentes com deficiência de qualquer natureza. A Lei nº 13.977/2020, Lei Romeo Mion, cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), garantindo atendimento prioritário em serviços públicos e privados. O documento é emitido de forma gratuita por órgãos estaduais e municipais.

Viana *et al.* (2023) esclarecem que apesar das legislações existentes, as políticas públicas do Brasil ainda carecem de investimentos adequados para garantir a inclusão social na educação. Pesquisas indicam que muitas escolas ainda não possuem a infraestrutura necessária para atender pessoas com TEA. Na área da saúde, mesmo com a ampliação dos serviços especializados e do número de profissionais, a qualidade e a continuidade do atendimento ainda são incipientes.

A aplicação efetiva das leis permite que pessoas com TEA vivam com dignidade e autonomia. Portanto, é necessário fortalecer a autonomia dessas pessoas através do acesso às políticas públicas, que são um direito do cidadão e um dever do Estado.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS COM TEA

Para compreender o trabalho desenvolvido pelo o/a assistente social com as crianças diagnosticadas com TEA faz-se necessário entender como o Serviço Social é introduzido na política de saúde mental, bem como as suas contribuições na luta pela reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. A Saúde Pública brasileira, desde a implementação do SUS em 1988, apresentou importantes e profundas mudanças.

Essas mudanças incluem uma nova abordagem na compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença, reconhecendo a importância dos fatores socioeconômicos, culturais e políticos na determinação da saúde. Isso representa uma ruptura com a visão anterior que considerava a saúde apenas como a ausência de doença, passando a entendê-la como parte de um contexto mais amplo, no qual diversas dimensões interagem entre si.

A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, dispõe sobre a regulamentação da profissão de assistente social no Brasil. Ela estabelece normas para o exercício da profissão, define as atribuições e competências dos assistentes sociais, regulamenta os órgãos de fiscalização e representação da categoria.

Para Yamamoto (1997), o Serviço Social é uma profissão que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações, que se manifestam de diversas formas.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p.14).

Amorim e Lúcio (2016) ressaltam que a questão social na saúde mental se manifesta pela exclusão das pessoas com transtornos mentais tanto do sistema produtivo quanto da convivência social. Pontuam que na sociedade capitalista, indivíduos com transtornos mentais são vistos, frequentemente, como improdutivos e incapazes. Essa visão decorre do fato de que essas pessoas, devido às suas condições, muitas vezes não conseguem ingressar no mercado de trabalho e, assim, não contribuem para a geração de lucro, que é um dos pilares centrais do capitalismo.

De acordo com Vasconcelos (2000) *apud* Amorim e Lúcio (2016), a atuação dos/as assistentes sociais na área de saúde mental no Brasil teve início na década de 1940, influenciada pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista. Inicialmente, esses profissionais trabalhavam em instituições voltadas para a infância e mais tarde foram integrados aos hospitais psiquiátricos, onde desempenhavam um papel na entrada e saída dos pacientes. Sua função principal era coletar dados sociais dos indivíduos com transtornos mentais e suas famílias, atuando de forma subordinada aos médicos e diretores institucionais. Nesse momento, essa atuação limitava-se a emitir atestados sociais, fazer encaminhamentos e manter contato com os familiares dos pacientes para informações sobre alta, caracterizando-se como imediatista, subalterno, assistencialista e acrítica.

Coutinho e Santos (2016) pontuam que o movimento da Reforma Psiquiátrica contribuiu para abertura de um campo favorável para o Serviço Social na saúde mental, uma vez que, a reforma, por sua natureza social e política, demandou mais profissionais para atuarem nessa área. Salientam que a partir dos anos 1990, houve uma mudança na relação entre o Serviço Social, familiares e usuários, permitindo o surgimento de novos projetos de intervenção, como: atenção domiciliar, projetos de trabalho e moradia, e atenção psicossocial.

Bisneto (2009) aponta que, no Brasil, a adoção de políticas neoliberais tem impactado negativamente as iniciativas da Reforma Psiquiátrica, promovendo a medicalização por meio da indústria farmacêutica como principal solução, enquanto a saúde mental sofre com a redução dos investimentos estatais e a contenção dos gastos públicos, resultando em menor atendimento à população e favorecendo a privatização da saúde e a hegemonia capitalista. Bisneto (2009) segue sua análise apontando que o Serviço Social está inserido em uma realidade contraditória, aonde o neoliberalismo coexiste com o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Apesar das propostas neoliberais, a profissão busca construir uma prática emancipadora. Isso significa que o/a assistente social deve apresentar uma crítica à sociedade burguesa, além de buscar entender os transtornos mentais e sua relação com o capitalismo. Nesse contexto, o profissional precisa não apenas de técnicas para atuar na saúde mental, mas também desenvolver metodologias adequadas à realidade e avançar na análise crítica da sociedade, compreendendo as mediações necessárias para a intervenção nesse campo.

Nesse cenário, o/a assistente social desempenha um papel crucial na implementação e no desenvolvimento da política de saúde mental. Sua atuação baseia-se na promoção do acesso aos serviços de saúde mental, na garantia dos direitos dos usuários, na prevenção do adoecimento psíquico e na reintegração social dos indivíduos em sofrimento mental. O Serviço Social desempenha um papel importante na promoção do bem-estar social e na defesa dos direitos das diversas populações, incluindo as crianças com TEA.

A realidade das pessoas com TEA é marcada por dificuldades no acesso aos seus direitos. Segundo Souza *et al.* (2019), é insuficiente apenas informar ao indivíduo sobre seus direitos; é necessário ativar mecanismos concretos para sua inserção nos serviços. Os/As assistentes sociais, além de conhecerem os direitos das pessoas com autismo,

devem intervir nas relações sociais para concretizar esses direitos, trabalhando em conjunto com a equipe, a família e a sociedade.

Souza *et al.* (2019) destacam que os/as assistentes sociais podem trabalhar com crianças e adolescentes autistas em diversos espaços ocupacionais, como: na assistência, saúde e previdência social, na educação inclusiva e nos CAPSi, entre outros. A atuação do Serviço Social nos casos de autismo visa proteger a vida, reduzir danos e prevenir riscos sociais para pessoas com TEA e seus familiares. Além disso, busca fortalecer o debate sobre a inclusão social desses indivíduos e combater o preconceito e a discriminação que eles enfrentam.

Souza *et al.* (2019) expõem que o/a assistente social atua como um facilitador na integração gradual de pessoas com TEA com a realidade presente. O/A assistente social compreende as especificidades individuais, identifica as necessidades imediatas e busca soluções profissionais sustentáveis para atender a essas demandas.

Viana *et al.* (2023) pontuam que se faz necessário lidar com as queixas dos usuários e entender suas necessidades, fragilidades e potencialidades. O/A assistente social deve oferecer acolhimento, construir um Plano Terapêutico Singular (PTS) em conjunto com o usuário e sua família, realizar orientações, encaminhamentos sociais e atividades de suporte social. Apontam a necessidade de formação continuada e aprimoramento técnico da equipe multiprofissional, destacando a importância da articulação e cooperação entre os serviços internos e externos para superar os limites da intervenção profissional.

Silva *et al.* (2023) destacam que a atuação do/a assistente social tem como foco a inclusão e reabilitação de crianças com TEA. Pontuam que o/a assistente social atua como articulador de políticas públicas, serviços e benefícios socioassistenciais, garantindo direitos e promovendo a inclusão social. Ressaltam a importância de intervenções com as famílias para melhorar a convivência e o desenvolvimento das crianças, enfatizando a necessidade de apoio social. O estudo destaca que a atuação do/a assistente social contribui para a construção de uma comunidade mais inclusiva e consciente dos direitos das pessoas com TEA.

Mateus (2015) acrescenta que o Serviço Social foi criado para responder às situações de exclusão, vulnerabilidade e fragilidade social, com o objetivo de assegurar o respeito pelos direitos humanos. O respeito pelos direitos sociais e pela diversidade é fundamental na atuação dos assistentes sociais ao trabalhar com crianças autistas e suas famílias.

Portanto, os/as assistentes sociais devem não apenas compreender os direitos e garantias das crianças e adolescentes com autismo, mas também atuar ativamente no âmbito das relações sociais para assegurar a consolidação desses direitos. Isso implica em colaborar com a equipe em que estão inseridos, envolver as famílias e interagir com a sociedade para garantir a efetivação desses direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A detecção precoce e o diagnóstico assertivo do TEA são fundamentais para a implementação de intervenções adequadas que possam melhorar significativamente o prognóstico dessas crianças. Para isso, a formação continuada dos profissionais da saúde e da educação é essencial, proporcionando-lhes as ferramentas necessárias para identificar os sinais de autismo e agir prontamente. Além disso, é preciso que haja um fortalecimento das políticas públicas e do arcabouço legal que assegurem a proteção e o atendimento das necessidades das crianças com TEA. A implementação de uma rede de apoio potente, que inclua equipes multidisciplinares e serviços especializados, é essencial para oferecer um cuidado integral e humanizado.

A atuação do/a assistente social deve ser pautada pelo respeito aos direitos humanos, pela promoção da inclusão social e pelo combate ao preconceito e à discriminação. O/A Assistente social deve trabalhar de forma colaborativa com as famílias, a sociedade e as diversas instituições envolvidas, garantindo que os direitos das crianças com TEA sejam respeitados e efetivados. Outro ponto relevante é a sensibilização e conscientização da sociedade sobre o TEA. Portanto, o Serviço Social, ao assumir seu compromisso ético e político com a justiça social, configura-se como uma força importante na luta pelos direitos das crianças com TEA. É imprescindível que as políticas públicas e as práticas profissionais continuem a evoluir, garantindo que cada criança autista tenha acesso ao suporte necessário para alcançar seu pleno potencial e viver de forma digna e inclusiva. A sociedade, como um todo, beneficia-se quando todas as suas crianças são valorizadas e apoiadas, construindo assim um futuro mais justo e igualitário para todos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, KLS; LÚCIO, C. V. A importância da atuação dos assistentes sociais para a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes com autismo. **4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte, p. 1-14, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **BOLETIM TEMÁTICO DA BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/dia_mundial_conscientizacao_autismo_abril_2022.pdf. Acesso em: 05 de jun. 2024

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 de jun.2024.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 10 de jun.2024.

_____. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm . Acesso em: 10 de jun.2024.

_____. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 10 de jun.2024.

_____. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 10 de jun.2024.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Lei n. 8.999, de 24 de fevereiro de 1994. Dispõe sobre a concessão de passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8999.htm. Acesso em: 11 de jun. 2024.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 27833-27841, 23 dez. 1996. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Lei nº 13.370, de 12 de dezembro de 2016. Altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, para estender o direito a horário especial ao servidor público federal que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza e para revogar a exigência de compensação de horário. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2016/Lei/L13370.htm. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea) e altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.977-de-8-de-janeiro-de-2020-237634996>. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 11 de jun.2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/sou-gestor>. Acesso em: 20 de mai. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 20 de mai. 2024.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra. Transtorno do espectro autista (TEA): desafios da inclusão. **São Paulo: Setor de Publicações-Centro Universitário São Camilo**, v. 2, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saocamilo-sp.br/app/views/publicacoes/outraspublicacoes/nape_volume_02_13abr_FINAL.pdf. Acesso em: 08 de jun.2024.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CABRAL, Sheylla Beatriz; DAROSCI, Manuela. **A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://atencaopsicossocial.paginas.ufsc.br/files/2020/07/A-trajet%C3%B3ria-das-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 19 de mai. 2024.

CARTILHA, DEDDASPC. AUTISMO. **Comissão De Defesa Dos Direitos Da Pessoa Autista, OAB, Distrito Federal**, 2015. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://oabdf.org.br/wp-content/uploads/2023/06/CartilhadosDireitosdaPessoacomAutismo.pdf>. Acesso em: 05 de jun. 2024.

COSTA, Alcione do Socorro Andrade et al. **AUTISMO E QUADROS DE GUERRA: análise das disputas no campo da Política de Saúde para Pessoas com TEA pós-aprovação da Lei “Berenice Piana”(2012-2022)**. 2023. Disponível em: <http://www.tedebc.ufma.br:8080/jspui/handle/tede/4900>. Acesso em: 15 de jun. 2024.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, R. O trabalho do/da assistente social na Saúde Mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate. **Revista EDUC, Rio de Janeiro**, v. 3, n. 1, p. 93-105, 2016. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170608151751.pdf>. Acesso em: 13 de jun.2024.

DA FONSECA FERREIRA, Lorena; DE JESUS PIRES, Débora; DE OLIVEIRA, Hamilton Afonso. Saúde mental e as práticas integrativas complementares: um breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil: Mental health and complementary integrative practices: a brief history of psychiatric reform in Brazil. **Revista Expedições: Teoria da História e Historiografia (ISSN 2179-6386)**, v. 15, n. FluxoCont, p. 87-107, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/daniel2016,+87-107+Sa%C3%BAde+mental+e+as+pr%C3%A1ticas+integrativas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/daniel2016,+87-107+Sa%C3%BAde+mental+e+as+pr%C3%A1ticas+integrativas%20(1).pdf). Acesso em: 05 de jun. 2024

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

MATEUS, Manuela Maria Reis. **O assistente social da criança autista e sua família**. 2015. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12352> . Acesso em: 14 de jun. 2024.

MOURA, Heline Carline Eloi; SILVA, Gabriela de Almeida. AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: uma reflexão acerca dos desafios contemporâneos. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2015. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1212_1212612e8c48d963a.pdf <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/as-transformacoes-socio-historicas-da-politica-de-saude-mental-no-brasil-uma-reflexao-acerca-dos-desafios-contemporaneos.pdf>. Acesso em: 11 de jun. 2024.

OLIVEIRA, ALX; SOUSA, FDT de. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 11, n. 5, p. 198-212, 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 14 de jun. 2024.

_____.Alda Venusia Alves de et al. O ESTADO NEOLIBERAL E AS IMPLICAÇÕES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: uma análise a partir do golpe de 2016. **X Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1212_1212612e8c48d963a.pdf. Acesso em: 14 de jun. 2024

_____. Bruno Diniz Castro de et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação1. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 707-726, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BnZ6sVKbWM8j55qnQWskNmd/?lang=pt> . Acesso em: 06 de jun. 2024.

OPAS/OMS BRASIL. **Folha informativa - Transtornos mentais**. 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em 15 de jun. 2024.

PATRIOTA, Lucia Maria. Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. João Pessoa: UFP, 2011. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada_CD_original/Jornada_Eixo_2011/Impasses_e_Desafios_das_Politicas_da_Seguridade_Social/SAUDE%20MENTAL,%20REFORMA%20PSIQUI%20CA%20E%20FORMA%20PROFISSIONAL.pdf. Acesso em: 18 de mai. 2024.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, p. e61572, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Qp39NxcyXWj6N6DfdWWDDrR/?lang=pt> . Acesso em: 26 de mai. 2024.

PORCINO¹, José Marciel Araújo; PORCINO, Silmaria Bezerra. SAÚDE MENTAL NA ESCOLA: UM OLHAR SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO. **Transtorno do espectro autista: concepção atual e multidisciplinar na saúde**, p. 33, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/427_saude_mental_na_escola_um_olhar_sobre_o_transtorno_do_espectro_do_auti%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/427_saude_mental_na_escola_um_olhar_sobre_o_transtorno_do_espectro_do_auti%20(1).pdf). Acesso em: 27 de mai. 2024

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/?lang=pt&format=html> . Acesso em: 05 de jun. 2024

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00313145, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQtP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07 de jun. 2024.

SILVA, Daniele Vilarindo et al. Atuação do assistente social frente a criança autista e sua família no centro de referência da assistência social em um município do interior do Maranhão. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e19012340645-e19012340645, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40645> . Acesso em: 09 de jun. 2024.

____. Geovanna dos Santos da et al. O SERVIÇO SOCIAL COMO ARTICULADOR DA INCLUSÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. **Revista Educação em Foco**, nº 12, p. 01-17, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2020/06/O-SERVI%C3%87O-SOCIAL-COMO-ARTICULADOR-DA-INCLUS%C3%83O-DA-PESSOA-COM-TRANSTORNO-DO-ESPECTRO-AUTISTA.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2024.

____. Luana Maria Rocha da et al. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO: reflexões históricas e conjuntura atual no governo Bolsonaro. **X Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: UFMA**, 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_600_60061202b48667fa.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2024.

SOUZA, Rozana Aparecida et al. Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com transtorno do espectro autista. **Cadernos UniFOA**, v. 14, n. 40, p. 95-105, 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net>

[/95362039/pdf-libre.pdf?1670374251=&response-content disposition=inline%3B+filename%3DUma reflexao sobre as politicas de atend.pdf&Expires=1718898039&Signature=GxIn-krPPWgQuGsZ0dCMi-FRTXANWX1XTJRmohJN18b1mBvDd7YUtURE3~AP9SPq5QHMzJef5gnMay8z3HpOkYt7ngu8Yb2CzcZg9QBHzu1K2~DyVdNnzu5qDwOFiVsVSHMjiSMwLXvSOO-EQSVI74mKt6mVhCqGoUpVja~ksPlrpgMb2Rsj1n3HcqNITV4k8Ub24PpjKcmnVclGeBOmPybhhHmp57LD36v3CjiznWDCC6JhrnDf4mj601hqyAEyli8lYyuqIBsyknpH~pP-QVobfMo5LdqgpILu0HdX7uAMsP~DRZGU4q3Y8iTU-YOQGAbloV9q~8rs-87ZbJY7uza_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](#). Acesso em: 29 de mai. 2024.

_____, Thaisa Fernanda Queiroz et al. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **UNIFUNEC CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**, v. 2, n. 3, p. 53-64, 2018. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/2154/2955> . Acesso em: 21 de mai. 2024.

STEFFEN, Bruna Freitas et al. Diagnóstico precoce de autismo: uma revisão literária. **Revista saúde multidisciplinar**, v. 6, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/91> . Acesso em: 27 de mai. 2024.

VASCONCELOS, E.M. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Editora: Cortez Editora, São Paulo. p. 24,25,26,28, 2000.

VIANA, Aldanete dos Santos Farias et al. Papel do assistente social nos desafios enfrentados pelas pessoas com transtorno do espectro autista no interior do Pará: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e6812136480-e6812136480, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36480>. Acesso em: 12 de jun. 2024.

Capítulo 6

A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A PANDEMIA DO COVID-19

Ricardo Paiva Ferreira da Conceição



A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A PANDEMIA DO COVID-19

Ricardo Paiva Ferreira da Conceição

Bacharel e Licenciatura em Educação Física

E-mail: rickpaivapaiva@gmail.com

RESUMO

A pandemia causada pelo COVID-19 em 2020 impactou todo o cenário mundial. Com a propagação do vírus, medidas sanitárias foram necessárias para o isolamento social, uma das medidas adotadas foram o fechamento das escolas, remanejando as aulas para o formato de aulas remotas. Assim, este artigo tem como objetivo analisar e descrever, os desafios enfrentados pela Educação Física Escolar na pandemia do COVID-19 no Brasil, através de pesquisas bibliográficas de artigos na internet. Dessa forma, foi possível analisar que o ensino remoto utilizado pela Educação Física Escolar indica uma desigualdade social referente às aulas remotas para alunos de escolas da rede pública e privada. O ensino remoto, adotado para compensar o ensino presencial, não foi eficaz, havendo uma regressão no aprendizado dos conteúdos da Educação Física Escolar, como também, no aprendizado de novas habilidades motoras.

Palavras-chave: COVID-19, Ensino remoto, Desafios, Educação Física.

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19 in 2020 impacted the entire world scenario. With the spread of the virus, sanitary measures were necessary for social isolation, one of the measures adopted was the closure of schools, relocating classes to a remote class format. Thus, this article aims to analyze and describe the challenges faced by School Physical Education in the COVID-19 pandemic in Brazil, through bibliographical research of articles on the internet. In this way, it was possible to analyze that the remote teaching used by School Physical Education indicates a social inequality regarding remote classes for students from public and private schools. Remote teaching, adopted to compensate for face-to-face teaching, was not effective, resulting in a regression in the learning of School Physical Education content, as well as in the learning of new motor skills.

Keywords: COVID-19, Remote teaching, Challenges, Physical Education.

1 INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), emitiu um alerta sobre o crescimento do número de casos do COVID-19, trazendo grandes preocupações pelo desconhecimento desse vírus, sendo necessário a tomadas de medidas de prevenção e precaução, como: uso de máscara, higienização constante; distanciamento social, mantendo funcionando apenas serviços vistos como essenciais. Dessa forma, houve a necessidade de suspensão das atividades presenciais para o combate ao vírus, como essa foi uma estratégia adotada pelos governos em todo o mundo.

Sabemos que a pandemia teve um impacto significativo na saúde global, na economia, na educação e na vida cotidiana das pessoas. Já na educação as aulas presenciais tiveram que ser suspensas como medida de prevenção, assim, as escolas tiveram que aderir ao ensino remoto para evitar maiores prejuízos relacionados ao desenvolvimento dos alunos estudantes. O ensino remoto, se tornou o principal método de ensino no período pandêmico para que se pudesse atender as demandas urgentes, foi utilizado as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), e envio de atividades pedagógicas. Apesar das suas vantagens, essa modalidade de ensino, também tem suas desvantagens, ao olharmos para as questões de desigualdades sociais existentes em nosso país, visto que, parte da população não têm acesso a redes de internet ou meios de comunicação (UNESCO, 2020).

A Educação Física é um componente curricular obrigatório, executada com o objetivo de garantir o acesso dos indivíduos ao conhecimento corporal, sendo uma disciplina de caráter “teórico e prático” que sofreu efeitos negativos durante a pandemia. A educação Física escolar, se dá via três dimensões, quais sejam: procedimental que consiste em “saber fazer” uma grande variação de processo de ensino aprendizagem, atitudinal que busca... “saber ser” atitudes e valores que os alunos irão vivenciar, e por último a dimensão conceitual “saber sobre” compreendendo os conceitos e princípios (Brasil, 1998). Nesse sentido, a realização de atividades práticas corporais, que é objeto de estudo na educação física, no período remoto foi bastante prejudicada, dificultando a compreensão dos estudantes e o processo de ensino aprendizagem.

Mediante tais informações, o objetivo geral deste trabalho é analisar os impactos da pandemia da covid-19 na Educação Física Escolar. Ao que tange os objetivos específicos, o trabalho trata de apresentar a compreensão do contexto pandêmico no

Brasil; identificando os desafios da educação física escolar; e debater sobre a utilização das TICs na educação física durante a pandemia e suas questões sociais.

Buscando alcançar os objetivos propostos, o presente trabalho foi realizado através da metodologia da pesquisa qualitativa, quanto à sua abordagem, prezando pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem (Vieira e Zouain, 2005). Realizando revisão bibliográfica e pesquisa documental. Essa técnica utiliza a análise de livros, artigos, conceitos, debates, dissertações e entre outros, para o levantamento de dados. Para a elaboração do referencial teórico, destaca-se a revisão bibliográfica realizada de acordo com os temas nos trabalhos de Lakatos; Marconi (2003), e Gil, (2002). Desse modo, foi realizada a busca por trabalhos que se tratassem da Educação Física escolar na pandemia.

2 Referencial teórico

2.1 O contexto da pandemia do covid-19 no Brasil

A pandemia da COVID-19 provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século, sua origem ainda é bastante incerta, provável é que tenha surgido na cidade de Wuhan na China. Os primeiros casos, surgidos em dezembro de 2019, foram diagnosticados inicialmente como pneumonia grave.

Os primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus de 2019, diagnosticados como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida, apareceram em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China. Mais tarde, as amostras respiratórias dos doentes mostraram a presença do coronavírus (SARS-CoV-2), identificado como o agente causador da doença COVID-19. A sua rápida propagação a nível mundial levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a 11 de março de 2020, a infecção COVID-19, uma pandemia mundial. (ESTEVÃO, 2020, p.5).

A pandemia evoluiu rapidamente no Brasil, e o insuficiente conhecimento sobre esse vírus no início, trouxe consequências avassaladoras como a morte de milhares de pessoas, principalmente aqueles que estavam em situação de vulnerabilidade social, condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração. A grande demanda por atendimento médico-hospitalar causou colapso no Sistema Único de Saúde (SUS), que não conseguiu suprir as necessidades da população.

A pandemia da Covid-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, noterritório, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. (Oliveira, Duarte, França, Garcia, 2020).

Nesse contexto, a COVID-19 tratava-se de um vírus altamente contagioso, podendo ser transmitido: por gotículas de saliva expelidas no ar, mediante tosse e espirros; por contato físico, através de apertos de mão, abraços, beijos, e por contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguidos sempre de contato com nariz, boca ou olhos. Assim, foram necessária adoção de diversas estratégias, para que não houvesse a multiplicação do vírus, como o distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscara, objetos e superfícies com álcool em gel, redução do número de pessoas em espaços reduzidos, como também a opção, em alguns locais, pelo *lockdown*, visando frear a disseminação (Brasil, 2023).

As condições precárias de moradia e saneamento básico, em residências aglomeradas e obstáculos para o acesso de água potável, tendem a afetar a adoção das medidas preventivas para conter a rápida multiplicação do coronavírus (Werneck; Carvalho, 2020). Nesse sentido, torna-se complexa a realização de alguns cuidados individuais e coletivos.

Portanto, com a prática do isolamento social, a economia e a educação foram bastante afetados. O fechamento de comércios que não era considerado essencial, além de afetar a economia do país com o fechamento de várias empresas, diversas pessoas perderam seus empregos. Já na educação, as aulas presenciais foram substituídas por aulas virtuais, realizadas por meio de computadores e celulares ou através do envio de atividades pedagógicas impressas. Contudo, a sociedade foi afetada por inteiro, frente a várias questões sociais, como o não acesso a aparelho celular ou a falta de internet.

2.2 Os desafios da educação física escolar na pandemia

A Educação Física escolar é uma disciplina curricular cujo objetivo é promover o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e social dos alunos por meio de atividades físicas e esportivas. Ela é parte integrante do currículo escolar em muitos países e desempenha um papel fundamental no desenvolvimento global dos estudantes. Conforme definido pelo Ministério da Educação (MEC):

É fundamental frisar que a Educação Física oferece uma série de possibilidades para enriquecer a experiência das crianças, jovens e adultos na Educação Básica, permitindo o acesso a um vasto universo cultural. Esse universo compreende saberes corporais, experiências estéticas, emotivas, lúdicas e agonistas, que se inscrevem, mas não se restringem, à racionalidade típica dos saberes científicos que, comumente, orientam as práticas pedagógicas na escola. Experimentar e analisar as diferentes formas de expressão que não se alicerçam apenas nessa racionalidade é uma das potencialidades desse componente na Educação Básica. Para além da vivência, a experiência efetiva das práticas corporais oportuniza aos alunos participar, de forma autônoma, em contextos de lazer e saúde. (BRASIL, 2018).

Desta forma, as atividades lúdicas realizadas em grupos pode ser o meio mais viável para a prática da socialização dos alunos na Educação Física escolar. As atividades em grupos são importantes, principalmente em relação a cooperação entre os sujeitos, por estimular o comportamento social e coletivo, o autocontrole, o respeito ao próximo. Entretanto, com o surgimento da COVID-19 no Brasil, em 2020, esses ideais foram rompidos com o isolamento social.

O isolamento social foi usado como medida preventiva para a propagação do vírus. Os fechamentos das instituições de ensino proibiram as aulas presenciais de Estados e Municípios de todo Brasil, sendo necessário a adaptação das aulas presenciais para plataformas *on-line*, mediadas com o emprego de diversas mídias digitais.

O MEC define o Ensino à Distância (EAD) como uma forma de “ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos [...] organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação” (Brasil, 1998). Como também, “é uma forma de ensino- aprendizagem mediada por Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) que permitem que o professor e o estudante estejam em ambientes físicos diferentes” (Costa, 2017, p. 61).

Desse modo, ao analisarmos as questões sociais existentes no Brasil, apesar de ter sido um desafio modificar as práticas pedagógicas para um contexto de pandemia, o EAD acabou por precarizar, ainda mais, a interação entre o professor e o aluno. Nesse sentido, Vygotsky (1934) afirma que “a interação entre os indivíduos possibilita a geração de novas experiências e conhecimento.”

No meio educacional, independente da modalidade de ensino, a interatividade é de fundamental importância para muito além da aprendizagem dos conteúdos, para outras competências serem desenvolvidas, ou seja, a interação entre indivíduos é crucial para o

desenvolvimento humano, contribuindo em aspectos físicos, emocionais, cognitivos e sociais. Logo, a capacidade de se relacionar de forma saudável e construtiva é um elemento central para o bem-estar e o desenvolvimento humano.

Contudo, é importante destacar que o impacto, foi um grande desafiador, com perdas que deixaram lacunas em toda sociedade, com as desigualdades sociais, a educação a distância, impactos no emprego e economia, mudanças nas dinâmicas familiares e aceleração da transformação digital. Nesse contexto, também vale mencionar que apesar do desafio da Educação Física Escolar na pandemia, hoje os professores se encontram mais preparados com conhecimentos adquiridos, seja em práticas pedagógicas ou tecnológicas, já que não era da rotina tanto de alunos como de professores utilizar esses meios para apreender e ensinar na Educação Física Escolar.

2.3 TICs na pandemia e suas questões sociais.

As práticas corporais existem desde a pré-história na vida do homem a partir de atividades ritualísticas e de sobrevivência. No olhar da educação física, tais práticas eram tidas como disciplinadora de corpos; no qual preparava homens para guerra e era referenciado com o nome de ginástica; passou por teorias esportistas, buscando a construção de atletas; e desde os anos 90 atingiu uma concepção pedagógica que vem se aperfeiçoando e se adaptando às necessidades da sociedade (Darido, 2011).

A Educação Física é definida como um componente curricular obrigatório na educação brasileira, estando presente na educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Tendo como objeto de estudo a cultura corporal de movimento, que pode ser compreendida como práticas corporais construídas sociohistoricamente ao longo dos anos (BRASIL, 2013).

A EF [Educação Física] é a disciplina que mais se preocupa com o desenvolvimento dos aspectos motores, embora também tenha como propósito o desenvolvimento dos aspectos cognitivos, afetivos e outros. Sendo assim, é preciso encontrar alternativas além das atividades físicas, por meio das atividades diferenciadas, como neste caso a inclusão das TICs nas aulas, a fim de desenvolver os demais domínios do comportamento humano (Montiel, 2016, p. 7).

Considerando a evolução tecnológica, pode-se dizer que as novas Tecnologias de Informação e Comunicação também estão ligadas e exercem influências nas mais diversas

práticas esportivas. Além disso, por estar no dia a dia dos alunos, as TICs tornam-se um facilitador para o professor, de forma que esse possa se aproximar, cada vez mais, da realidade de seus alunos, utilizando estas como potencializadoras das práticas pedagógicas desenvolvidas nas aulas (Moreira; Morato, 2020).

Embora já estivessem sendo utilizadas, foi no contexto pandêmico, que se iniciou o debate sobre a utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs). No ensino. Um novo formato das aulas de Educação Física começa a surgir, em um cenário desafiador e inseguro, as escolas e os professores tiveram que adaptar suas práticas pedagógicas e até os currículos para atender a essas novas demandas. O uso das TICs na Educação Física passou de uma opção inovadora para algo obrigatório e o único caminho. Dessa forma, surge a necessidade de discutir como está acontecendo esse processo (Lima; Falcão; Lima, 2021). Oliveira, Ferreira e Silva (2020), definem o uso de TICs na EF como:

Na EF, definimos TIC como importante recurso para a preparação de ações pedagógicas, cabendo ao professor problematizar constantemente situações para um despertar crítico sobre a espetacularização esportiva na TV, estimular perspectivas sobre a mídia, partindo de iniciativas de cada região ou escola (Oliveira; Ferreira; Silva, 2020, p.2).

Em 17 de março de 2020, o Ministério da Educação (MEC), publicou a Portaria nº 343, autorizando a “substituição das disciplinas presenciais, em andamento, por aulas que utilizem meios e tecnologias de informação e comunicação” (BRASIL, 2020). Contudo, os meios pedagógicos ficaram a cargo dos Estados, cidades, municípios e até da própria escola para dar seguimento ao processo educacional. Logo, as ferramentas das Tecnologias de Informação e Comunicação, utilizadas por professores e estudantes, eram celulares, tablets, computadores, televisão, plataformas digitais, aplicativos de reunião ao vivo, de mensagens, de produção de questionários (Lima; Falcão; Lima, 2021).

Nesse sentido, podemos afirmar que a utilização de tais meios tornou-se um grande agravante no sistema educacional. A desigualdade social, existente no país demonstrou efeito tanto no ensino básico quanto no ensino superior. Apesar de existir alguns avanços na democratização das instituições educacionais, ainda temos um sistema de ensino marcado pela distinção de raça, classe e gênero entre estudantes (Mourão, 2021).

[...] divulgada em julho deste ano, 99,3% das escolas brasileiras suspenderam atividades presenciais durante a pandemia da Covid-19. [...] A pesquisa, denominada Resposta Educacional à Pandemia de Covid-

19 no Brasil, aponta que pouco mais de 53% das escolas públicas conseguiram manter o calendário letivo original no ano passado. No ensino privado, cerca de 70% das escolas conseguiram manter a previsão inalterada. O levantamento foi realizado entre fevereiro e maio de 2021, com a segunda etapa do Censo Escolar 2020. Segundo o Inep, os dados aferidos serão fundamentais para a compreensão das consequências da pandemia no sistema educacional brasileiro. Para isso, o Inep desenvolveu um formulário específico para coletar informações sobre a situação e as estratégias adotadas pelas escolas durante o ano letivo. Ao todo, 94% das escolas responderam ao questionário aplicado pelo Inep como complementação do Censo Escolar. O percentual corresponde a 97,2% e 83,2% das redes pública e privada, respectivamente. (BRASIL, 2021).

Contudo, a transferência do ensino presencial para o ensino remoto, alunos em áreas com infraestrutura limitada de internet ou com recursos tecnológicos escassos enfrentaram maiores dificuldades na participação do ensino à distância se comparados a alunos detentores de melhores condições de tais elementos, como também a ausência do ambiente escolar tradicional afetou o interesse e a participação dos alunos. Aumentando os índices de problemas como: ansiedade, medo, estresse, insônia, depressão e outros (Raiol, 2020), se agravando pelo desafio do não acesso à prática de exercícios físicos regulares.

De acordo com Caetano; Silva e Teixeira (2020), percebe-se que a proposta de ensino remoto representou um grande desafio para a educação, pois, as escolas de redes estaduais até se adequaram a plataforma “online”, mas a rede municipal enfrentou muitos empecilhos devido à dificuldade de acesso dos estudantes.

Os desafios são muitos, como por exemplo, problemas de conectividade, famílias que não tem acesso aos recursos tecnológicos e não têm condições de ajudar academicamente seus filhos, alunos que não tem maturidade para estudar a distância e professores sem formação específica para lidar com o ensino remoto. (Grossi; Minoda; Fonseca, 2020, p.166).

Além disso, muitos estudantes se mostraram desanimados e sem incentivo para estudar. Diversos aspectos de diferenciação social se destacaram, entre escolas públicas e privadas, ricos e pobres, isto porque, aqueles que tinham acesso à rede privada se adaptaram melhor, já aqueles da rede pública tiveram mais dificuldades na nova prática educacional. Segundo dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC, 2019):

[...] a pesquisa TIC Domicílios revelou que 95% das pessoas da classe A e 85% das pessoas da classe B (classes altas) têm computador em casa, para a classe C a média é de 44% e entre as classes D e E (as mais desfavorecidas) a percentual é de 14%. Além disso, os internautas das classes A e B são quase 100%, para a classe média 80% e entre as classes mais desfavorecidas 50%. Nas cidades, o percentual de uso da internet é de 77%, enquanto nas áreas rurais é de 53% (Godoi et al., 2021, p.5).

Santos et al. (2021), afirma que a pandemia, para o ensino, trouxe insegurança e a exclusão digital potencializou ainda mais as desigualdades educacionais, no entanto, também proporcionou uma reflexão sobre as várias mudanças sociais/estruturais que precisam ocorrer para garantir “uma educação de qualidade acessível a todos, especialmente no aspecto de reconhecimento e valorização do papel do professor na construção da aprendizagem com soluções criativas e paliativas”.

Cunha, Silva e Silva (2020) apontam que os principais fatores que corroboram para a desigualdade no acesso à internet são: renda familiar, idade e pobreza. Mas também o gênero, etnia e grau de instrução estão relacionados à desigualdade no uso das TICs isso se efetiva a partir das diferenças demográficas e socioeconômicos entre esses grupos, pois mesmo tendo acesso, não significa que desenvolveram as habilidades e competências necessárias no uso das TICs.

Vale destacar que não é somente a falta de acessibilidade aos recursos tecnológicos e digitais que impossibilitam uma educação de qualidade pelas aulas remotas. Um considerável quantitativo de alunos, possuem familiares que não têm um bom nível de escolaridade resultando em dificuldades na assistência, principalmente, nas crianças, para o desenvolvimento das atividades propostas pela instituição de ensino. Além da falta de capacitação e formação fragilizada no que concerne ao uso das TICs que, em conjunto a fatores emocionais e pedagógicos impactados pelo isolamento, comprometem a qualidade das aulas de Educação Física Escolar, visto que a dificuldade na realização das práticas corporais impõe ao docente a necessidade de reinventar suas práticas pedagógicas (Francisco, 2021).

É válido reafirmar o papel do professor que precisou adaptar sua casa, deixando de lado quadras e sala de aula, para contribuir com o ensino-aprendizagem de alunos e alunas, realizando gravação de vídeos com atividades lúdicas em espaços reduzidos, deixando seu espaço de privacidade e descanso para se tornar sua sala de aula. Também é necessário mencionar a importância do apoio familiar para a execução dos exercícios, isto porque, os professores de Educação física possuem bastantes dificuldades,

principalmente, nas aulas práticas, por mais que haja conteúdos bem adaptados para entendimento, a distância e a falta de contato, impossibilita a correção e verificação de diferentes comportamentos e movimentos corporais. Nesse sentido, a prática de atividades regulares, contribuem para a manutenção do condicionamento físico e para a redução da ansiedade e do estresse, ocasionados pelo isolamento social (Raiol, 2020).

Fica evidente a parceria entre as escolas e os pais durante o isolamento domiciliar, e a arte de educar passa a ter enfim a ajuda da família, evidenciando o que cada um sabe e pode oferecer, para garantir o direito de aprender aos alunos. Tendo em vista as dificuldades que ainda permeiam as TIC, as diversas alternativas contribuem de maneiras diferentes e estimulam o trabalho coletivo, sem deixar nenhum aluno para trás (Oliveira, 2020, p.8).

Dessa maneira, pode-se considerar que, apesar da existência de diversas dificuldades e limitações, a aproximação entre familiares e professores permite que seja possível manter um nível adequado das aulas de Educação Física, explorando diversas dimensões como os aspectos motores, cognitivos e afetivo-sociais, tematizando diversas práticas, desde que haja uma boa condução das aulas através das TICs (Oliveira; Ferreira; Silva, 2020).

Fica nítido que a Educação Física passou por diversos desafios e limitações durante o período de aulas remotas, ocasionando obstáculos em todos os setores e segmentos educacionais, principalmente, pela maneira repentina que se deu o ensino *online* e dificuldades pela falta de acessibilidade a que os alunos possuem com relação às TICs.

Mesmo com todos os desafios citados, ao passar o período pandêmico, a tarefa do sistema educacional deverá ser mais atenta ainda, na busca por reparação das fragilidades e problemas evidentes ocasionados por tal mudança na educação. Além disso, as dificuldades provenientes da desigualdade socioeconômica no Brasil pesarão, ainda mais, para o desenvolvimento educacional no país, visto que as condições de acesso e permanência escolar estarão em risco, podendo até acarretar o aumento do trabalho infantil (Oliveira; Ferreira; Silva, 2020).

Por fim, as medidas a serem adotadas precisam ser bem planejadas e sistematizadas considerando as múltiplas realidades do Brasil, de maneira que proporcionem um ensino baseado nas diversas realidades sociais que o sistema abarca, implicando em um maior conhecimento de causa e melhor delineamento das estratégias para dificultar o agravamento das desigualdades presentes em todo contexto brasileiro (Francisco, 2021).

A transição do ensino presencial para o ensino remoto desafiou alunos, professores, escolas e redes de ensino. E, assim como qualquer desafio olímpico, exigiu o esforço de diversas pessoas para que uma meta pudesse ser alcançada. No entanto, para atingir a meta, a amizade e o respeito se fizeram presentes quando se propôs uma produção colaborativa. Buscou-se a excelência para transformar um conteúdo que é atraente por si só, em algo que tocasse os alunos em sua complexidade. E, assim, fica explícito que, em qualquer atividade, seja o 'ser professor' ou o 'ser atleta' ou o 'ser aluno', os valores, adjetivados como olímpicos, são frutos das mais variadas mobilizações humanas (SANTOS; QUINTILIO; PEREZ, 2020, p.205).

Feitas tais considerações, é correto afirmar que apesar das diversas dificuldades no desenvolvimento da Educação Física Escolar, os professores de Educação Física traçaram estratégias para propor aulas teóricas e práticas de qualidade, pensando no bem-estar dos alunos, superando os mais variados desafios existentes em nosso país e se adaptando às possibilidades para disseminar a cultura corporal de movimento na educação básica, como também, evitando o adoecimento mental desses alunos em meio a pandemia do COVID-19.

3 CONCLUSÃO

O cenário educacional mudou drasticamente no ano de 2020 devido à pandemia do novocoronavírus, a Covid-19. Isso fez com que as aulas presenciais fossem interrompidas mediante a necessidade de conter a contaminação do vírus respiratório pelas escolas e demais setores da sociedade. Com isso, os órgãos e as instituições escolares, tiveram que se reinventar e se adaptar ao novo cenário de aulas remotas.

As aulas remotas foram realizadas utilizando de ferramentas tecnológicas para substituir e amenizar os impactos causados pela falta do ensino presencial, objetivando uma continuidade do ensino com melhor eficácia. Para tanto, as escolas adotaram as TICs (Tecnologias de Informação e Comunicação) como principal ferramenta de uso para alunos e professores durante este período.

Baseando-se nos fatos apresentados, é possível afirmar que os objetivos desse trabalho foram alcançados e que o retorno das atividades escolares presenciais definitivamente será um grande desafio, visto que serão necessárias diversas reformulações. Diante disso, os professores devem continuar com o processo de educação permanente e buscar por novos meios e mecanismos de ensino todos os dias, trabalhando

as competências da área de Educação Física, para que assim possam direcionar aulas de melhor qualidade.

Com relação à temática da utilização das TICs nas aulas remotas e híbridas, deve-se ter um maior aprofundamento a fim de levar em consideração as dimensões territoriais brasileiras, um país onde a desigualdade social se apresenta nos mais diversos espaços da sociedade e cujo campo da inclusão tecnológica evidencia que nem todos têm o mesmo acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação.

Portanto, mediante todo o contexto pandêmico e desafios enfrentados no sistema educacional, também é válido mencionar o olhar atento por parte dos professores, que vai além do ensino acadêmico; essa afirmação parte da compreensão de que o trabalho do professor envolve o apoio e o incentivo ao desenvolvimento integral dos alunos, considerando suas necessidades individuais, características socioemocionais e contextos de vida. Essa abordagem personalizada contribui significativamente para o sucesso e o bem-estar dos estudantes.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL, 2021. Ministério da Educação. **Censo escolar**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-escolar/divulgados-dados-sobre-impacto-da-pandemia-na-educacao>>. Acesso em: 21 de dez, 2023.

BRASIL, 2023. Ministério da Saúde. **Como se proteger?**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/como-se-proteger>. Acesso em: 08 de dez, 2023.

BRASIL. **Decreto n. 2.494, de 10 de fevereiro de 1998**. Regulamenta o Art. 80 da LDB (Lei n.º 9.394/96). Diário Oficial da União Brasília, DF, 11 fev. 199

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2018

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF. 2018. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/historico/BNCC_EnsinoMedio_ambaixa_site_110518.pdf. Acesso em: 12 de nov, 2023.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física**, 3º e 4º ciclos, v. 7, Brasília: MEC, 1998.

CAETANO, Marcio; SILVA Júnior, Paulo Melgaço; TEIXEIRA, Tarcísio Manfrenatti de Souza. **Educação em tempos de pandemia: reflexões sobre políticas de educação.** IN: Educação e Democracia em Tempos de Pandemia. Rio de Janeiro: Revista Interinstitucional Artes de Educar. v. 6 – n. esp., p. 116-138, jun-out. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/riae.2020.52036>>. Acesso em: 11 de nov, 2023.

COSTA, Adriano Ribeiro da. **A educação à distância no Brasil: concepções, histórico e bases legais.** Revista Eletrônica do Centro Universitário do Rio São Francisco, Paulo Afonso, n. 12, p.59-74, 2017. Disponível em:

https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/12/a_educacao_a_distancia_no_brasil_concepcoes_historico_e_bases_legais.pdf. Acesso em: 29 de nov, 2023.

CUNHA, L. F. F.; SILVA, A. S.; SILVA, A. P. **O ensino remoto no Brasil em tempos de pandemia: diálogos acerca da qualidade e do direito e acesso à educação.** Revista Com Censo: Estudos Educacionais do Distrito Federal, v. 7, n. 3, p. 2737, 2020.

DARIDO, Suraya Cristina. **Educação física na escola: questões e reflexões.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ESTEVÃO, Amélia. **COVID-19.** Acta Radiológica Portuguesa, v. 32, n. 1, p. 5-6, 2020.

FERREIRA, Verônica Moreira Souto; DE OLIVEIRA, Tálita Regina Henrique; DA SILVA, Maria Ivonaide Félix Duarte. **Desafios Em Tempos De Pandemia: O Ensino Remoto Emergencial Da Educação Física No Ensino Fundamental.** In: Anais do CIET: EnPED: 2020-(Congresso Internacional de Educação e Tecnologias| Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância). 2020.

FRANCISCO, I. S. R. **Tecnologias Educacionais: o uso das TICs durante a pandemia,2021.** Paripiranga, p. 1 – 83, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GODOI, M.; KAWASHIMA, L. B.; GOMES, L.; CANEVA, C. **O ensino remoto durante a pandemia de covid-19: desafios, aprendizagens e expectativas dos professores universitários de Educação Física.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 10, p.1-19, 2020.

GROSSI, Marcia Gorett Ribeiro; MINODA, Dalva de Souza; FONSECA, Renata Gadoni Porto. **Impacto da pandemia do COVID-19 na educação: reflexos na vida das famílias.** Revista Teoria e prática da Educação. v. 23, n. 3, p. 150-170, set-dez, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/53672/751375151438>. Acesso em: 11 de nov, 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo, SP: Atlas 2003.

LIMA, Paulo Rogério; FALCÃO, Giovana Maria Belém; LIMA, Ana Ignez Belém. **Atuação dos professores de Educação Física no contexto de mudanças advindas do ensino remoto**: Performance of Physical Education teachers in Icó-CE in the context of changes from remote education. Revista Cocar, [S. l.], v. 15, n. 31, 2021.

MONTIEL, Fabiana Celente; ANDRADE, Daniëlle. **Tecnologias da Informação e Comunicação nas Aulas de Educação Física-Uma Experiência no IFSUL**. SIED: EnPED- Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, 2016.

MOREIRA, Rosane Paula; MORATO, Rafael Santos. **Educação 4.0 e as tecnologias da informação e comunicação (TICs): a educação em direitos humanos no uso do WhatsApp**. SCIAS. Direitos Humanos e Educação, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 95-117, 2020

MOURÃO, Macedo Renata. **Desigualdades digitais e educação, 2021**. Disponível em: <<https://cienciahoje.org.br/artigo/desigualdades-digitais-e-educacao/>>. Acesso em: 21 dez de 2023.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de Elisete. GIOVANNY Duarte FRANÇA Vinícius Araújo de. GARCIA Leila Posenato. **Como o Brasil pode deter a COVID-19**, Epidemiol. Serv. Saúde 29(2). 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>
[https://www.scielo.br/j/ress/a/KYNS\[1\]HRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/ress/a/KYNS[1]HRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt)>. Acesso em: 08 de dez, 2023.

RAIOL, Rodolfo A. **Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 2804-2813, 2020.

SANTOS, Magalí Cabral dos; [et.al.]. **Educação e COVID-19: os impactos da pandemia no ensino-aprendizagem**. Curitiba-PR: Brazilian Journal of Development. v.7, n.6, p. 60760- 60779, jun. 2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n6-449. Acesso em: 11 de dez, 2023.

SANTOS, Sergio Oliveira; QUINTILIO, Natalia Kohatsu; PEREZ, Carlos Rey. **A Educação Olímpica em tempos de pandemia e ensino remoto**. Olimpianos-Journal of Olympic Studies,[S. l.], v. 4, p. 193-206, 2020

UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. **COVID-19 Educational Disruption and Response**. UNESCO Website. Disponível em: <https://en.unesco.org>. Acesso em 16 dez. 2023..

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WERNECK, G. L. & CARVALHO, M. S. **A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. Cadernos de Saúde Pública, 36(5): e00068820, 2020.

AUTORES



Carla Rafaela Pinheiro

Assistente Social. Especialista em Atenção à Saúde Renal pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Residente em Atenção à Saúde da Criança pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). E-mail: rafaelpinheiros2018@gmail.com

Claudvan Alves da Silva

Graduando do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – claudvan.silva.702@ufrn.edu.br.

Débora Natasha de Araújo Santos

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – natashadebora101@gmail.com.

Fábio José Brito dos Santos

Mestre em Ciências da Religião pela Universidade do Estado do Pará – UEPA. Doutorando em Educação pela Universidade Estadual de Londrina – UEL. E-mail: fabyosantos819@gmail.com

Géssica Gabriela Duarte de Paiva

Graduanda do 4º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – gessicagabrieladp@gmail.com

Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho

Assistente Social. Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: glaucejane.castilho@huufma.br

Isadora Ribeiro e Silva

Assistente Social. Residente em Atenção à Saúde da Mulher pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão. E-mail: isadoraribeiros96@gmail.com

Júnior Ferreira Pinto

Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará - UEPA. E-mail: juniorferreirahhh@gmail.com

Malena Letícia Lopes da Silva

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – malenalopes11@gmail.com.

Maria Clara Martins Silva

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – mariaclarams16@gmail.com.

Marly de Jesus Sá Dias

Pós-Doutorado em Estudos das Migrações pelo Centro dos Estudos das Migrações e Relações Interculturais - CEMRI da Universidade Aberta de Lisboa, Doutora em Políticas Públicas pela UFMA, Mestra em Educação pela UFMA e Especialista em Metodologia de Ensino Superior pela UFMA. E-mail: marly.dias@ufma.br

Milena Maria Gomes Soares

Graduanda do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – milena.maria24@outlook.com

Ricardo Paiva Ferreira da Conceição

Bacharel e Licenciatura em Educação Física. E-mail: rickpaivapaiva@gmail.com

Vitor Ryan Bezerra de Moraes

Graduando do 7º período em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – moraisryan321@gmail.com.

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Essa definição holística reconhece a interconexão entre o corpo, a mente e o espírito, e a importância de manter o equilíbrio em todas essas áreas para uma vida saudável e plena.



Conexão entre Corpo, Mente e Espírito

Esses três aspectos da saúde estão profundamente interligados. Por exemplo, o estresse mental pode levar a problemas físicos, como hipertensão ou problemas digestivos, e também pode afetar a saúde espiritual, resultando em uma sensação de perda de propósito. Da mesma forma, cuidar do corpo através de exercícios pode melhorar a saúde mental, liberando endorfinas que promovem bem-estar, e pode fortalecer a saúde espiritual ao aumentar a conexão consigo mesmo e com o mundo ao redor.

A busca pelo equilíbrio entre corpo, mente e espírito é essencial para uma vida saudável e realizada. Ignorar um desses aspectos pode levar a um desequilíbrio que afeta a qualidade de vida como um todo.


Editora
UNIESMERO

ISBN 978-655492089-6



9 786554 920896