

# Olhares Múltiplos

ARTE, HUMANIZAÇÃO E SAÚDE

Organizadores:

Mirna Albuquerque Frota

Karla Maria Carneiro Rolim

Aline Veras Morais Brilhante

Thiago Medeiros da Costa Daniele

The logo for PoD Editora features a stylized tree icon composed of small dots, positioned above the text 'PoD' in a bold, sans-serif font, with 'editora' in a smaller font below it.

PoD  
editora



# **Olhares Múltiplos**

**ARTE, HUMANIZAÇÃO E SAÚDE**



Organizadores:  
Mirna Albuquerque Frota  
Karla Maria Carneiro Rolim  
Aline Veras Morais Brilhante  
Thiago Medeiros da Costa Daniele

# **Olhares Múltiplos**

**ARTE, HUMANIZAÇÃO E SAÚDE**



Rio de Janeiro  
2024



OS AUTORES responsabilizam-se inteiramente pela originalidade e integridade do conteúdo desta OBRA, bem como isenta a EDITORA de qualquer obrigação judicial decorrente de violação de direitos autorais ou direitos de imagem contidos na OBRA, que declara sob as penas da Lei ser de sua única e exclusiva autoria.

Olhares múltiplos: arte, humanização e saúde

Copyright © 2024

Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim,  
Aline Veras Moraes Brilhante e Thiago Medeiros da Costa Daniele

Todos os direitos são reservados no Brasil

**Impressão e Acabamento:**

Pod Editora

Rua Imperatriz Leopoldina, 8/1110 – Pça Tiradentes

Centro – 20060-030 – Rio de Janeiro

Tel. 21 2236-0844 • atendimento@podeditora.com.br

www.podeditora.com.br

Revisão: **Pod Editora**

Diagramação: **Pod Editora**

Capa: **Pod Editora**

Foto de Capa: **Arthur Veras Brilhante**

Nenhuma parte desta publicação pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico, fotocópia, gravação etc. — nem apropriada ou estocada em banco de dados sem a expressa autorização dos autores.

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

O38

Olhares múltiplos : arte, humanização e saúde / organização Mirna Albuquerque Frota ...  
[et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Pod, 2024.

290 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-65-5947-322-9

1. Saúde pública. 2. Humanização dos serviços de saúde. I. Frota, Mirna Albuquerque.

24-94129

CDD: 362.1

CDU: 614



# Apresentação

A coletânea promove uma leitura científica, acadêmica e cultural de temas importantes relativos à Arte, Humanização e Saúde. Uma partilha iniciada no Pós-doutorado no Centro Hospitalar Universitário (CHU) de Rouen/França, com ênfase na tríade que é o título da obra: **“Olhares Múltiplos: Arte, Humanização e Saúde”**. Essa obra reflete a importância de unir diferentes áreas do conhecimento em torno de uma discussão fundamental para o campo da saúde e sua prática no cotidiano das relações humanas.

Desta forma, os capítulos deste livro apresentam textos científicos originais, revisões de literatura e relatos de experiência, todos enredados, de maneira inspiradora e reflexiva, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ao longo dos dezesseis capítulos, 80 autores oferecem diferentes concepções sobre o enfrentamento e a superação dos desafios relativos à Arte, Humanização e Saúde. Entre esses autores, revelam-se diversas parcerias estabelecidas entre a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e renomadas Instituições de Ensino Superior, nacionais e internacionais, que contribuem para um debate sério e articulado.

Essa coletânea também se destaca por promover um espaço de diálogo entre a teoria e a prática, trazendo reflexões que vão além do ambiente acadêmico, com implicações diretas na formação de profissionais da saúde e na criação de políticas públicas. A conexão entre as artes, a humanização e os cuidados em saúde aqui apresentada, reforça a necessidade de um olhar empático e cuidadoso na atuação cotidiana. A valorização da subjetividade, do acolhimento e da sensibilidade são pontos centrais que permeiam os textos, demonstrando como a arte pode ser uma ferramenta poderosa na construção de ambientes terapêuticos que priorizam o bem-estar integral dos indivíduos.

A coletânea tem como constructo a interlocução que se inicia com ênfase na saúde da criança, destacada nos capítulos intitulados: “Práticas Familiares relacionadas à alimentação e suplementação de Micronutrientes na Atenção às Crianças de até seis anos” e “Sentidos como Representação Simbólica de Crianças com Câncer”. No

capítulo “Personality and Health: Understanding the Whole Person (Body, Mind and Psyche)”, os autores trazem reflexões sobre a relação entre saúde e felicidade. A obra segue abordando a saúde da mulher, com destaque para temas como “A Dança Contemporânea como Exercício Físico e Estratégia de Promoção da Saúde de Gestantes” e “O Carimbo da Placenta como Prática de Humanização da Assistência do Parto”. Além disso, questões relacionadas à promoção da saúde mental em contextos de pandemia são discutidas no capítulo “O Uso de Oficinas Ateliê como Possibilidades de (Auto) Cuidado e Promoção da Saúde Mental em Contexto Pandêmico e de Isolamento Social”.

Por fim, a coletânea destaca a importância da arte na promoção de saúde e humanização, com capítulos “Arteterapia no Tratamento não Farmacológico da Dor: Uma Revisão Sistemática”, “Audiodescrição como Recurso de Acessibilidade de Pessoas com Deficiência Visual às Artes” e “A Vida como Obra de Arte: Por uma Clínica Humanizada em Saúde”. Esses textos revelam trajetórias inspiradoras que acessam diretamente áreas de importância global, promovendo um olhar renovado sobre a arte e a humanização no cuidado à saúde.

Agradecemos a todos os autores que contribuíram com esta publicação. Estas parcerias ampliam o fazer científico, promovendo transformações éticas e humanas por meio da ciência e da inovação de forma acessível e com qualidade.

Desejamos uma excelente leitura e esperamos que as produções textuais motivem e inspirem novos caminhos científicos necessários para fortalecer o olhar da Arte no cuidado humanizado, capaz de atingir a sensibilidade tão necessária no cenário do cuidar nos dias de hoje.

Mirna Albuquerque Frota  
Karla Maria Carneiro Rolim  
Aline Veras Morais Brillhante  
Thiago Medeiros da Costa Daniele

## Sumário

Apresentação.....	5
Introdução .....	9
<b>CAPÍTULO 1.</b> Práticas Familiares Relacionadas à Alimentação e Suplementação de Micronutrientes na Atenção às Crianças de até Seis Anos.....	17
<b>CAPÍTULO 2.</b> Sentidos como Representação Simbólica de Crianças com Câncer .....	35
<b>CAPÍTULO 3.</b> Personality and Health: Understanding the Whole Person (body, mind, and psyche).....	47
<b>CAPÍTULO 4.</b> O Olhar da Psicopedagogia no Processo de Humanização e Afetividade no Ambiente Escolar .....	87
<b>CAPÍTULO 5.</b> Por que os Parceiros Sexuais de Gestantes com Sífilis não Comparecem para Tratamento na Atenção Primária?...	101
<b>CAPÍTULO 6.</b> A Dança Contemporânea como Exercício Físico e Estratégia de Promoção a Saúde de Gestantes.....	119
<b>CAPÍTULO 7.</b> O Carimbo de Placenta como Prática de Humanização da Assistência ao Parto .....	137
<b>CAPÍTULO 8.</b> Jogos Eletrônicos e uso de Redes Sociais: Principais Barreiras Percebidas para a Prática de Atividade Física em Adolescentes.....	149
<b>CAPÍTULO 9.</b> Estudo Preliminar dos Efeitos Nervosos Centrais de Plantas Utilizadas por Praticantes de Candomblé Contra "doenças psíquicas" .....	163
<b>CAPÍTULO 10.</b> O Uso de Oficinas-Ateliê como Possibilidades de (Auto) Cuidado e Promoção da Saúde Mental em Contexto Pandêmico e de Isolamento Social .....	171
<b>CAPÍTULO 11.</b> O Ser e não a Doença, eis o Foco do Cuidado .....	187
<b>CAPÍTULO 12.</b> Arteterapia no Tratamento não Farmacológico da Dor: uma Revisão Sistemática.....	203

<b>CAPÍTULO 13.</b> Audiodescrição como Recurso de Acessibilidade de Pessoas com Deficiência Visual às Artes.....	217
<b>CAPÍTULO 14.</b> Arteterapia, Arte-educação e Reverberações na Qualificação Profissional: Narrativas sobre um Processo de Formação.....	231
<b>CAPÍTULO 15.</b> A Vida Como Obra de Arte: por uma Clínica Humanizada em Saúde.....	245
<b>CAPÍTULO 16.</b> Percepção Parental sobre o Impacto dos Tecidos de Poliéster no Bem-Estar Sensorial de Crianças com Autismo.....	265
Sobre os Autores.....	281

## Introdução

“**Arte, humanização e saúde**” é o tema do livro de um vasto conjunto de autores profissionais de várias áreas, que na sua prática têm a preocupação de harmonizar esta trilogia para, nos diferentes contextos, promover e valorizar a humanização dos cuidados.

A **arte**, sempre despertou vários olhares. A arte como expressão transmite a emoção que o artista intencionalmente quer manifestar na sua obra, obra essa que pode contribuir para a construção de um ambiente favorável, um espaço em que o detalhe das “peças/obra de arte” podem transmitir sensações de relaxamento ou bem-estar para quem nele trabalha ou seja cuidado. As diferentes formas de arte podem também contribuir para o enriquecimento científico, para o desenvolvimento estético e para ensino-aprendizagem, estimulando a capacidade raciocinar e criar, contribui ainda para a humanização dos cuidados.

A arte associada às várias ciências é relatada por vários autores. Hipócrates, há mais 2500 anos falava da arte da medicina. Já mais recente (1854) Florence Nightingale também referiu a Enfermagem como uma arte. Mais recente Paulo Freire também apresenta a educação e a pedagogia como uma arte. A ciência e a arte devem relacionar-se de forma simbiótica e como um contributo estético para promover e facilitar a educação para a saúde, literacia em saúde e a promoção da saúde.

A arte como ferramenta educacional e de promoção de saúde, pode contribuir para a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos, dotar de conhecimentos precursores do bem-estar e da qualidade de vida.

A arte terapêutica fomenta a criatividade, o desenvolvimento pessoal, interpessoal e comunicacional, promove qualidade de vida, bem-estar e humanização.

Esta pluralidade de olhares da “Arte do bem cuidar” surge aqui como uma ferramenta poderosa aliada ao desenvolvimento físico, cognitivo e moral e promotora do bem-estar de todos os intervenientes e converge para a humanização dos cuidados.

A **humanização dos cuidados de saúde** é uma preocupação, de há muito tempo, mas cada vez mais é reconhecida e sentida como uma necessidade emergente e um direito que todos devem ter de ver assegurada.

O conceito de humanização, é subjetivo, complexo e multidimensional, pode ter vários significados, de acordo com as diferenças culturais, crenças e os valores de cada indivíduo e envolve relacionamentos interpessoais e aspetos éticos.

A humanização envolve utentes, profissionais, organizações, estruturas e políticas, respeitando sempre a integridade e singularidade de cada indivíduo e atendendo sempre às suas necessidades e expectativas inserido nos diferentes contextos, promovendo ambientes favoráveis e relações terapêuticas afáveis e acolhedoras entre o indivíduo/utente/família/profissional de saúde/gestores/comunidade.

Atendendo à importância atribuída à humanização dos cuidados de saúde vários países têm políticas, planos e diretrizes para a implementação da mesma nos seus serviços de saúde. É o caso do Brasil que em 2003 lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS, com ênfase nas questões éticas, estéticas e políticas. Tem como princípios: transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão, Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Já as suas diretrizes são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Segundo o documento emanado em 2013, “Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado.” (SUS, 2013).

Em Portugal, na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) refere que as pessoas têm direito à sua privacidade e respeito e a ser tratadas pelos meios adequados, de forma humanizada. Foi de certa forma o mote para o Ministério da Saúde, 2006, emitir a “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, a qual tem ênfase na dignificação das pessoas, do respeito pela sua condição e da humanização dos cuidados de saúde. Para além da referida lei há mais legislação em vigor que tem como referencial a humanização dos cuidados, a

proteção da individualidade da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados.

Contudo com os constantes desafios sociais, ambientais e políticos, associado ao progressos científicos tecnológicos e inovadores é necessário promover ambientes favoráveis onde se prestem cuidados humanizados, que se reflita numa melhoria da qualidade de vida e no bem-estar de todos os intervenientes, sempre respeitando as dimensões éticas e a dignidade humana.

Assim com o objetivo de “desenvolver e aprofundar a humanização dos cuidados de saúde no SNS, tendo como foco a centralidade da pessoa e a sua dignidade intrínseca” foi criada em fevereiro de 2024 a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2024, p.1). O seu plano de ação está centrado nas pessoas e alicerçado a uma visão holística da humanização integrando aspetos relacionados com as atitudes, os comportamentos, e acrescento os valores dos usuários do Sistema Nacional de Saúde, assim como das respetivas famílias, profissionais de saúde, gestores e não descurando a qualidade, segurança dos espaços físicos onde são prestados os cuidados de saúde. Referencio ainda, que devem envolver as questões estéticas e éticas.

A referida comissão tem como mote “... para não deixar ninguém para trás.”, no sentido de valorizar o ser humano e respeitar a dignidade intrínseca do indivíduo e premissas assentes na comunicação, empatia, compaixão face à fragilidade, estado emocional e psicossocial, ao longo do ciclo de vida. Os diferentes intervenientes devem, numa relação terapêutica, com base na informoterapia, tomar as decisões que respondam as necessidades identificadas, sempre respeitando a autonomia, os valores e a dignidade humana. Em todos os contextos clínicos, a humanização deve estar presente e em todos os processos e momentos, desde acolhimento, identificação das necessidades, diagnóstico, intervenção/tratamento, sempre sustentada com as melhores técnicas evidenciadas e as boas práticas da comunicação, como as sugeridas no Plano Nacional de Saúde 20 30, ou seja, uma comunicação eficiente e assertiva que inclui escuta ativa.

Ao aprofundar a humanização dos cuidados de saúde, pretende-se dar resposta por um lado à crescente exigência dos da

população em geral, dos utentes e dos profissionais de saúde que consideram esta dimensão humana deve ser contemplada na prestação e cuidados.

Vivemos num mundo tecnológico cada vez mais veloz, com uma constante evolução do conhecimento técnico e científico que propõem ferramentas como, telessaúde, IA, realidade virtual, *wearables*...com contributos fenomenais para a área da saúde, que inovam em termos dos cuidados e mesmo da qualidade de vida das pessoas, contudo também trazem desafios. É inegável, a importância das TIC na saúde, contudo não podemos descurar a parte humana e a humanização dos cuidados, tão preconizado, pois nunca podem ser substituídos nem pode sobrepor à relação interpessoal, à empatia e à compaixão. As TIC devem ser vistas como potencializadora das habilidades humanas e neste sentido haver equilíbrio entre inovação e humanização, mantendo o ser humano sempre no centro. As instituições de saúde, a academia e governo num esforço cooperativo devem reunir sinergias para a proporcionar formação técnico-científica e humanista de modo a capacitar os profissionais de saúde, pois são eles os principais alicerces para a humanização através da valorização da dignidade humana.

A **saúde** é um campo vasto, que vai para além da medicina tradicional e permeia aspectos sociais, culturais, emocionais e espirituais. A definição segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doenças” este conceito reflete a importância de uma visão integral da saúde. Aborda a saúde de forma holística incluindo os fatores emocionais, psicológicos, sociais e espirituais do ser humano. Há ainda uma interconexão entre o corpo, a mente e o ambiente social, reconhecendo que fatores externos, como o contexto social, cultural onde está inserido assim como as relações interpessoais, afetam diretamente o estado de saúde de um indivíduo.

Saúde e arte e humanização, três palavras empolgantes que estão interligados, porque sendo a saúde “um completo bem-estar”, a arte fornece as ferramentas e os meios para aceder e melhorar esse bem-estar de uma forma criativa e emocional, enquanto a humanização garante que os cuidados de saúde sejam centrados na pessoa,

respeitando sua integridade física, emocional e social. Juntas, essas abordagens tornam o cuidado em saúde mais completo, eficaz e verdadeiramente humano.

“**Arte, Humanização e Saúde**” é uma obra que pretende ligar a ciência e a sensibilidade de forma integral e explorar como a humanização do cuidado pode transformar vidas e fortalecer o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

Os dezesseis capítulos que compõem esta obra oferecem uma visão multifacetada sobre a saúde, abordando áreas que vão desde a prevenção de doenças até a importância da humanização nas práticas de cuidado. Inclui temas que vão desde a alimentação infantil até a promoção da saúde mental. Cada capítulo é um convite à reflexão e apresenta soluções práticas e inovadoras para problemáticas pertinentes. Expõem tópicos essenciais, como as práticas familiares na nutrição das crianças, a dança contemporânea como estratégia de promoção de saúde para grávidas, e o uso da arteterapia no tratamento da dor. Aborda também a problemática de crianças com cancro e as condutas em relação às IST. Há ainda uma exploração profunda sobre a relação entre personalidade e saúde, o impacto das tecnologias digitais na atividade física de adolescentes e o poder da arte na acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência visual.

A saúde é um tema vasto e dinâmico, que vai além do conhecimento técnico. Ela envolve a complexidade do ser humano em todas as suas dimensões: física, mental e social. Ao longo dos anos, aprendemos que tratar da saúde é muito mais que cuidar e tratar de doenças, mas sim promover o bem-estar, a qualidade de vida, e principalmente, humanizar o cuidado. A arte, tão essencial para nossa expressão como seres humanos, aparece neste livro como uma ferramenta poderosa para a promoção da saúde, tanto para utentes como para profissionais. Ora vejamos, vamos fazer estabelecer uma ligação aos diferentes capítulos:

- **Arte e Bem-Estar Físico-** A arte pode contribuir para o **bem-estar físico** de várias maneiras: **Arteterapia** é usada para aliviar a dor e o stress aquando dos cuidados, criando um ambiente mais relaxante e acolhedor. Atividades como

**dança**, mencionada no capítulo seis, ajudam as grávidas melhorarem a condição física e promovem saúde durante a gravidez, agindo como uma forma de exercício físico que também é expressiva e emocionalmente gratificante. A prática artística pode ajudar a reduzir os sintomas físicos promover a consciência corporal e estimula a criação de vínculos e afetividade.

- **Arte e Bem-Estar Mental**- No âmbito do **bem-estar mental**, a arte tem um papel ainda mais expressivo: A **arteterapia**, revisada em dois capítulos do livro, oferece uma abordagem não farmacológica da dor e Arte- Educação. Ao criar arte, os indivíduos conseguem expressar sentimentos. Promove também, processos educativos saudáveis e práticas integrativas em saúde. Outra abordagem são oficinas-ateliê como possibilidades de (auto) cuidado e promoção da saúde mental que se tornam canais de experimentações e de promoção da saúde.
- **Arte e Bem-Estar Social**- O **bem-estar social** também está profundamente ligado à arte e à humanização dos cuidados: As atividades artísticas frequentemente ocorrem em **contextos comunitários**, criando um espaço de socialização e cooperação, seja em oficinas ou grupos de arteterapia, ajudando a reduzir o isolamento social. A **audiodescrição** e outras formas de acessibilidade às artes para pessoas com deficiência garantem a inclusão social e a participação plena na cultura e na vida social, um aspeto crucial do bem-estar social conforme a OMS descreve. No contexto das **oficinas ateliê**, a arte atua como uma ferramenta para (auto)cuidado e promoção da saúde, oferecendo um espaço onde as pessoas podem se reconectar com outras e com elas mesmas.

- **Humanização no Contexto de Saúde-** A **humanização dos cuidados** de saúde, também enfatizada no livro, reforça o conceito da OMS ao focar no paciente como um ser completo, cuja saúde não se resume apenas ao corpo físico, mas abrange o emocional, o psicológico e o social. **Humanização dos cuidados de saúde**, garante que o utente seja tratado com dignidade, respeito e empatia. O capítulo sobre **parceiros sexuais de grávidas com sífilis**, por exemplo, explora as barreiras sociais e comportamentais que afetam a adesão ao tratamento. A humanização também se expressa na **atenção à saúde das crianças**, como discutido no capítulo sobre práticas familiares de alimentação. A contribuição das políticas de saúde para fortalecimento das competências parentais e a ampliação da Estratégia Saúde da Família.

Esta obra é dirigida a profissionais, estudantes e público em geral, alguém interessado em aprender mais sobre os temas expostos e foi pensada com o intuito de propor uma nova perspectiva: a de que a saúde é uma arte, que exige empatia, conhecimento e, acima de tudo, humanização.

Parabenizo todos os autores pela contribuição valiosa e pelo compromisso em explorar a relação entre **arte, humanização e saúde** em suas variadas dimensões. Os trabalhos refletem dedicação e inovação, trazendo perspectivas que enriquecem o cuidado integral em saúde. Continuem com novas pesquisas, abrindo novos caminhos para o conhecimento e promovendo um cuidado cada vez mais humano e acolhedor.

Convido os leitores a usufruir deste livro, explorando cada capítulo com atenção e refletindo sobre as contribuições que ele oferece para a prática e o pensamento em saúde. A sua disseminação/partilhar pretende contribuir para a melhoria contínua da humanização dos cuidados de saúde prestados nos serviços de saúde.

Agradeço profundamente o privilégio e a oportunidade de escrever este capítulo introdutório, que me permitiu participar desta

importante obra. Desejo uma leitura rica e transformadora a todos os níveis. Reforço que todos os trabalhos aqui apresentados estão “unidos” pelo compromisso da “Arte de Cuidar humanizada”. Formações, visões e missões, tecnicamente e cientificamente diversas, mas todas convergem no Humanismo.

Esta é a minha visão, Esta é a minha arte!

*Ana Paula Cantante<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

# CAPÍTULO 1. Práticas Familiares Relacionadas à Alimentação e Suplementação de Micronutrientes na Atenção às Crianças de até Seis Anos

*Francisco Ariclene Oliveira*

*Ana Cristina Lindsay*

*Ehrika Vanessa Almeida de Menezes*

*Nágila Nathaly Lima Ferreira*

*Milton Alves Danziato Neto*

*Márcia Maria Tavares Machado*

## 1.1. Introdução

A primeira infância é uma importante fase do desenvolvimento humano que corresponde a um período significativo na formação de uma criança. Esse período vai desde a concepção do bebê, sua gestação, até os seis anos de idade. A relevância desse momento dá-se pelo fato de ser nesse estágio que a criança aprende a desenvolver importantes valores a partir de suas relações familiares, escolares e sociais (BRITTO *et al.* 2017). Desse modo, a qualidade das interações e dos cuidados construídos influenciam diretamente os processos perceptivos, o desenvolvimento integral e a formação da personalidade.

O processo de desenvolvimento infantil resulta da interação do ser com seu mundo: sua classe social e seu local de vida (COOPER *et al.*, 2021). Assim, entende-se que uma criança com bom desenvolvimento está inserida em um ambiente estável, sensível as questões de saúde das crianças e suas necessidades nutricionais, com proteção contra ameaças, com oportunidades de aprendizagem precoce, garantindo apoio emocional e um desenvolvimento estimulante.

A saúde e a nutrição são influenciadas diretamente pelas práticas alimentares e de cuidado na infância. Essas são profundamente contextuais e refletem os conhecimentos presentes na cultura local (REDDY; VAN DAM, 2020).

A revisão sistemática de Yee, Lwin e Ho (2017) demonstra que

os hábitos alimentares das famílias, os saberes e a dimensão afetiva dos pais influenciam na modulação do paladar e das preferências alimentares da criança, ensinando-a, aos poucos, a gostar daquilo que aprendeu a comer. Dessa forma, os pais deveriam, então, dar mais importância a realização de refeições junto às crianças, valorizando o papel da família, bem como enfatizando a importância da alimentação saudável, pois são fatores importantes para a formação do hábito alimentar infantil.

As práticas alimentares saudáveis nos dois primeiros anos de vida do ser humano interferem positivamente no seu estado nutricional e na sua sobrevivência, favorecendo o seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento, bem como em sua vida adulta (DE SANCTIS, 2021). A alimentação infantil exige muita atenção dos pais, pois eles são os maiores responsáveis por proporcionar hábitos saudáveis de alimentação considerando dimensões físicas, econômicas, políticas, culturais e sociais (YEE; LWIN; HO, 2017; VEPSÄLÄINEN *et al.*, 2018).

A carência de micronutrientes é um fator de risco para o desenvolvimento da criança, especialmente a carência de ferro, vitamina A e iodo. O comprometimento nutricional desses micronutrientes influencia o aumento da incidência de morbimortalidade infantil. Como estratégia de alcance desse fator de risco, verifica-se que a suplementação de vitaminas e minerais representa uma opção favorável para suprir os déficits nutricionais da alimentação, além de ser uma alternativa de baixo custo econômico (VAZ *et al.*, 2017).

Ressalta-se que crianças que tiveram uma boa nutrição, acesso à saúde, estimulação adequada e que viveram em um ambiente familiar acolhedor serão adultos mais produtivos do que aquelas que não tiveram esses fatores (BETHELL, 2019). Daí a importância de investir nos primeiros anos de vida do ser humano, pois por mais tempo a sociedade poderá usufruir desses benefícios e maior será o período disponível para a recuperação desse investimento.

Desse modo, é imprescindível que sejam constantemente avaliadas as práticas familiares relacionadas à alimentação e

suplementação de micronutrientes na atenção às crianças de até seis de vida, com vistas a conhecer potencialidades e falhas de competências essenciais ao desenvolvimento infantil saudável, possibilitando ações que promovam comportamentos que assegurem seu pleno desenvolvimento biopsicossociocultural. As competências familiares são compreendidas como o conjunto dos conhecimentos, saberes e habilidades que aliados à afetividade, atitudes e práticas das famílias favorecem a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças nas decisões importantes para ela (NASEM, 2016).

Nessa perspectiva, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais as práticas familiares relacionadas à alimentação e suplementação de micronutrientes na atenção às crianças de até seis anos cadastradas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Estratégia Saúde da Família? Para fins de avaliar as competências parentais relacionadas a essa temática inserida no contexto do município de Fortaleza – CE.

## 1.2. Metodologia

Estudo de desenho transversal, de natureza descritiva e abordagem quantitativa que investigou famílias cadastradas em três microáreas de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF), pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde - CORES V, do município de Fortaleza-Ceará, no período de fevereiro a maio de 2017.

O universo dos entrevistados foi constituído de famílias com crianças de até seis anos que residiam na área de abrangência da UAPS. A população do estudo foi constituída de 495 famílias cobertas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) residentes em três microáreas da ESF.

Optou-se pela amostragem por conveniência, na qual os ACS das microáreas escolhidas selecionaram os participantes, até atingir a amostra de 217 famílias. Essa amostra foi determinada a partir do cálculo amostral para população finita com uma prevalência média esperada de até 50% para diversos indicadores, com nível de confiança de 95% e com margem de erro de 5%.

Os critérios de inclusão das famílias para participação foram: residir na área de acompanhamento da ESF e possuir pelo menos uma criança de até seis anos de idade. Nos casos em que a família tinha mais de uma criança, levou-se em conta os dados da criança mais velha, considerando-se que os cuidados oferecidos às demais crianças seriam semelhantes.

Na coleta de dados utilizou-se um formulário padronizado e pré-codificado, com perguntas fechadas, contemplando cinco competências parentais, organizado em dois blocos com 12 questões (Bloco 1 – mede a duração da amamentação e avalia a dieta que a criança está recebendo, tendo por base o recordatório das últimas 24h; Bloco 2 – avalia se a criança está recebendo suplementação de vitamina A, ferro e iodo), elaborado e testado pelo UNICEF cuja finalidade foi avaliar as competências parentais no que diz respeito à alimentação e suplementação da criança de até seis anos (UNICEF, 2005).

A aplicação do formulário foi desenvolvida pelos pesquisadores e por três ACS. Estes profissionais foram escolhidos pelo fato de já conhecerem a comunidade, facilitando o acesso às famílias, reduzindo a recusa da participação na pesquisa. Ressalta-se que a coleta dos dados foi realizada no domicílio do participante, mantendo a privacidade e liberdade de resposta do responsável/cuidador, sendo este a pessoa que cuida diariamente da criança.

Os entrevistadores receberam um treinamento de dois dias sobre técnicas de entrevistas específicas para as competências familiares. O treinamento constou da apresentação da pesquisa e leitura do questionário, simulação e avaliação do treinamento.

Os dados obtidos foram digitados e processados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft® Office®* 2016. Após tabulados, foram calculados e estudados, extraindo as frequências absolutas e percentuais. Diante da consolidação dos resultados, a análise dos dados foi realizada à luz da literatura científica e comparada com outros estudos.

Os princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos no país foram respeitados conforme Resolução n°. 466/12

do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo eleitos os participantes após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). A pesquisa encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE, sob parecer favorável de nº. 1.427.214 e CAAE nº. 52247115.6.0000.5051.

### 1.3. Resultados e Discussão

Os dados inventariados, nas tabelas a seguir, estão dispostos na sequência do formulário aplicado às famílias e se relacionam aos resultados mais significativos no que se refere às competências parentais ligadas à alimentação e suplementação de micronutrientes de crianças de até 6 anos.

**Tabela 1:** Competências familiares relacionadas à amamentação da criança. Fortaleza-CE, 2017.

COMPETÊNCIA FAMILIAR	INDICADORES	RESPOSTAS	n	%	
<b>A família começa a alimentação complementar da criança aos seis meses e oferece alimentos ricos em nutrientes, sem abandonar a oferta de leite materno, até os 2 anos. Aproveita o momento das refeições para aumentar as inter-relações familiares.</b>	Mães que amamentaram a criança logo após o nascimento.	Sim	187	86,2	
		Não	27	12,4	
		Não sabe/não respondeu	3	1,4	
	<b>A mãe oferece amamentação exclusiva para a criança desde a primeira hora do nascimento até os seis meses, aproveitando o momento da amamentação para fortalecer os vínculos com a criança.</b>	Mães que amamentaram exclusivamente até os seis meses.	Nunca mamou	13	6,4*
			Mamou até os 6 meses	53	26,1*
			Período de amamentação. De 6 meses até 1 ano	43	21,2*
			Mais de 1 ano	70	34,5*
			Não Sabe/não respondeu	24	11,8*
			Menos de 1 mês	22	10,8*
			De 1 até 2 meses	32	15,8*
De 3 até 5 meses	66	32,5*			
Mais de 6 meses	62	30,5*			
Não sabe/não respondeu	21	10,4*			
<b>A mãe oferece amamentação exclusiva para a criança desde</b>	Atenção exclusiva à criança pela mãe durante	Conversava com a criança	180	83,0	

COMPETÊNCIA FAMILIAR	INDICADORES	RESPOSTAS	n	%
a primeira hora do nascimento até os seis meses, aproveitando o momento da amamentação para fortalecer os vínculos com a criança.	a amamentação.	Olhava nos olhos da criança	154	71,0
		Tocava a criança	151	69,6
		Conversava com outra pessoa	49	22,6
		Alimentava outra criança	31	14,3

\*n: 203 crianças > de 6 meses.

Os dados demonstraram que 86,2% das mães amamentaram a criança na primeira hora de vida; embora seja um percentual elevado, é preciso que os profissionais de saúde continuem orientando e fortalecendo a prática do aleitamento materno entre as mães e seus familiares. O aleitamento materno exclusivo é uma prática que vem sendo amplamente estimulada nas últimas décadas tendo em vista seus inúmeros benefícios de nutrição, de proteção, de fortalecimento de afeto e vínculo ao binômio mãe-filho.

Estudos recentes sobre o leite materno evidenciam que a oferta da mama na primeira hora de vida está associada à maior duração do aleitamento materno, além da redução das mortes infantis, principalmente nos países de baixa renda (SMITH *et al.*, 2017; VICTORA *et al.*, 2016). As pesquisas ainda revelam que o colostro, leite dos primeiros dias, contém o fator epidérmico de crescimento, que acelera a maturação da mucosa intestinal, e fatores imunológicos bioativos que conferem proteção imunológica ao lactente, prevenindo a colonização intestinal por micro-organismos patogênicos (SITARIK *et al.*, 2017; ODDY, 2017).

Em relação a amamentação durante a alimentação complementar após os seis meses, identificou-se que cerca de 35,0% a mantêm até os dois anos de idade, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Esta situação de baixo aleitamento materno na área pesquisada expressa a carência por ações educativas e de promoção à prática de amamentação, começando desde o pré-natal e com continuidade nas consultas de puericultura, reforçando a este público que o leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, sendo também uma

importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2015a).

Constatou-se ainda baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo, ao verificar que apenas 30,5% das mães amamentaram até os seis meses de idade, convergindo com as baixas prevalências brasileiras, aquém das recomendadas (BRASIL, 2015b), um dado preocupante, haja vista os benefícios para o binômio mãe-filho. Esse dado sinaliza um alerta aos profissionais da ESF, fundamentais a sua reversão, que durante as ações educativas dirigidas à mulher e à criança, devem ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, enfatizando que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias, enumerando as demais vantagens da amamentação para o bebê e a mãe (BRASIL, 2015a). Recomenda-se que, para ter sucesso neste âmbito, o profissional tenha um olhar amplo, integral tomando como relevante o contexto social e rede de apoio, aspectos emocionais, cultura familiar, empoderando-a enquanto protagonista desse processo (BRASIL, 2015b)

Observou-se que 10,0% das mães introduziram outros alimentos ainda no primeiro mês de vida, evidenciando a necessidade de ações de fortalecimento à promoção da amamentação exclusiva nas consultas de pré-natal, puericulturas e reforçadas nas visitas domiciliares dos ACS. Outro estudo evidenciou a relação do desmame precoce às dificuldades de amamentar, falta de conhecimento e acompanhamento, mesmo realizando ações em saúde. Isso aponta que, indo além, acompanhar as mães durante a lactação, identificando precocemente intercorrências como traumas mamilares, sangramentos, dentre outros, bem como realizar atividades em grupo com gestantes e mães provendo discussões sobre mitos e tabus, trocas de experiências e significado do aleitamento podem potencializar a amamentação exclusiva e complementar (VICTORA *et al.*, 2016; TAKAHASHI *et al.*, 2017).

As mães, de modo geral, apresentaram boa interação com o bebê durante a amamentação, considerando que a grande maioria afirmou que acariciava (69,6%), olhava nos olhos (71,0%) ou conversava (83,0%) enquanto amamentava. Constatou-se, porém, que 37,4% das mães interagiam com outros adultos ou alimentavam outra criança durante a amamentação. O Ministério da Saúde afirma que a amamentação favorece benefícios psicológicos para a criança e para

a mãe. Relata ainda que quando a mãe amamenta de modo prazeroso, olhando nos olhos e mantendo contato contínuo entre filho, certamente estará fortalecendo os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança. Nessa concepção, a amamentação é compreendida como uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2015a).

**Tabela 2:** Competências familiares relacionadas à alimentação da criança. Fortaleza-CE, 2017.

COMPETÊNCIA FAMILIAR	INDICADORES	RESPOSTAS	n	%		
<b>A família oferece tratamento adequado em casa à criança doente, incluindo a continuação da alimentação e o aumento na oferta de líquidos, inclusive leite materno.</b>	Oferta de líquidos à criança doente	Oferece maior quantidade de líquidos	64	29,5		
		Oferece a mesma quantidade de sempre	125	57,6		
		Oferece menos quantidade de líquidos	25	11,5		
		Não sabe/não respondeu	3	1,4		
	Oferta de alimentos à criança doente	Oferece menos quantidades de alimento	51	23,5		
		Oferece maior quantidade de alimento	62	28,6		
		Oferece a mesma quantidade de sempre	97	44,7		
		Não sabe/não respondeu	7	3,2		
		<b>A família assegura que a criança receba suplementação de micronutrientes (vitamina A, iodo e ferro).</b>	Oferta de alimentação balanceada à criança.	Suco de frutas	150	73,9*
				Arroz, farinha ou pão	173	85,2*
Feijão	129			63,5*		
Frutas	120			59,1*		
Carne ou peixe	118			58,1*		
Mingau	116			57,1*		
Leite de vaca/Leite em pó	114			56,2*		
Ovos	98			48,3*		
Legumes/verduras	70			34,5*		
-	Atitude que se costuma tomar quando a criança não quer comer na hora do almoço ou da janta.	Fica sem fazer a refeição	10	5,2**		
		Não faz a refeição e lancha mais tarde	47	24,6**		
		Força a criança a comer	26	13,6**		
		Dá uma comida diferente	56	29,3**		
		Dá a mesma comida mais tarde	15	7,9**		

COMPETÊNCIA FAMILIAR	INDICADORES	RESPOSTAS	n	%
		Inventa brincadeiras para ajudar a criança a comer	33	17,3**
		Não sabe/não respondeu	4	2,1**

\*n: 203 crianças > de 6 meses. \*\*n: 191 crianças com idades entre 1 e 6 a nos.

Ao avaliar o conhecimento dos responsáveis acerca da oferta de líquidos e alimentos à criança doente, verificou-se que cerca de 58% das mães oferecem maior quantidade de líquido à criança; enquanto 44,7% dos entrevistados responderam que a oferta de alimentos sólidos deveria ser diminuída durante o adoecimento, o que é preocupante considerando o processo de recuperação de saúde da criança. Infere-se que os conhecimentos e atitudes estão inadequados, precisando estas competências ser reforçadas de modo mais eficiente pelas equipes da ESF, visando gerar efeitos positivos nas famílias. As crianças doentes, em geral, têm menos apetite. Desse modo, estas devem ser estimuladas com alimentos de sua preferência, além de aumentar a oferta de líquidos. Para a criança com pouco apetite deve-se oferecer um volume menor de alimento por refeição e aumentar a ofertar ao longo do dia (BARRERA *et al.*, 2018; ENGLUND-ÖGGE *et al.*, 2017).

A alimentação das crianças maiores de seis meses mostrou-se bastante diversificada, sendo o arroz, suco de frutas, o feijão, as frutas e o leite os alimentos que mais foram consumidos nas 24 horas que antecederam a entrevista (85,2%; 73,9%; 63,5%; 59,1%; 56,2%, respectivamente). No entanto, cerca de três quartos das crianças não tinham se alimentado de legumes e verduras (65,5%), seja porque não havia disponível em casa ou por que não têm o hábito desses alimentos na dieta. É importante salientar que a família adote e estimule uma prática alimentar balanceada para a criança, haja vista que esta repercutirá ao longo de seu crescimento e de seu desenvolvimento. Sabe-se que uma dieta com alimentos diversificados ajuda a reduzir o aparecimento de doenças como diabetes tipo II, cardiopatias, síndrome metabólica e outras comorbidades associadas aos crescentes índices de obesidade encontrada atualmente entre crianças e adultos (VADUGANATHAN *et al.*, 2022; KHAN *et al.*, 2022).

Os dados sobre a oferta de alimentos balanceados à criança mostraram que é baixo o consumo de alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes, inclusive de feijão, um alimento comum da mesa nordestina, pode-se atribuir essa realidade ao baixo poder aquisitivo ou, até mesmo à falta de informações. Os dados do Censo Demográfico 2010 corroboravam essa vulnerabilidade social, ao apresentar o baixo nível de IDH (0,169) das famílias avaliadas (na Regional V), sendo a renda *per capita* média calculada em torno de R\$ 341,36 (IBGE, 2011).

É importante salientar que as práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intimamente relacionadas à morbimortalidade em crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como de ferro, zinco e vitamina A (BRASIL, 2015a).

No que diz respeito às atitudes que a mãe/responsável costuma tomar quando a criança não quer comer na hora do almoço ou da janta, identificou-se que cerca de 25,0% trocam a refeição principal por um lanche; e, 29,3% preferem dar uma comida diferente. Esses dados contrastam com atitudes de pais que optam por guardar a comida e dar mais tarde à criança (7,9%) e dos que inventam brincadeiras para ajudar a criança a comer (17,3%), atitudes consideradas positivas em relação ao estímulo à alimentação. Acerca desse contexto, recomenda-se que nunca se deve forçar a criança a comer, porque a alimentação é imperiosa e imprescindível à vida e à saúde. Um dos motivos por que a criança só recusa comida e bebida quando está satisfeita pode ser devido a ter comido e bebido antes (HERLE *et al.*, 2017; POWELL *et al.*, 2017).

Diante de situações que a criança se recusar a comer o almoço ou o jantar, recomenda-se não substituir essas refeições por leite, biscoitos, iogurtes, chocolates etc. Orienta-se que os pais/responsáveis expressem à criança que está tudo bem pelo fato de ela está sem fome naquele momento, informando, no entanto, que a refeição dela será guardada na geladeira (em recipientes tampados) e assim que estiver com fome, será aquecido e oferecido novamente (CURITIBA, 2011).

**Tabela 3:** Competências familiares relacionadas à oferta de micronutrientes para a criança. Fortaleza-CE, 2017.

COMPETÊNCIA FAMILIAR	INDICADORES	RESPOSTAS	n	%
<b>A família assegura que a criança receba suplementação de micronutrientes (vitamina A, iodo e ferro).</b>	Crianças que receberam suplementação de vitamina	Já foi ministrada	185	85,3
		Nunca foi ministrada	28	12,9
		Não sabe/não respondeu	4	1,8
	Nº de doses tomadas da vitamina A.	1 dose	29	15,7*
		2 - 3 doses	126	68,0*
		4 - 5 doses	11	6,0*
		Não sabe/não respondeu	19	10,3*
	Crianças que receberam suplementação de ferro nos últimos três meses	Recebeu	61	28,1
		Não recebeu	148	68,2
		Não sabe/não respondeu	8	3,7
Tipo de sal utilizado pela família	Sal iodado	200	92,2	
	Embalagem não vista	17	7,8	

\*n: 185 crianças que tomaram a vitamina A.

A respeito da oferta de micronutrientes, 85,3% dos responsáveis afirmaram haver ministrado pelo menos uma dose de vitamina A à criança. Considerando o número de vezes em que isso ocorreu, foi bastante variado, sendo que sete a cada dez crianças tomaram de duas a três vezes. A Organização Mundial de Saúde destaca que a suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade levou a uma redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%. Com isso, a OMS recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses (OMS, 2011).

Tendo em vista a prevenção das doenças carenciais, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais

de Saúde, desenvolve, desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, com outras ações de prevenção da deficiência de vitamina A (DVA), em áreas consideradas de risco (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à suplementação de ferro nos últimos três meses, notou-se que apenas 28,1% deram respostas afirmativas. A anemia, atualmente, é considerada um grave problema de saúde pública e deficiência nutricional de maior magnitude no Brasil. Dentre os grupos mais vulneráveis aos efeitos prejudiciais da deficiência de ferro, estão os menores de dois anos, devido à grande demanda desse micronutriente para o crescimento, que dificilmente será atingido somente pela alimentação (BRASIL, 2015a).

Com relação à utilização de sal iodado na alimentação da família, verificou-se um percentual expressivo de famílias que fazem seu uso (92,2%). Esse resultado revela o impacto da regulamentação da obrigatoriedade da iodatação do sal de cozinha por parte das empresas produtoras, conforme regulamentação de 1953 (LAGE et al., 2015). O iodo atua induzindo a biossíntese dos hormônios tireoidianos, os quais são responsáveis pela regulação do metabolismo celular, nomeadamente da taxa de metabolismo basal e temperatura corporal, desempenhando um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro (LEVIE *et al.*, 2019). Ressalta-se que a iodatação do sal de cozinha, regulamentado desde 1953, é a intervenção nutricional de maior impacto populacional, pois é de baixo custo e de fácil acesso pela população.

Considerando a prevalência da carência desses micronutrientes (vitamina A, ferro e iodo) no Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de estratégias voltadas para a prevenção e controle da anemia, tais como: incentivo à amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a promoção da alimentação complementar saudável e em tempo oportuno, por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; a suplementação profilática com ferro para crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto, por meio do Programa Nacional de Suplementação

de Ferro e a fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, ação definida pela RDC 344/02 (BRASIL, 2015a).

#### 1.4. Conclusões

Notou-se o desafio de avaliar as práticas parentais relacionadas à alimentação e suplementação de micronutrientes na atenção às crianças de 0 a 6 anos considerando sua multidimensionalidade e influências do contexto de famílias cadastradas em uma UAPS da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza - CE. Assim, acredita-se que o conhecimento dessas competências é de grande valia para identificar a realidade da população adscrita em relação às práticas alimentares adotadas. Haja vista que a identificação de atitudes, habilidades e cuidados inapropriados no que diz respeito alimentação da criança possibilita a elaboração e implementação de ações e estratégias que fortaleçam tais competências, notando a importância da sua compreensão enquanto integrais e pertencentes ao contexto sociocultural. Os resultados do estudo evidenciaram baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo, um dado ainda preocupante denotando a necessidade de intensificar as orientações em todas as oportunidades de contato com profissionais da ESF, incorporando a comunidade e fortalecendo a rede de apoio materna com vistas a potencializar a prática do aleitamento materno.

Observa-se que, nas duas últimas décadas, houve grandes contribuições por meio de políticas públicas para fortalecimento das competências parentais referentes à promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados à alimentação e suplementação de crianças de até seis anos. Nesses avanços, ressalta-se a ampliação da Estratégia Saúde da Família aos locais mais inócuos, a elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Política Nacional de Imunização e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - PNSF. No entanto, faz-se necessário ainda promover estratégias para estimular o aumento da duração da amamentação exclusiva até os 6 meses, bem como melhorar a adesão das famílias quanto à suplementação com vitamina A e Ferro.

Identificou-se no formulário disponibilizado pelo UNICEF que algumas questões não eram condizentes para famílias de grandes centros urbanos, apresentando-se dessa forma como um limitante da pesquisa. Contudo, propõem-se aplicá-lo em outros lócus (bairros) de realidade socioeconômicas distintas para comparar as diversas realidades no que diz respeito à compreensão das competências parentais.

De modo geral, considera-se que os resultados deste estudo são valiosos em apontar caminhos a serem tomados visando a promoção da saúde e o desenvolvimento da criança, por meio de cuidados à prática alimentar saudável e sensível à realidade local. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família se apresenta como importante espaço de produção de saúde e de elemento potente para fortalecimento das competências parentais das famílias com crianças de até seis anos.

### 1.5. Referências

BARRERA, C. M.; HAMNER, H. C.; PERRINE, C. G.; SCANLON, K. S. Timing of Introduction of Complementary Foods to US Infants, National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2014. *J Acad Nutr Diet.*, v. 118, n. 3, p. 464-470, mar., 2018.

BETHELL, C.; JONES, J.; GOMBOJAV, N.; LINKENBACH, J.; SEGE, R. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr.*, v. 173, n. 11, p. e193007, 2019.

BRASIL. *Guia alimentar para população brasileira*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRITTO, P. R.; LYE, S. J.; PROULX, K.; YOUSAFZAI, A. K.; MATTHEWS, S. G.; VAIVADA, T.; PEREZ-ESCAMILLA R.; et al. Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet.*, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2017

COOPER, K.; STEWART, K. Does Household Income Affect children's Outcomes? A Systematic Review of the Evidence. *Child Ind Res.*, v. 14, [s/n], p. 981-1005, 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. *Alimentação infantil - Cartilha de orientação aos pais*. 2 ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

DE SANCTIS, V.; SOLIMAN, A.; ALAARAJ, N.; AHMED, S.; ALYAFEI, F.; HAMED, N. Early and Long-term Consequences of Nutritional Stunting: From Childhood to Adulthood. *Acta Biomed.*, vc. 92, n. 1, p. e2021168, 2021.

ENGLUND-ÖGGE, L.; BIRGISDOTTIR, B. E.; SENGPIEL, V.; BRANTSÆTER, A. L.; HAUGEN, M.; MYHRE, R.; et al. Meal frequency patterns and glycemic properties of maternal diet in relation to preterm delivery: Results from a large prospective cohort study. *PLoS One.*, v. 12, n. 3, p. e0172896, mar., 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. *Como avaliar as competências familiares na atenção às crianças de até 6 anos*. Brasília: UNICEF, 2005.

HERLE, M.; FILDES, A.; STEINSBEKK, S.; et al. Emotional over- and under-eating in early childhood are learned not inherited. *Sci Rep.*, v. 7, [s/n], p. 9092, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KHAN, J.; KHAN, M. Z.; MA, Y.; MENG, Y.; MUSHTAQ, A.; SHEN, Q.; et al. Overview of the Composition of Whole Grains' Phenolic Acids and Dietary Fibre and Their Effect on Chronic Non-Communicable Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health.*, v. 19, n. 5, p. 3042, 2022.

LAGE, N. N.; NIMER, M.; PEREIRA, R. A.; SILVA, M. E.; SILVA, C. A. M. Avaliação da adequação do teor de iodo em amostras de sal refinado e de sal grosso comercializado em Ouro Preto-MG, Brasil. *Demetra*, v. 10, n. 1, p. 99-108, 2015.

LEVIE, D.; KOREVAAR, T. I. M.; BATH, S. C.; MURCIA, M.; DINEVA,

- M.; LLOP, S.; et al. Association of Maternal Iodine Status With Child IQ: A Meta-Analysis of Individual Participant Data. *J Clin Endocrinol Metab.*, v. 104, n. 12, p. 5957-5967, dez., 2019.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE (NASEM). *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8*. Washington, DC: The National Academies Press, 2016.
- ODDY, W. H. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab.*, v. 70, Suppl 2, p. 26-36, 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Directriz: administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños 6-59 meses de edad*. Ginebra: OMS, 2011.
- POWELL, F.; FARROW, C.; MEYER, C.; HAYCRAFT, E. The importance of mealtime structure for reducing child food fussiness. *Matern Child Nutr.*, v. 13, n. 2, p. e12296, abr., 2017.
- REDDY, G.; VAN DAM, R. M. Food, culture, and identity in multicultural societies: Insights from Singapore. *Appetite.*, v. 149, n. 104633, [n.p], 2020.
- SITARIK, A. R.; BOBBITT, K. R.; HAVSTAD, S. L.; FUJIMURA, K. E.; LEVIN, A. M.; ZORATTI, E. M.; et al. Breast Milk Transforming Growth Factor  $\beta$  Is Associated With Neonatal Gut Microbial Composition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, v. 65, n. 3, p. e60-e67, set., 2017.
- SMITH ER, H. U. R. T. L.; CHOWDHURY, R.; SINHA, B.; FAWZI, W.; EDMOND, K. M. Neovita Study Group. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.*, v. 12, n. 7, p. e0180722, 2017.
- TAKAHASHI, K.; GANCHIMEG, T.; OTA, E.; VOGEL, J. P.; SOUZA, J. P.; LAOPAIBOON, M.; et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Sci Rep.*, v. 7, [s/n], p. 44868, mar., 2017.
- VADUGANATHAN, M.; MENSAH, G.; TURCO, J.; et al. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk. *J Am Coll Cardiol.*, v. 80, n. 25, p. 2361-2371, dez., 2022.
- VAZ, M. A.; OLIVEIRA, G. G.; PIHEIRO, M. S. P.; MEDEIROS, E. F. F. Suplementação na infância e a prevenção da carência de micronutrientes: Artigo de revisão. *Rev Med Saude.*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 116-131, 2017.
- VEPSÄLÄINEN, H.; NEVALAINEN, J.; FOGELHOLM, M.; et al. Like parent, like child? Dietary resemblance in families. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, v. 15, n. 62, [n.p], 2018.
- VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J.; FRANÇA, G. V.;

HORTON, S.; KRASEVEC, J.; et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.*, v. 387, n. 10017, p. 475-490, jan., 2016.

YEE, A. Z. H.; LWIN, M. O.; HO, S. S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v. 14, n. 47, [n.p], 2017.



## CAPÍTULO 2. Sentidos como Representação Simbólica de Crianças com Câncer

*Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes*

*Mirna Albuquerque Frota*

*Thiago Medeiros da Costa Daniele*

*Maraysa Costa Vieira Cardoso*

*Nilson Vieira Pinto*

*Ana Mattos Brito de Almeida*

### 2.1. Introdução

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida (SANTOS et al., 2023). Especialmente entre os países subdesenvolvidos, espera-se que, nas próximas décadas, o impacto das neoplasias na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (MCGUIRE, 2016).

O câncer infantojuvenil acomete a faixa etária de 0 a 19 anos e possui características próprias, tanto em sua histopatologia quanto em seu comportamento clínico (BRASIL, 2019). O número de casos novos de câncer infantojuvenis esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 4.310 casos novos no sexo masculino e de 4.150 para o sexo feminino. Esses valores correspondem a um risco estimado de 137,87 casos novos por milhão no sexo masculino e de 139,04 por milhão para o sexo feminino (BRASIL, 2019).

Estudos mostram que o câncer infantil gera uma grande carga de sofrimento e fragilidade que atinge não só a criança, mas toda a família. Isso se deve às mudanças que ocorrem na vida das pessoas envolvidas, como longos e recorrentes períodos de internação, tratamentos que muitas vezes causam inúmeros efeitos colaterais, alterações nas atividades diárias e possibilidade de morte (ABDELMABOOD et al., 2020); (PAULA et al., 2019).

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos da doença podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado (BRASIL, 2019).

Porém para que o diagnóstico seja realizado corretamente, é importante um olhar diferenciado a formação médica, mundialmente falando, pois são poucas horas que a grade do curso de medicina se dedica a oncologia pediátrica, levando a um atraso nos diagnósticos, pois os médicos podem facilmente confundir os sinais de câncer, com os sintomas de doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2008).

Para chegarmos aos medos e anseios das crianças, optou-se para este estudo por um método pouco invasivo, e que pudesse inclusive desempenhar um momento terapêutico de recreação da imaginação, da brincadeira e do contato com o mundo interno da criança. Assim, utilizaremos o desenho infantil, pois, segundo Vigotsky (1991), o desenho infantil representa aquilo que a criança observa no seu dia a dia e seus sentimentos, sendo mais fácil expressá-los no papel do que verbalmente.

O diálogo com crianças para a temática desse trabalho, surge em consonância com o que afirma Kramer (2002) sobre a epistemologia das ciências humanas e sua análise crítica das relações entre saber e poder, que colocam em destaque a centralidade da linguagem para a compreensão da condição e da dimensão humana. Nesse aspecto, evidencia-se:

“[...] História, sociedade e cultura vão se delineando como categorias importantes para se reconhecer a infância, e a própria infância passa a ocupar esse outro lugar em uma concepção de história que se vê e se quer crítica. Fica instaurada uma nova ruptura conceitual, no entendimento da infância, que tem nítidas repercussões para a prática de pesquisa. Nessa ruptura, a linguagem irá desempenhar papel central” (Kramer, 2002, p. 46).

Segundo Ferreira, a teoria de Vygotski (2001, p. 40) traz um avanço na compreensão sobre o desenho, pois considera que “[...] a) a figuração reflete o conhecimento da criança; e b) seu conhecimento, refletido no desenho, é o da sua realidade conceituada, constituída pelo significado da palavra”. Dessa forma, a relevância não recai sobre o produto, mas na interpretação que o autor confere ao próprio ato de desenhar e na compreensão que pode ser extraída da imagem produzida em relação à realidade.

Falar sobre desenho infantil requer também que se reflita sobre linguagem, imaginação, percepção, memória, emoção, significação, ou seja, compreender os processos psicológicos envolvidos no processo de desenhar e que não podem ser analisados de forma isolada. Ademais, o modo como estes processos se desenvolvem e se objetivam variam em razão das condições sociais e culturais, historicamente produzidas e particularmente apropriadas em razão dos lugares sociais que cada pessoa ocupa na trama das relações cotidianas das quais ativamente participa (NATIVIDADE; COUTINHO; ZANELLA, 2008).

Diante do exposto, sendo o desenho entendido como expressão da imaginação criadora do ser humano (Vygotski, 1998), é por intermédio da imagem produzida que se pode ter acesso aos sentidos atribuídos pelo sujeito à sua produção e, conseqüentemente, à realidade em que vive.

Neste estudo, aborda-se a utilização do desenho como uma ferramenta de pesquisa, explorando seu potencial investigativo com crianças, e objetiva-se compreender os sentidos atribuídos ao desenho como representação simbólica ao processo de adoecimento do câncer pelas crianças.

## 2.2. Método

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, do tipo exploratório, com ênfase no sentido, nas percepções e na intencionalidade dos fenômenos humanos, tendo por base os significados atribuídos pelas crianças que estão em tratamento oncológico. Segundo Creswell (2010) os estudos qualitativos objetivam buscar

informações referente ao problema pesquisado, recolhendo evidências no ambiente onde o problema é vivenciado com o objetivo de interpretá-lo e analisá-lo.

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência, que presta assistência e tratamento às crianças com diagnósticos de câncer, localizada na região Nordeste do Brasil.

A priori, realizou-se uma entrevista semiestruturada, em que os pais e/ou responsáveis foram contatados. Neste primeiro momento, tratou-se de buscar informações sobre a criança, como: idade, lugar de origem, escolaridade, diagnóstico, tempo tratamento, condições gerais de saúde, entre outras, assim como das reações, percebidas pelos pais/responsáveis, quanto ao processo de adoecimento da criança.

Quanto aos instrumentos para a coleta de dados com as crianças, fez-se uso do procedimento de desenho-estória. Para Trinca (1997), o procedimento Desenho-Estória serve como estímulo de percepção temática, o que se dá pela associação dos processos expressivos motores, o desenho e os processos apreciativos dinâmicos, as verbalizações. Ao descrevê-lo como técnica projetiva, Trinca (1987) refere-se à Levy (1959), que enfatiza a potencialidade expressiva do desenho, permitindo a elaboração de imagens e de padrões, de hábitos, de emoções e de atitudes para com a vida e a sociedade em geral, de modo consciente ou não.

Para análise dos desenhos utilizou-se Piaget como referencial, que já em 1975 já relatava que a criança desenha menos o que vê e mais o que sabe. Ao desenhar, ela elabora conceitualmente objetos e eventos. Daí a importância de se estudar o processo de construção do desenho junto ao diálogo que nos é dado pela criança. Com isso, para a análise dos desenhos foi criado um instrumento com os dados de identificação da criança, a verificação de elementos simbólicos significativos sobre o processo do adoecimento, o grafismo, cores utilizadas, observações do pesquisador durante a construção do desenho e a narrativa da criança sobre seu desenho.

### 2.3. Participantes do Estudo

O universo da pesquisa foi composto por 16 crianças, todas as crianças estavam em acompanhamento no Serviço de Oncologia. Para participação no estudo foram utilizados como critérios de

inclusão: crianças que realizam tratamento quimioterápico no Hospital indicado, na faixa etária entre cinco e doze anos, estar em condições físicas e emocionais para participar do estudo e ter no mínimo 6 meses de diagnóstico confirmado. Os critérios de exclusão foram: crianças com deficiência visual, mental e motora, que impossibilitem a realização dos desenhos, e aquelas com problemas psiquiátricos.

O tempo de diagnóstico mínimo foi delimitado para que a criança tenha convivência com a doença e seu tratamento para que possa contribuir com a pesquisa trazendo à tona seu cotidiano e sentimentos.

O número de entrevistados foi atingido de acordo com o critério de saturação, que é delimitado quando os dados obtidos tendem à repetição ou à redundância, não sendo relevante a introdução de novos casos e persistir na coleta de dados. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que estuda percepções, opiniões e descrição das vivências, o mais significativo não é a quantidade final de entrevistados, mas a representatividade dos dados e a qualidade dessas informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### 2.4. Preceitos Éticos e Legais do Estudo

A presente pesquisa desenvolveu-se de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos, na qual incorpora, sob a visão do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

A presente pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de número 1.508.595.

#### 2.5. Resultados e Discussão

O presente estudo foi conduzido com dezesseis crianças (06 meninas e 10 meninos). O diagnóstico prevalente foi no grupo de Leucemia, câncer mais comum nas crianças. Somente quatro crianças apresentaram diagnósticos diferentes: Linfoma Não

Hodgkin, Osteossarcoma, Tumor de Sistema Nervoso Central e Neuroblastoma.

A idade das crianças variou de 6 a 10 anos e o tempo de tratamento variou de 8 a 2 anos. Das crianças entrevistadas, nove são provenientes da Capital, sete são do interior do Estado, sendo que quatro se mudaram para a Capital após diagnóstico. Apenas três permanecem na escola, porém todas informaram que em algum momento tiveram que abandonar a escola devido a internamentos.

## 2.6. Analisando Desenhos Infantis

As crianças desenharam e demonstraram boa adesão na atividade, algumas falaram que desenhavam muito bem, outras já não sabiam o que desenhar quando pegava no lápis e se deparava com o papel em branco. Durante a criação do desenho, as crianças foram explicando o que estavam colocando no papel e as razões da escolha das temáticas e de algumas cores utilizadas.

Nessa perspectiva, Correia (2016) aponta que ao desenhar a criança cria uma comunicação gráfica em que vai retratar o seu ser, seus sonhos, conflitos e medos. Neste desenho é possível entender que a vontade da criança é a de ir embora, misturando com os seus sonhos, como viajar em um foguete, e indo até a Lua, no qual iriam brincar e, principalmente, não precisam se preocupar com nada mais.

Assim, a criança 1 (C1) informou que iria desenhar o que mais queria no mundo, um foguete, em que ele e os irmãos iriam viajar para muito longe. Todos seriam enviados à Lua, onde os três iriam brincar para sempre e não se importariam com nada. Quando questionado se retornaria, foi enfático em dizer que não, apenas para buscar a mãe e a avó.

Uma criança de 6 anos, devido a todo o processo de adoecimento, se preocupa com sua doença, com sua família, e isso o deixa cansado de sempre ter algo o incomodando, por isso ao desenhar ressaltou o desejo de ir embora, para longe, onde só assim iria brincar com o irmão e não se preocupar com nada.

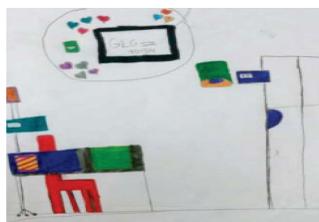
Já a criança 2 (C2), ao pegar o papel já disse que iria desenhar o quarto de internação do hospital, só que mais colorido. Quando questionada por que iria desenhar o quarto com mais cores, ela sorriu e disse que o quarto colorido significava que era um quarto mais feliz.

E que era assim que ela se sentia quando estava nele, sabendo que já havia sido curada, ela era mais feliz e mais “colorida”.

Os itens que foram desenhados eram objetos reais, em que a criança entrou em contato, todas provenientes das experiências vividas por ela. Como o suporte de soro com a bomba de infusão, a cama, a televisão, porta e a cadeira do acompanhante, que segundo ela deveria ser vermelha, pois é a cor que a mãe dela mais gosta, apesar da real cadeira ser verde, fazendo então, como dito em Meredieu (2012), uma representação e interpretação própria dos objetos reais, ou seja, que o desenho é construído a partir da relação direta com o objeto, assim o desenho será baseado no real, mas as estruturas mentais é que definem as suas possibilidades de interpretação.



Criança 1



Criança 2



Criança 3



Criança 4



Criança 5

**Quadro 1.** Demonstração dos desenhos realizados pelas crianças (Bloco 1).

Ao analisar o desenho da criança 3 (C3), observou-se que foi a criança que mais demonstrou sentir falta de casa e, ao receber o

papel em branco, disse que ia desenhar “o melhor lugar do mundo” e começou desenhando a casa, dizendo que a casa dele era exatamente como no desenho, colorida e com muitas coisas divertidas dentro. Disse que o jardim da casa tinha muitas flores, mas que não conseguiria desenhar porque eram as mais bonitas e seria muito difícil, mas que ali era onde iria ficar para sempre.

Segundo Lima (2014) o desenho comunica e dá sentido às sensações, sentimentos, pensamentos e realidade, por meio de linhas, traços, formas e cores sendo que cada traço diz muitas vezes, mais do que palavras. Neste desenho é possível perceber que, por mais confortável que seja, o hospital é muito diferente do “melhor lugar do mundo” e a maior vontade é retornar a sua casa.

A criança 4 (C4) quando pegou o estojo de lápis não sabia que cor escolher, pois queria utilizar todas as cores que estavam disponíveis, segundo ela “a vida é colorida” e o que ela queria desenhar era a vida.

Começou desenhando a árvore, com um balanço, depois o escoregador, a bola, o sol e o gramado. Parou um pouco e perguntou se podia continuar desenhando o “outro lado”, quando obteve a confirmação, desenhou uma porta e um coração, explicando que o coração não podia sair para brincar, porque estava “dodói” e tinha que ficar em casa, enquanto a “vida” estava do lado de fora.

Quando foi desenhada a “vida” do lado de fora da porta, dentro da porta é possível ver que está sem cor, o coração não foi pintado, apenas o seu contorno, demonstrando assim tristeza por estar dentro e não do lado colorido, que é a vida. Ressaltando o fato de que o coração não poderia sair por estar doente, desenhando assim o que vivenciou durante o processo de adoecimento.

A importância desses levantamentos, a criança conseguiu expressar suas emoções, de uma maneira não verbal, pois, a utilização do desenho durante a hospitalização, segundo Baldini e Krebs (1999), pode caracterizar-se como um recurso denominado brinquedo terapêutico, que propicia a expressão segura de sentimentos que podem ser transferidos a personagens ou aos profissionais da equipe de saúde, além de auxiliar no manejo de situações que desencadeiam estresse.

## 2.7. Conclusão

O objetivo principal do presente estudo foi compreender os sentidos atribuídos ao desenho como representação simbólica ao processo de adoecimento do câncer pelas crianças. A análise das informações coletadas reitera a compreensão desse público-alvo como atores e autores sociais e, desse modo, capazes de atribuir representatividade ao contexto estudado.

Essa pesquisa teve significado ao contribuir para os estudos sobre o câncer infantil, pois os especialistas que lidam com essas crianças podem se beneficiar ao adquirir conhecimento sobre os sentimentos de apreensão, tristeza e expectativas relacionados à doença e ao tratamento. Assim, poderá direcionar seus esforços para promover a saúde mental dessas crianças, tornando o envolvimento ativo das crianças ao longo de todo o processo de adoecimento.

## 2.8. Referências

ABDELMABOOD, S. et al. Desfechos do tratamento de crianças com leucemia linfoblástica aguda em um país em desenvolvimento de renda média: altas taxas de mortalidade, recidivas precoces e baixa sobrevida. *Jornal de Pediatria*, [s. l.], v. 96, n. 1, p. 108–116, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.07.013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/zfvD-gJLFVrVqPM9Dy6BQwqh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. A criança hospitalizada. *Revista Pediatria*, São Paulo, v. 21, n. 3., p. 182-190, 1999. Disponível em <http://www.pediatricsaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm>. Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_crianca\\_adolescente\\_brasil.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf). Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2020-2022: Incidência de Câncer no Brasil*. Particularidades do câncer infantil. Rio de Janeiro, [2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466 de 12 de dez/2012*. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa

envolvendo Seres Humanos. Brasília, [2012]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 25 jun. 2023.

CRESWELL, John Ward. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERREIRA, Sueli. *Imaginação e linguagem no desenho da criança*. 2. ed. Campinas: Papirus, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2023.

KRAMER, S. Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. *Cadernos de Pesquisa*, [s. l.], p. 41-59, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/LtTkWtfszsj8LcPNzFb9zd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MEREDIEU, Florence. *O desenho infantil*. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

MCGUIRE, S. World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. *Advances in Nutrition*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 418-419, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3945/an.116.012211>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2161831322006676?via%3Dihub>. Acesso em: 25 jun. 2023.

NATIVIDADE, M. R.; COUTINHO, M. C.; ZANELLA, A. V. Desenho na pesquisa com crianças: análise na perspectiva histórico-cultural. *Contextos Clínicos*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 9-18, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1983-34822008000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-34822008000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 jun. 2023.

PAULA, Daniela Paola Santos de *et al.* Câncer infantojuvenil do âmbito familiar: percepções e experiências frente ao diagnóstico. *Revista Cuidarte*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-12, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.570>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/570/1049>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PIAGET, Jean. *A formação do símbolo na criança*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

SANTOS, Marcell de Oliveira *et al.* Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [s. l.], v. 69, n. 1, p. 1-44

12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>. Acesso em: 26 jun. 2023.

TRINCA, Walter. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.

TRINCA, Walter. *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vector, 1997.

VIGOTSKY, Lev Semyonovich. *A formação social da mente*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VIGOTSKY, Lev Semyonovich. *La imaginación y el arte en la infancia*. 4. ed. Madrid: Akal, 1998.



## CAPÍTULO 3. Personality and Health: Understanding the Whole Person (body, mind, and psyche)

Danilo Garcia  
Kevin M. Cloninger  
Alexandre Granjard  
Nigel Lester  
C. Robert Cloninger

“The Milky Way is nothing else but a mass of innumerable stars planted together in clusters. Life comes in clusters, clusters of solitude, then a cluster when there is hardly time to breathe. People in a cluster are bound to each other automatically and can see each other automatically.”

Galileo Galilei

### 3.1. Introduction

Nowadays most people know what to do to stay healthy and happy. The typical advice goes something like this: “*eat healthy, do physical activity, do not smoke, do not use drugs, think positive, find meaningful activities, and go to regular medical check-ups*”. As most practitioners know, the problem with this simplified advice is that each person makes their own choices and has their own unconscious emotional, thought, and behavioral patterns (i.e., their own outlook). The advice “think positive” is specifically precarious because this is not easy to do if we are stressed or in fear and/or anger (i.e., an outlook of separateness). If we then fail to change our way of thinking and our lifestyle habits, we might end up with lower self-acceptance and self-efficacy, feeling hindered by our own health, and losing hope and faith. To complicate matters even more, health is not merely the absence of disease but rather the presence and flourishing of physical, mental, social, and spiritual well-being<sup>2</sup>. These health dimensions are interconnected and connected to society’s health and Earth’s ecology.

---

<sup>2</sup> In this chapter well-being is defined as feeling good (i.e., happiness), doing good (i.e., mature and actively virtuous living), physical health (i.e., absence of disease or infirmity), and prosperity (i.e., success, good fortune, and flourishing) (CLONINGER, 2004).

Hence, we need a scientific biopsychosocial approach to who we are, what motivate us, how we intelligently adapt to life, and find meaning and creativity—that is a scientific holistic model of our personality. Certainly, a large amount of research shows that personality is the major single determinant of health and well-being because it contributes to both improved inter- and intrapersonal relations in the five different planes of life: sexual, material, emotional, intellectual, and spiritual (CLONINGER, 2004, 2009, 2013a, 2013b). Broadly speaking, personality has to do with people’s motivation and mental adaptation, which is probably why it is the major single predictor of important outcomes, such as, people’s ability to find and keep an employment and to longevity; even when controlling for IQ and socio-economic status (ROBERTS et al., 2007). To be more specific, long-lived and healthy individuals in different cultures are those who tend to experience positive emotions, are emotionally stable, conscientious, outgoing, kind and empathetic, responsible, resourceful, self-acceptant, helpful, socially tolerant, and spiritual acceptant (CLONINGER; ZOHAR, 2011a; JOSEFSSON et al., 2011; MOREIRA; INMAN; CLONINGER, 2021; ROBERTS et al., 2007; ZWIR et al., 2021).

Although this could be simplified to mean that good health is just a matter of personality, personality development requires a plan of action that promotes self-awareness and intentional self-control to align emotions and habits with rational goals and prosocial values (GARCIA; CLONINGER; CLONINGER, 2023). What makes it complicated is that personality involves learning processes that, like health, are biopsychosocial in nature; thus, influenced by gene-gene and gene-environment interactions. Indeed, personality has its basis on three types of memory and learning systems that have evolved in humans: the *procedural system*, responsible for behavioral conditioning of habits and skills; the *propositional system*, responsible for intentionality including executive self-control for attaining goals, semantic learning of facts, and abstract symbolization; and the *episodic system*, responsible for self-awareness including a person’s own life narrative and identity (CLONINGER, 2004, 2009). These three

systems of learning and memory can be dissociated functionally from one another, but normally interact jointly so that habits, goals, and values can be integrated. This means that positive personality development can only be understood and achieved as coherence in all aspects that constitute the human being: body, mind, and psyche<sup>3</sup> (CLONINGER, 2004).

In this chapter, we briefly describe the theoretical foundation and usefulness of Cloninger's biopsychosocial model of personality, which in contrast to other models of personality is based on the scientific study of the evolution of the human brain and therefore considers all aspects of the being: body, mind, and soul. We also present a cross-sectional study aiming to show how investigating combinations of personality traits, rather than single traits, is a better approach to understand personality's role on self-reported health, well-being, flourishing, and the extent to which people feel hindered by their own health.

### 3.1.1. Cloninger's Biopsychosocial Model of Personality

Human personality has been defined as the dynamic organization, within an individual, of psychobiological systems that modulate adaptation to a changing environment (CLONINGER et al., 1994; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; GARCIA et al., 2017). Hence, personality includes metacognitive patterns and systems that regulate different aspects that involve being human: cognition, emotion and mood, personal impulse control, and social relations including relating to, and thinking about oneself, other people, and the world as a whole (CLONINGER, 2004, 2009). Consequently, most personality theories focus on different domains of human life, such as, sexuality, physicality,

---

<sup>3</sup> We see appropriate to use the term soul interchangeable with the word psyche despite that it is less common in certain sciences (e.g., Medicine) than others (e.g., Philosophy). After all, the Greek word psyche found in psychology and psychiatry stands for "life, soul, or spirit," which is distinct from soma, which refers to the "body"(CLONINGER, 2004; CLONINGER; CLONINGER, 2011; FALHGREN et al., 2015; GARCIA et al., 2019a, 2019b).

emotionality, sociality, cognition, or spirituality (HALL; LINDZEY, 1978). But since these theories focus only on specific domains of human experience (FREUD, 1938; MASLOW, 1948; PIAGET, 1954); they do not help us to fully understand the role of personality on health, which is an integrated state of physical, emotional, social, cognitive, and spiritual well-being (CLONINGER, 2009)<sup>4</sup>. Fortunately, the history of evolution provides a solid scientific basis for describing the functional structure of human personality (CLONINGER, 2004, 2009). Evolution is, after all, a complex adaptive process in which multiple genetic and environmental events are constantly interacting, shifting the balance of reproductive fitness from situation to situation and time to time (WRIGHT, 1982). Certainly, the genetic influences on personality and other human characteristics show extensive gene–gene and gene–environmental interactions (CLONINGER, 2004; JOSEFSSON et al., 2013a; KELTIKANGAS-JARVINEN et al., 2004, 2009).

The major transitions in brain system structure and function in human evolution can be traced by studying the emergence of clades<sup>5</sup>, usually with some living descendants of the common ancestor shared with human beings (CLONINGER, 2009). Every transition leading to modern humans was associated with different challenges that the existing species (i.e., other animals and plants) had to adapt to or face extinction (STANFORD, 2001). The specific adaptive challenge helps to recognize the functional shifts that

---

<sup>4</sup> There are of course several promising neurobiological insights for explaining different components of consciousness, and therefore personality, that might be integrated in a unified general model of self-aware consciousness (BUCKNER; ANDREWS-HANNA; SCHACTER, 2008; CRAIG, 2004, 2009; GUSNARD et al., 2001; LEVINE, 2004; PRIBRAM, 1993; RAICHLE et al., 2001).

<sup>5</sup> A clade (from Ancient Greek: κλάδος, klados, "branch"), also known as monophyletic group, is a group of organisms that consists of a common ancestor and all its lineal descendants. A clade represents a single "branch" on the "tree of life". From <https://en.wikipedia.org/wiki/Clade>.

occurred at each transition leading to modern human beings because they mirror the emergence of specific aspects of consciousness and are the root of each functional development. Since we only briefly overview the five major transitions in this chapter (Table 1)<sup>6</sup>, we want to bring attention to the fact that only in modern human beings there is a self-aware perception of a sense of unity, manifested by emergent capacities for harmony, sublimation, spiritual adoration, and contemplation (CLONINGER, 2004). These abilities give modern human beings their potential in art, science, and spirituality, sometimes leading to transcendent joy, oceanic feelings, or even cosmic consciousness (CLONINGER, 2004; MITHEN, 1996). Such integrated awareness is supported by auto-noetic system of learning and memory (TULVING, 1987) and allows a person to travel in space and time in their recollection of episodic events. This kind of autobiographical thinking involves a distributed frontoparietotemporal network (LEVINE, 2004) linked by the visual projection system, which allows the brain to function as a coherent whole (CLONINGER, 2009).

Essentially, human personality has evolved through three major systems of learning and memory (Table 1) in a long series of steps through evolution (CLONINGER, 2004, 2008, 2009). The first one is the procedural system, which regulates different emotional responses such as anger, fear, disgust, and ambition, that is, human temperament. According to Cloninger's model of personality there are four temperament traits in modern humans: (1) *Novelty Seeking*, associated with the neurotransmitter dopamine, is the tendency of frequent activation or initiation of behaviors in response to novel stimuli, and potential rewards, and punishments expressed as frequent exploration of new unfamiliar places or situations, quick loss of temper, impulsive decision making, and active avoidance of monotony; (2) *Harm Avoidance*, associated with the neurotransmitter serotonin, is the tendency to avoid or cease

---

<sup>6</sup> For a larger description see elsewhere (CLONINGER, 2004, 2009; GARCIA et al., 2019a).

behaviors due to intense response to aversive stimuli expressed as fear of uncertainty, shyness of strangers, quick fatigability, and pessimistic worry of future problems; (3) *Reward Dependence*, associated with the neurotransmitter noradrenaline, is the tendency to respond intensively to reward expressed as sentimentality, social attachment, and dependence of approval of others; and finally (4) *Persistence*, also associated to the brain's noradrenergic system, is the tendency to persevere despite fatigue or frustration, overachieving, and perfectionism. Importantly, the temperament traits are useful to predict disorders and destructive behaviors, but not sufficient to predict who will develop a disorder or maladaptive behaviors (CLONINGER, 2004; CLONINGER et al., 1994; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993)—substance abuse, for example, is associated to high levels of Novelty Seeking, but not all individuals who are high in Novelty Seeking develop substance abuse problems.

**Table 1.** Cladistic five basic staging of evolution of the functional components of self-aware consciousness in human beings and distinctive properties of three systems of learning and memory in human beings in relation to temperament and character.

CLADES	EMERGENT BRAIN NETWORK	MAJOR VOLUNTARY FUNCTION	COMPONENT FUNCTIONS	BRAIN SYSTEM	FORM OF LEARNING	QUALITATIVE PROPERTIES	PERSONALITY DOMAIN
			Sex drive				
4/5 Early mammals	Somatosensory neocortex regulating sexuality.	Copulation	Longing (Pleasure) (Eroticism) (Tenderness)				
6/7 Early primates	Differentiation of sensory and motor neocortex; neocortex regulating taste.	Materiality	Rhythmicity Agility Sensation (Movement) (Transformation)	Procedural	Habits and skills	Prelogical Emotion-laden Quantitative Variable strength Not self-aware	Temperament
8/9 Simians	Prefrontal cortex regulating limbic system; von Economo neurons in anterior insular	Affectivity	Fulfillment Friendship Emotional awareness				

CLADES	EMERGENT BRAIN NETWORK	MAJOR VOLUNTARY FUNCTION	COMPONENT FUNCTIONS	BRAIN SYSTEM	FORM OF LEARNING	QUALITATIVE PROPERTIES	PERSONALITY DOMAIN
	cortex/anterior cingulate cortex; mirror neuron system.		Romanticism (Devotion)				
10/11 Early Homo	Auditory association cortex regulates cross-modal symbolism; brain default network regulates attention and daydreaming; frontoparietal perceptual-motor praxis system permits refined toolmaking.	Symbolism	Taboo Allegory Empathy Discernment Aesthetics	Propositional	Facts and propositions	Logical Algorithmic Hierarchical Not self-aware	Character
12 Modern <i>Homo sapiens</i>	Autozoetic system unifying frontoparietotemporal association areas, which are linked by visual projection system.	Unity	Harmony Sublimation Adoration Contemplation Universal awareness	Episodic	Intuitions and narratives	Self-aware Holistic Biographical Creative and freely willed	

Note: Functions in parenthesis are found in human beings but not in original ancestor in which major function came under neocortical regulation (CLONINGER, 2009). Adapted with permission from C. Robert Cloninger.

The second system of learning and memory, the propositional system, is present in primates and helps the individual to be self-directed and cooperative in a social environment. The third system, the episodic system, exists only among humans and stands for humans' capacity for self-awareness, which allows introspection and recollection of autobiographical memories (CLONINGER, 2008). The second and third systems (Table 1) are responsible for the presence of three dimensions of character, which can be defined as individual differences in values, goals and self-conscious emotions (e.g., hope, love, and faith) or what the individual makes of her/himself intentionally (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). That is, as temperament refers to the way we are born (i.e., our emotional predispositions), character traits describe individual differences in our self-object relationships, which begin with parental attachments in infancy,

then self-object differentiation in toddlers, and continue to mature in a stepwise manner throughout life (CLONINGER, 2004). The three character traits are: *Self-Directedness* (1), which refers to self-determination, being able to control, regulate, and adapt behavior in accordance to own goals and values, to be self-sufficient, self-acceptant, responsible, dependable, and effective; *Cooperativeness* (2) accounts for individual differences in acceptance of and identification with other people, tolerance, helpfulness, and empathy; and *Self-Transcendence* (3) which refers to individual differences in selflessness or self-forgetfulness, patience, spirituality, and identification with something bigger than the self that gives meaning to one's existence, such as, humanity, nature, God or the universe (CLONINGER et al., 1994; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

Recently, in three different molecular genetic studies (ZWIR et al., 2020a, 2020b, 2021), using three culturally diverse samples (Finland, Germany, and South Korea), we found that variants of clusters of genes, rather than single genes, are associated with personality. These genes do not only operate independently; but are organized as sets of particular Single-Nucleotide Polymorphisms (SNPs) that co-occur in subgroups of individuals. The SNPs sets were each comprised of SNPs in many coding and noncoding genes that are distributed throughout the genome, presumably due to the need of multiple genes to act in concert, not independently. Thus, each gene can be expected to affect many traits and that many genes affect each trait because evolutionary selection operates on whole organisms, not individual genes or traits (ZWIR et al., 2020a, 2020b, 2021, 2022). As originally proposed by Cloninger, we found that the genes that encode variability in human temperament are enriched in highly conserved molecular pathways, which are activated in experimental animals by stress reactivity and associative conditioning (i.e., the procedural brain system). In contrast, the genes we found encoding human character involve specialized bipolar neurons in the anterior insular cortex, frontal operculum, and anterior cingulate cortex that are present in great apes and humans, but not in other primates. These neurons are functionally

connected to temporal and parietal neocortical regions in brain circuits that support saliency detection, resolution of emotional conflicts, and social cooperation for mutual benefit in great apes and humans (i.e., the prepositional brain system). The character genes also involved regions of late-myelinating neocortex in frontal, parietal, and temporal regions found only in humans that are associated with the emergence of human capacities for self-awareness, insight (i.e., immediate, accurate, and deep intuitive understanding), creative imagination, altruism, and autobiographical memory (i.e., the episodic brain system).

Although these three brain networks are dissociable developmentally and functionally, they normally interact in a coordinated manner (GAZZANIGA, 2011; KAHNEMAN, 2011; TULVING, 1987, 2002). In other words, an individual's temperament and character configurations are related to one another in complex but systematic ways. For example, individuals who are high in the temperament dimensions of Novelty Seeking and Harm Avoidance in conjunction with low Reward Dependence are predisposed for the underdevelopment of Self-Directedness and Cooperativeness (CLONINGER, 2009). Nevertheless, while temperament influences choices of behavior in different situations that are automatized and subsequently constrain character development, it does not fully determine it because of the systematic effects of sociocultural learning and the stochastic effects of experience (CLONINGER, 2004; GARCIA et al., 2013, 2014; LESTER et al., 2016). In other words, personality development is a complex adaptive system of patterns of relationships between temperament structure, character structure, and histories of behavioral conditioning and insight (social) learning, that can be measured as a biopsychosocial model of personality (Figure 1). Seeing personality as a dynamic complex adaptive system entails a person-centered approach in which an individual is not only adapting to the environment, but also to the traits within the being—that is, the notion of the individual as whole system unit which is best studied by analyzing patterns of information or profiles and that is best explained by non-linear dynamics (BERGMAN; MAGNUSSON, 1997; BERGMAN;

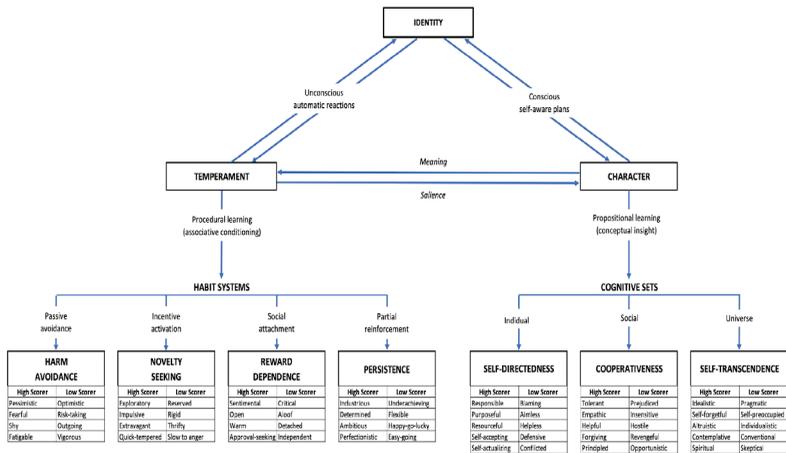
MAGNUSSON; KHOURI, 2003; BERGMAN; WÅNGBY, 2014; CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997).

Accordingly, in the first of our molecular genetic studies (ZWIR et al., 2020a), we found three clusters/profiles of people who were distinguished by heritable configurations of the temperament traits related to individual differences in procedural learning, habits and skills, automatic behavioral activity, and emotional expression. People in the *Reliable* temperament profile resembled children with an “easy temperament” and adults who were conscientious extraverts because they were well controlled in activity and were warm and calm emotionally; put another way, they were low in Novelty Seeking (i.e., deliberate, thrifty, and orderly), low in Harm Avoidance (i.e., optimistic, confident, outgoing, and vigorous), high in Reward Dependence (i.e., sentimental, friendly, and approval seeking), and high in Persistence (i.e., determined). People in the *Sensitive* temperament profile resembled children with a “difficult temperament” and adults who are neurotic and unstable because they were under-controlled in activity and emotionally hypersensitive: in other words, they were high in Novelty Seeking (i.e., impulsive and extravagant), high in Harm Avoidance (i.e., pessimistic, fearful, shy, and fatigable), and high in Reward Dependence (i.e., sentimental and friendly), so they frequently had approach-avoidance conflicts, rejection sensitivity, and disorganized attachments. People in the *Antisocial* temperament profile resembled children with a “slow to warmup” temperament and adults who are socially detached, careless, and impulsive, which is frequently associated with maladaptive antisocial conduct. That is, they were high in Novelty Seeking (i.e., extravagant, rule-breaking but not inquisitive), low in Reward Dependence (i.e., cold, detached, and independent), and low in Persistence (i.e., easily discouraged).

Likewise, in the second study (ZWIR et al., 2020b), we identified five heritable clusters of people with distinct profiles of character traits involving various combinations of high versus low scores on Self-Directedness, Cooperativeness, and Self-Transcendence. Three of these profiles were usually associated with physical, mental, and social well-being: people in the *Resourceful* character

profile were high in Self-Directedness only; those in the *Organized* character profile were high in both Self-Directedness and Cooperativeness, but not in Self-Transcendence, and people in the *Creative* character profile were high in all three character traits. The other two other character profiles were usually associated with poor physical, mental, and social functioning: people in the *Dependent* character profile were high in Cooperativeness but low in both Self-directedness and Self-transcendence and those in the *Apathetic* character profile were low in all three character traits. Furthermore, the genes associated with each of these temperament and character profiles were largely unique to that profile.

Last but not the least, we found three nearly separate joint personality networks of people with different combinations of temperament and character: *Creative/Reliable*, *Organized/Reliable*, *Emotional/Unreliable* (ZWIR et al., 2021). There was marked complexity within each network in temperament-character relations. Importantly, the *Creative/Reliable* joint personality network had the highest levels of well-being, but also had a slightly higher risk of ill-being than the *Organized/Reliable* joint personality network. The *Emotional/Unreliable* joint personality network had the highest level of ill-being and the lowest level of well-being. We also found three nearly separate networks of environmental influences that correspond one-to-one with the phenotypic networks described here. Some are directly related to the phenotypic networks and many indirectly through associated SNP sets. A recent cross-sectional set of studies of Portuguese adolescents and adults and Bulgarian adults have replicated these results (GARCIA et al., 2022; MOREIRA; INMAN; CLONINGER, 2022, 2023, 2021). Although such cross-sectional studies confound effects of aging with differences among birth cohorts, the results are consistent with extensive biopsychosocial evidence that women are more prosocial and healthier on average than are men, particularly in Cooperativeness and Self-Transcendence.



**Figure 1.** Cloninger's Biopsychosocial Model of Temperament and Character. Note. Reproduced with permission of the Anthropedia Foundation.

### 3.1.2. The Present Study

Personality's complexity is expected, due to its biopsychosocial nature and evolutionary development. More than 30 years of research, including the recent molecular studies, have confirmed the nonlinear dynamics of personality development (i.e., equifinality and multifinality<sup>7</sup>) and that the stepwise development of character determines large differences between individuals in their risk of psychopathology, as well as varying degrees of maturity and health that are best conceptualized as temperament profiles, character profiles, and joint personality networks (CLONINGER, 2004, 2006a, 2006b, 2013b; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; SCHÜTZ; ARCHER; GARCIA, 2013). Next, we present a cross-sectional study aiming to show how investigating combinations of personality traits, rather than single traits, is a better approach to

<sup>7</sup> Equifinality: high scores in each one of the personality traits might have different antecedents, for example, individuals who are high in Self-Directedness might have different temperament profiles. Multi-finality: antecedent variables have different outcomes, for example, not all individuals who are low in Novelty Seeking end up scoring high in Self-Directedness (CICCHETTI; ROGOSCH, 1996; CLONINGER; ZOHAR, 2011b; GARCIA; ROSENBERG, 2016a, 2016b).

understand personality's role on self-reported health, well-being, flourishing, and the extent to which people feel hindered by their own health.

## 3.2. Method

### 3.2.1. Participants and Procedure

Participants were residents of the USA with English as their native language and were all recruited through Amazon's Mechanical MTurk (BUHRMESTER; KWANG; GOSLING, 2011; SHAPIRO; CHANDLER; MUELLER, 2013; THOMAS; CLIFFORD, 2017). Those who accepted to participate received \$1.00 as compensation. We included three control questions (e.g., This is a control question, please answer "neither agree nor disagree") and electronically monitored the time it took for participants to take the whole test. We deleted all data from participants who responded erroneously to one or all the control questions and the data from those who responded under 10 minutes (about 57%). The final sample consisted of 436 participants (197 males and 239 females) with an age mean of 44.84 ( $sd = 13.36$ ); in which 10.30% reported being divorced, 2.80% widowed 12.40% living with another, 49.40% married, 0.90 % separated, and 24.10% single. Moreover, about 71.56% were employed for wages, 16.06% self-employed, 3.44% out of work, 3.90% homemakers, 0.46% students, 3.90% retired, and 0.69% reported being unable to work. Part of this data was published elsewhere (NIMA et al., 2023).

### 3.2.2. Measures

#### Personality

The 60-items version (5-point Likert scale: 1 = *strongly disagree*, 5 = *strongly agree*) of the Temperament and Character Inventory, TCI (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993), measures the four temperament traits and the three character traits in Cloninger's biopsychosocial model of personality: Novelty Seeking (e.g., "I often try new things just for fun or thrills, even if most people think it is a waste of time"), Harm Avoidance (e.g., "I often feel tense and worried in unfamiliar situations, even when others

feel there is little to worry about”), Reward Dependence (e.g., “I like to discuss my experiences and feelings openly with friends instead of keeping them to myself”), Persistence (e.g., “I often push myself to the point of exhaustion or try to do more than I really can”), Self-Directedness (e.g., “In most situations my natural responses are based on good habits that I have developed”), Cooperativeness (e.g., “I often consider other persons’ feelings as much as my own”), and Self-Transcendence (e.g., “I sometimes feel so connected to nature that everything seems to be part of one living organism”). All items in the version used here are from the 240-items version of the TCI.

### Self-reported Health

The Mental Health Continuum Short Form (LAMERS et al., 2011) consists of three items (6-point Likert scale: 0 = *never*, 5 = *everyday*) measuring emotional well-being (e.g., “During the past month, how often do you feel happy?”), six items measuring psychological well-being (e.g., “During the past month, how often do you feel that you had experiences that challenged you to grow and become a better person?”), and five items measuring social well-being (e.g., “During the past month, how often do you feel that you belonged to a community, such as, a social group, your school, or your neighborhood.”).

### Subjective Well-Being

As previously recommended (GARCIA et al., 2020; NIMA et al., 2020), subjective well-being was measured as a biopsychosocial construct with three components: affect, cognition, and behavior. The Positive Affect Negative Affect Schedule (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988), with a 5-point Likert scale (1 = *very slightly or not at all*, 5 = *extremely*), measures the affective component by asking participants to rate to what extent they have experienced 10 positive (e.g., “Engaged”) and 10 negative (e.g., “Afraid”) feelings and moods during the last week. The cognitive component was measured using the Satisfaction with Life Scale (DIENER et al., 1985), which comprises five items (e.g., “I am satisfied with my life”) with a 7-point Likert scale (1 = *strongly*

*disagree*, 7 = *strongly agree*). The behavioral component was assessed using the Harmony in Life Scale (KJELL et al., 2016), which also comprises five statements (e.g., “I am in harmony”) with a seven-point Likert scale (1 = *strongly disagree*, 7 = *strongly agree*).

### Flourishing

The Flourishing Measures (VANDERWEELE, 2017) consist of 12 items that measure six domains of life (i.e., two items/domain) where people can experience flourishing (vs. languishing): Happiness and Life Satisfaction (e.g., “In general, how happy or unhappy do you usually feel?”), Mental and Physical Health (e.g., “How would you rate your overall mental health?”), Meaning and Purpose (e.g., “I understand my purpose in life”), Character and Virtue (e.g., “I always act to promote good in all circumstances, even in difficult and challenging situations”), Close Social Relationships (e.g., “I am content with my friendships and relationships”), and Financial and Material Stability (e.g., “How often do you worry about being able to meet normal monthly living expenses?”). This scale uses a 10-point Likert scale in which the responses vary dependent on the nature of the item and always with higher scores always indicating high flourishing in that specific domain.

### Feeling Hindered by Own Health

We developed three questions to measure to what extent people feel hindered by their own health: physical (“Do you feel hindered by your physical health?”), mental (“Do you feel hindered by your psychological health?”), and social (“Do you feel hindered by your social health?”). All three questions used a 5-point Likert scale (1 = *Never*, 5 = *Always*).

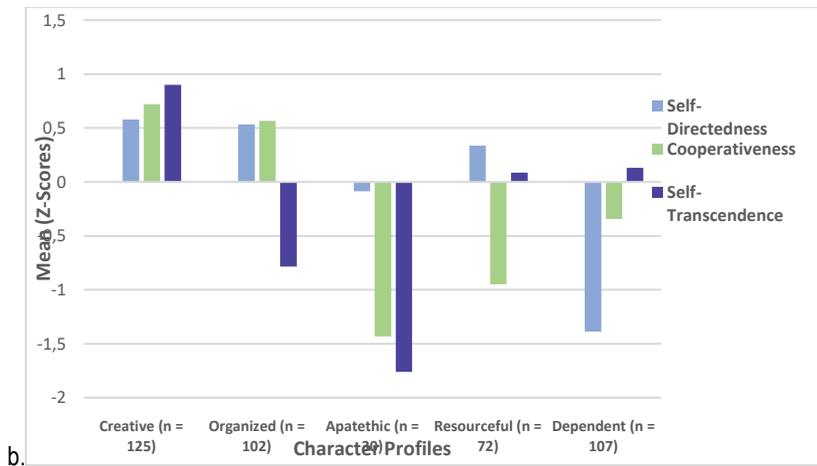
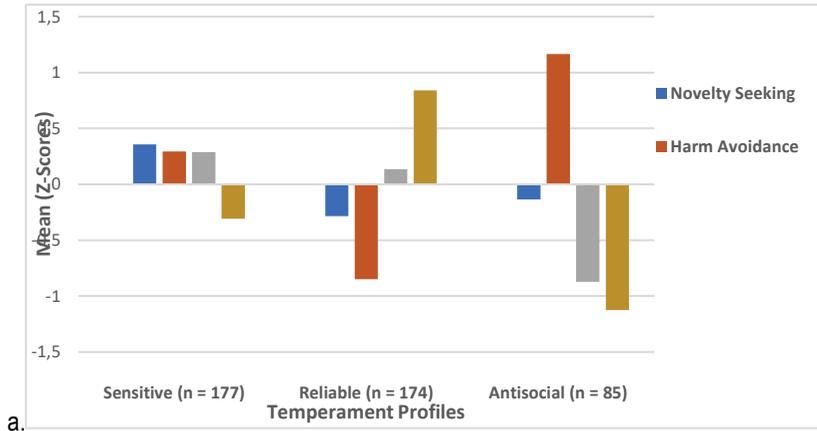
### Statistical Treatment

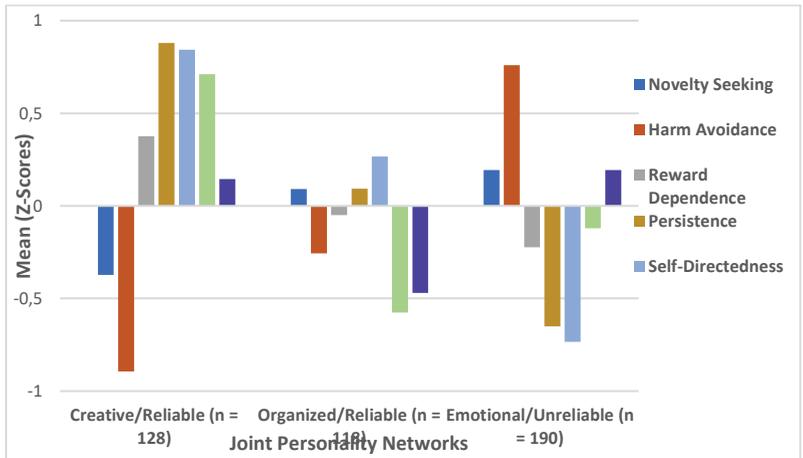
First, we conducted a correlation analysis to investigate the linear relationships between personality (i.e., temperament and character) and health (i.e., self-reported health, subjective well-being, flourishing, and feeling hindered by own health).

For the second analyses, the person-centered non-linear approach, we fixed the number of temperament (i.e., Reliable, Unreliable, or Antisocial) and character profiles (i.e., Creative, Organized, Resourceful, Dependent, or Apathetic) and joint personality networks (i.e., Creative/Reliable, Organized/Reliable, or Emotional/Unreliable) according to past research (Garcia et al., 2022; Moreira et al., 2021; Zwir et al., 2020b, 2020a, 2021). We first used participants' scores in Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence, and Persistence to calculate their temperament profile applying SPSS's TwoStep Cluster Analysis (*Silhouette measure of cohesion and separation* = 0.3). Likewise, we calculated each participant's character profile using their scores in Self-Directedness, Cooperativeness, and Self-Transcendence (*Silhouette measure of cohesion and separation* = 0.4). See Figure 2 for differences in temperament and character, respectively, for the different profiles.

Using the same method, we calculated each participant's joint personality networks using the previously calculated temperament and character profiles (*Silhouette measure of cohesion and separation* = 0.3). As expected, there was marked complexity within each joint personality network in temperament-character relations. The Creative/Reliable network consisted of individuals with a combination of a Reliable temperament profile with either a Creative (53.1% with the network) or an Organized (46.9% within the network) character profile. The Organized/Reliable network consisted of individuals with the following combinations: Reliable-Resourceful (28.0%), Sensitive-Organized (25.4%), Sensitive-Resourceful (24.6%), Reliable-Apathetic (10.2%), Sensitive-Apathetic (8.5%), and Reliable-Dependent (3.4%). The Emotional/Unreliable network consisted of individuals with the following combinations: Sensitive-Dependent (28.4%), Sensitive-Creative (26.8%), Antisocial-Dependent (25.8%), Antisocial-Organized (6.3%), Antisocial-Resourceful (5.3%), Antisocial-Apathetic (4.2%), and Antisocial-Creative (3.2%). See Figure 2 for differences in temperament and character between individuals with distinct joint personality networks.

The person-centered analyses consisted of separate Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) for each health outcome using participants' temperament profiles, character profiles, and joint personality networks.





**Figure 2.** Differences in temperament traits ( $F_{(8, 860)} = 134.90, p < 0.001$ ; *Wilk's lambda* = 0.20, *partial eta squared* = 0.56) between individuals with distinct temperament profiles (a), differences in character traits ( $F_{(12, 1135.32)} = 167.08, p < 0.001$ ; *Wilk's lambda* = 0.07, *partial eta squared* = 0.59) between individuals with distinct character profiles (b), and differences in both temperament and character ( $F_{(14, 854)} = 59.60, p < 0.001$ ; *Wilk's lambda* = 0.26,  $\eta p^2 = 0.49$ ) between individuals with distinct joint personality networks (c).

### 3.3. Results

#### 3.3.1. Correlation Analyses

Regarding significant correlations between temperament traits and the outcome health variables (Table 2), Novelty Seeking had only a small positive correlation with negative affect and a small negative correlation with the flourishing dimension of Character and Virtue. In other words, being impulsive, curious, and extravagant might lead to feeling irritated and having a hard time in difficult life situations. Harm Avoidance was moderately and strongly associated with all health outcomes. In short, tending to worry, being shy, anxious, and fearful of uncertain situations is associated with poor emotional, psychological, and social well-being, experiencing fewer positive emotions, more negative emotions, being less satisfied and less in harmony, languishing rather than flourishing, and feeling hindered by one's physical, mental, and social health.

High Reward Dependence (i.e., the tendency to pleasing others and being open to warm communication and sympathetic) had small correlations with some aspects of good health, such as, emotional, psychological, and social health, harmony in life, and some few flourishing dimensions (i.e., Happiness and Life Satisfaction, Meaning and Purpose, Character and Virtue, and Close Relationships). Last but not the least, the temperament trait of Persistence showed moderate to strong positive correlations with most health variables, but no relationship with the flourishing dimension of Financial and Material Stability. In addition, high levels of Persistence showed a small negative correlation with feeling hindered by own mental and social health, but no relationship with feeling hindered by own physical health.

Regarding character traits and the health outcomes (Table 2), high Self-Directedness was moderately and strongly associated with all health aspects and with feeling hindered by health. In short, being responsible, self-acceptant, self-actualizing, and resourceful indicates high emotional, psychological, and social well-being, experiencing more positive emotions, fewer negative emotions, being satisfied and in harmony, flourishing, and not feeling hindered by one's physical, mental, and social health. Cooperativeness was associated with most health outcomes but not with life satisfaction, some of the flourishing dimensions (i.e., Happiness and Life Satisfaction, Mental and Physical Health, and Financial and Material Stability), and feeling hindered by one's physical, mental, and social health. Lastly, high Self-Transcendence showed only small significant positive correlations with psychological and social well-being, positive affect, life satisfaction, and harmony in life, and flourishing in Happiness and Life Satisfaction, Meaning and Purpose, and Character and Virtue. Self-Transcendence was not related to feeling hindered by one's physical, mental, and social health.

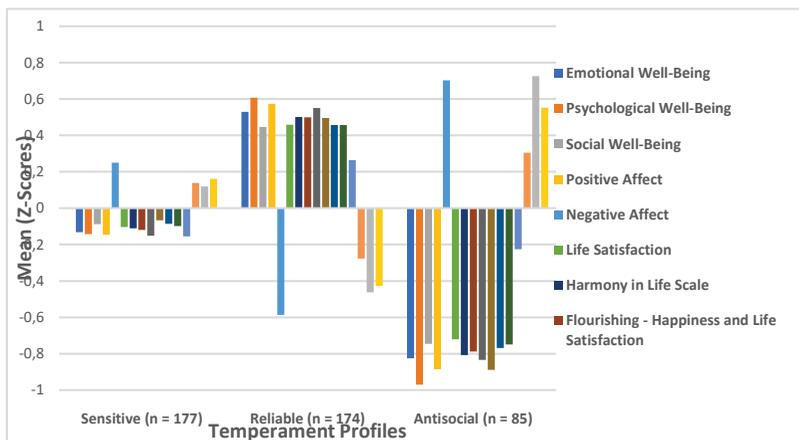
#### Person-Centered Analyses

The first set of MANOVAs revealed significant differences in self-reported health ( $Wilks' \Lambda = .66, F_{(6, 862)} = 33.66, p < .001, \eta^2 = .19$ ), subjective well-being ( $Wilks' \Lambda = .61, F_{(8, 858)} =$

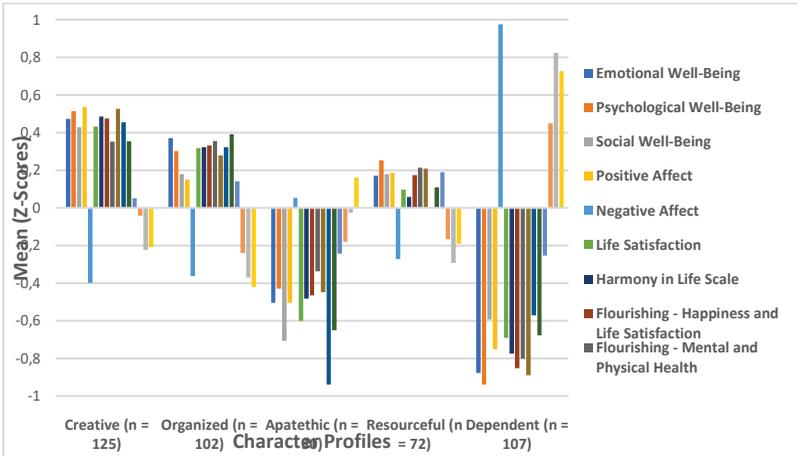
30.23,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .22$ ), flourishing ( $Wilks' Lambda = .66$ ,  $F_{(12, 858)} = 16.58$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .19$ ), and feeling hindered by own health ( $Wilks' Lambda = .79$ ,  $F_{(6, 862)} = 18.22$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .11$ ) between individuals with distinct temperament profiles (Figure 3a). The tests of between-subject effects for each MANOVA showed that individuals with distinct temperament profiles differed significantly in all health outcomes ( $p < .001$ ). The post hoc tests with Bonferroni correction showed that, compared to individuals with a Sensitive (i.e., high Novelty Seeking, high Harm Avoidance, high Reward Dependence, and low Persistence) or a Antisocial (i.e., high Novelty Seeking, low Harm Avoidance, low Reward Dependence, and low Persistence) temperament profile, individuals with the Reliable temperament profile (i.e., low Novelty Seeking, low Harm Avoidance, high Reward Dependence, and high Persistence) reported significantly ( $p < .001$ ) higher emotional, psychological, and social well-being, experienced positive emotions more frequently and negative emotions less frequently, higher life satisfaction and harmony, higher levels of flourishing in all dimensions measured (i.e., Happiness and Life Satisfaction, Mental and Physical Health, Meaning and Purpose, Character and Virtue, Close Social Relationships, and Financial and Material Stability), and felt less hindered by their own physical, psychological, and social health.

The second set of MANOVAs revealed significant differences in self-reported health ( $Wilks' Lambda = .62$ ,  $F_{(12, 1135.32)} = 18.97$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .15$ ), subjective well-being ( $Wilks' Lambda = .57$ ,  $F_{(16, 1305.14)} = 16.47$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .13$ ), flourishing ( $Wilks' Lambda = .59$ ,  $F_{(24, 1487.35)} = 10.05$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .12$ ), and feeling hindered by own health ( $Wilks' Lambda = .74$ ,  $F_{(12, 1135.32)} = 11.40$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .10$ ) between individuals with distinct character profiles (Figure 3b). The tests of between-subject effects for each MANOVA showed that individuals with distinct character profiles differed significantly in all health outcomes ( $p < .001$  for all differences but the flourishing dimension of Financial and Material Stability, which was  $p = .009$ ). The post hoc tests with Bonferroni correction

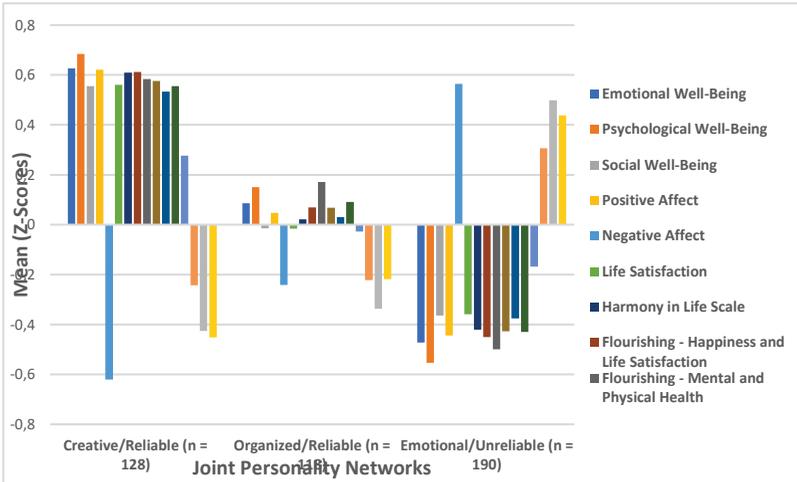
showed that, compared to individuals with an Apathetic (i.e., low in all three character traits) or a Dependent (i.e., low Self-Directedness, high Cooperativeness, and low Self-Transcendence) character profile, individuals with a Creative (i.e., high in all three character traits), an Organized (i.e., high Self-Directedness, high Cooperativeness, and low Self-Transcendence), or a Resourceful (i.e., high Self-Directedness, low Cooperativeness, and low Self-Transcendence) character profile reported significantly higher emotional, psychological, and social well-being, experienced positive emotions more frequently and negative emotions less frequently, and higher life satisfaction and harmony, higher levels in five of the six flourishing dimensions, and felt less hindered by their physical, psychological, and social health. Importantly, only individuals with either an Organized or a Resourceful character profile reported significantly higher flourishing in the dimension of Financial and Material Stability compared to those with a Dependent character profile. It is also noteworthy that there were no differences between individuals with a Creative, Organized, and Resourceful character profile in any of the health outcomes.



b.



C.



**Figure 4.** Differences in self-reported health (i.e., emotional, psychological, and social well-being), subjective well-being (positive affect, negative affect, life satisfaction, and harmony in life), flourishing dimensions, and feeling hindered by own health (i.e., physical, psychological, and social) between individuals with distinct temperament profiles (a), between individuals with distinct character profiles (b), and between individuals with distinct joint personality networks (c).

The last set of MANOVAs revealed significant differences in self-reported health ( $Wilks' Lambda = .71, F_{(6, 862)} = 26.83, p < .001, \eta^2 = .16$ ), subjective well-being ( $Wilks' Lambda = .67, F_{(8, 858)} =$

24.32,  $p < .001$ ,  $\eta p2 = .19$ ), flourishing (*Wilks' Lambda* = .73,  $F_{(12, 856)} = 12.02$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p2 = .14$ ), and feeling hindered by own health (*Wilks' Lambda* = .78,  $F_{(6, 862)} = 18.55$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p2 = .12$ ) between individuals with distinct joint personality networks (Figure 3c). The tests of between-subject effects for each MANOVA showed that all health outcomes differed significantly between individuals with distinct networks ( $p < .001$ ). The post hoc tests with Bonferroni correction showed that, compared to individuals with an Emotional/Unreliable or an Organized/Reliable joint personality network, individuals with a Creative/Reliable joint personality network reported significantly ( $p < .001$ ) higher emotional, psychological, and social well-being, experienced positive emotions more frequently and negative emotions less frequently, and higher life satisfaction and harmony, and higher levels in five of the six flourishing dimensions. Notably, individuals with a Creative/Reliable joint personality network reported only significantly higher levels in the flourishing dimension of Financial and Material Stability and felt less hindered by their physical, psychological, and social health compared to those with the Emotional/Unreliable joint personality network, not compared those with the Organized/Reliable one.

### 3.3.2. Discussion

In this chapter, we have briefly described the theoretical foundation and usefulness of Cloninger's biopsychosocial model of personality, which in contrast to other models of personality is based on the scientific study of the evolution of the human brain. Hence, it considers all aspects of the being: body, mind, and soul. We have briefly outlined that human personality has evolved through three major systems of learning and memory in a long series of steps through evolution: the procedural system, responsible for behavioral conditioning of habits and skills; the propositional system, responsible for intentionality including executive self-control for attaining goals, semantic learning of facts, and abstract symbolization; and the episodic system, responsible for self-awareness including a person's own life narrative and identity. Before we share our

conclusions and last remarks, we want to briefly discuss the results and limitations of the cross-sectional study presented here.

From the first layer of information (i.e., the linear correlation analyses), it would be easy to conclude that the major personality determinants of good health are low Harm Avoidance (i.e., optimistic, risk-taking, outgoing, and full of energy), high Persistence (i.e., industrious, determined, ambitious, and perfectionistic), and high Self-Directedness (i.e., responsible, purposeful, resourceful, self-accepting, and self-actualizing). Although these three specific traits are indeed important for good health and resilience, their relationship to health is not as straightforward as it could be concluded from the correlation analyses alone. High Persistence in conjunction with high Harm Avoidance can for example lead to perfectionistic striving and excessive worry. If the individual is at the same time low in Self-Directedness, this can lead to the inability to let go or not being able to adapt one's approach to solve daily challenges, thus, to burn out and languishing (ELEY et al., 2013; GARCIA; ARCHER, 2016; GRANJARD et al., 2021).

The person-centered non-linear analyses of the temperament and character profiles revealed a second layer of information to understand the role of personality on health. First, as expected, compared to individuals with a Sensitive and those with an Antisocial temperament profile, individuals with a Reliable temperament profile reported significantly higher emotional, psychological, and social well-being, experienced positive emotions more frequently and negative emotions less frequently, higher life satisfaction and harmony, higher levels of flourishing, and felt less hindered by their physical, psychological, and social health. Suggesting, for example, that low Harm Avoidance (i.e., optimistic, risk-taking, outgoing, and full of energy) can be maladaptive if the individual is also high in Novelty Seeking (i.e., exploratory, impulsive, extravagant, and quick tempered) and low in Reward Dependence (i.e., critical, aloof, detached, and independent)—that is, having an Antisocial temperament profile. This also showed that low Novelty Seeking (i.e., being reserved, rigid, thrifty, and slow to anger) can be

associated to good health if the person is also low in Harm Avoidance, high in Reward Dependence (i.e., sentimental, Open, warm, and approval seeking), and high in Persistence (i.e., industrious, determined, ambitious, and perfectionistic)—that is, having a Reliable temperament profile. Conversely, high in Reward Dependence can be maladaptive if the person is also high in Novelty Seeking and high in Harm Avoidance)—that is, having a Sensitive temperament profile. Second, compared to individuals with an Apathetic or a Dependent character profile, individuals with a Creative, an Organized, or a Resourceful character profile reported significantly higher scores in all health outcomes. Suggesting, for example, that high Cooperativeness (i.e., being tolerant, empathetic, helpful, forgiving, and principled) can be maladaptive if the individual is also low in Self-Directedness (i.e., blaming, aimless, helpless, defensive, and conflicted) and low in Self-Transcendence (i.e., pragmatic, self-preoccupied, individualistic, conventional, and skeptical)—that is, having a Dependent character profile. Moreover, the results also indicate that high Self-Transcendence (i.e., idealistic, self-forgetful, altruistic, contemplative, and spiritual) is important for good health if the person is also high in both Self-Directedness and Cooperativeness—that is, having a Creative character profile. Notably, there were no differences in health between individuals with a Creative, Organized, and Resourceful character profile in any of the health outcomes.

Last but not the least, the person-centered non-linear analyses of the joint personality networks revealed that individuals with a Creative/Reliable personality, compared to individuals with an Emotional/Unreliable or an Organized/Reliable personality, reported significantly better health. Also as expected, there was marked complexity within each joint personality network in temperament-character combinations. A majority in the Creative/Reliable network consisted of individuals with a combination of a Reliable temperament profile with either a Creative (53.1% with the network) or an Organized (46.9% within the network) character profile, while a majority in the Organized/Reliable network

consisted of individuals with a Reliable-Resourceful (28.0%), Sensitive-Organized (25.4%), or a Sensitive-Resourceful (24.6%) combination. Moreover, a majority in the Emotional/Unreliable network consisted of individuals with a Sensitive-Dependent (28.4%), Sensitive-Creative (26.8%), or an Antisocial-Dependent (25.8%) combination. In other words, illustrating the complex adaptive system properties behind personality as a determinant of health. For example, while the comparisons between individuals with different temperament profiles suggested that a stable temperament (i.e., a Reliable temperament profile) was sufficient for good health, the joint personality networks comparison shows that a Reliable temperament profile should be rather seen as necessary for good health—that is, having a Reliable temperament profile leads to optimal health outcomes when it is joined with either a Creative or an Organized character profile, but not when it is joined with a Resourceful one. Likewise, a Creative character profile might be seen as necessary for good health, but only when it is joined with a Reliable temperament profile rather than a Sensitive one. This third layer of information regarding personality's role as a determinant of good health resonates with evidence observed in multiple cultures in large scale sociological studies, such as the World Values Study (INGLEHART, 2018).

Indeed, the World Values Survey asserts that there are distinct values dimensions of cross-cultural variation in the world. More specifically, individuals with *traditional* values mirror those with an Emotional/Unreliable personality: unhealthy with outlooks of separation dominated by fear, unmet desires, social mistrust, and self-doubt. Thus, usually turning to powerful and divisive populist leaders who inflame and exploit their fears, resentments, and mistrust of others while promising to look out for their traditions. Individuals with *materialist* values have an Organized/Reliable personality: purposeful but materialistic and self-serving. When they help others, it is for mutual benefit not person sacrifice and generosity, probably due to the lack of Self-Transcendence. Such individuals are typical of most successful and healthy people in their

late 30s and 40s—perhaps explaining why our results showed no significant differences between individuals with an Organized/Reliable personality and those with a Creative/Reliable personality regarding the flourishing dimension of Financial and Material Stability nor feeling hindered by own physical, psychological, and social health. However, individuals with materialist values are individualistic and self-serving, which leads them to experience an increasing burden of disease as they age. They are also intermediate in their positive well-being. Individuals with *post-materialist* values on the other hand, have a Creative/Reliable personality: they have the highest levels of positive well-being but may be vulnerable to distress when the collective conditions in society are unhealthy (i.e., marked by excess consumption, greed, mistrust, violence, inequity). In addition to these independent sociological studies, our biopsychosocial studies indicate that several environmental influences are associated with the development of well-being and the healthy personality profile (ZWIR et al., 2021). Essentially, warm and consistent parenting along parental tolerance during childhood distinguish people with an adult Creative/Reliable personality from those with an Organized/Reliable one. Strong socioeconomic and educational opportunities and rural environments are also associated with the Creative/Reliable personality.

### 3.3.3. Caveats

Our cross-sectional study had a high dropout rate; thus, it could be argued that both longitudinal and experimental studies with large samples are needed. Moreover, in contrast to unsupervised methods, we fixed the number of calculated profiles and networks based on past research. This might be problematic for many reasons, even though we got the expected differences between individuals with distinct profiles and networks. For example, the Antisocial temperament profile did not display extreme high levels of Novelty Seeking. Nevertheless, this specific issue is probably rather related to the fact that we used the 60-items version of the TCI instead of the larger 240-items version. For instance,  $\frac{1}{4}$  of the Emotional/Unreliable network was comprised of individuals with

an Antisocial temperament profile joined with Dependent character profile. This network had, as expected, the highest levels of Novelty Seeking. Moreover, we did follow a trace of causal inference based on past studies and explicit scientific expectations; thus, we had testable implications that could be estimated (PEARL; MACKENZIE, 2018).

Another plausible question is if other models of personality are better suited. The Big Five (often measured using the Revised NEO Personality Inventory) is, for example, the personality model that is most commonly used, especially in psychology (JOHN; ROBINS, 2021). However, Cloninger's biopsychosocial model, as measured by the TCI, has been used since the 90's and the temperament model since the 80's. For instance, a search on Google Scholar using the keyword "Temperament and Character Inventory" resulted in about 87,000 hits comprising. Only in Sweden, there are TCI-studies among different populations, such as, depression patients (JOHANSSON et al., 2013), children and adolescents with and without different diagnoses and their parents (ANCKARSÄTER et al., 2011), long-term unemployed (GRANJARD et al., 2019, 2021), refugees (CLONINGER et al., 2019b), and school children (KAPETANOVIC et al., 2020). Moreover, the TCI has been validated and translated into 20 different languages including Swedish (BRÄNDSTRÖM et al., 1998), Brazilian Portuguese (GONCALVES; CLONINGER, 2010), and Spanish (GUTIÉRREZ et al., 2001). In addition, independent studies show that the TCI has equal or higher predictive validity compared with 11 of the most modern personality instruments (GRUCZA; GOLDBERG, 2007). Importantly, the main issue with current lexical measures of personality, such as the Big Five, is that they are solely based on factor analytical studies without theory (BLOCK, 1995; GOULD, 1981; PROULX; MOREY, 2021).

As explained in the Introduction, the biopsychosocial model is based on how the human brain has developed through evolution and how these brain regions represent unconscious and conscious processes in different memory systems that have been linked to

specific neurotransmitters, brain networks, and forms of learning. The distinction between these two personality domains makes the model suitable for describing and understanding individual differences both within and between individuals (CERVONE, 2004, 2005)—as opposed to lexical models that only measure stable temperament traits (MCADAMS, 2001, 2008; MCADAMS et al., 2004; MCADAMS; MANCZAK, 2011; MCADAMS; MCLEAN, 2013) and can therefore only describe the personality of an individual but not why an individual feels, thinks and acts as they do (CERVONE, 2005). As further shown by our recent longitudinal genome-wide association studies in Germany, Finland, and Korea using the TCI along with other types of data (e.g., parental reports, sociodemographic), the distinction between temperament and character is not only theoretical in nature—temperament traits are associated with genes that are stable throughout life while the character traits are associated with genes that are behind epigenetic processes (ZWIR et al., 2020b, 2020a, 2021). Additionally, temperament and character follow different kinds of developmental trajectories (JOSEFSSON et al., 2013a, 2013b). In other words, temperament and character differ to what extent they can change due to their different genetic bases or etiology: the genes behind character, unlike the genes behind temperament, can be activated by external factors without the need to alter DNA. Last but not the least, a recent genetic anthropological study shows how Self-Directedness and Cooperativeness are linked to genes that are found in our ancestors, but that the genes associated to Self-Transcendence are only found in *Homo Sapiens* (ZWIR et al., 2022). Not incidentally, Self-Transcendence is the personality trait that is the strongest predictor of overall personality change and changes in this specific character trait have a major effect on both Self-Directedness and Cooperativeness (JOSEFSSON et al., 2013a). This is noteworthy, because Self-Transcendence is one of the traits that is less measured by current lexical models of personality (CLONINGER et al., 2019a). Nevertheless, our argument here does not aim to convince the reader of the superiority of Cloninger’s

biopsychosocial model of personality and the TCI—all paradigms have advantages and disadvantages. We rather strive to highlight what we consider the most complete personality model to date on basis of its theoretical and empirical distinction between temperament and character.

### 3.4. Conclusions and Last Remarks

A great majority of the scientific community acknowledges that mankind will face unprecedented challenges during the 21<sup>st</sup> century, such as, climate changes that force massive migrations, pandemics, droughts, and etcetera. Such events will undeniably lead to physical and psychological stress. Therefore, both at the individual and society level, we need recovery and well-being programs that on a daily basis help people to calm the nervous system and at the same time offer the possibility to personalize a plan of action that promotes self-awareness and intentional self-control to align emotions and habits with rational goals and prosocial values. The maturation and integration of personality that leads to wisdom and well-being is a spiral that involves interdependent growth in the awareness of the body (i.e., temperament traits), thought (i.e., Self-Directedness and Cooperativeness), and soul (Self-Transcendence) aspects of functioning.

Unfortunately, most contemporary treatments are focused on relief of acute symptoms of illness rather than the promotion of health and well-being (CLONINGER; ZOHAR; CLONINGER, 2010; GARCIA et al., 2019a; GARCIA; CLONINGER; CLONINGER, 2023; MEZZICH et al., 2016; SALLOUM; MEZZICH, 2011; SALVADOR-CARULLA et al., 2013; VANDERWEELE, 2017; WONG; CLONINGER, 2010). As a result, such practices are ineffective in the prevention and management of chronic diseases, which are common and complex in their etiology and treatment. Drop-out, relapse and recurrence rates are also high even for acute illness when treatments are not directed toward promotion of well-being (CLONINGER, 2006a, 2006b). These impersonal approaches to therapeutics have failed to increase the average level

of physical, emotional, or social well-being in the general population, despite substantial advances in technical capacities and health care expenditure (MEZZICH et al., 2016). Hence, also insufficient to meet current and future challenges.

The inadequacies of such treatments have led to a widespread and growing interest in alternative therapies that are more person-centered. Evidence-based treatments for medical conditions are highly diverse, including physical exercise, diet, sleep hygiene, deep breathing exercises, muscular relaxation, mood self-regulation, guided imagery, meditation, and acts of kindness and gratitude (BERTISCH, 2009; GUERRA et al., 2022; SERVANSCHREIBER, 2005). Such self-regulatory and alternative treatments produce results that are often indistinguishable from more conventional interventions, suggesting that a common mechanism is being influenced by complementary pathways (TARG; LEVINE, 2002). Success in self-regulation from repeated practice in one type of situation, such as exercises for monitoring and improving posture, monitoring and regulating mood, or monitoring and recording eating, consistently leads to greater self-control (i.e., willpower or free will) in other unpracticed situations, again suggesting a common underlying mechanism, or a synergistic set of mechanisms of well-being (BAUMEISTER, 2006; BAUMEISTER; BAUER; LLOYD, 2010).

In this line, our research team has conducted different projects using the mind-body interventions developed by the Anthropedia Foundation<sup>8</sup>. Many of these projects have been carried out with financial support from the European Social Fund and in collaboration with different municipalities, universities, and authorities in Sweden. Despite the difficulties in combining research and community work (e.g., ingrained attitudes against innovation,

---

<sup>8</sup> The Anthropedia Foundation (<https://anthropedia.org>) is a non-profit organization that has as mission to educate (pedia) people about how to express their human (anthropos) potential in order to face the mental health and wellness challenges of the twenty-first century.

participant dropout), our results are remarkable. For example, among populations of long-term unemployed individuals with a long history of mental illness, the mind-body interventions increased participants' well-being and reduced mental illness (GARCIA et al., [s.d.]). We did not find these outcomes using common interventions targeting work ability (e.g., occupational competence and qualities) or mental illness (i.e., medication and talk therapy). We find this promising for helping people to express their human potential in order to face the mental health and wellness challenges of the 21<sup>st</sup> century.

### 3.5. References

- ANCKARSÄTER, H. et al. The Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS). *Twin Research and Human Genetics*, v. 14, n. 6, p. 495–508, 21 dez. 2011.
- BAUMEISTER, R. F. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, v. 74, 2006.
- BAUMEISTER, R. F.; BAUER, I. M.; LLOYD, S. A. Choice, Free Will, and Religion. *Psychology of Religion and Spirituality*, v. 2, 2010.
- BERGMAN, L. R.; MAGNUSSON, D. A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, v. 9, 1997.
- BERGMAN, L. R.; MAGNUSSON, D.; KHOURI, B. M. *Studying individual development in an interindividual context: A person-oriented approach*. [s.l.] Psychology Press, 2003.
- BERGMAN, L. R.; WÄNGBY, M. The person-oriented approach: A short theoretical and practical guide. *Eesti Haridusteaduste Ajakiri*, v. 2, 2014.
- BERTISCH, S. M. Alternative mind-body therapies used by adults with medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 66, 2009.
- BLOCK, J. A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, v. 117, n. 2, p. 187–215, 1995.
- BRÄNDSTRÖM, S. et al. Swedish normative data on personality using the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry*, v. 39, n. 3, p. 122–128, maio 1998.
- BUCKNER, R. L.; ANDREWS-HANNA, J. R.; SCHACTER, D. L. The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1124, 2008.

- BUHRMESTER, M.; KWANG, T.; GOSLING, S. D. Amazon's Mechanical Turk. *Perspectives on Psychological Science*, v. 6, n. 1, p. 3–5, 3 jan. 2011.
- CERVONE, D. The architecture of personality. *Psychological Reviews*, v. 111, 2004.
- CERVONE, D. Personality Architecture: Within-Person Structures and Processes. *Annual Review of Psychology*, v. 56, n. 1, p. 423–452, 1 fev. 2005.
- CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F. A. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, v. 8, 1996.
- CLONINGER, C. R. et al. *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. [s.l.] Washington University Center for Psychobiology of Personality, 1994.
- CLONINGER, C. R. *Feeling good: The science of well-being*. New York: Oxford University Press, 2004.
- CLONINGER, C. R. Fostering spirituality and well-being in clinical practice. *Psychiatric Annals*, v. 36, 2006a.
- CLONINGER, C. R. The science of well being: An integrated approach to mental health and its disorders. *Psychiatry Danub*, v. 18, 2006b.
- CLONINGER, C. R. On well-being: Current research trends and future directions. *Mens Sana Monographs*, v. 6, 2008.
- CLONINGER, C. R. Evolution of human brain functions: The functional structure of human consciousness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 43, 2009.
- CLONINGER, C. R. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world challenges? *Mens Sana Monographs*, v. 11, 2013a.
- CLONINGER, C. R. The importance of ternary awareness for overcoming inadequacies of contemporary psychiatry. *Revista Psycologica Clinica*, v. 40, 2013b.
- CLONINGER, C. R. et al. The complex genetics and biology of human temperament: a review of traditional concepts in relation to new molecular findings. *Translational Psychiatry*, v. 9, n. 1, p. 290, 2019a.
- CLONINGER, C. R.; CLONINGER, K. M. Development of instruments and evaluative procedures on contributors to illness and health. *The International Journal of Person Centered Medicine*, v. 1, 2011.
- CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, 1993.
- CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, N. M.; SVRAKIC, D. M. Role of

- personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, v. 9, 1997.
- CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, v. 128, 2011a.
- CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, v. 128, 2011b.
- CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H.; CLONINGER, K. M. Promotion of well-being in person-centered mental health care. *Focus*, v. 8, 2010.
- CLONINGER, K. M. et al. A randomized controlled pilot study using mind-body interventions among refugees in Sweden. *International Journal of Person Centered Medicine*, v. 9, 2019b.
- CRAIG, A. D. Human feelings: Why are some more aware than others? *Trends in Cognitive Sciences*, v. 8, 2004.
- CRAIG, A. D. How do you feel – now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews. Neuroscience*, v. 10, 2009.
- DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, 1985.
- ELEY, D. S. et al. The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being. *PeerJ*, v. 1, p. e216, 19 nov. 2013.
- FALHGREN, E. et al. Person-centered osteopathic practice: Patients' personality (body, mind, and soul) and health (ill-being and well-being). *PeerJ*, v. 3, 2015.
- FERGUSON, C. J. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology, Research and Practice*, v. 40, 2009.
- FREUD, S. *An outline of psychoanalysis*. London, UK: Hogarth Press, 1938.
- GARCIA, D. et al. Temperament and Character in the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS): Comparison to the general population, and genetic structure analysis. *PLoS One*, v. 8, 2013.
- GARCIA, D. et al. Responsibility and cooperativeness are constrained, not determined. *Frontiers in Psychology*, v. 5, 2014.
- GARCIA, D. et al. The temperament and character inventory (TCI). Em: ZEIGLER-HILL, V.; SHACKELFORD, T. (Eds.). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham, Switzerland: Springer, 2017.
- GARCIA, D. et al. Personality and the brain: Person-centered approaches. Em: GARCIA, D.; ARCHER, T.; KOSTRZEWA, R. M. (Eds.). *Personality and brain disorders: Associations and interventions*. [s.l.] Springer, 2019a.
- GARCIA, D. et al. The future of personality research and applications: Some

latest findings. Em: GARCIA, D.; ARCHER, T.; KOSTRZEWA, R. M. (Eds.). *Personality and brain disorders: Associations and interventions*. [s.l.] Springer, 2019b.

GARCIA, D. et al. Bring balance to the force! A biopsychosocial model of subjective well-being. *International Journal of Person Centered Medicine*, v. 10, 2020.

GARCIA, D. et al. Differences in subjective well-being among individuals with distinct joint personality (temperament-character) in a Bulgarian sample. *PeerJ*, v. 10, 2022.

GARCIA, D. et al. *The Effect of Well-Being Coaching on Young Adults' Personality and Health*. [s.l.: s.n.].

GARCIA, D.; ARCHER, T. Empowerment (character, motivation, and regulatory mode), positive affect, and resilience. *The Journal of Happiness and Well-Being*, v. 4, 2016.

GARCIA, D.; CLONINGER, K. M.; CLONINGER, C. R. Coherence of character and temperament drives personality change toward well being in person-centered therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 60–66, jan. 2023.

GARCIA, D.; ROSENBERG, P. Out of flatland: The role of the notion of a worldview in the science of well-being. *Men Sana Monographs*, v. 14, 2016a.

GARCIA, D.; ROSENBERG, P. The dark cube: Dark and light character profiles. *PeerJ*, v. 4, 2016b.

GAZZANIGA, M. S. *Who's in charge? Free will and the science of the brain*. New York: HarperCollins, 2011.

GONCALVES, D. M.; CLONINGER, C. R. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, v. 124, n. 1–2, p. 126–133, jul. 2010.

GOULD, S. J. *The mismeasure of man*. New York: Norton, 1981.

GRANJARD, A. et al. Personality profiles in a Swedish long-term unemployed sample. *International Journal of Person Centered Medicine*, v. 9, 2019.

GRANJARD, A. et al. Resilience personality profiles among Swedish long-term unemployed. *PsyCh Journal*, v. 10, n. 4, p. 670–673, 16 ago. 2021.

GRUCZA, R. A.; GOLDBERG, L. R. The Comparative Validity of 11 Modern Personality Inventories: Predictions of Behavioral Acts, Informant Reports, and Clinical Indicators. *Journal of Personality Assessment*, v. 89, n. 2, p. 167–187, nov. 2007.

GUERRA, M. et al. Effects of a 10-Week Physical Activity Intervention on Asylum Seekers' Physiological Health. *Brain Sciences*, v. 12, n. 7, p. 822, 24 jun. 2022.

- GUSNARD, D. A. et al. Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: Relation to a default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 98, 2001.
- GUTIÉRREZ, F. et al. Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 103, n. 2, p. 143–147, fev. 2001.
- HALL, C. S.; LINDZEY, G. *Theories of personality*. New York, NY: Sons, 1978.
- INGLEHART, R. *Cultural evolution: People's motivations are changing, and reshaping the world*. [s.l.] Cambridge University Press, 2018.
- JOHANSSON, R. et al. Personality change after Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression. *PeerJ*, v. 1, p. e39, 19 fev. 2013.
- JOHN, O. P.; ROBINS, R. W. (EDS.). *Handbook of Personality - Theory and Research*. Fourth Edition ed. New York: Guildford Press, 2021.
- JOSEFSSON, K. et al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, v. 133, 2011.
- JOSEFSSON, K. et al. Maturity and change in personality: Developmental trends of temperament and character in adulthood. *Development and Psychopathology*, v. 25, 2013a.
- JOSEFSSON, K. et al. Parental care-giving and home environment predicting offspring's temperament and character traits after 18 years. *Psychiatry Research*, v. 209, 2013b.
- KAHNEMAN, D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
- KAPETANOVIC, S. et al. Does one Size Fit All?—Linking Parenting With Adolescent Substance Use and Adolescent Temperament. *Journal of Research on Adolescence*, v. 30, n. S2, p. 443–457, 12 fev. 2020.
- KELTIKANGAS-JARVINEN, L. et al. Nature and nurture in novelty seeking. *Molecular Psychiatry*, v. 9, 2004.
- KELTIKANGAS-JARVINEN, L. et al. DRD2 C32806T modifies the effect of child-rearing environment on adulthood novelty seeking. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, v. 150B, 2009.
- KJELL, O. N. E. et al. The harmony in life scale complements the satisfaction with life scale: Expanding the conceptualization of the cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, v. 126, 2016.
- LAMERS, S. M. A. et al. Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, v. 67, n. 1, p. 99–110, jan. 2011.

- LESTER, N. et al. The genetic structure of the character sub-scales of the temperament and character inventory in adolescence. *Annals of General Psychiatry*, v. 15, 2016.
- LEVINE, B. Autobiographical memory and the self in time: Brain lesion effects, functional neuroanatomy, and lifespan development. *Brain and Cognition*, v. 55, 2004.
- MASLOW, A. H. Higher and lower needs. *The Journal of Psychology*, v. 25, 1948.
- MCADAMS, D. P. The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, v. 5, n. 2, p. 100–122, 1 jun. 2001.
- MCADAMS, D. P. et al. Traits and stories: Links between dispositional and narrative features of personality. *Journal of Personality*, v. 72, 2004.
- MCADAMS, D. P. Personal narratives and the life story. Em: JOHN, O.; ROBINS, R.; PERVIN, L. A. (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press, 2008.
- MCADAMS, D. P.; MANCZAK, E. What is a “level” of personality? *Psychological Inquiry*, v. 22, 2011.
- MCADAMS, D. P.; MCLEAN, K. C. Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, v. 22, 2013.
- MEZZICH, J. et al. *Person-centered psychiatry*. [s.l.] Springer, 2016.
- MITHEN, S. *The prehistory of the mind: The cognitive origins of art, religion and science*. London, UK: Thames and Hudson, 1996.
- MOREIRA, P. A. S.; INMAN, R. A.; CLONINGER, C. R. Virtues in action are related to the integration of both temperament and character: Comparing the VIA classification of virtues and Cloninger’s biopsychosocial model of personality. *The Journal of Positive Psychology*, v. 17, n. 6, p. 858–875, 2 nov. 2022.
- MOREIRA, P. A. S.; INMAN, R. A.; CLONINGER, C. R. Disentangling the personality pathways to well-being. *Scientific Reports*, v. 13, n. 1, p. 3353, 27 fev. 2023.
- MOREIRA, P.; INMAN, R. A.; CLONINGER, C. R. Personality networks and emotional and behavioral problems: Integrating temperament and character using latent profile and latent class analyses. *Child Psychiatry & Human Development*, v. 52, 2021.
- NIMA, A. A. et al. Validation of a general subjective well-being factor using classic test theory. *PeerJ*, v. 8, 2020.
- NIMA, A. A. et al. Validation of the Tridimensional Model of Subjective Well-Being using Bifactor Polytomous Multidimensional Item Response Theory: Affect, Cognition, and Behavior (i.e., the ABC of Happiness) . *Heliyon*, 2023.

- PEARL, J.; MACKENZIE, D. *The Book of Why: The New Science of Cause and Effect*. New York: Basic Books, 2018.
- PIAGET, J. *The construction of reality in the child*. New York, NY: Basic Books, 1954.
- PRIBRAM, K. *Rethinking neural networks: Quantum fields and biological data*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum, 1993.
- PROULX, T.; MOREY, R. D. Beyond Statistical Ritual: Theory in Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, v. 16, n. 4, p. 671–681, 9 jul. 2021.
- RAICHLE, M. E. et al. A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 98, 2001.
- ROBERTS, B. W. et al. The power of personality. The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, v. 2, 2007.
- SALLOUM, I.; MEZZICH, J. E. Conceptual appraisal of the person-centered integrative diagnosis model. *The International Journal of Person Centered Medicine*, v. 1, 2011.
- SALVADOR-CARULLA, L. et al. Background, structure and priorities of the 2013 Geneva declaration on person-centered health research. *International Journal of Person Centered Medicine*, v. 3, 2013.
- SCHÜTZ, E.; ARCHER, T.; GARCIA, D. Character profiles and adolescents' self-reported affect. *Personality and Individual Differences*, v. 54, 2013.
- SERVAN-SCHREIBER, D. *Healing without freud or prozac*. London, UK: Rodale International, 2005.
- SHAPIRO, D. N.; CHANDLER, J.; MUELLER, P. A. Using Mechanical Turk to Study Clinical Populations. *Clinical Psychological Science*, v. 1, n. 2, p. 213–220, 31 abr. 2013.
- STANFORD, C. B. *The hunting apes: Meat eating and the origins of human behavior*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001.
- TARG, E. F.; LEVINE, E. G. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, v. 24, 2002.
- THOMAS, K. A.; CLIFFORD, S. Validity and Mechanical Turk: An assessment of exclusion methods and interactive experiments. *Computers in Human Behavior*, v. 77, p. 184–197, dez. 2017.
- TULVING, E. Multiple memory systems and consciousness. *Human Neurobiology*, v. 6, 1987.

- TULVING, E. Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, v. 53, 2002.
- VANDERWEELE, T. J. On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Science of the United State of America*, v. 114, 2017.
- WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 54, 1988.
- WONG, K.; CLONINGER, C. R. A person-centered approach to clinical practice. *Focus*, v. 8, 2010.
- WRIGHT, S. The shifting balance theory and macroevolution. *Annual Review of Genetics*, v. 16, 1982.
- ZWIR, I. et al. Uncovering the complex genetics of human temperament. *Molecular Psychiatry*, v. 25, 2020a.
- ZWIR, I. et al. Uncovering the complex genetics of human character. *Molecular Psychiatry*, v. 25, 2020b.
- ZWIR, I. et al. Three genetic-environmental networks for human personality. *Molecular Psychiatry*, v. 26, 2021.
- ZWIR, I. et al. Evolution of genetic networks for human creativity. *Molecular Psychiatry*, v. 27, 2022.



## CAPÍTULO 4. O Olhar da Psicopedagogia no Processo de Humanização e Afetividade no Ambiente Escolar

*Thiago Medeiros da Costa Daniele  
Ana Mattos Brito de Almeida  
Adson Rodrigo Silva Pinheiro  
Francisco Aquiles de Oliveira Caetano  
Andreza Magda da Silva Dantas*

### 4.1. Introdução

A prática docente requer condições e concepções fundamentais para a promoção da afetividade e da visão humanizadora. A busca pela educação escolar tem uma função não é apenas um local onde os alunos adquirem conhecimentos, mas também um espaço no qual desenvolvem habilidades sociais, emocionais e afetivas que os ajudarão ao longo de suas vidas (Almeida, 1999).

A afetividade refere-se à capacidade de estabelecer e expressar emoções, sentimentos e vínculos interpessoais. No contexto escolar, a afetividade está relacionada à forma como os estudantes se relacionam com seus colegas, professores e funcionários, do mesmo modo que se sentem acolhidos e valorizados dentro da comunidade escolar (Andrade, 2007).

Um ambiente escolar afetivamente rico promove a humanização, ou seja, reconhece a singularidade de cada indivíduo, respeita suas diferenças e estimula o desenvolvimento integral de suas potencialidades. Quando os estudantes se sentem amados, respeitados e valorizados na escola, isso fortalece sua autoestima, promove um senso de pertencimento e cria uma atmosfera propícia para a aprendizagem. Assim sendo, entende-se que a sociedade se transforma por meio da educação e suas relações em comunidade.

A afetividade também desempenha um papel importante na relação professor-aluno. Professores que cultivam relações afetivas com seus alunos estabelecem um vínculo de confiança e empatia, o

que facilita a comunicação, o engajamento e a motivação dos estudantes. Além disso, os professores afetuosos são capazes de compreender as necessidades emocionais dos estudantes, ajudando-os a lidar com seus sentimentos e a desenvolver habilidades socioemocionais essenciais, como a inteligência emocional e a resolução de conflitos (Nicolescu,1999).

É importante ressaltar que a afetividade não deve ser confundida com permissividade ou falta de limites. Uma abordagem afetiva no ambiente escolar envolve estabelecer regras claras e consistentes, mas com sensibilidade e compreensão pelas emoções dos estudantes. A criação de um ambiente seguro e acolhedor, permite que os alunos se sintam à vontade para expressar suas emoções e serem ouvidos, contribui para o seu bem-estar emocional e para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais saudáveis, tais como autonomia, empatia, responsabilidade, criticidade, criatividade, entre outros.

Para promover a afetividade e o processo de humanização no ambiente escolar, é necessário investir em práticas e políticas públicas que estimulem a inclusão, a diversidade e o respeito mútuo. Isso pode envolver a realização de atividades extracurriculares que promovam a cooperação e a solidariedade, a valorização das diferentes habilidades e talentos dos estudantes, a criação de espaços de diálogo e reflexão sobre questões sociais relevantes, além de programas de apoio socioemocional e a capacitação dos educadores nesse aspecto.

O presente estudo tem por base tratar sobre a afetividade e a humanização no âmbito da educação num olhar psicopedagógico. Tendo como objetivo geral mostrar que a afetividade é relevante no processo de evolução da educação da criança. Tendo como objetivos específicos: explanar sobre amplitude da Psicopedagogia; explanar sobre a utilização da Psicopedagogia; e enfatizar sobre a importância da afetividade numa visão psicopedagógica no âmbito escolar.

#### 4.2. Percurso metodológico

Foi realizada uma revisão narrativa com análise documental, de artigos científicos publicados em periódicos indexados que

versam sobre o tema “afetividade e humanização no ambiente escolar”, dissertações, teses e documentos publicados até 2022. Foi conduzida uma busca de artigos na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) do Brasil, principal base de periódicos científicos brasileiros, utilizando como descritores afetividade, escola, crianças e ensino, cujos artigos aceitos para publicação foram avaliados por pares com critérios previamente estabelecidos e reconhecidos como válidos pela comunidade científica.

O estudo de revisão prevê que se faça uma síntese de estudos contendo objetivos, materiais e métodos claramente explicados e conduzidos de acordo com um método explícito, reproduzível e rigoroso para identificar textos, fazer avaliação crítica e sintetizar estudos (Samperieri, Collado e Lucio, 2021). Utilizou-se, também, sites governamentais a fim de propor aprofundamento sobre a temática.

### 4.3. Resultados e Discussão

A temática se justifica em função da psicopedagogia ser o campo do saber que se constrói a partir de dois saberes: pedagogia e a psicologia. O campo dessa mediação recebe influências da psicanálise, da linguística, da semiótica, da neuropsicologia, da saúde coletiva, da psicofisiologia humanista-existencial e da medicina. Está intimamente ligada à psicologia educacional, da qual uma parte é aplicada à prática. Nesse contexto, o processo de humanização perpassa como nuance fundamental dentro do ambiente escolar.

Conduzia-se o raciocínio de que a união da Psicologia- Psicanálise- Pedagogia, conhecer a criança e o seu meio, para que fosse possível compreender o caso para determinar uma ação reeducadora e reestruturação do indivíduo. Diferenciar os que aprendiam, apesar de capacitados no âmbito intelectual, daqueles que apresentavam alguma deficiência mental (psíquica), física ou sensorial era uma das preocupações da época.

#### 4.4. A amplitude da psicopedagogia

A psicopedagogia surgiu da necessidade de atendimento às crianças com dificuldades de aprendizagem. Sendo tal situação apresentada por algumas crianças as quais são inaptas dentro do sistema convencional de educação além de serem vistos como situação desencadeadora de outros problemas, incluindo nessa condição o fracasso e a evasão escolar. Diante disso, os comportamentos negativos no tocante ao desenvolvimento das atividades pedagógicas são observados. Segundo Fernández (1990), a corrente europeia influenciou Buenos Aires na Argentina, que desenvolveu o primeiro curso psicopedagógico e que se tornou pioneiro neste país.

Nessa perspectiva, a Psicopedagogia possui um campo vastíssimo de atuação, cabe ao profissional escolher o seu campo e posição de atuação, evidentemente procurando sempre discernir de forma compromissada, formatado em uma solidez de formação teórica e prática.

Segundo Bossa (2000) o campo da Psicopedagogia no Brasil teve uma implantação árdua, visto que, o Psicopedagogo, profissional pós-graduado, necessita ser um multiespecialista em aprendizagem humana, congregando saberes de várias áreas de conhecimento científico, ou seja, é uma gama multiforme de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem utilizados objetivamente no contexto apropriado. Tendo como objetivo de intervenção no processo, tanto no que diz respeito a capacitação, quanto no trato das dificuldades, utilizando instrumentos próprios para este fim.

Uma vez estabelecido que a Psicopedagogia surgiu devido a necessidade de atender crianças com dificuldades de aprendizagem, consegue-se firmar o principal enfoque, sendo tais fragilidades objeto de estudo contínuo do profissional da área.

Conforme Carvalho (2010) no início do processo histórico, já podemos observar a Psicopedagogia com uma ciência norteadora de procedimentos necessários ao trabalho com crianças que apresentam algum tipo de barreira intransponível partir de uma visão tradicional da aprendizagem que dificulte à sua aprendizagem, objetivando o reconhecimento das capacidades individuais e

procurando minimizar os obstáculos que a impediam de aprender, na busca pela garantia do alcance de sua potencialidade.

Destarte a Psicopedagogia é uma atividade que se utiliza de muitos dispositivos científicos dispostos com inserção direta em outras áreas, nem por isso perde a sua importância, visto que, a mesma não se individualizou ou se isolou em seu próprio mundo, ao contrário abriu precedentes sólidos que a viabilizou e valorizou como ciência, visto que, faz íntimas associações com outras áreas gerando importância para essas respectivas áreas, ou seja, se trata de uma parceria contínua, séria e proveitosa. Em conformidade evidencia-se que:

Assim a amplitude de seu quadro teórico, a Psicopedagogia apresenta fundamentações em estudos da área de Medicina, Pedagogia, Sociologia, Filosofia, Odontologia, Fonoaudiologia, Neurologia, Psicologia e Linguística, entre outras. Podendo ainda contar com a contribuição da epistemologia genética. Essa fundamentação, buscada através de outras áreas do conhecimento, embasam e fortificam o corpo pedagógico, que já possui a especificidade de seu objeto de estudo, constituindo uma nova área com corpo teórico próprio (Carvalho, 2010, p.13).

Explicitou Moojen (1998) que a Psicopedagogia é uma descoberta e invenção, como área de conhecimento, que alcançou sua especificidade (objeto, método, campos de aplicação, critérios de formação, etc). “Apenas neste século, ela reuniu e deu estatuto científico e profissional conhecimentos antes produzidos e disseminados em muitas outras áreas.” (Moojen, 1998, p.13).

Diante do que Moojen afirmou a Psicopedagogia está atrelada a três momentos históricos fundamentais, o primeiro com o início da proposta na década de 60 do século XX, na fronteira com a Pedagogia, Psicologia e Medicina (mais precisamente a Neurologia) e visava atendimento de criança com distúrbios de aprendizagem, as quais estavam inaptas para o sistema educacional.

O segundo momento histórico surgiu nas décadas de 1970 e 1980 do mencionado século, no qual a preocupação da Psicopedagogia seria a aprendizagem. Sua prática é bastante variada e

depende das articulações feitas pelos psicopedagogos com as demais ciências. Os resultados são Psicopedagogos com uma visão ampliada com nuances psicológica, psicanalítica, fonoaudiológica, psicomotricista, profissional de educação física e o psicopedagogo especialista em Matemática, dentre outros.

O terceiro momento está diretamente ligado ao segundo, sendo marcado com a preocupação do ser em processo de construção do conhecimento. A Pedagogia do Brasil, desde a década 1980, vem desenvolvendo um quadro teórico próprio. “É uma nova área do conhecimento, que traz em si as origens e contradições de uma atuação interdisciplinar, necessitando de muita reflexão teórica e pesquisa” (Bossa, 2000, p.13). Nesse sentido, a Psicopedagogia é o estudo da aprendizagem humana que se constitui a cada momento, lugar e em qualquer tempo.

#### 4.4.1. A utilização da psicopedagogia no ensino humanizado

A Psicopedagogia é um campo do conhecimento que se propõe integrar de modo coerente, conhecimentos e princípios diferentes como as Ciências Humanas e Sociais com a meta de adquirir uma ampla compreensão sobre os variados processos inerentes ao aprendizado humano. Enquanto área de conhecimento multidisciplinar interessa a psicopedagogia compreender como ocorrem os processos de aprendizagem e entender as possíveis dificuldades, situadas neste movimento.

Com relação ao Psicopedagogo, está incumbido a importante função de ser mediador nos processos de transmissão e apropriação dos conhecimentos, habilidades e atitudes. Atualmente estamos vivendo um momento histórico em que o conhecimento está fundamentado profissionalmente em uma condição da era industrial, ou seja, a especialização. É fundamental considerar o todo, a singularidade e integralidade do sujeito e sua articulação com a coletividade, um exemplo é com relação às áreas da saúde e da saúde coletiva, um exemplo é com relação às áreas da saúde e da saúde coletiva.

Nessa perspectiva a Psicopedagogia atua em diferentes

ambientes com objetivos específicos, a forma de pensar sobre o aprendiz, de ver o processo de aprendizagem, de considerar o mundo e o conhecimento deve seguir os mesmos propósitos. O objeto a ser estudado é a aprendizagem, independe do local e do processo.

Dentro dessa perspectiva, afirma que um dos perigos da interdisciplinaridade, é o de fabricar outras disciplinas, decorrentes da necessidade de adotar conhecimento de uma área em outra de estudo ou de atuação.

No tocante a prática de atuação o profissional psicopedagogo reúne conhecimentos de várias, sendo que suas estratégias estão fundamentadas em princípios pedagógicos e psicológicos, visualizando a possibilidade de desenvolvimento e a aprendizagem, agindo numa linha preventiva e terapêutica.

A utilização da psicopedagogia no ensino humanizado é uma abordagem educacional que visa o desenvolvimento integral do aluno, considerando suas necessidades emocionais, cognitivas e sociais. A psicopedagogia é uma área que estuda os processos de aprendizagem e tem como objetivo principal compreender como cada indivíduo aprende, identificar possíveis dificuldades e promover estratégias adequadas para a superação desses obstáculos.

A Psicopedagogia não trata apenas de aprendizagem, se observarmos a etimologia da palavra psicopedagogia, a mesma de imediato nos informa que “psico” trata de comportamento, e a “pedagogia” evidentemente trata de ensinamento. É uma junção de habilidades para correção de problemáticas existentes na criança ou no jovem no âmbito escolar, que envolve por parte do profissional compreensão, atenção, paciência e sempre visualizar possibilidades de enfrentamento da problemática existencial do alunado.

#### 4.4.2. Ensino humanizado na escola

A Escola deve ser um ambiente estimulante, educativo, seguro e afetivo, com pessoas capacitadas e habilitadas para fazer o acompanhamento das crianças e jovens nesse processo de descoberto do conhecimento, propiciando uma base sólida para seu desenvolvimento, formando crianças com capacidade de aprender, pensar,

refletir e criticar com autonomia, tornando-se participantes ativos do processo de construção do conhecimento (Ostetto, 2000).

É necessário conscientizar os educadores e toda a comunidade escolar, de que esta fase é primordial para a construção e estabelecimento de vínculos, aprendizagem e afetividade na formação do ser social.

Refletindo em um estudo psicopedagógico sobre educação do indivíduo, tendo como objetivo o desenvolvimento pleno das habilidades e potencialidades do homem para o seu bem-estar e o bem-estar da sociedade, sendo isso um aspecto integralmente relevante, a Psicopedagogia, deve proporcionar um cuidado específico no trabalho desenvolvido junto ao público alvo para contribuir com os profissionais e familiares envolvidos neste processo, para que conheçam bem as características específicas da criança e entendam que a educação deve ser pensada sobre dois eixos indissociáveis, o cuidar e o educar (Ostetto, 2000).

Neste contexto, todas as interações estabelecidas desde o nascimento, contribuem para o aprendizado. Uma questão importante é motivação, da autoestima e das interações são vistas na pesquisa como aspectos a serem abordados pelos educadores, em que as relações afetivas e saudáveis, formadas na família e perpetuadas na escola contribuem para o desenvolvimento global dos alunos, propiciando uma aprendizagem significativa e formadora de indivíduos equilibrados (Pain, 1998).

A atuação do psicopedagogo, tanto em clínica quanto na instituição, tem sido de grande relevância, contribuindo no processo de aprendizagem dos alunos e nos entraves destes. Assiste o cliente individualmente na clínica, ou na instituição de educação infantil (creche e pré-escola) com acesso à seleção e discussão de informações necessárias com os professores e equipe técnica para reflexão sobre suas práticas, junto ao psicólogo e equipe pedagógica.

Assim, a Psicopedagogia na instituição infantil tem também o caráter preventivo e de promoção da saúde, pois trabalha desde a formação do professor. Assim, busca alternativas para a formação dos educadores de creche/pré-escola. Investigar, analisar e pôr em

prática novas propostas para a formação dos educadores, que os capacitem a estabelecer relações mais conscientes e maduras com as crianças e com a equipe escolar, é o desafio mais forte do psicopedagogo comprometido com a educação infantil em instituições.

#### 4.5. Afetividade num olhar psicopedagógico

Durante muito tempo se ignorou a importância da questão da afetividade no contexto educacional. Imaginava-se que o fato de o aprendente nutrir ou não algum afeto pelo professor não teria uma influência representativa no processo de aprendizagem, hoje em dia, contudo, os estudos e teorias vêm apontando para uma realidade distinta daquela.

Teorias de Piaget afirmam que a afetividade não modifica a estrutura no funcionamento da inteligência, porém é a energia que impulsiona a ação de aprender (Piaget, 1980). Muito do trabalho do professor e do psicopedagogo são fundamentais nesta e em outras teorias afins.

A ideia de que o aluno é um espaço vazio onde os fatos, datas e conceitos devem ser depositados há muito tempo deixou de ser aceitável.

Desde Paulo Freire, que muito falou sobre a necessidade de se reconhecer o conhecimento prévio dos educandos e aquilo que os caracteriza como pessoas, que a ideia da afetividade na educação passou a ser mais defendida dentro e fora das salas de aula (Freire, 1977). Wallon (1968) conceituou a diferença entre emoção e afetividade: afetividade é um conceito amplo, que inclui um componente orgânico, corporal, motor, plástico (emoção), um componente cognitivo, representacional (sentimentos) e um componente expressivo (comunicação). Pensando nisso, pode-se destacar que um ambiente agradável, que propicie boas relações com as pessoas e com o meio, é fundamental, não apenas para a aprendizagem em si enquanto aquisição de conhecimentos, mas também para a construção do caráter e da personalidade.

A criança quando começa a frequentar a escola quer, além de receber instrução, ser bem tratada, valorizada e ter, tanto dos

professores quanto dos colegas, o respeito e carinho que necessita. Deve-se considerar que o primeiro contato com a escola vem de um processo muitas vezes doloroso de separação da família e do lar, portanto uma recepção calorosa e carinhosa é primordial para que a criança se sinta confortável com o novo espaço.

Essa construção de novas relações se desenvolve ao longo do tempo, sendo diferente para cada indivíduo. Para Almeida (2007), a afetividade, assim como a inteligência e a cognição, não são aspectos permanentes no ensino. Evoluem ao longo do desenvolvimento e da formação do educando: são construídas e se modificam de um período a outro à medida que o indivíduo se desenvolve, as necessidades afetivas se tornam cognitivas. Para entendermos melhor o papel das relações afetivas no momento da aprendizagem, basta que pensemos em um bebê em seus primeiros contatos com a mãe.

O toque, o tom da voz, o carinho dedicado pela mãe ensina os primeiros conhecimentos e preparam para o mundo aqueles cujos olhos veem tudo como um grande mistério. O papel do professor sempre será como o de um cuidador, pois o aluno tende a tê-lo como referência na forma de apropriação dos saberes que o cercam. A falta dessa interação pode causar desânimo e ansiedade. No caso de crianças que já demonstram dificuldade de aprendizado essa ansiedade é bem maior, afetando sua autoestima e confiança.

Os sinais mais evidentes da ansiedade nas crianças são muitas vezes verificados por insônia, nervosismo, dor de cabeça constante, aperto do tórax, sudorese, taquicardia, irritabilidade, indisposição estomacal, tiques, dificuldade de concentração, problemas estes de origem psicossomática (Almeida, 1999). As crianças ansiosas podem ter seu desenvolvimento de aprendizagem comprometido por ficarem mais desatentas e com baixa concentração, e, como tem dificuldades em controlar suas emoções podem ter suas percepções distorcidas. A ansiedade pode ser gerada por fatores externos como insegurança diante de algo que não tem domínio, dificuldade de entender ou executar tarefas ou quando são muito exigidas frente às expectativas dos adultos. Autoestima baixa – o autoconceito e a

autoestima referem-se à representação da avaliação afetiva que a pessoa tem de suas características em um determinado momento (Miras, 2004).

O conteúdo psicológico multidimensional que caracteriza a autoestima refere-se à possibilidade que tem o ser humano em ter diferentes valorações em diferentes domínios. Essas dimensões vão mudando com a idade, de acordo com os pontos de interesses de cada uma delas. Assim, a autoestima está menos diferenciada nas idades mais precoces e vai se tornando mais complexa e diversificada à medida que o desenvolvimento avança.

A título de esclarecimento, podemos considerar desta forma as dimensões da autoestima: Autoestima global compreendida em física, que se refere aos aspectos físicos e às destrezas físicas; auto acadêmica que se diversificarem função dos conteúdos escolares (português, matemática, idiomas e outras matérias) e autoestima social identificada pelas relações que são estabelecidas e desenvolvidas com os pais e com seus iguais. Enquanto a criança baseia suas autoavaliações em situações concretas, até por volta dos sete ou oito anos, a autoestima global não costuma ser encontrada. A partir desta idade, o grupo de iguais (âmbito social da autoestima) se transforma em uma fonte de comparação constante e no espelho que permite a cada um contrastar e tomar consciência de suas próprias capacidades e limitações e conforme se aproxima da adolescência as opiniões e avaliações dos companheiros influencia seu autoconceito e autoestima (Andrade, 2007, p.31).

Neste processo, é imprescindível pontuar que o psicopedagogo apresenta um cuidado específico com o desenvolvimento pleno das habilidades e potencialidades dos estudantes. Seu trabalho é contribuir com a utilização de diferentes estratégias que articule afetividade e aprendizagem, construindo o entendimento da educação pensada sobre dois eixos indissociáveis, o cuidar e o educar. Por conseguinte, torna-se relevante ressaltar que a visão da psicopedagogia favorece a humanização do desenvolvimento cognitivo dos sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, bem como contribui significativamente com um ambiente escolar afetivamente rico, auxiliando o conhecimento e a singularidade de cada

indivíduo, respeitando suas diferenças e estimulando o desenvolvimento integral de suas potencialidades.

Um fator de suma importância nessa relação é permitir que a criança atue de forma espontânea, ou seja, sem atitudes mecanizadas ou temerosas. Vale ressaltar que a escola contribui para formação de personalidade, mas em muitas ocasiões a criança não se sente à vontade, isto é, suas reais características são travadas ou cerceadas em função de uma sistemática escolar negativa para o estudante e que prejudica ou distorce suas percepções sobre a visão de mundo e suas relações.

As revisões narrativas possam ser úteis em certos contextos, é importante reconhecer suas fragilidades e limitações, como a ampliação dos achados e a não utilização de uma abordagem estatística.

#### 4.6. Considerações finais

Um ponto essencial destacado foi que a afetividade se refere à capacidade de estabelecer e expressar emoções, sentimentos e vínculos interpessoais. Para tanto, a afetividade aqui citada é estimulada por meio da vivência escolar na qual o professor-educador estabelece um vínculo de afeto. Ao passo que se discute as teorias da afetividade, o estudante precisa de estabilidade emocional para se envolver no processo de ensino e aprendizagem de um modo mais eficaz, promovendo um aprendizado de fato. Nesse sentido, o afeto em parceria com a educação é um caminho estimulador e enriquecedor para atingir uma totalidade no processo do aprender.

Dessa forma, dentre os fatores analisados quanto à influência do olhar da psicopedagogia no processo de humanização e afetividade no ambiente escolar, ressalta-se que a utilização da psicopedagogia no ensino humanizado é uma abordagem educacional que visa o desenvolvimento integral do aluno, considerando suas necessidades emocionais, cognitivas e sociais. Assim, o profissional que exerce a função de psicopedagogo deve estar presente em todos os momentos em que ocorra aprendizagem, atuando desde o planejamento das atividades até a aplicabilidade das mesmas. Cujas funções

é analisar o nível das atividades propostas e o grau de dificuldade de aprendizagem dos educandos.

É crucial destacar a importância contínua da produção de conhecimento e reflexões sobre uma ampla gama de temáticas. O avanço do conhecimento é um processo dinâmico e contínuo que impulsiona o progresso da sociedade em muitos aspectos.

#### 4.7. Referências

- ALMEIDA, A.R.S. *A emoção na sala de aula*. 6. ed. Campinas: Papirus, 1999.
- ALMEIDA, L.R. de; MAHONEY, A.A. (Orgs.). *Afetividade e aprendizagem: contribuições de Henri Wallon*. São Paulo: Edições Loyola, 2007
- ANDRADE, Agivanda Soares. *A influência da afetividade na aprendizagem*. Unievangélica Centro Universitário. Brasília-DF, 2007.
- AVIA, M. D. & Sánchez, B. M. L.. *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Ediciones Pirámide S. A. 1995.
- BOSSA, Nadia A. *A Psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática*. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.
- CARVALHO, Rejane T. *A Intervenção da Psicopedagogia na Integração dos Alunos Recém Ingressos na UFC: Na Utilização de Recursos de Pesquisas Oferecidas pela Biblioteca da Faculdade de Direito - BFD*. Universidade Vale do Acaraú, Sobral - CE, 2010.
- CARLBERG, Simone. Psicopedagogia Institucional: uma práxis em Construção. *Revista de Psicopedagogia* – Vol.XIX – Nº51, Associação Brasileira de Psicopedagogia. São Paulo, 2000.
- FERNÁNDEZ, Alicia. *A inteligência aprisionada*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- FRIJDA, N. H. (1995). *Las leyes de la emoción*. Em M. D. Avia & B. M. L. Sánchez (Orgs.), *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Ediciones Pirámide. S.A.
- MIRAS, M. *Afetos, emoções, atribuições e expectativas: o sentido da aprendizagem escolar*. In: COLL, C. et. al. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia da educação escolar*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MOOJEN, S. *Dificuldades ou Transtornos de Aprendizagem?* Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998.
- NICOLESCU, B. *Transdisciplinaridade e Complexidade* (trad.). O manifesto de Transdisciplinaridade e Complexidade. Trion, São Paulo. 1999.

- OSTETTO, L.E. *Encontros e encantamentos na educação infantil: partilhando experiências de estágios*. Papirus Editora, 2000.
- PAIN, Sara. *Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem*. Artes Médicas, Porto Alegre-RS, 1998.
- PIAGET, J. *A Psicologia da Criança*. São Paulo/Rio de Janeiro: DIFEL, 1980.
- PRIORE, M. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1999.
- SAMPIERI, R., COLLADO, C., & LUCIO, P. *Metodologia de Pesquisa*. 6ª ed. Porto Alegre: Penso, 2021.
- SISTO, F.; MARTINELLI, S. *Afetividade e Dificuldades de Aprendizagem: uma abordagem psicopedagógica*. 1. ed. São Paulo, 2001.
- WALLON, H. *A Evolução Psicológica da Criança*. Lisboa: Edições 70, 1968.
- WECHSLER, S. M. *Criatividade: descobrindo e encorajando*. Campinas: Editora Psy. 1993.

## **CAPÍTULO 5. Por que os Parceiros Sexuais de Gestantes com Sífilis não Comparecem para Tratamento na Atenção Primária?**

*Ana Fátima Braga Rocha  
Maria Alix Leite Araújo  
Aline Veras Moraes Brilhante  
Ana Karinne Dantas de Oliveira*

### **5.1. Introdução**

Em países pobres e em desenvolvimento, a Sífilis Congênita (SC) apresenta proporções alarmantes (SERRUYA et al, 2015; OPS, 2016) e apesar de ser de fácil detecção e prevenção, se encontra ainda longe de ser controlada. No Brasil, as taxas de incidência permanecem altas (BRASIL, 2022a), impactando negativamente no aumento desse indicador em países da América Latina e Caribe (OPS, 2016). Um dos principais entraves para alcance dessa meta está relacionado às falhas terapêuticas de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal. (MAGALHÃES et al., 2013), fato este que não pode ser desvinculado da dificuldade em se tratar seus parceiros sexuais (ARAÚJO et al., 2012; DOMINGUES et al., 2013).

A convocação e o tratamento dos parceiros sexuais integram os protocolos de assistência às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2022b), ganhando relevância adicional no caso da sífilis, em decorrência do risco de transmissão vertical (DASSAH; ADU-SARKODIE; MAYAUD, 2015; NEWMAN et al, 2013).

O controle da SC perpassa necessariamente pelo reconhecimento da atenção primária à saúde como espaço estratégico para o desenvolvimento de esforços que visem melhorar a cobertura de parceiros sexuais tratados. Ocorre que os homens não costumam frequentar esses serviços, que culturalmente são voltados à atenção materno infantil (GOMES, 2007; GOMES et al., 2011; VIEIRA et al., 2013). Portanto, trata-se de um desafio e acredita-se que essa

situação pode ser agravada no contexto de uma IST, como é o caso da sífilis.

Vale ressaltar que no caso das IST, a maior parte das propostas de linhas de cuidado destaca os fluxos visando organizar a rede de serviços e os procedimentos (consultas, exames, internações), majoritariamente com ênfase na gestão da atenção à saúde e/ou nos protocolos clínicos para as DST mais comuns (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). Apesar da inequívoca importância do papel dos fluxos de referência e contrarreferência, as dificuldades de tratamento dos parceiros trazem à luz a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, a partir da dimensão micropolítica e relacional do trabalho em saúde (MALTA; MERHY, 2010). Essa perspectiva alinha-se aos constructos que abordam a construção de linhas do cuidado organizadas sob o eixo da integralidade na assistência à saúde (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Aliando a metodologia da análise do discurso aos referenciais teóricos dos estudos de gênero e das linhas integrais do cuidado, objetiva-se compreender os aspectos que interferem no comparecimento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis nas unidades primárias de saúde. Para tal, parte dos discursos de gestores, profissionais e parceiros de gestante com sífilis. Acredita-se que os achados desse estudo evidenciarão aspectos da organização dos serviços e da abordagem dos parceiros sexuais que contribuirão para ampliar os conhecimentos e, conseqüentemente, ajudar no desenvolvimento de estratégias que levem em consideração o contexto vivenciado pelos atores sociais envolvidos.

## 5.2. Metodologia

Pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa realizada em uma metrópole do Nordeste do Brasil. Nesse município, a assistência à saúde é fundamentada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), composto de uma rede hierarquizada de serviços que contam com 110 unidades de atenção primária à saúde (UAPS), sete maternidades públicas e conveniadas, distribuídas em seis Coordenadorias de Saúde (Cores).

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2015 nas sete maternidades e em seis UAPS. Inicialmente, foi realizado um levantamento das fichas de notificação visando identificar as UAPS que apresentaram o maior número de casos de sífilis em gestantes no ano anterior à coleta. Na tentativa de abranger as diferentes áreas geográficas do município, foi selecionada uma UAPS de cada Cores.

Em seguida, foram realizadas entrevistas em profundidade com profissionais e gestores da atenção primária e parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Considerou-se parceiro sexual, o esposo, namorado ou qualquer outro homem com quem a gestante com sífilis mantinha relação íntimo-afetiva, independentemente do tempo do relacionamento e de residirem na mesma casa.

Nas UAPS, foram entrevistados 21 profissionais (sete médicos e 14 enfermeiros) e seis gestores. Uma pesquisadora com larga experiência na temática visitou diariamente as unidades para realização das entrevistas. Todos os 43 profissionais e os seis gestores das UAPS selecionadas foram convidados a participar do estudo. Recusaram-se, 11 médicos e um enfermeiro. Dez profissionais encontravam-se de férias ou licença no período da coleta de dados.

Nas maternidades, foram entrevistados 16 parceiros sexuais cujas companheiras haviam recebido o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, ocasião em que deveria ter ocorrido a convocação para tratamento. Considerou-se a maternidade um espaço estratégico para o acesso a esses homens, uma vez que os mesmos costumam realizar visitas à puérpera e/ou ao bebê. Devido ao respeito às questões éticas, essas entrevistas foram realizadas após autorização da puérpera e confirmação de que o parceiro tinha ciência do diagnóstico.

Após o contato com os parceiros e explicação acerca dos objetivos da pesquisa, cinco recusaram-se a participar. Aqueles que aceitaram, foram levados para um espaço privativo no intuito de garantir o sigilo e confidencialidade das informações e proporcionar maior espontaneidade nas respostas. O tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora.

Após a transcrição das falas e leituras exaustivas do material resultante, a análise seguiu os princípios da Análise do Discurso (AD) (ORLANDI; 1998). As transcrições foram lidas em média 20 vezes, sendo posteriormente segmentada em unidades de significação, a partir das quais, iniciou-se um procedimento minucioso de interpretação, articulando-as entre si e com o contexto sócio-histórico-político em que estavam inseridas. Em seguida, trabalhou-se as formações discursivas, relacionando-as à ideologia do sujeito para, enfim, interpretar a partir dos sentidos de discursos realizados, imaginados ou possíveis.

As formações discursivas foram relacionadas às formações ideológicas para chegar aos processos discursivos. Neste momento observam-se paráfrases, metáforas e fenômenos semânticos produzidos por substituições contextuais, fazendo emergir o não-dito (ORLANDI, 2009). O dispositivo analítico foi então construído, a partir de recortes de sequências discursivas, sendo analisado à luz do contexto sócio-histórico (ORLANDI; 1998; ORLANDI, 2009).

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR com o número de protocolo 468.751. Visando manter o anonimato, os participantes foram identificados por números, seguindo a ordem das entrevistas.

### 5.3. Resultados

Embora nenhum profissional de saúde ou gestor tenha identificado a relação entre lapsos assistenciais e as falhas nas convocações dos parceiros, os discursos são plenos de significados sobre esse fenômeno. Descortina-se, a partir deles, a institucionalização de estereótipos e relações embutidas na estrutura social, comprometendo, em última análise, a assistência à saúde adequada aos parceiros das gestantes com sífilis. Foram identificadas a internalização de falsas crenças pelos diferentes atores participantes desta pesquisa. Porquanto tais falácias discursivas configuram-se em formações ideológicas transpassadas e perpassadas pelas questões de gênero, estas foram agrupadas em duas categorias principais: A virilidade como significante do masculino e A institucionalização dos binários opostos entre os papéis sociais de gênero.

### 5.3.1. A virilidade como significante do masculino

A generalização da infidelidade masculina como inerente à condição do ser homem, foi frequente nas falas de profissionais e gestores. Esse fenômeno é exemplificado na fala de P18, que afirma: “A gente sabe que é porque eles traem as esposas e pensam que vão acabar tendo que assumir a infidelidade para o profissional. É por isso que não eles não vêm.” A naturalização da crença do adultério masculino como norma reflete-se nas relações dos profissionais com as gestantes. Neste sentido, não há constrangimento em se questionar à mulher sobre a infidelidade do marido, como ilustra P3: “eu sempre pergunto se ela tem informação de outras parceiras do marido. Para a questão da quebra de cadeia de transmissão” (P3).

Em alguns casos, os profissionais apelam para o alívio cômico, ignorando que este não ameniza a violência simbólica atrelada ao modo como essas formações discursivas estão estruturadas. O discurso de P10, por exemplo, nos traz: “Sempre pergunto ‘Ah, seu marido é danado? Pois então’. A gente brinca e aí vai conduzindo de forma a ficar mais fácil de elas entenderem”. Mesmo quando o objetivo expresso do discurso é evitar a culpabilização, ela está implícita, como ilustra a fala de P13: “Normalmente eles pegam esses tipos de coisas em casos extraconjugais e aí, na hora que ele vier, ele fica em situação delicada, acha que a gente vai perguntar e julgar, mas nós sabemos que estamos aqui para tratar e resolver, ele teve as razões dele e a gente não tem nada a ver com isso”.

A tentativa de demonstrar-se livre de qualquer juízo de valor, não se sustenta no discurso. Resta claro o entendimento do adultério como constante. Tanto que a tentativa de distanciar a suposta infidelidade da assistência não se dá por seu questionamento, mas por uma suposta isenção, expressa na frase: “ele teve as razões dele”. A generalização do adultério masculino como causa mais provável da infecção traz à baila o julgamento moral que é reforçado pela frase “a gente não tem nada a ver com isso”. Tal expressão é popularmente utilizada quando o orador busca isentar-se de fato do qual deseja distanciar-se. Ao suceder a suposição da responsabilidade

masculina como norma, essa frase lança luz sobre o paradoxo do “não julgamento” moral ancorado em suposições de caráter moral. Além disso, o estigma que marca a imagética socialmente construída das IST segue ilustrada pela não nomeação desta condição e pelo uso da expressão: “esses tipos de coisas”. Embora a expressão deslocada do contexto não tenha valor analítico, ao ser inserida em um discurso que transborda juízos de valor condicionados a questões morais, a mesma ganha significado.

O julgamento moral não passa despercebido pelos homens usuários dos serviços. As falas revelam o ideário de que as IST são predominantemente transmitidas do homem para a mulher, como exemplifica H4, ao afirmar que “todo mundo acha que é a gente que passa. Mas por mim eu tenho certeza que não foi.” Essa falácia de generalização consiste em uma formação ideológica que permeia os interdiscursos sociais, sendo internalizada inclusive pelos próprios homens. H5, por exemplo, compreende as IST da seguinte forma: “Se eu tô com aquela pessoa e tenho relação com outra pessoa que tenha doença que eu nem saiba, aí for ter relação com minha esposa, aí ela pega de mim e passa pra criança”.

Essa crença está atrelada à construção dos papéis sociais de sociais hegemônicos, que consolidaram estereótipos que vinculam a virilidade como significante do masculino, como referência H7: “É por que homem é assim. A maioria tem mesmo várias parceiras”. A institucionalização das formações ideológicas que condicionam IST ao adultério, descortinam a moralidade como uma estrutura ideológica sólida. Fatores que comprometem crenças de juízo moral, contudo, associam-se à culpa e à necessidade de se identificar o(a) transgressor(a). Nesse sentido H16 nos fala: “eu tenho certeza que não foi nenhum dos dois. Porque eu fui o primeiro dela e ela também era virgem. Fiquei até pensando se isso não pode nascer com a gente, mas disseram que só pega pelo sexo. Aí a gente fica logo pensando coisa, mesmo sabendo que não fui eu e nem ela, a gente pensa as coisas”.

A percepção de que há um julgamento moral e a consequente necessidade de um culpado é corroborada por H4: “Da minha

parte eu tenho certeza de que não foi. Se pode ser algo que pegou antes, então talvez tenha sido dela. Porque um conhecido que foi namorado dela antes, faz tempo isso, disse que teve. Se ele foi namorado dela, talvez tenha passado para ela [...]. Então não quer dizer que ninguém tem culpa. [...] Por que não explicaram que podia ter sido muito antes, só que pegava pelo sexo”. O entendimento da ausência de um culpado apenas se fez necessário em decorrência da certeza prévia da transgressão. Deste modo, o receio de atender convocações dos profissionais de saúde relaciona-se à crença de que serão julgados por um suposto adultério e à insegurança quanto ao sigilo das informações, como ilustra a fala de H12: “se eu fosse falar isso (IST) para doutora, o que é que ela ia dizer comigo? Eu acho que os homens têm mesmo é medo de falar para o profissional lá do posto se tiver saído com outra pessoa e ela ir contar [pra esposa]”.

O desconforto diante da possibilidade de ser examinado por uma mulher também emerge nos discursos como parte de formações ideológicas que permeiam os discursos sociais. Neste sentido, H7 afirma: “O homem não vai por causa da vergonha mesmo, porque a maioria dos médicos são mulheres. Uma vez eu fui no posto e não gostei nem de tirar a camisa para ela examinar, imagina tirar o resto. Não tem como um homem gostar de tirar a roupa para uma mulher para ser examinado”.

Esse constrangimento remete à sexualidade como dispositivo histórico foucaultiano (FOUCAULT, 2020). O controle dos corpos a partir das normas sociais acerca da sexualidade culminou na significação da nudez primariamente a partir do ato sexual. Deste modo, os homens referem desconforto em mostrar-se desnudos diante de pessoas de outro gênero, a menos que diante da iminência do ato sexual, como exemplifica H5: “Tirar a roupa na frente de um profissional que também é homem é normal, mas um homem tirar a roupa para uma mulher examinar, aí é diferente. Por que, você sabe, a verdade é que o homem tá acostumado a tirar a roupa para uma mulher para outras coisas, para transar”.

Sendo uma ideologia que perpassa a sociedade, o

constrangimento é corroborado e compartilhado pelas profissionais de saúde, como percebe-se no discurso da profissional P15: “Se tivesse um profissional homem médico para atender esse grupo de homens pelo menos uma vez a cada 15 dias, já era uma boa solução. A gente que é mulher, mesmo sendo profissional de saúde, também fica constrangida porque nós não estamos acostumadas a isso”. A sugestão de um ambulatório onde profissionais homens possam examinar os parceiros das gestantes com sífilis soa como paliativo pouco sustentável, posto que não apenas não enfrenta o cerne do problema como ainda reforça os discursos que o estruturam. Toda as formações discursivas encontradas nos resultados orbitam a relação binária complementar entre os gêneros: homem viril, forte, racional e invulnerável versus mulher submissa, frágil, emotiva e cuidadora (RODRIGUES, 2012). Situam-se aí as fragilidades assistenciais que tanto afastam o homem dos serviços como resignam os profissionais desse fenômeno. A aceitação premente da vacância masculina do serviço encontra reforço no estereótipo da feminização do cuidado (RISSARDO; GASPARINO, 2013), colocando a mulher em risco na medida em transferem a ela a responsabilidade pelo tratamento do parceiro (ANDRADE; ARAÚJO; DOURADO; MIRANDA; REIS, 2016).

#### A institucionalização dos binários opostos entre os papéis sociais de gênero

Outros estereótipos socioculturalmente atrelados à imagética da masculinidade emergem como legitimadores da vacância masculina dos serviços de saúde. Dentre eles, encontra-se o binário oposto da invulnerabilidade masculina versus a fragilidade feminina. Para alguns homens participantes da pesquisa, frequentar as UAPS e adotar medidas de autocuidado denotam fragilidade, sendo atribuídas ao feminino. Neste sentido, H15 declara que: “Os homens têm dificuldade de ir para o posto porque é coisa de mulher, aí eles acham que se forem vão tá demonstrando fraqueza”. Vale ressaltar que dez dos 16 parceiros entrevistados reconheceram já ter tido no passado uma úlcera no pênis e nenhum procurou a unidade de saúde na ocasião, como por exemplo H11: “É que a

gente acha que é mais a mulher que tem que se preocupar com essas coisas de doença. Eu já tive uma feridinha sim, mas sabe como é homem, só vai quando o negócio tá sério.” Essa percepção é compartilhada pelo Gestor G1: “Uma das principais dificuldades para ele vir é o próprio machismo, eles acham que não precisam, que é a mulher que tem que estar sempre se submetendo a esses exames, esses tratamentos.” A fala do gestor remete à ideia de que o mito da invulnerabilidade masculina é uma crença do homem.

Contudo, essa formação ideológica, embora não verbalizada, permeia os discursos também dos profissionais naquilo que é silenciado. P8, por exemplo, relatou em sua entrevista que “as mulheres vêm mais, porque elas acabam tendo mais necessidade”. Ao verbalizar que as mulheres têm mais necessidade, a profissional resta implícito que os homens precisam menos dos serviços de saúde. Deste modo, mesmo que inconscientemente, o discurso da profissional alinha-se ao mito da invulnerabilidade masculina. O discurso da profissional segue com a afirmação: “esse papel de cuidar da família acaba recaindo sobre a mulher mesmo”. Completa-se, assim, o binário opositor – homem forte e invulnerável versus mulher frágil e cuidadora.

A assimilação dessas falsas crenças termina por comprometer a efetivação da linha de cuidado, posto que sua prática se estrutura sobre as formações ideológicas já mencionadas. Deste modo, a aceitação inequívoca da negativa do parceiro à convocação associada ao estereótipo da mulher cuidadora, normatiza a transferência da responsabilidade para a gestante, como é corroborado pela fala de P1: “Não temos estratégia, a gente fala, conversa mesmo com a paciente, esclarece todos os riscos e a necessidade de tratamento e o risco que ela está correndo se ela ou o parceiro não se tratar”. Essa estratégia – ou falta dela – ignora as relações hierárquicas de poder entre os gêneros e os riscos aos quais a gestante fica exposta diante da transferência de responsabilidade.

Os discursos dos parceiros refletem que atender à convocação colocaria em xeque – ainda que provisoriamente - o estado quo intraconjugal. Para H2, por exemplo: “A gente não vai porque se for,

vai dá é problema em casa. [...] Se a gente for aí a mulher vai poder ficar fazendo pergunta. E isso eu não aceito não. Aí para não ter problema, e as coisas ficarem como sempre foram, eu achei melhor não ir”. A mulher é então colocada em uma posição instável. Ao mesmo tempo em que vê transferida para si a responsabilidade do tratamento da família, tem que lidar algumas vezes com manifestações de não aceitação do homem. Essa movimentação é percebida por G1, que afirma: “Eu vejo a mulher por sua vez muito submissa, tem medo, tem receio de ficar insistindo”.

A indolência do cancro sífilítico é referida pelos profissionais como obstáculo ao tratamento do parceiro. Esse argumento, contudo, não justifica a não convocação ou a resiliência diante da vacância masculina após identificadas alterações laboratoriais nos exames sorológicos da parceira. Para além do verbalizado, os discursos dos profissionais expõem formações discursivas que têm os papéis sociais de gênero como base, como percebe-se na fala da profissional P3: “A maior dificuldade para conseguir tratar o parceiro é que no homem a sífilis demora a manifestar sintomas [...]. O homem é muito objetivo, racional, então para ele é doença aquilo que se manifesta, o que não se manifesta como doença não é doença.” A fala da profissional silencia sobre o fato de que as manifestações clínicas da sífilis independem do gênero do enfermo. Ademais, segue atrelada ao estereótipo hegemônico de masculinidade. A suposta racionalidade masculina atua como símbolo de pragmatismo e força em oposição a uma hipotética sensibilidade feminina, cuja imagética remete à falta de objetividade e fragilidade.

Essas formações discursivas, embebidas de questões ideológicas, permeiam as atitudes dos profissionais, na medida em que as estratégias de convocação – ou a resignação sobre a ausência – são construídas sobre estereótipos. Nesse sentido, para P3 “Homem é assim, racional objetivo, e aí não quer vir. Mesmo a gente sensibilizando. Por que é mais fácil sensibilizar a mulher, né?” A fala evidencia a convocação do parceiro como algo protocolar, cuja recusa já é prevista. Deste modo, sendo diante da provável refutação à chamada, não há planejamento de novas estratégias de ação. O que há

é conformismo quanto à ausência masculina e transferência da responsabilidade do tratamento para a mulher: “[...] aí por isso a gente chama, mas se não vier, a gente manda as receitas [...] A gente manda por ela e ela vai sendo esse feedback em relação ao parceiro” (P3). Os homens, contudo, contrariando o posicionamento dos profissionais, demonstraram capacidade de sensibilização. H16, por exemplo, embora reafirme a ausência masculina dos serviços de saúde, refere à sensibilização do pai como uma estratégia eficaz: “Eu não sou muito de andar em posto, mas eu tinha que tomar as injeções porque era a saúde do meu filho. Tinha que fazer tudo direitinho que precisasse”.

As falas dos homens que não realizaram tratamento tanto reafirmam sua capacidade de sensibilização, como ilustram os lapsos das ações que ignoram essa possibilidade. Nesse sentido, H7 reforça que o foco na transmissão sexual da doença a despeito das consequências para o bebê não é uma estratégia eficaz de convocação: “Eu entendi bem que era uma doença que transmitia pelo sexo [...]. A gente pensou que era um negócio mais simples e que podia ser mais em mim ou nela. Se eu entendesse antes e soubesse desse monte de dias que meu filho ia ficar internado levando esse monte de furada, eu tinha dado um jeito de fazer esse tratamento”.

A crença na feminização do cuidado e o pressuposto de que homens não procuram assistência ou não se sensibilizam, culmina em atitudes que distanciam ainda mais os homens dos serviços de saúde. Alguns informantes relataram que nunca foram incluídos nas consultas de Pré-natal, apesar de acompanharem suas parceiras em todas as consultas, dentre eles está H14: “Sempre eu levava ela (para o pré-natal) e nunca me chamaram para entrar. No dia que ela veio me dizer que estava com isso aí eu até desconfiei porque se fosse mesmo porque eles não me chamaram para eu entrar e conversar comigo também?”

O estereótipo de masculinidade que sustenta as hierarquias nas relações de gênero, completa-se com a falácia – facilmente refutada – de que os homens não vão às unidades por que trabalham. Neste sentido, H3 considera: “O homem é quem sai para trabalhar, aí é

complicado, a gente se preocupa em perder um dia de serviço”. Essa crença vincula-se à ideia hegemônica de masculinidade que congrega força, resistência e invulnerabilidade na construção de imagética estereotipada: “o homem é o chefe da casa, né? É a gente tem que trabalha [...] e eu pouco adoeço mesmo. Sou vou quando tô nas últimas” (H16). Conquanto esse argumento seja frágil diante do grande número de mulheres que trabalham e chefiam suas famílias, ele foi referenciado nos discursos de gestores, como G2: “na maioria assim é complicado [os homens viram às UAPS] por que eles trabalham, né.” A formação ideológica em questão também compôs os discursos de profissionais, como por exemplo P5: “a gente manda por elas, porque eles não vêm. Eu chamo eu faço uns pitecos, mas eles não vêm também por causa do trabalho”.

Vale destacar que a assistência nas UAPS do município é prestada em turnos ininterruptos de doze horas (sete horas da manhã às sete da noite). Apesar disso, a falta de horários alternativos ainda é ponto convergente entre os discursos de parceiros, profissionais e gestores. Contudo, chama atenção o caráter contraditório da fala de P5. Apesar de considerar o trabalho como justificativa da ausência masculina, a mesma profissional declara que a disponibilidade de horários deste homem tampouco é garantia de sua busca por assistência: “É difícil o homem vir aqui, mesmo a gente pedindo para o ACS reforçar pra ele vir pra unidade, mesmo se ele estiver em casa sem fazer nada. A mulher é quem dá um jeito de vir”.

Os discursos demonstram a introdução dos papéis sociais hegemônicos de gênero (SCOTT, 1986) pelos diferentes atores, mantendo a tradicional orientação hierárquica binária (DERRIDA, 1977). Vale, contudo, ressaltar que apesar de as relações de gênero estarem socialmente estruturadas a partir da primazia do masculino (BRILHANTE; NATIONS; CATRIB, 2018), sua institucionalização pelos serviços de saúde coloca tanto homens como mulheres em situação de vulnerabilidade. Este fenômeno torna-se evidente diante dos simbolismos atrelados à imagética da virilidade como significante do masculino.

A virilidade, tomada culturalmente como constituinte da

própria masculinidade, contribui para a naturalização das relações hierárquicas e não apenas legitima socialmente o adultério masculino, como o constrói como norma social (BADINTER, 1992; BUTLER, 2016). Essa crença, evidenciada na generalização do adultério masculino nos discursos, ganha um novo simbolismo quando ressignificada a partir dos estigmas atrelados às IST. Os aspectos discursivos trazem à tona à memória social – já amplamente discutida – acerca das IST, que as significam a partir das ideias de castigo e culpa (HAMANN; PIZZINATO; WEBER; ROCHA, 2017; VIANNA, 2014). Deste modo, a generalização da infidelidade masculina, pauta os discursos dos profissionais, construindo um cenário onde a culpabilização do homem é tomada como norma, contribuindo para o seu distanciamento dos serviços de saúde.

As formações ideológicas que permeiam os discursos acerca das IST restam claras não apenas no dito, mas também no silenciado. Uma vez que não é possível dizer tudo, o que é verbalizado torna-se uma escolha contingente do enunciatário (ORLANDI, 2007). A ênfase discursiva no caráter sexual da transmissão e o não-dizer sobre outras formas de transmissão e fases da doença, são processos em si fundantes de sentido (ORLANDI, 2011). Outrossim, a culpa pela infecção emerge nas falas como relevante matriz de sentido que descortina a institucionalização do julgamento moral.

A construção do projeto terapêutico para a convocação dos parceiros demanda, portanto, uma ressignificação dos sentidos atribuídos pelos profissionais à sexualidade, às relações sexuais e ao contágio em si, posto que apesar das interseções, esses constructos não são interdependentes em absoluto (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016). É fato que no manejo do parceiro de uma gestante com IST não é possível desconsiderar o ato sexual como forma de transmissão. Contudo, os discursos evidenciam a necessária ressignificação da imagética do ato sexual, desatrelando-o do julgamento moral e da culpabilização compulsória. Neste sentido, vale destacar que as formações ideológicas identificadas emergem como parte do mundo local moral (KLEINMAN, 2000) dos informantes. Deste modo, ações de enfrentamento a esse lapso na assistência

demandam proposições que ultrapassem as finalidades estritamente técnicas do trabalho em saúde e da formação continuada dos profissionais (GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO; MOREIRA; NASCIMENTO, 2016; MALTA; MERHY, 2010).

#### 5.4. Conclusões

Evidencia-se a institucionalização das questões de gênero, de modo que para além dos aspectos protocolares, a dificuldade na captação dos parceiros com sífilis encontra-se na esfera simbólica. Ocorre que a ciência - em sua suposta neutralidade - não é inerte às práticas historicamente contingentes que atuam no contínuo processo de formação das performatividades de gênero. Nesse sentido, a concepção de linha do cuidado estruturada na forma de prescrições meramente protocolares, demonstram falhas na medida em que são pouco sensíveis a essas particularidades.

É inequívoca a função e importância de fluxogramas e protocolos no enfrentamento às IST, em particular a sífilis. No entanto, ater-se a fluxogramas negligencia as desigualdades estruturais e institucionais que sustentam os lapsos assistenciais aqui descritos, não mudando necessariamente comportamentos. Intervenções sustentáveis nesse sentido requerem abordagens formativas que visem mudanças em nível estrutural. Deste modo, é essencial destacar que a construção contínua de projetos terapêuticos demanda a compreensão das dimensões micropolíticas e relacionais do trabalho em saúde e essa perspectiva imprescindível do debate sobre as questões de gênero que permeiam os serviços de saúde.

#### 5.5. Referências

ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; ARAÚJO, Maria Alix Leite; DOURADO, Maria Inês Costa; MIRANDA, Angelica Barbosa Espinosa; REIS, Claudia Bastos da Silveira. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 7, p. 1-10, 2016

ARAÚJO, C. L. D. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 3, 2012.

BADINTER E. XY: De L'Identite Masculine. Paris: Editions ODILE JACOB: 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis Ano VI. Brasília, DF, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF, 2022b.

BRILHANTE, Aline Veras Moraes; NATIONS, Marilyn Kay; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. “Taca cachaça que ela libera”: violência de gênero nas letras e festas de forró no nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 1-12, 8 mar. 2018.

BUTLER, Judith. Regulações de gênero. Cadernos Pagu, n. 42, p. 249-274, jun. 2014.

DASSAH, Edward Tieru; ADU-SARKODIE, Yaw; MAYAUD, Philippe. Factors associated with failure to screen for syphilis during antenatal care in Ghana: a case control study. BMC Infectious Diseases, v. 15, n. 1, p. 2-9, 13 mar. 2015.

DERRIDA J. Limited Inc. Evanston: Northwestern University Press: 1977.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade: A vontade do saber. 11ª ed. Rio de Janeiro: 2020.

GOMES R.; NASCIMENTO, E.F.de; ARAÚJO, F.C.de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 2007.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2011.

GOMES, Romeu; ALBERNAZ, Lidianne; RIBEIRO, Cláudia Regina Santos; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; NASCIMENTO, Marcos. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1545-1552, maio 2016.

HAMANN, Cristiano; PIZZINATO, Adolfo; WEBER, João Luís Almeida;

ROCHA, Kátia Bones. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 651-663, set. 2017.

KLEINMAN, A. The violence of everyday life: the multiple forms and dynamics of social violence. In: Kleinman, A., Ramphel M., Reynolds P. *Violence and subjectivity*. Berkeley: University of California Press. Califórnia; 2000. P- 226-241.

MAGALHÃES, D. M. D. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593-606, 17 set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593-606, 17 set. 2010.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu; RIBEIRO, Cláudia Regina. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2016.

NEWMAN Lori, et al. KAMB, Mary; HAWKES, Sarah; GOMEZ, Gabriela; SAY, Lale; SEUC, Armando; BROUTET, Nathalie. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *Plos Medicine*, v. 10, n. 2, p. e1001396, 26 fev. 2013.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2016.

ORLANDI, E. A leitura e os leitores possíveis. In: Orlandi, E. *A leitura e os leitores*. Campinas: Pontes; 1998. p. 07-24.

ORLANDI, E. A leitura e os leitores possíveis. In: Orlandi, E. *A leitura e os leitores*. Campinas: Pontes; 1998. p. 07-24.

ORLANDI, E. *Análise de Discurso: princípios & procedimentos*. 8o ed. Campinas: Pontes; 2009.

ORLANDI, E. *As Formas do Silêncio - No Movimento dos Sentidos*. 6ª ed. Campinas; 2007.

ORLANDI, E. *Discurso em Análise. Sujeito, Sentido, Ideologia*. 1ª ed. Campinas; 2011.

RISSARDO, Marina Pereira; GASPARINO, Renata Cristina. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 128-132, mar. 2013.

RODRIGUES, Carla. Performance, gênero, linguagem e alteridade: j. butler leitora de j. derrida. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), n. 10, p. 140-164, abr. 2012.

SCOTT, Joan W. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, v. 91, n. 5, p. 1053, dez. 1986.

SERRUYA, Suzanne J., et al. Maternal and congenital syphilis in selected Latin America and Caribbean countries: a multi-country analysis using data from the perinatal information system. *Sexual Health*, v. 12, n. 2, p. 164-169, 2015.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 843-852, mar. 2016.

VIANNA, José Henrique Lobato. Cuidar, rezar, falar: o soropositivo, memórias e religiosidades. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 34, p. 80-98, jan. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.



## CAPÍTULO 6. A Dança Contemporânea como Exercício Físico e Estratégia de Promoção a Saúde de Gestantes

*Joyce Mille da Silva Santos  
Jamila Hunára da Silva Santos  
Paulo Marcelo Nogueira Barros  
Leila Maria de Andrade Filgueira  
Aline Veras Morais Brilhante*

### 6.1. Introdução

A Educação física tem ganhado cada vez mais espaços no mercado de trabalho, traçando caminhos importantes para se pensar, trabalhar e articular a saúde de forma integrada e considerando outras dimensões e fases do desenvolvimento humano. Para prescrever e/ou ensinar uma atividade física é necessário ter conhecimento das questões biológicas e das mudanças fisiológicas que o sujeito tem, sem desconsiderar os aspectos culturais, sociais, econômicos, etc., de modo que o profissional tenha subsídios para pensar estratégias de intervenções, cuidados e promoção da saúde.

Por isso, torna-se essencial traçar e planejar caminhos de cuidado a partir de uma perspectiva biopsicossocial, evitando reduzir as práticas e ações dos Profissionais de Educação Física (PEF) a determinadas áreas, públicos e espaços de trabalho como, por exemplo, a musculação, academias, esportes, complexos esportivos, escolas, dentre outros. Ressalta-se que o intuito não é criticar os profissionais que fazem essas escolhas, e sim estimular e discutir a possibilidade de vivências em diversos espaços de atuação como ferramenta de (auto)cuidado e promoção da saúde.

Considerando também, as políticas públicas vigentes, em especial a Política Nacional de Humanização (PNH), que acredita e defende uma formação baseada na intervenção e vice-versa, sendo estimulada e fomentada a partir de vários materiais de formação, a exemplo, cartilhas, documentos bases, publicações, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Essa diversificação também propõe a inclusão de públicos que tragam consigo atenções específicas. Dessa forma, pretendeu-se desenvolver uma intervenção que utiliza a dança como ferramenta de (auto)cuidado e contribuição na promoção da saúde na gestação.

Acredita-se que a dança, assim como atividades artísticas, é uma importante ferramenta de cuidado e promoção da saúde, uma vez que estimula e possibilita que as gestantes desenvolvam consciência corporal, flexibilidade e estejam atentas a questões socioemocionais. Além disso, a dança pode trazer como benefícios a redução de dores/espasmos musculares, a sociabilidade, desmistificação de preconceitos relacionados às práticas de atividades físicas no período da gestação e estimula a criação de vínculos e afetividade.

## 6.2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, no qual foram realizadas algumas intervenções, a abordagem utilizada foi qualitativa, as intervenções iniciaram-se na Unidade Básica de Saúde -UBS, através da oficialização da parceria, por meio da assinatura do termo de anuência, da apresentação sobre os objetivos da pesquisa e diálogo com a gestão, a fim de estabelecer acordos e compreender as dinâmicas e estratégias já utilizadas na instituição.

Atualmente na UBS - Centro I e II não existe um grupo focal voltado para as gestantes, além disso, elas são atendidas em dias diferentes e costumam estar na unidade apenas no horário de atendimento. Em decorrência das medidas de isolamento social<sup>9</sup> aderidas nos anos de 2020 e 2021, as atividades grupais tiveram que ser cesadas.

Inicialmente visitou-se 03 vezes, em dias diferentes, a UBS para realização dos convites as participantes, no qual foram acolhidas, apresentada o projeto e uma vez, demonstrada interesse em

---

<sup>9</sup> Refere-se a Portaria N° 356, de 11 de março de 2020 que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento do coronavírus e Decreto N° 33904 de 21 de janeiro de 2021 que dispõe sobre o isolamento social e estabelece medidas preventivas.

participar, e atendiam os critérios de inclusão, eram coletados os contatos, lido e assinado o TCLE. Apenas uma gestante demonstrou interesse em participar.

Os Critérios de inclusão do trabalho foram: grávidas, estando entre a 4<sup>a</sup> semanas e 28<sup>a</sup> semanas de gestação, usuárias da UBS do Centro, sem agravantes e/ou restrições na gestação, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização Audiovisual.

Os critérios de exclusão foram, não está grávida dentro do período acima mencionado, ser usuária da UBS de outra unidade e território, ser do Centro I, possuir agravantes e/ou restrições na gestação, não aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização Audiovisual, perder o bebê durante a gestação e possuir um laudo médico e/ou alguma orientação profissional para não participar das atividades propostas.

A gestante em questão solicitou que as intervenções fossem feitas em sua casa, tendo em vista que ela vinha de uma recuperação da COVID e sentia-se aflita em participar na UBS, pedido este que foi aceito.

As intervenções foram realizadas no início de setembro e finalizadas em dezembro, a coleta de dados foram através de um gravador de celular da marca LG K41 S, câmera fotográfica do celular Samsung A 21S e placas interativas produzidas pela autora. As informações foram analisadas por meio do Modelo de Análise de Conteúdo (AC) da Bardin (2010) que é entendido como sendo um conjunto de técnicas e instrumentos que possibilitam avaliar e interpretar de forma controlada o conteúdo, baseando-se na dedução.

Esse modelo de análise visa buscar por meios dedutivos e por indicadores qualitativos e quantitativos conhecimentos que permitam a construção de dados em pesquisas, seguindo os três passos que caracterizam essa análise:

1. A pré- análise;
2. Exploração do material;
3. O tratamento dos resultados.

No que se refere aos procedimentos éticos, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICATÓ-LICA, tendo o parecer favorável com número de identificação 5.670.456.

**Quadro 1:** Descrição das atividades e objetivos em cada encontro

ENCONTROS	ATIVIDADE
<p><b>PRIMEIRO ENCONTRO</b></p>	<p><b>Jogo das plaquinhas: Mitos e verdades; Objetivo:</b> Levantar os conhecimentos prévios sobre a dança e atividade física na gestação.</p> <p><b>Autoavaliação:</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar os primeiros impactos das atividades.</p>
<p><b>SEGUNDO ENCONTRO</b></p>	<p><b>Autoavaliação:</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar como a participantes sentia-se antes das atividades.</p> <p><b>Tira dúvidas:</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Conversar e discutir sobre as dúvidas relacionadas aos exercícios.</p> <p><b>Dança Contemporânea: As vitalidades do movimento</b></p> <p><b>Objetivos:</b> Apresentar a dança contemporânea e usar os movimentos dela como exercício.</p> <p><b>Autoavaliação</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar como a participantes sentia-se após as atividades, comparando o antes e depois.</p>
<p><b>TERCEIRO ENCONTRO</b></p>	<p><b>Autoavaliação:</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar como a participantes sentia-se antes das atividades.</p> <p><b>Música ambiente e relaxante</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Trabalhar a respiração, concentração e o relaxamento.</p> <p><b>Alongamento</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Amenizar as caibras e tensões e fortalecer a região pélvica.</p> <p><b>Autoavaliação</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar como a participantes sentia-se após as atividades, comparando o antes e depois.</p>

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2022

### 6.3. Resultados e Discussão

A participante chama-se Maria (nome fictício) e os seus dados são: 18 anos, primeira gestação, 21 semanas, estudante, mora na região periférica no bairro Alto São Francisco, filha única, casada, usuária da UBS - Centro, sedentária, desempregada e questão socioeconômica de baixa renda. As atividades realizadas conforme as informações acima pontuadas no quadro foram:

A auto avaliação foi realizada em dois momentos, no início e no final dos encontros. Foi feito algumas plaquinhas com palavras que expressam sentimentos e outras que não possuem nada, para que assim ela escrevesse dentro do balão uma palavra que definisse o seu sentimento naquele momento. O objetivo dessas atividades era identificar, partindo das falas de Maria, os impactos dos encontros na sua saúde.

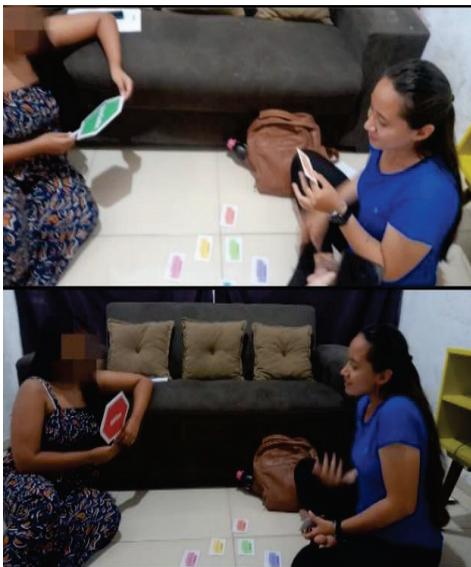
**Imagem 2:** Como me percebo



Fonte: Arquivo pessoal, 2022

A Primeira atividade **Jogo das plaquinhas: Mitos e Verdades**, foram realizadas 08 perguntas relacionadas a dança, gestação e atividade física, na qual a participante tinha duas placas com os nomes mito e verdade, a medida que foram sendo perguntadas, ela levantava a placa e justificava sua resposta e, a partir disso, a pesquisadora conversava sobre as respostas.

**Imagem 2:** Jogo das plaquinhas: mitos e verdades



Fonte: Arquivo pessoal, 2022

A partir disso, na segunda atividade **Dança Contemporânea: As vitalidades do movimento**, foram realizadas quatro dinâmicas, cada uma em alusão aos elementos da natureza. O primeiro elemento é o ar, simbolizado como a nossa respiração, nessa vivência tem o intuito de fazer o indivíduo se concentrar na própria respiração, se desconectar do mundo externo e apenas se conectar consigo mesmo. Sentada, com música ambiente, trabalhando o diafragma, fazendo com que ela se atente apenas no movimento do pulmão ao enchê-lo de ar e esvaziá-lo (SCHNEIDER E RODRIGUES, 2016).

Ar é leveza, é algo que não se pode tocar, apenas sentir, com uma música bem relaxante com o propósito de deixar o ambiente calmo e pensativo, aos poucos foi orientado que a participante fizesse movimentos circulares com a cabeça, movimentos rápidos e lentos com as mãos e o corpo, sendo como característica do elemento ar a velocidade em espaços diferentes, sem rotas, sem direções, livre.

**Imagem 3:** Atividade do elemento ar



**Fonte:** arquivo pessoal, 2022

O segundo elemento é o fogo, descrito por Schneider e Rodrigues (2016), como sendo rápido, sem formas, frágil e em outros momentos, se torna poderoso assim como uma chama, almejando por querer viver. Neste momento a participante foi orientada a fazer movimentos rápidos no espaço, a correr, a parar, se movimentar de forma mais firme e rápida. Já o terceiro elemento é a terra, onde o indivíduo consegue ver e tocar. Nesse momento foi pedido para que Maria (Nome fictício) andasse pelo espaço, ficasse em pé para realizar alguns movimentos de dança, aos poucos ir sentando, para tocar com as mãos o solo onde se pisa e se deitar.

A participante foi exposta a vivenciar todos os planos do espaço, sentir o chão, se movimentar nele para que assim ela pudesse entender que a terra é símbolo de raízes, construção de bases sólidas, família, princípios e valores firme.

**Imagem 4:** Atividade dos elementos fogo e terra



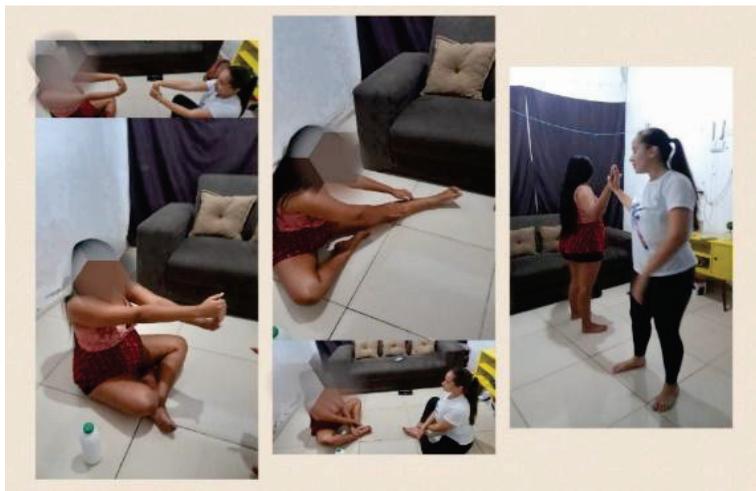
**Fonte:** arquivo pessoal, 2022

O quarto e último elemento é a água, sentada, com uma garrafa nas mãos foi feito movimentos circulares, a garrafa simboliza a vida, os momentos e o peso das escolhas, já a água é o movimento que está sendo executado, sempre a água irá se moldar, irá caber onde colocá-la. Leve, essencial para sobreviver, purificação, sobrevivência. Em um solo seco se não molhar não floresce.

Durante a dança foi colocado música, o som é um dos quatro fundamentos pontuados por Laban (2015), partindo disso é necessário explicar que a música influencia nos pensamentos e sentimentos. Uma melodia que faz o indivíduo parar seus afazeres e pensar nas escolhas, nos desafios, nas decepções, frustrações, medos, alegria, paixões vividas e não vividas, nos desafios de gerar um ser, nos cuidados, sensações e perspectivas. Dança é mais que se mexer, é viver, vivenciar, expressar com o corpo, a mente e a alma. Finalizando a

dança, aos poucos retornando à posição inicial, sentada com os olhos fechados, a participante finalizou o momento com um alongamento estático.

**Imagem 5:** Atividade do elemento água e alongamento



**Fonte:** Arquivo pessoal, 2022

#### 6.4. E Agora? Reflexões Sobre a Dança Como Atividade Física

Para Pessali-Marques *et, al.*, (2018), a dança é uma das mais antigas artes usadas pelo homem para se expressar, sendo também uma forma de manifestação cultural e de extravasar e contar histórias. Alguns autores como Silva e Tkac (2012) classificam as bailarinas como atletas, tendo em vista que elas possuem altas demandas de habilidades físicas como força, flexibilidade, resistência, coordenação, equilíbrio, semelhante às de atletas esportivos, por outro lado, autores como Gazzenelli (2005), acredita que a dança é uma forma de manifestar a arte com altas demandas, através do corpo, mas não pode ser comparada a outros esportes e atividades físicas.

Essa é uma questão antiga e um ponto interessante de se discutir, por vezes percebe-se a dificuldade por parte de alguns profissionais em associar a dança como uma modalidade e/ou prática de

atividades físicas e, por tanto, percebe-se certa limitação em trabalhar e propor atividades que utilizem a dança como recurso e estratégia de promoção, prevenção e assistência à saúde. A dança por ser uma área e um campo de saber que dialoga com muitas manifestações, inclusive artísticas, e outros campos de conhecimentos, por vezes, é subestimada, não sendo vista como alternativa para o tratamento da saúde.

Assim como a dança, a gestação levanta uma série de discussões a respeito do imaginário e suas práticas. Na gestação, especialmente, para as mães de primeira viagem, é comum encontrar dúvidas em relação ao que pode ou não ser feito nesse período, muito deve-se aos mitos e verdades oriundas das experiências, culturas e más informações. Com o objetivo de explorar os conhecimentos prévios da participante e informá-la, no Jogo das plaquinhas: Mitos e Verdades<sup>4</sup>, realizada no 1º Encontro com ela, foi feita a seguinte pergunta **A dança é um tipo de atividade física?**

*[Risos]* Mito, acho que é mito. A dança não é uma atividade física, porque é algo artístico e feito para a agente se descontrair, *acho que não é pode ser usada como as atividades físicas.* Gosto de dançar, mas estou sedentária faz um tempo, seria muito bom se a dança pudesse ser usada para treino né?! *[Risos]* (Maria, 2022, Grifo da autora).

A dança é, também, considerada um tipo de atividade física, podendo ser explorada de diversas formas, tendo em vista os ritmos. O leque de possibilidades do uso do ritmo e estilos musicais possibilita que o profissional reinvente as atividades e trabalhe, também, os aspectos emocionais. Para Oliveira *et. al.*, (2020), os profissionais precisam estar atentos as necessidades dos sujeitos, estar atualizados sobre os conhecimentos e ter um repertório de práticas diversificados e criativos, por isso precisa estar atentos as narrativas dos usuários e buscar acolher suas dúvidas, propiciando a construção de um espaço construtivo e informativo. Quando isso não acontece, as dúvidas permanecem e geram conflitos nas pessoas e estimulam a não adesão de atividades que podem ajudar na recuperação. Nesse sentido, fez-se a seguinte pergunta **A dança pode ser utilizada como ferramenta de autocuidado para gestantes?**

Achava que era mito, mas depois da sua explicação sobre a dança ser um tipo de atividade física, mudei de ideia, então é verdade. Ainda estou tentando entender como isso pode acontecer, acho que é isso que você vai ensinar, né?! [Risos] É a primeira vez que escuto isso, gostaria muito de sair do sedentarismo e ter uma gestação mais saudável e se for pela dança, seria ainda melhor, porque gosto de dançar, de mexer, é bom que a minha criança já nasce no molejo [Risos] (Maria, 2022).

A Política Nacional de Humanização traz como princípio a importância do acolhimento das demandas dos usuários, as necessidades trazidas e acolhê-las com seriedade. Proporcionando ao usuário um ambiente acolhedor, onde se possa se sentir seguro e criar um vínculo com os profissionais, possibilitando uma rede socioafetivo entre as partes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A dança é uma ferramenta que proporciona conexões socioemocionais e físicas, a dança contemporânea, especialmente, é uma modalidade que explora os movimentos lentos, o equilíbrio emocional e as reflexões entre corpo, bebê e emoções, por isso, a importância de um ambiente acolhedor. Para Lontero (2011) a dança é uma multi ferramenta e precisa ser estudada, compreendida e aderida como prática de (auto)cuidado, o fato dela ser atravessada por muitas áreas de conhecimento enriquece e possibilita trabalhar e explorar o sujeito e suas potencialidades a partir de muitas perspectivas e, a educação física, é uma delas.

Tendo em vista a popularidade da prática de atividade física para melhoria e qualidade de vida, a dança torna-se uma grande opção para as pessoas que buscam mudança em seu estilo de vida, sendo prazerosa e adaptável as necessidades de quem procura aderir-la. Essa perspectiva dialoga com o que o Ministério da Saúde (2013), fala através da PNH sobre todo indivíduo tem por direito ter acesso a saúde básica e aos cuidados necessário, ser informado e introduzido nas redes de apoio a saúde física, psicológica e uma equipe que cuide dele e das suas demandas. Destacando a existência da cogestão, para planejar em equipe, resoluções das demandas trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, para criar

estratégias afetivas e interventivas, sendo assim, criar ambientes saudáveis e proporcionar uma melhoria na saúde dos usuários.

#### 6.4.1. Dança Contemporânea: as Vitalidades do Movimento

De acordo com Rengel, Schaffner e Oliveira (2016), a dança vem sendo modificada ao longo dos tempos, sendo caracterizada de diferentes formas. Já foi utilizada para defesas, guerras, protestos, seduções, brincadeiras e para movimentos, ou seja, a dança tem muitas faces e existem muitos modos de utilizá-las. De modo geral, a dança é caracterizada como uma atividade de relaxamento e conscientização ou atividades alternativas para recreação e lazer.

[..] A dança, qualquer dança, por mais que não se dê conta, tem uma multidisciplinaridade e diversidade de componentes além do corpo e do movimento. Ela pode ter textos verbais (poesias, recortes de jornal, ditados populares, frases que criamos), objetos, paisagens, diferentes figurinos ou o corpo nu (RENGEL; SCHAFFNER e OLIVEIRA, 2016, p. 10).

É importante ressaltar que a dança faz parte da vida e dinâmica humana e está relacionada aos quatro elementos fundamentais, são eles, movimento, espaço, som e corpo. Conforme Laban (2015), não importa qual estilo de dança seja, todos necessitam dessa sequência para explorar os movimentos, há sempre um movimento, um espaço, um som e um corpo que pulsa. O movimento, refere-se as ações corporais como, por exemplo, cair, andar, levantar, girar, rebolar, saltar, entre outros. Dentro desses movimentos existe a forma que ele é executado, que de acordo com o autor, existem quatro fatores que influenciam-na, a fluência, espaço, peso e tempo, então todos os gestos sempre irão ter esses quatro pilares.

Ainda de acordo com Laban (2015), toda pessoa se localiza em um espaço, seja sua casa, seu trabalho, uma festa, salão de dança e dentro dele existe o tempo, que se caracteriza como sendo o ritmo, a forma que fala em uma conversa, ao se movimentar, andar, se mexer e gesticular. A forma que é falada, o tom, o andado, o toque, um abraço, a intensidade que o indivíduo gesticula e se movimenta é caracterizado como o peso, por fim vem a fluência que significa o

movimento, ou seja, “Todas as pessoas têm uma forma de lidar com o (espaço), um ritmo ao falar ou se mexer (tempo), uma intensidade ao pegar nas coisas ou nas pessoas (peso) e um modo de parar ou deixar ir o movimento, que é o fator fluência”. (p. 12).

Sendo assim, a dança está relacionada ao modo de se movimentar, cada estilo de dança tem suas características, entretanto elas continuam seguindo esse mesmo padrão que Laban classifica. Trazendo a dança contemporânea como uma ferramenta de promoção a saúde e autocuidado, é uma dança que não precisa de coreografias prontas e marcações, é algo solto, livre e forte. O termo dança contemporânea, se refere ao que está acontecendo no presente momento, essa dança tem como caracterização maior o poder que se tem em quebrar tabus. Dentro desse estilo, conforme Laban, os quatro elementos da natureza estão ligados as vitalidades do movimento, sendo assim, para Piorski (2016, p. 19):

[...] Imaginar pelo fogo é criar imagens e narrativas quentes, calóricas, agitadas, guerreiras, apaixonadas, são acolhedoras (se fogo íntimo) e amorosas. Imaginar pela água faz vicejar uma corporeidade fluida, entregue, emocional, saudosa e até melancólica, cheia de sentimentos, lacrimosa pela alegria ou pela saudade. Imaginar pelo ar é construir uma materialidade das levezas, da suspensão, dos voos, fazer brinquedos expansivos, com coisas leves, penas, setas, sublimações do brincar. Imaginar pela terra é fazer coisinhas enraizadas no mundo, na vida social, no interior das formas, buracos, miniaturas, esconderijos, numa busca pela estrutura da natureza.

#### Autoavaliação: os benefícios do exercício físico, através da dança

De acordo com Nascimento *et. al.*, (2014), atividade Física é um assunto de alta relevância, hoje falar sobre saúde está diretamente relacionada ao exercício físico e o combate ao sedentarismo e maléficis que impactam a sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) um adulto deve praticar pelo menos 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividades intensas, no entanto, foi registrado 31% da população mundial com idade abaixo de 15 anos, que não praticam atividades físicas, sendo

na maior parte mulheres. Além disso, a prática de exercício colabora na diminuição da ansiedade e nervosismo.

Estou sedentária há algum tempo, não posso lavar uma roupa, tenho tido medo de fazer alguma atividade de forma errada e isso prejudicar o meu bebê. Tenho me sentido muito ansiosa, medo de fazer algo errado e essas atividades, tem me deixado mais relaxada. É um momento que tenho para tirar dúvidas e voltar a me exercitar [Risos]. Agora coloco música quando estou sozinha e fico repetindo os movimentos que você me ensinou, me sinto menos ansiosa, isso tem alguma coisa a ver?! [Risos] (Maria, 2022)

Sendo assim, o público de mulheres não praticantes já é grande e quando se falam em gestantes, esse número só aumenta. A Educação Física tem ganhado cada dia que passa mais espaço no mercado de trabalho, entretendo existe uma carecia de profissionais que atuem com grupos especiais, essa falta de profissionais de educação física, que atuem em espaços e públicos diferentes, que promova, ensine e oriente a importância da atividade física, não apenas para combater o sedentarismo, mas para evitar doenças (NASCI-MENTO, *et. al*, 2014).

Às vezes eu dizia assim “fulano (nome do esposo), não posso pegar peso, não posso lavar roupa, é perigoso” [Risos]. Tinha medo de fazer algo errado, já te disse isso antes. Mas acredita que depois que comecei a participar desses encontros tenho me sentido bem, mais confiante em fazer as atividades, mais dispostas e menos ansiosa. É importante ter uma profissional nos ajudando, informando. Gosto muito dos nossos encontros, não queria que acabassem [Risos]. (Maria, 2022).

Antes eu era muito mais nervosa e me sentia mais entediada, comia por dois e evitava pegar peso, mas isso me deixava nervosa e mais nervosa. Antes da gente começar os exercícios eu ficava pensando como seriam, aí ficava ainda mais nervosa. Sempre saio das atividades me sentindo mais relaxada e tranquila, tenho escutado mais músicas e dançado, acho que meu bebê [Fala emocionada] já vai nascer dançando [Choro]. Sou chorona não liga [Risos]. (Maria, 2022).

A obesidade é um fator que atualmente mais cresce no mundo, pela falta de prática de atividade físico e o avanço de uma população sedentária no mundo. De acordo que a sociedade avança com a

tecnologia, menos as pessoas querem sair de casa para se exercitar e quando se fala em mulheres e gestantes como relatado anteriormente, menos elas se articulam em procurar informações sobre. É importante dizer que atividade física é todo tipo de movimento, arrumar uma casa, lavar uma louça, caminhar são caracterizadas como atividades físicas (NASCIMENTO, *et. al*, 2014).

Na gestação é recomendado a prática de exercícios físicos de intensidade regular e moderada, com um plano de treinamento direcionada de acordo com o período gestacional, tendo a liberação de seu médico e com acompanhamento de um profissional de educação física, de acordo com as necessidades e gostos das gestantes, O colégio americano de ginecologia e obstetrícia recomenda treinamento resistido e/ou funcional, caminhadas, dança e entre outros. A dança tem como benefícios o bem-estar físico e psicológico, é caracterizado como uma atividade aeróbica e alternativa que proporciona a socialização, alivia a ansiedade, depressão, melhora a memória, a agilidade, os reflexos, concentração e a diminuição de riscos de doenças cardíacas, diabetes, hipertensão entre outras (MARBÁ; SILVA e GUIMARÃES, 2016).

## 6.5. Conclusão

As possibilidades de cuidado que o Profissional da Educação Física pode ofertar as gestantes são inúmeras e o uso da dança como ferramenta de (auto) cuidado é uma ótima estratégia que pode ser usada a favor da saúde e da adesão a prática do exercício físico. Além disso, quando explorada trabalha também o estresse, ansiedade, relaxamento, conscientização corporal e equilíbrio. A partir das alternativas que são apresentadas as gestantes, elas podem experimentar possibilidades de adesão a terapêuticas que estimulem o (auto)cuidado nessa fase.

O exercício físico configura-se sendo uma atividade estruturada e planejada, que tem como intuito de melhorar e/ou manter a aptidão física. Nesse sentido, o profissional precisa ter atenção ao prescrever as atividades e realizar o acompanhamento de forma presente e responsável.

Foi possível identificar a falta e a necessidade de profissionais que atuem em áreas, espaços e com públicos diversificados, contribuindo na educação em saúde e no trato de informações confiáveis e profissionais, afim de combater o sedentarismo em mulheres gestantes. Acredita-se que se houvesse mais Profissionais de Educação Física, trabalhando a saúde partindo de uma perspectiva biopsicossocial, promovendo a qualidade de vida e dando opções para os grupos especiais terem acesso a informações, teriam-se menos casos de gestantes inativas.

Percebe-se também que a pesquisa se tivesse sido desenvolvida com tempo hábil e em grupo, assim como havia sido planejada inicialmente, as experiências teriam sido mais ricas, apesar disso, os resultados encontrados demonstram que a dança é sim uma ferramenta valiosa de (auto)cuidado e promoção a saúde e, portanto, necessária.

## 6.6. Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
- GAZZENELLI, M. F. *Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença*. Cadernos de Saúde Pública, 2005, 200- 206 p.
- LABAN, Rudolf. *Dança educativa moderna*. São Paulo: Ícone, 2015.
- LONDERO, Rosana Maria Alves. *A dança na escola e a coordenação motora*. Fortaleza – CE, 2011.
- MARBÁ, Romolo Falcão.; SILVA, Geusiane Soares da.; GUIMARÃES, Thamar Barboza. *Dança na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida*. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.9, n.1, Pub.3, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização – PNH*. 1 ed. 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acessado em: 12.08. 2021.
- NASCIMENTO, Simony Lira do.; GODOY, Ana Carolina.; SURITA, Fernanda Garanhani.; SILVA, João Luiz Pinto da. *Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica de literatura*. Revista Brasileira Ginecológico Obstétrico, 2014, 423 p.
- OLIVEIRA, Maria Polyana Silva; SANTOS, Elessandro Verício; RODRIGUES, Marta Roberta Da Silva; SILVA, Leandro Araújo. *Dança e saúde: discutindo sobre os principais benefícios da dança nos aspectos psicológicos em mulheres*. Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu. V. 1, n. 1, 2020,

35-43 p. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/288212877.pdf>. Acessado em: 07.03.2022.

PESSALI-MARQUES, Barbara.; LAPAS, Luciana Célia Bruschi.; MARQUES, Anna Carolina Souza.; COSTA, Milena do Nascimento Silva.; LISBOA, Ana Luiza Rocha. *Dança e Condicionamento: verdades e mitos*. 14º Seminário Internacional Concepções Contemporâneas em Dança – CCODA/PRODAEX/EEFFTO/UFGM, v. 4, n.1, 2018.

Disponível em:file:///C:/Users/PC/Downloads/dancaecondicionamentoverdadesemitos.pdf. Acessado em: 20.10.22.

PIORSKI, Gandhy. *Brinquedos de chão: A natureza, o imaginário e o brincar*. São Paulo: Editora Petrópolis, 2016.

RENGEL, Lenira Peral; SCHAFFNER, Carmen Paternostro; OLIVEIRA, Eduardo.

*Dança, Corpo e Contemporaneidade*. Salvador: UFBA, Escola de Dança, 2016, 40 p.

SCHNEIDER, Renata Muriel da Rosa; RODRIGUES, Retiele da Cunha. *Brincando e Explorando os 4 elementos da natureza, relato de propostas desenvolvidas*. Saberes em Foco. Revista da SMED NH v.3 n.1, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE QUIXADÁ. Territorialização da UBS – Centro. Caderno de Informação em Saúde. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/caderno\_saude\_quixada\_dez2016%20(1).pdf. Acessado em 17.04. 2021.

SILVA, Andressa M. B. da; TKAC, Cláudio Marcelo. *Relação entre força de membros superiores e agilidade em bailarinos*. Educação Física em Revista, 6, 3, 2012.



## CAPÍTULO 7. O Carimbo de Placenta como Prática de Humanização da Assistência ao Parto

*Raquel de Maria Carvalho Oliveira Farias  
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas  
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos  
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

### 7.1. Introdução

Desde o início da década de 1980, por meio da construção coletiva do movimento iniciado por mulheres e com a ajuda de profissionais, gestores e pesquisadores de saúde, a atenção ao parto e nascimento vêm sofrendo diversas mudanças, tanto no cenário mundial, quanto no Brasil. Essas mudanças tinham como objetivo alterar o modelo de assistência ao parto, muito medicalizado, resgatando o processo fisiológico e natural do processo de parturição, a fim de diminuir intervenções desnecessárias e favorecer a autonomia e o protagonismo da mulher (RODRIGUES *et al.*, 2022; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Com isso, a humanização da assistência ao parto passou a ser mais disseminada e discutida entre os profissionais de saúde, a fim de favorecer o respeito, a qualidade da assistência, a formação de vínculos, a satisfação da mulher, seu protagonismo e autonomia, bem como a segurança e o cuidado baseado em evidências científicas. Ademais, outro ponto importante a ser modificado a partir dessa humanização, são as intervenções desnecessárias que ainda fazem parte do cotidiano assistencial, como manobra de Kristeller, episiotomia, utilização de ocitócitos quando não necessários, lavagem intestinal, tricotomia, bem como os altos índices de cesariana eletiva, dentre outros (RODRIGUES *et al.*, 2022; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020; AMARAL *et al.*, 2019; LANSKY *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a presença da enfermagem obstétrica na assistência ao parto é importante para a prática do processo de

humanização, tendo em vista que o modo de cuidar da enfermeira obstétrica se baseia na desmedicalização, o qual compreende que o processo de parturição, bem como os fenômenos da vida perpassam a clínica-biomédica. Além disso, essa assistência de enfermagem é baseada em boas práticas de atenção e na garantia ao respeito da fisiologia do parto, com o intuito de seguir o padrão de normalidade, evitar intervenções e assegurar a humanização (PRATA *et al.*, 2022; BAGGIO *et al.*, 2021).

No processo de assistência ao parto realizado pela enfermeira obstétrica, existem diversos cuidados a serem ofertados. Um deles diz respeito ao delivramento placentário, no qual a enfermeira realizará a retirada da placenta por meio de uma tração controlada do cordão. Assim, após esse momento pode ser ofertado o carimbo de placenta como forma de humanização da assistência, com vistas a garantir boas experiências para a mãe, o que pode repercutir psicologicamente para o resto da vida, pois favorece o vínculo entre binômio mãe-filho, bem como entre profissional e parturiente (SANTOS *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2017).

O carimbo de placenta é uma arte elaborada pelo profissional, que se utiliza da placenta e seus contornos para a elaboração de um quadro. Dessa forma, utiliza-se uma folha de papel ofício e tintas ou corantes para pintar a placenta e, após a pintura, posicionar o papel para se ter a figura. Ao final, o profissional pode escrever mensagens de carinho e afeto sobre o processo de trabalho de parto e parto, bem como dados importantes do nascimento, e pode elaborar alguns desenhos para tornar aquele carimbo exclusivo.

Além disso, a utilização do carimbo de placenta pode ainda proporcionar ambiente acolhedor e seguro, favorecer o respeito ao momento e eternizar de forma positiva o processo do nascimento. Ele pode ser considerado um método de registro do parto e nascimento, bem como comemoração de um dia tão especial na vida da mulher. O carimbo associado às boas práticas ainda pode garantir a humanização da assistência, o vínculo afetivo e a segurança entre paciente e equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante do exposto, o seguinte questionamento surgiu: como o carimbo de placenta pode contribuir como forma de humanização da assistência ao parto?

A partir desse questionamento, optou-se estudar sobre essa temática devido ao processo de experiências vividas pela autora durante a residência em enfermagem obstétrica, na qual pode elaborar diversos carimbos de placenta e vivenciar a humanização que eles propiciam na assistência. Os carimbos eram confeccionados de forma espontânea e prazerosa, a fim de eternizar um momento único vivido pela parturiente.

O estudo é relevante, pois auxiliará na propagação de técnica de humanização da assistência ao parto, a partir da prática do carimbo de placenta, a fim de favorecer experiências positivas neste processo. Outro ponto relevante é o incentivo às boas práticas de assistência, com o intuito de fortalecer a humanização, a autonomia e o protagonismo da mulher, para cada vez mais o uso de intervenções desnecessárias seja anulado da assistência.

Diante do exposto, objetivou-se relatar a experiência de uma residente de enfermagem obstétrica acerca da elaboração do carimbo da placenta como prática de humanização, além de descrever a técnica utilizada para sua elaboração.

## 7.2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que consistiu em descrever a vivência de uma enfermeira do segundo ano de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Estadual do Ceará, com a produção de carimbos de placenta para ofertar humanização às pacientes após o parto. Foi realizado no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2022 nos centros obstétricos de duas maternidades cearenses, uma localizada em Fortaleza e a outra em Maracanaú, referências em atendimento de gestantes de risco habitual. Salienta-se que todos os princípios éticos foram seguidos.

## 7.3. Resultados e Discussão

### 7.3.1. Processo de confecção do carimbo da placenta

Após a realização do parto e todos os seus processos, em específico o delivramento da placenta, ela é acomodada em uma bancada presente no quarto pré-parto, parto e pós-parto (PPP) da maternidade e enrolada em compressas para absorção do acúmulo de sangue, onde ela fica até o momento da confecção do carimbo. Em seguida, realiza-se a continuação da assistência a mulher e o carimbo é ofertado para paciente como forma de lembrança de um momento tão especial e marcante em sua vida.

Caso seja aceito, inicia-se o processo de confecção do carimbo. Primeiro todo o material necessário é separado, como tintas, corantes, pinceis, copos descartáveis e folhas de ofício. A figura 1 mostra alguns materiais utilizados para elaboração do carimbo e a figura 2 apresenta alguns utilizados. Depois a placenta é acomodada na bancada (figura 3), com a face fetal voltada para cima, e a face materna em contato com a superfície e é realizada uma limpeza com gaze e compressa para retirar o sangue ainda presente (figura 4).

**Figura 1 e 2** – Materiais utilizados para elaboração do carimbo de placenta



Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 3 e 4** – Acomodação da placenta na bancada e limpeza



Fonte: Elaborado pela autora.

Após limpeza, o processo de pintura se inicia (figura 5). Geralmente pergunta-se a cor do enxoval do bebê ou a preferência da mãe para a escolha das cores do carimbo, que são separadas e colocadas em copos descartáveis ou utilizando os corantes, para evitar contaminação da tinta. Em seguida, a pintura começa pelo cordão umbilical e grandes vasos com uma cor de tinta, e depois pelo restante da face fetal com outra, sempre harmonizando as duas. Na etapa seguinte, como pode ser observado na figura 6, o papel ofício é posicionado em cima da placenta pintada e é feito uma leve pressão em toda a extensão da placenta, para fixação da tinta. Espera-se um tempo para a retirada do papel, com cuidado na remoção para não manchar outras partes, como mostra a figura 7.

**Figura 5** – Pintura da placenta



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 6** – Posicionamento do papel e pressão feita para obter o carimbo



Fonte: Elaborada pela autora

**Figura 7** – Retirada do papel

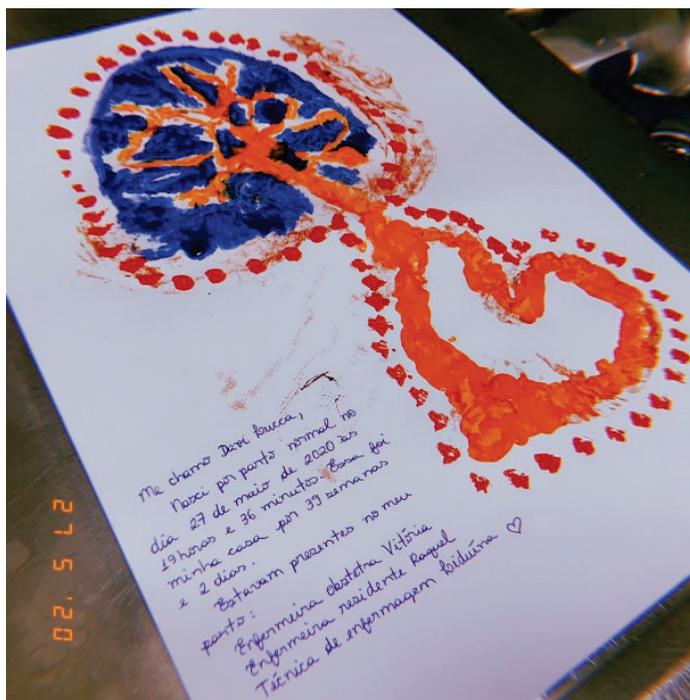


Fonte: Elaborada pela autora.

Vale ressaltar que todo o processo de confecção do carimbo é realizado com a devida proteção da residente, com a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas de procedimento, gorro e máscara, a fim de evitar contaminação da profissional com as secreções eliminadas pela placenta. Além disso, todo o material utilizado deve ser descartado em lixo branco leitoso (contaminado), com exceção das tintas e pinceis, que eram lavados com água corrente e sabão.

Ao final da secagem do carimbo de placenta, a residente escreve mensagens de carinho e afeto, e dados importantes relacionados ao nascimento do bebê, como local, data, peso, altura, dentre outros. Em alguns outros modelos, era realizado um desenho que combinasse com as cores escolhidas para o carimbo, a fim de deixá-lo ainda mais elaborado. O primeiro carimbo confeccionado pela residente pode ser visto na figura 8.

**Figura 8** – Resultado do primeiro carimbo de placenta elaborado pela autora, 2021.



Fonte: Elaborada pela autora.

Após o término da confecção do carimbo, ele era entregue para a paciente e seu acompanhante, quando podia-se perceber a gratidão e o sentimento de amor presente naquele momento tão significativo na vida deles, cuja lembrança estava eternizada em um simples gesto. O último carimbo elaborado pela residente no período do estudo pode ser visto na figura 9.

**Figura 9** – Resultado do último carimbo de placenta elaborado pela autora, 2022.



Fonte: Elaborada pela autora.

### 7.3.2. Humanização e o carimbo de placenta

Segundo Alves, Lippi e Garcia (2015) e Corbani, Brêtas e Mathews (2009), humanização e cuidado são inseparáveis e o ser humano tem a necessidade de ser cuidado desde o nascimento até a sua morte. De acordo com os autores, o cuidado é base da existência humana.

Para Santos *et al.* (2020), o carimbo de placenta é uma forma de registro e de resgate do parto e do nascimento, que além de garantir a humanização na assistência, ofertam um vínculo afetivo entre equipe e paciente, que se sente segura. Além disso, quando associado a boas práticas de atenção, assegura uma assistência de qualidade e positiva para quem está vivenciando a experiência do parto.

Esse tipo de prática promove a humanização do processo de trabalho de parto, e é uma forma de agregar à assistência tecnologias do cuidado. Como o carimbo de placenta está relacionado à criação de vínculos e de relacionamento interpessoal, além de utilizar os saberes bem estruturados para atuar na saúde, ela se caracteriza como tecnologia leve-dura do cuidado de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2020; DUARTE *et al.*, 2019).

Conforme Santos *et al.* (2020) e Duarte *et al.* (2019), o carimbo da placenta está relacionado as práticas não invasivas no processo de trabalho de parto e nascimento, bem como no estabelecimento de vínculos entre parturiente e profissional, visando promover uma assistência de qualidade e evitar interferências desnecessárias. Além disso, é importante minimizar o estresse da paciente, que já se encontra em um ambiente diferente e em condições fragilizadas (ALVES *et al.*, 2015).

Com isso, a utilização dessas práticas, que levam em consideração os diversos aspectos que circundam as parturientes, sejam eles os físicos, os sociais ou os subjetivos, alcançam uma assistência humanizada e que beneficia ambos os lados, tanto profissional, quanto paciente. Conjuntamente com essas práticas, a comunicação clara e objetiva auxilia nesse processo facilitando o cuidado e a formação de vínculo, e esses métodos de comunicação não verbal, como linguagem corporal, recursos artísticos e ilustrativos, favorecem a disseminação das boas práticas de assistência ao parto (SANTOS *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2015).

Com a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao processo de parturição, esta ganhou mais qualidade, visto que o modelo assistencial do enfermeiro favorece a redução de intervenções desnecessárias e implementa boas práticas à humanização, que

estão em evidência. Tudo isso é importante para propiciar o protagonismo da mulher no parto e nascimento, o que favorece o desfecho positivo e satisfatório do processo (SANTOS *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2017; GAMA *et al.*, 2016).

Neste sentido, a assistência prestada pelo enfermeiro obstétrico no processo de parto e nascimento tem como finalidade resgatar a autonomia e o empoderamento feminino para ocorrer o elo entre mãe e filho ao final do processo. Todos esses pontos e a singularidade do momento levam à humanização, o que torna o nascimento mais natural e favorece memórias positivas (SANTOS *et al.*, 2020).

#### 7.4. Considerações Finais

Percebeu-se que o carimbo de placenta é uma tecnologia leve-dura de cuidado de enfermagem, importante para o favorecimento do vínculo entre profissional e parturiente, e incentiva a humanização do parto. Além de ser uma ferramenta de recordação de um momento tão importante na vida da mulher.

Diante do exposto, pode-se atentar para a importância da inserção da enfermagem obstétrica na assistência prestada ao trabalho de parto e parto, pois favorece a implementação de práticas humanizadas e reduz a utilização de intervenções desnecessárias no decorrer dessa assistência. Além disso, ele promove ambiente tranquilizador e seguro, favorecendo desfechos positivos e experiências que irão ficar na memória das pacientes.

Como limitação do estudo, pode-se trazer a pequena quantidade de estudos que falem diretamente do uso do carimbo de placenta nas instituições de saúde, dificultando na elaboração dos resultados. E como recomendação para estudos futuros, tem-se o incentivo de práticas humanizadas na assistência, o que favorece a utilização do carimbo, e faz com que a mulher vivencie o parto positivamente.

#### 7.5. Referências

ALVES, Maria Adriana Correia Borba; LIPPI, Umberto Gazi; GARCIA, Selma Aparecida Lagrosa. Reflexões sobre a humanização na assistência de enfermagem obstétrica na visão do enfermeiro obstetra. *Enfermagem Brasil*, São Paulo, SP, v. 14, n. 2, p. 99-110, 2015.

AMARAL, Rosângela da Conceição Sant'anna; ALVES, Valdecyr Herdy; PEREIRA, Audrey Vidal; RODRIGUES, Diego Pereira; SILVA, Luana Asturiano da; MARCHIORI, Giovanna Rosário Soanno. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2019.

BAGGIO, Maria Aparecida; PEREIRA, Fernanda de Castro; CHEFFER, Maycon Hoffmann; MACHINESKI, Gicelle Galvan; REIS, Alessandra Cristian Engles dos. Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, BA, v. 35, n. 1, p. 1-14, 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *História, Ciência, Saúde*, Manginhos, RJ, v. 27, n. 2, p. 485-502, 2020.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHÉUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.

DUARTE, Micheliana Rodrigues; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira; DE SOUZA, Kleyde Ventura; PEREIRA, Audrey Vidal; PIMENTEL, Mariana Machado. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, PR, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2019.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; VIELLAS, Elaine Fernandes; TORRES Jacqueline Alves; BASTOS, Maria Helena; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; THEME FILHA, Mariza Miranda; SCHILITZ, Arthur Orlando Correa; LEAL, Maria do Carmo. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*, v. 13, n. 1, p. 225-233, 2016.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2018.

PEREIRA, Ricardo Motta; FONSECA, Giovanna de Oliveira; PEREIRA, Ana Célia Cirino Costa; GONÇALVES, Gabrielly Antunes; MAFRA, Roberta Amaral. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018.

PRATA, Juliana Amaral; PAMPLONA, Nayara Diniz; PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo José Oliveira; CORREIA, Luiza Mara; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 2, p. 1-7, 2022.

REIS, Carolyn Cristina; FERREIRA, Karla Romana de Souza; SANTOS, Danielle Alves; TENÓRIO, Inez Maria; BRANDÃO NETO, Waldemar. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Ciencia y Enfermería*, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017.

RODRIGUES, Diego Pereira; ALVES, Valdecyr Herdy; de PAULA, Cristiane Cardoso; VIEIRA, Bianca Dargam Gomes; PEREIRA, Audrey Vidal; dos REIS, Laena Costa; MARCHIORI, Giovanna Rosário Soanno; BRANCO, Maria Bertilla Lutterbach. Parto humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, 2022, v. 75, n. 2, p. 1-9, 2022.

SANTOS, Raiane Rayssa Pereira dos; COELHO, Amanda Santos Fernandes; COELHO, Aline Bueno; ANGELIM, Stéphanie Marques Alves Vieira; FARIA, Laryssa Rezende; HANUM, Samira dos Passos; PIRES, Ana Claudia Andrade Cordeiro; GUIMARÃES, Janaina Valadares. Árvore da vida: projeto de impressão placentária em maternidades públicas Estaduais do centro-oeste. *Enfermagem em Foco*, Porto Alegre, RS, v. 11, n. 5, p.125-129, 2020.

## **CAPÍTULO 8. Jogos Eletrônicos e uso de Redes Sociais: Principais Barreiras Percebidas para a Prática de Atividade Física em Adolescentes**

*Jéssica Maiary Rocha Conde  
Thiago Medeiros da Costa Daniele  
Evania Maria Oliveira Severiano  
Mirna Albuquerque Frota  
Evanice Avelino de Souza*

### **8.1. Introdução**

A prática regular de atividade física - AF, proporciona diversos benefícios a saúde no geral, desempenhando um papel fundamental sobre as condições psicológicas e físicas, melhorando a qualidade de vida de crianças e adolescentes, além de ser primordial para manutenção de uma vida saudável na idade adulta (Carvalho et al., 2021).

Dito isso, segundo o Guia de atividade física para a população brasileira (Brasil, 2021), quanto mais cedo a atividade física é iniciada e se torna um hábito na vida do indivíduo, maiores os benefícios para sua saúde a longo prazo. Sendo que alguns desses benefícios são: controle do peso; melhora da disposição física; estimula a interação social; redução da possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas (como as diabetes, hipertensão e doenças cardíacas) e diminuição da chance de desenvolvimento de alguns tipos de cânceres.

Sendo assim, apesar da recíproca relação entre a prática de AF e os benefícios a saúde, o número de pessoas com níveis insuficientes de AF, tem aumentado por todo o mundo (PIOLA et al., 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a inatividade física é o quarto principal fator de risco de mortalidade no mundo, a OMS recomenda que durante a infância e adolescência, os jovens devem praticar atividade física moderada à intensa, durante 60 minutos, por no mínimo cinco dias na semana.

Porém, oito a cada dez crianças e adolescentes de 11 a 17 anos apresentam níveis insuficientes de AF (OMS, 2018). No Brasil, 84% dos adolescentes não conseguem atingir os níveis recomendados AF (Guthold et al., 2020).

Desse modo, são diversos os fatores que podem influenciar a prevalência de inatividade física em crianças e adolescentes, como: indicadores socioeconômicos, falta de apoio familiar ou social, desinteresse, tempo de uso de redes sociais e jogos eletrônicos, tempo diário assistindo televisão, entre outros. (Junior et al., 2016; Junior et al., 2017).

Nesse sentido, faz-se necessária a investigação sobre as principais barreiras que estão relacionadas a prática de AF. Acredita-se que os resultados desse estudo poderão auxiliar profissionais da educação e da saúde envolvidos com o público infantil, no direcionamento de ações e programas de promoção de saúde e AF. Portanto, o presente estudo teve como objetivo identificar as barreiras para a prática de atividade física em adolescentes.

## 8.2. Metodologia

### 8.2.1. Planejamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e caráter transversal, realizado no período de março de 2023, em uma escola pública do município de Caucaia/CE, com alunos das turmas de 6º e 7º do ensino fundamental dos períodos manhã e tarde.

Primeiramente, foi entregue a direção da escola o termo de anuência para autorização da pesquisa. Não havendo oposição da diretoria e das coordenadoras em relação a realização do estudo na escola, os alunos foram abordados durante a aula de Educação Física e convidados a participar, voluntariamente, sendo informados sobre o estudo, assegurando-lhes confidencialidade, privacidade e anonimato. A pesquisa respeitou as normas e regras para pesquisas com seres humanos das resoluções no 466/2012 e 510/2016.

### 8.2.2. Amostra

Inicialmente, realizou-se à escolha de uma escola pública de Ensino Fundamental (1º ao 7º ano) localizada no município de Caucaia, por conveniência. Posteriormente, à secretaria da escola informou que existiam 503 alunos matriculados entre os turnos da manhã e tarde. Daí então, realizou-se à pesquisa com os estudantes que estavam cursando o 6º e 7º ano, por terem maior facilidade em responder ao questionário, totalizando 88 participantes. Contudo, três questionários foram respondidos de forma incorreta, e à amostra final foi constituída de 85 escolares.

### 8.2.3. Instrumentos e Procedimentos

O instrumento utilizado para avaliar as barreiras que dificultam a prática de atividade física foi o questionário proposto por Martins e Petroski, no qual foram acrescentados os itens “jornada de estudos extensa” e “jogos eletrônicos/uso de redes sociais”, para melhor validade junto aos discentes. O questionário foi composto por vinte barreiras (jornada de estudos extensa, compromissos familiares, falta de clima adequado, falta de espaço disponível para a prática, falta de equipamentos disponíveis, tarefas domésticas, falta de companhia, falta de incentivo da família e/ou amigos, falta de recursos financeiros, mal humor, medo de lesionar-se, limitações físicas, dores leves ou mal-estar, falta de energia, falta de habilidades físicas, falta de conhecimento ou orientação sobre AF, ambiente insuficientemente seguro, preocupação com a aparência durante a prática, falta de interesse em praticar, jogos eletrônicos/uso de redes sociais).

Considerando as barreiras listadas, os estudantes deveriam indicar a frequência que acontecia a barreira (sempre presente = 5, quase sempre presente = 4, as vezes presente = 3, raramente presente = 2 e nunca presente = 1). Foram consideradas as principais barreiras para a prática de atividade quando os estudantes referiram “sempre” ou “quase sempre” como empecilho para a prática de atividade física. Para análise dos dados foi utilizada a distribuição por frequências absoluta (n) e relativa (%) para todas as variáveis analisadas.

#### 8.2.4. Análise Estatística

Para análise dos dados foi utilizada a distribuição por frequências absoluta (n) e relativa (%) para todas as variáveis analisadas. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para a análise da associação das barreiras para prática de atividade física com o sexo. O nível de significância foi estabelecido em <5% ( $p \leq 0,05$ ). Todas as análises foram realizadas no software IBM SPSS Statistics 21.0.

#### 8.3. Resultados

A amostra final do estudo foi de 85 crianças. A Tabela 1 descreve as características gerais da amostra, onde verificou-se que 54,1% são do gênero masculino, 52,9% praticam atividade física e 98,8% reportaram usar aparelhos eletrônicos. As demais características da amostra estão descritas abaixo.

**Tabela 1** – Características gerais da amostra.

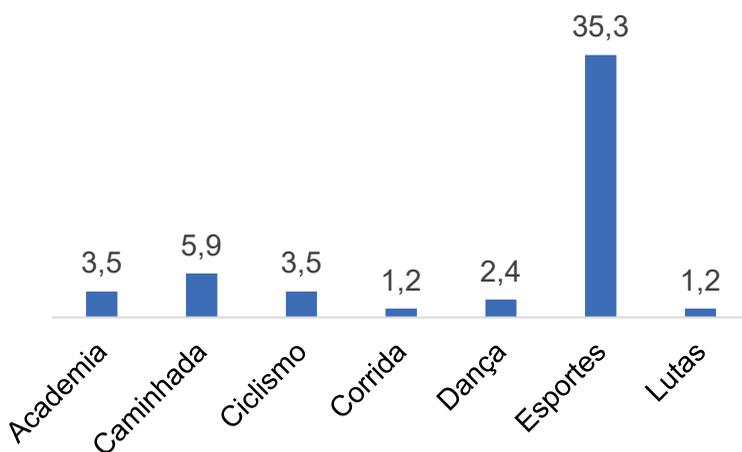
Variáveis	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	46	54,1
Feminino	39	45,9
<b>Turno</b>		
Manhã	42	49,4
Tarde	43	50,6
<b>Prática Atividade física</b>		
Sim	45	52,9
Não	40	47,1
<b>Uso de aparelhos eletrônicos</b>		
Sim	84	98,8
Não	1	1,2
<b>O que mais acessa?</b>		
TikTok	18	21,2
Instagram	28	32,9
Jogos eletrônicos	29	34,1
Outros	10	11,8

Variáveis	n	%
<b>O que você gosta de fazer no seu tempo livre</b>		
Brincar com os amigos	20	23,5
Usar redes sociais	24	28,2
Tarefas domésticas	11	12,9
Jogos online com os amigos	30	35,3

Fonte: dados da pesquisa (2023)

Em relação aos escolares que praticam atividade física verificou-se a maioria 30 (35,3%) praticam esportes coletivos como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1** – Frequência percentual das atividades mais praticada entre os escolares



Fonte: dados da pesquisa (2023)

Quanto aos escolares que não praticam AF identificou-se que jogos eletrônicos/uso de redes sociais, falta de interesse, falta de companhia, falta de energia, mau humor, falta de incentivo da família e/ou amigos, ambiente insuficientemente seguro foram as principais barreiras reportadas como mostra o Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Principais barreiras para prática de atividade física entre os escolares que não praticam atividade física



Fonte: dados da pesquisa (2023)

As principais barreiras percebidas para a prática de Atividade física foram: jogos eletrônicos/uso de redes sociais (50%), falta de interesse em praticar (30%), falta de companhia (30%), falta de energia (22,5%) e mau humor (22,5%), falta de incentivo da família e/ou amigos (20%) e ambiente insuficientemente seguro (20%) sem diferença estatística entre meninos e meninas como mostra a Tabela 2. Por outro lado, identificou-se uma relação das barreiras relacionadas ao humor e preocupação com a aparência física ao sexo feminino ( $p < 0,005$ ) e à falta de habilidade, com o sexo masculino ( $p < 0,005$ ).

**Tabela 2** – Barreiras percebidas para a prática de atividade física de acordo com o **sexo**

Barreiras	Total		Meninos		Meninas	
	N	%	n	%	n	%
Jornada de estudos extensa	2	5,0	2	5,0	0	0
Compromissos familiares	4	10,0	2	5,0	2	5,0
Falta de clima adequado	5	12,5	3	7,5	2	5,0
Falta de espaço disponível para a prática	2	5,0	1	2,5	1	2,5
Falta de equipamentos disponíveis	7	17,5	4	10,0	3	7,5
Tarefas domésticas	7	17,2	5	12,5	2	5,0
Falta de companhia	12	30,0	4	10,0	8	20,0
Falta de incentivo da família e/ou	8	20,0	5	12,5	3	7,5

Barreiras	Total	Meninos	Meninas
amigos			
Falta de recursos financeiros	4 10,0	1 2,5	3 7,5
Mau humor *	9 22,5	2 5,0	7 17,5
Medo de lesionar-se	6 15,0	3 7,5	3 7,5
Limitações físicas	5 12,5	4 10,0	1 2,5
Dores leves ou mal-estar	1 2,5	1 2,5	0 0
Falta de energia	9 22,5	4 10,0	5 12,5
Falta de habilidades físicas *	4 10,0	4 10,0	0 0
Falta de conhecimento ou orientação sobre AF	6 15,0	3 7,5	3 7,5
Ambiente insuficientemente seguro	8 20,0	4 10,0	4 10,0
Preocupação com a aparência durante a prática*	5 12,5	0 0	5 12,5
Falta de interesse em praticar	12 30,0	4 10,0	8 20,0
Jogos eletrônicos/uso de redes sociais	40 50,0	22 20,0	18 30,0

\* Diferença estatística ( $p < 0,005$ ) pelo teste do Qui-Quadrado  
 Fonte: dados da pesquisa (2023)

#### 8.4. Discussão

O presente estudo identificou que “uso de jogos eletrônicos/redes sociais”, “falta de companhia” e “falta de interesse” como as principais barreiras para a prática de AF. O resultado deste trabalho está de acordo com a literatura (Vasquez et al., 2021; Camargo; Gil; Campos, 2021; Piola et al., 2020; Dias; Loch; Ronque, 2015; Engers; Bergmann; Bergmann, 2014).

A utilização de jogos eletrônicos e redes sociais encontram-se presentes na vida da criança e do adolescente, influenciando no comportamento sedentário (Pichini, 2019). Acredita-se que o uso de jogos eletrônicos e redes sociais em excesso, auxilia no estilo de vida sedentário e níveis reduzidos de atividade física (Grimaldi-Puyana et al., 2020; Kim; Kim; Jee, 2015). O fato de a criança substituir brincadeiras como pega-pega, jogar bola, pular corda

(atividades que envolvam movimentação física) por jogos eletrônicos e telas no geral, pode comprometer sua saúde física e psicológica.

Tendo em vista que a prática de AF possui a capacidade de favorecer aspectos físicos, interpessoais e afetivos (Paiva; Costa, 2015).

Sobre a barreira “falta de companhia”, acredita-se que na fase de transição da infância para a adolescência, as relações pessoais com os amigos se fortalecem, a influência das amizades sobre as opiniões e gostos no geral se torna mais relevante.

No período da infância os pais exercem grande influência sobre o comportamento dos filhos, já ao decorrer do avanço da idade os hábitos comportamentais dos adolescentes tendem a ter bastante influência de amigos próximos. Com isso, a companhia de amigos pode influenciar positivamente como motivação para a prática de AF (Piola et al., 2019; Vasquez et al., 2021).

Em uma pesquisa realizada com 2.759 adolescentes, na cidade de Paranaíba (PR), foi evidenciado que, de maneira geral, os escolares sem apoio social adequado de familiares e/ou amigos apresentaram maiores chances de serem insuficientemente ativos. Assim, percebe-se que os pais e amigos apresentam uma importante influência social relacionada a prática de AF dos adolescentes (Toldo et al., 2017). Desse modo, se torna de grande importância o incentivo da sociedade, de modo geral, para a prática de AF.

A “falta de interesse” encontra-se como uma das principais barreiras para a prática de AF, estando de acordo com a literatura (Vieira; Silva, 2019) Acredita-se que a falta de interesse está relacionada a falta de companhia, podendo influenciar os adolescentes a não atingirem os níveis ideais de AF (Vasquez et al., 2021). Outro fator que também pode estar relacionado a falta de interesse é a utilização de celulares, tablets e telas em geral. Segundo estudos, as crianças e adolescentes estão se interessando mais por aparelhos eletrônicos, jogar vídeo game e assistir televisão do que sair para brincar ou praticar alguma AF. (Guedes, 2015; Christofolletti et al., 2016; Queiroz, 2019).

Quando comparada as barreiras de acordo com o sexo

identificou-se que o “mau humor” e a “preocupação com a aparência durante a prática” estiveram relacionadas ao sexo feminino. Acredita-se que meninas tenham realmente uma maior preocupação com sua aparência, principalmente pelas cobranças sociais em relação ao corpo feminino (Lepsen; Silva, 2014; Miranda et al., 2018; Fantineli et al., 2020). Um estudo realizado com 600 adolescentes em Portugal, afirma que as meninas se preocupam mais com a aparência do que os meninos. (Pereira, 2016) Há uma escassez na literatura em relação a estudos sobre mau humor, desse modo o assunto não pôde ser discutido de uma forma mais aprofundada. Os estudos encontrados que apresentam resultados sobre mau humor estão mais relacionados a atletas (Torres et al., 2018).

No presente estudo, identificou-se que a maioria dos escolares reportaram praticar algum tipo de atividade física (52,9%), esse resultado corrobora com a literatura (Sousa, 2022; Santos et al., 2019; Pinheiro et al., 2017). Um estudo realizado com grupos de estudantes de diferentes faixas etárias, dentre 9 e 17 anos, da rede municipal de Taubaté (SP), apresentou que jovens de 9 a 11 anos praticam mais atividades moderadas lúdicas do que as outras faixas etárias, de forma a serem mais ativos do que os mais velhos (Luciano et al., 2016). Outro estudo, sendo esse realizado com adolescentes nos EUA, indica que a prática de AF começa a declinar no período da adolescência, de forma significativa, entre 14 e 18 anos (Allison et al., 2007). Acredita-se que com o avanço da idade o adolescente tende a dedicar menos tempo para a prática de AF. Este fato pode estar relacionado ao uso das tecnologias e ao aumento da independência do mesmo para realizar atividades no geral (Santos et al., 2019).

Considera-se que a participação nas aulas de educação física tem influência na prática de AF fora do ambiente escolar, tendo em vista que a educação física na escola tem um grande potencial de promover atitudes positivas em relação a saúde, com aulas em que os estudantes têm acesso a uma diversidade de esportes e conhecimentos corporais no geral. Sendo assim, o acesso a novas experiências e informações vivenciadas nas aulas de educação física, servem como exemplo para uma maior busca por práticas de AF fora da escola (Hardman et al., 2013).

Em relação aos escolares que praticam AF, o presente estudo verificou que a maioria pratica esportes coletivos (35,3%), este resultado corrobora com a literatura (Pimenta, 2015; Schubert et al., 2016; Bastos et al., 2022). Pode-se perceber que os esportes coletivos vêm ganhando espaço, importância e visibilidade com a construção de equipamentos como areninhas, miniareninhas, e com a revitalização e fortalecimento de praças, ginásios e da Rede de Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciências e Esporte (CUCA). Nestes locais as práticas desportivas desenvolvidas abrangem diversas modalidades, dentre elas: futsal, futebol, vôlei, basquete, handebol, incluindo atividades de lazer e recreação (escolinhas) e alto rendimento (FECHINE; Fachine; Junior, 2022).

A participação em esportes é uma importante forma de prática de AF no lazer em adolescentes de todo o mundo (Mendonça; Cheng; Junior, 2018). A prática de esportes, principalmente na adolescência, é de extrema importância para a melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, na melhora do bem-estar dos praticantes (Rosselli et al., 2020). Sobre a prática de esportes coletivos pode-se afirmar, que além de promover o desenvolvimento psicossocial e motos, os seus benefícios estão relacionados a interação social, melhora na autoestima, no humor e saúde no geral (Ribeiro; Marinho, 2019).

O presente estudo também apresentou limitações. A primeira está relacionada a quantidade de alunos participantes da pesquisa. A segunda limitação existente está associada ao fato de ser um estudo de caráter transversal, não permitindo informações definitivas sobre as relações de causa e efeito. Contudo, os resultados encontrados podem auxiliar para futuras pesquisas relacionadas as barreiras pertencentes para prática de AF.

## 8.5. Conclusão

O presente estudo concluiu que as principais barreiras para a prática de AF percebidas pelos estudantes foram, em ordem decrescente, o uso de jogos eletrônicos e redes sociais, a falta de companhia e a falta de interesse em praticar. A adoção de um estilo de vida mais saudável, através da prática de AF, tem se mostrado um

fator eficaz na promoção de saúde física e mental. A educação física escolar e o apoio social de amigos e familiares têm uma importante influência no interesse do adolescente em praticar AF fora do ambiente escolar.

Esses dados reforçam a necessidade de buscar estratégias metodológicas que estimulem crianças e adolescentes à prática de AF com intenção de que se torne um hábito saudável em suas vidas. Sendo assim, este estudo pode contribuir para que profissionais da educação e da saúde desenvolvam estratégias de intervenção para diminuir essas barreiras existentes, com o intuito de promover a prática de AF.

## 8.6. Referências

ALLISON, Kenneth R. et al. The decline in physical activity among adolescent students: a cross-national comparison. *Canadian journal of public health*, v. 98, p. 97-100, 2007.

BASTOS, Paulo Andrey de Holanda et al. Intenção esportiva de adolescentes da cidade de Fortaleza Sporting intent of adolescents in the city of Fortaleza. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 7, p. 49404-49415, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 5 p.

CAMARGO, Edina Maria de; GIL, José Francisco Lopez; CAMPOS, Wagner de. Comparação das barreiras percebidas para a prática de atividade física de acordo com o sexo e nível de atividade física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, v. 21, n. 1, p. 204-215, 2021.

CARVALHO, Anderson dos Santos et al. Exercício físico e seus benefícios para a saúde das crianças: uma revisão narrativa. *Jair*, v. 13, n. 1, 2021.

CHRISTOFOLETTI, M. et al. Sedentary behavior at leisure time and its association with physical activity in school context of children in Southern Brazil. *Journal of Physical Education (Maringá)*, v. 27, n. 1, p. 1-11, 2016.

DIAS, Douglas Fernando; LOCH, Mathias Roberto; RONQUE, Enio Ricardo Vaz. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. *Ciência & saúde coletiva*, v. 20, p. 3339-3350, 2015.

ENGERS, Patrícia; BERGMANN, Mauren; BERGMANN, Gabriel.

Barreiras para atividade física em adolescentes: validade e reprodutibilidade de um instrumento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 19, n. 4, p. 504-504, 2014.

FANTINELI, Edmar Roberto et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com estado nutricional e atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3989-4000, 2020.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; FECHINE, Thaylane Bastos Santos; JÚNIOR, Antônio Ulisses Sousa. Equipamentos esportivos e a cidade de Fortaleza/CE: Estratificação funcional das instalações de esporte e lazer, práticas existentes e projetos sociais vinculados as coordenadorias específicas. *Revista Intercontinental de Gestão Desportiva*, v. 12, n. 2, 2022.

GRIMALDI-PUYANA, Moisés et al. Associations of objectively-assessed smartphone use with physical activity, sedentary behavior, mood, and sleep quality in young adults: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 10, p. 3499, 2020.

GUEDES, Natan Pinheiro. A influência da tecnologia para o sedentarismo de estudantes no ensino fundamental. 2015. 22 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Educação Física Licenciatura) Faculdade de Ciências da Educação e Saúde Centro Universitário de Brasília. Brasília. 2015.

GUTHOLD, Regina et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 4, n. 1, p. 23-35, 2020.

HARDMAN, Carla Menêses et al. Participação nas aulas de educação física e indicadores de atitudes relacionadas à atividade física em adolescentes. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 27, p. 623-631, 2013.

JUNIOR, Francisco Gomes Silva et al. Sedentarismo e inatividade física em adolescentes com faixa etária de escolares do ensino médio e reflexões para educação física escolar. *Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790*, v. 5, n. 1, p. 76-88, 2017.

JUNIOR, Geraldo Ferrari et al. Fatores associados às barreiras para a prática de atividade física dos adolescentes. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 21, n. 4, p. 307-316, 2016.

KIM, Sung-Eun; KIM, Jin-Woo; JEE, Yong-Seok. Relationship between smartphone addiction and physical activity in Chinese international students in Korea. *Journal of behavioral addictions*, v. 4, n. 3, p. 200-205, 2015.

IEPSEN, Alice Meyer; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do

- Ensino Médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, p. 317-325, 2014
- LUCIANO, Alexandre de Paiva et al. Nível de atividade física em adolescentes saudáveis. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 22, p. 191-194, 2016.
- MENDONÇA, Gerfeson; CHENG, Luanna Alexandra; JÚNIOR, José Ca-  
zuza de Farias. Padrões de prática de atividade física em adolescentes de um  
município da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p.  
2443-2451, 2018.
- MIRANDA, Valter Paulo Neves et al. Insatisfação corporal, nível de atividade  
física e comportamento sedentário em adolescentes do sexo feminino. *Revista  
Paulista de Pediatria*, v. 36, p. 482-490, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - OMS. Global recommenda-  
tions on physical activity for health 5-17 years, 2018.
- PAIVA, Natália Moraes Nolêto de; COSTA, J. A influência da tecnologia na  
infância: desenvolvimento ou ameaça. *Psicologia*. pt, v. 1, p. 1-13, 2015.
- PEREIRA, Ana Maria Gerales Rodrigues. Preocupação com o peso e prática  
de dietas por adolescentes. *Acta Portuguesa de Nutrição*, p. 14-18, 2016.
- PICHINI, Gabriel Soares. Nível de atividade física e tempo de tela em ado-  
lescentes da rede pública de ensino. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso.  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.
- PIOLA, Thiago Silva et al. Sexual Maturation, social support and physical  
activity in adolescents. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, v. 19, n. 3, p.  
125-138, 2019.
- PIOLA, Thiago Silva et al. Nível insuficiente de atividade física e elevado  
tempo de tela em adolescentes: impacto de fatores associados. *Ciência & Sa-  
úde Coletiva*, v. 25, p. 2803-2812, 2020.
- PIMENTA, Johnny Stephens Reis. Preferência e prática físico-esportiva em  
escolares do Ensino Fundamental da cidade de Ouro Preto - MG. 2015. 28  
f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Centro Desportivo, Univer-  
sidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2015.
- PINHEIRO, Leandro Elvas et al. Prática de atividade física de escolares do  
4o e 5o anos do ensino fundamental da rede pública estadual. *Revista Brasi-  
leira de Medicina do Esporte*, v. 23, p. 308-313, 2017.
- QUEIROZ, José Lucas Dantas de. O brincar e as tecnologias digitais na edu-  
cação infantil. 2019. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em  
Pedagogia) - Unidade Delmiro Gouveia-Campus do Sertão, Universidade Fe-  
deral de Alagoas, Delmiro Gouveia, 2019.

RIBEIRO, Lucas Soares; MARINHO, Cleidilaine Lima Ferreira. A importância dos esportes coletivos no âmbito escolar para o desenvolvimento sensorio motor de crianças e jovens. *Revista Uningá*, v. 56, n. 3, p. 170-175, 2019.

ROSSELLI, Martina et al. Gender differences in barriers to physical activity among adolescents. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, v. 30, n. 9, p. 1582-1589, 2020.

SANTOS, Josivana Pontes dos et al. Factors associated with non-participation in education classes school physics in adolescents. *Journal of Physical Education*, v. 30, 2019.

SCHUBERT, Alexandre et al. Aptidão física relacionada à prática esportiva em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 22, p. 142-146, 2016.

SILVA, Leopoldo Sindice et al. Desempenho técnico-tático e estados de humor de acordo com o sucesso nos jogos em jovens atletas de voleibol. *Motricidade*, v. 14, 2018.

SOUSA, Jessé Moura de. Nível de atividade física da percepção da qualidade de vida em grupo de estudantes do ensino fundamental de Miracema do Tocantins. 2022. 55 f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal do Tocantins, Miracema do Tocantins, 2022.

TODISCO, Wesley et al. Nível de atividade física e apoio social dos pais e amigos em escolares da rede pública. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 22, n. 5, p. 457-463, 2017.

VASQUEZ, Taylor et al. A qualitative exploration of barriers and facilitators to physical activity among low-income latino adolescents. *Hispanic Health Care International*, v. 19, n. 2, p. 86-94, 2021.

VIEIRA, Valéria Rieger; DA SILVA, Junior Vagner Pereira. Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistematizada. *Pensar a prática*, v. 22, 2019.

## CAPÍTULO 9. Estudo Preliminar dos Efeitos Nervosos Centrais de Plantas Utilizadas por Praticantes de Candomblé Contra "doenças psíquicas"

*Alexandre Pinheiro Braga  
Fabiana Pereira Soares  
Gerlânia de Oliveira Leite  
Rosendo Freitas de Amorim  
Adriana Rolim Campos*

### 9.1. Introdução

As plantas são essenciais nas religiões afro-brasileiras, sendo utilizadas de diversas formas, como banhos (Pagnocca et al., 2020). No Candomblé, os banhos de ervas para purificação e limpeza espiritual são considerados essenciais para a prevenção de doenças, pois quanto mais se oferece ao santo de sua devoção, mais longe se afastam os males, juntamente com os banhos para combater os “males” generalizados do equilíbrio espiritual.” Existem também poções/misturas que combatem doenças específicas, como depressão e distúrbios respiratórios (Ferreti 2003).

Os banhos são preparados com a mistura de várias plantas, o que proporciona um efeito sinérgico devido à interação entre os diferentes constituintes das plantas (Rodrigues et al., 2008). Segundo Braga et al (2018), os banhos de purificação e limpeza espiritual mais utilizados são os de ervas “positivas”, contrariando a negatividade da pessoa. Os autores também compararam as ervas utilizadas com a literatura científica e concluíram que diversas plantas utilizadas em práticas religiosas têm seus efeitos comprovados cientificamente. No entanto, não há estudos avaliando o efeito dos banhos em animais de experimentação.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de banhos de purificação e limpeza no comportamento de zebrafish adultos.

## 9.2. Métodos

### 9.2.1. Preparações de Ervas

Foram estudados banhos fitoterápicos indicados para o tratamento de transtornos do bem-estar mental (surto/ansiedade/depressão). As ervas foram adquiridas no local indicado por um líder religioso.

Banho de purificação (BP, indicado para o tratamento da depressão):

- tipi/guiné – *Petiveria aliacea* L, Phytalaccaceae
- mastruço – *Lepidium sativum* L, Brassicaceae (Cruvciferae)
- pinhão roxo – *Jatropha gossypifolia* L, Euphorbiceae
- fegedoso/manjerioba – *Senna accidentalis* (L) Link. Fabaceae (Leguminosae)
- casca de alho – *Allium sativum* L, Liliaceae
- mamona/carrapateiro – *Ricinus communis* L, Euphorbiaceae

Banho de limpeza (BL, indicado para o tratamento da ansiedade):

- arruda – *Ruta graveolens* L, Rutaceae
- manjeriço – *Ocimum minimum* L, Libiatae
- alfavaca – *Ocimum gratissima* L, Labiatae
- eucalipto – *Eucalyptus globulus* Labill, Mytaceae
- erva-doce – *Pimpinella anisum* L, Umbeliferae
- canela – *Cinamonum zeilanicum* Breyne, Lauraceae
- espada de S. Jorge – *Ottnia anisium* Spreng., Piperaceae
- espada de S. Bárbara – *Petroselinum sativium* L, Umbeliferae
- colônia – *Alpinia zerumbet* (Pres.) Burt & Smith., Zingiberaceae

As amostras vegetais obtidas foram submetidas à identificação botânica no Laboratório de Botânica e Farmacognosia da Universidade de Fortaleza. Para a realização dos testes em animais, foram

utilizadas as preparações de ervas maceradas em solução hidroalcoólica.

### 9.2.2. Animais

Zebrafish adultos selvagens (*Danio rerio*) de ambos os sexos (fenótipo de barbatana curta), com idade de 60 a 90 dias, tamanho ( $3,5 \pm 0,5$ cm) e peso ( $0,3 \pm 0,2$ g) semelhantes foram obtidos da Agroquímica: Comércio de Produtos Veterinários LTDA, fornecedora localizada em Fortaleza (Ceará, Brasil). Grupos de 50 peixes foram aclimatados por 24h em um tanque de vidro de 10 L ( $30 \times 15 \times 20$ cm) contendo água desclorada (ProtecPlus®) e bomba de ar com filtro submerso a 25°C e pH 7,0, em condições quase normais ritmo circadiano (14:10h do ciclo claro/escuro). Os peixes foram alimentados ad libitum 24h antes dos experimentos. Todos os procedimentos experimentais foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Animal da Universidade de Fortaleza (CEUA-Unifor; nº 804625062019).

### 9.2.3. Avaliação da Toxicidade Aguda

Os animais ( $n=6$ /grupo) foram colocados em recipientes contendo os banhos (BP e BL) em diferentes diluições (1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 e 1:64) e, após 24 h, foram observados possíveis peixes mortos. Este teste padrão foi então repetido até as diluições adequadas para a continuidade da pesquisa (1:16, 1:32 e 1:64, ver Resultados). Um grupo de peixes sem tratamento (Naive;  $n=6$ ) foi inserido. Teste realizado para os dois banhos, purificação e limpeza.

### 9.2.4. Avaliação da Atividade Locomotora de Zebrafish Adultos

Zebrafish ( $n = 8$ /grupo) foram imersos em banhos (BP e BL, nas concentrações 1:16, 1:32 ou 1:64). Um grupo ingênuo ( $n = 8$ ) foi incluído. Após 1 h, os animais foram colocados individualmente em placas de Petri (15 cm), contendo a mesma água do aquário, dividida em quadrantes e a atividade locomotora foi analisada pela contagem do número de linhas cruzadas durante 0 - 5 min.

### 9.2.5. Teste Claro e Escuro

Zebrafish ( $n = 8/\text{grupo}$ ) foram imersos em banhos (BP e BL) nas concentrações 1:16, 1:32 ou 1:64). Um grupo ingênuo ( $n = 8$ ) foi incluído. Após 1 h, os peixes foram colocados individualmente na área clara de um aquário de vidro contendo 3 cm de água, no qual foi registrado, no intervalo de 5 min: (I) latência (em segundos) da primeira entrada do peixe-zebra no compartimento escuro; (II) tempo de permanência (em segundos) na zona clara (tempo total que o animal permanece na zona clara); e (III) número de cruzamentos entre as zonas claras e escuras.

### 9.2.6. Análise Estatística

Os resultados foram expressos como valores médios  $\pm$  erro padrão da média para cada grupo de 6 animais. Após a confirmação da normalidade da distribuição e homogeneidade dos dados, as diferenças entre os grupos foram submetidas à análise de variância (ANOVA) one-way, seguida do teste de Tukey. Todas as análises foram realizadas com o software GraphPad Prism v. 6.01. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 9.3. Resultados

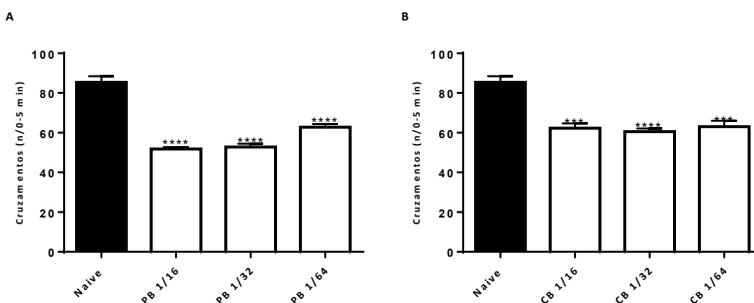
Para ambas as preparações (purificação - BP e limpeza - BL), os animais morreram até a diluição 1:8 (Tabela 1). A partir desses resultados, foram escolhidas as diluições de 1:16, 1:32 e 1:64 para a realização dos testes comportamentais.

**Tabela 1.** Avaliação da toxicidade dos banhos em zebrafish adulto.

Banho	Diluição	Tempo de avaliação (h)	Mortes (n)
Purificação	1:1	0	6
	1:2	¼	6
	1:4	½	5
	1:8	3	5
	1:16	24	0
	1:32	24	0

Banho	Diluição	Tempo de avaliação (h)	Mortes (n)
Limpeza	1:64	24	0
	1:1	0	6
	1:2	¼	6
	1:4	½	6
	1:8	3	5
	1:16	24	0
	1:32	24	0
	1:64	24	0

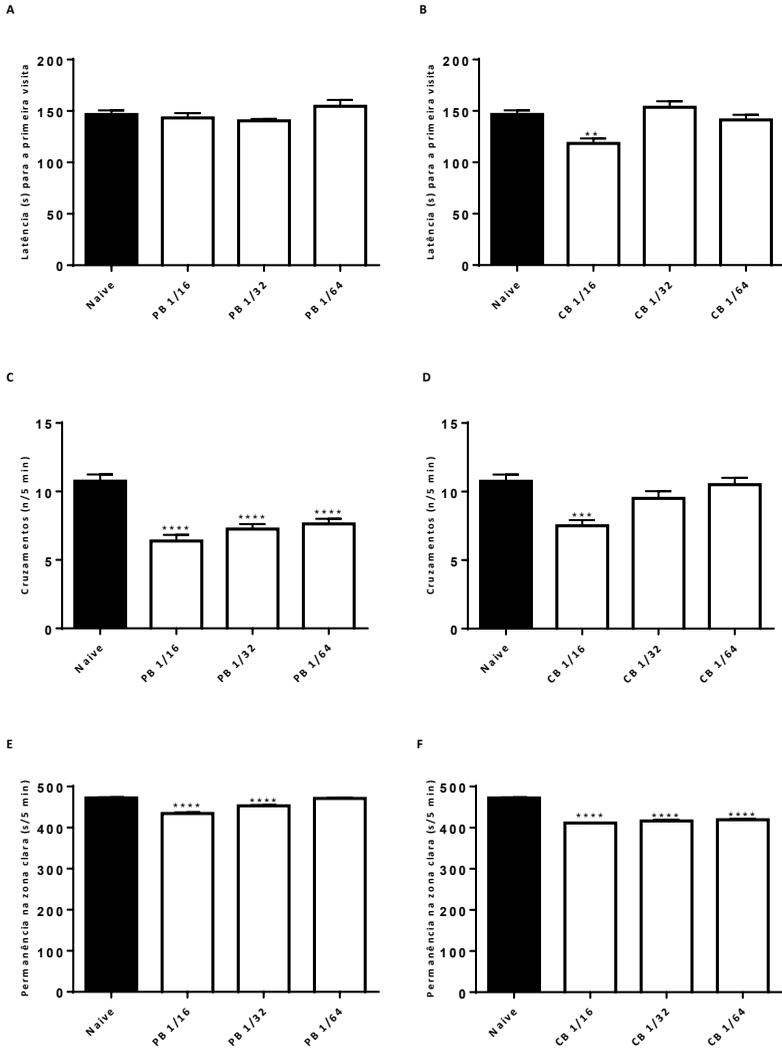
No teste de atividade locomotora, observou-se que ambos os banhos, em todas as diluições testadas, diminuíram (\*\* $p < 0,001$  e \*\*\*\* $p < 0,0001$ ) a atividade locomotora dos animais em relação ao grupo Naive (Figura 1A, B).



**Figura 1.** Efeito do banho de purificação (A) e do banho de limpeza (B) no comportamento locomotor do zebrafish adulto no teste de campo aberto. Os dados são expressos como média  $\pm$  erro padrão da média. ANOVA seguida de Tukey. \*\*\* $p < 0,001$  e \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs Naive. PB = banho de purificação; CB = banho de limpeza.

No teste claro e escuro, os animais que receberam o banho de limpeza na diluição 1:16 apresentaram redução no tempo de latência para entrada na zona escura (Figura 2B; \*\* $p < 0,01$  vs Naive) e redução no número de cruzamentos entre as duas zonas (Figura 2D; \*\*\* $p < 0,001$  vs Naive). Animais que receberam banho de limpeza nas diluições (1:16, 1:32 e 1:64) apresentaram redução no tempo de permanência na zona clara do aquário (Figura 2F; \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs Naive). Os animais do banho de purificação não apresentaram alteração no tempo de latência para entrada na zona escura (Figura 2A), mas os animais que receberam as diluições (1:16, 1:32 e

1:64) reduziram o número de cruzamentos entre as duas zonas (Figura 2C; \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs ingênuo). Houve redução do tempo de permanência na zona clara do aquário para os animais que receberam banho de purificação nas diluições 1:16 e 1:32 (Figura 2E; \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs Naive).



**Figura 2.** Efeito do banho de purificação e do banho de limpeza no comportamento do zebrafish adulto no teste claro e escuro. Os dados são expressos

como média  $\pm$  erro padrão da média. ANOVA seguida de Tukey. \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  e \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs Naive. PB = banho de purificação; CB = banho de limpeza.

**Figura 3.** Efeito do banho de purificação e banho de limpeza no comportamento do zebrafish adulto no novo teste de tanque. Os dados são expressos como média  $\pm$  erro padrão da média. ANOVA seguida de Tukey. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  e \*\*\*\* $p < 0,0001$  vs Naive. PB = banho de purificação; CB = banho de limpeza.

#### 9.4. Discussão

Problemas psíquicos e emocionais são a principal causa de procura de ajuda em templos de religiões de matrizes africanas e os banhos estão entre as opções de tratamento (Braga et al., 2018). Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a avaliar o efeito dos banhos prescritos no candomblé em animais de experimentação.

Foram estudados banhos fitoterápicos indicados para o tratamento de transtornos do bem-estar mental (surto/ansiedade/depressão). Foram realizadas várias diluições dos banhos, e grupos de animais foram expostos aos banhos diluídos. Verificou-se que, para os dois banhos, não houve morte dos animais expostos da diluição de 1:16 a 1:64. A partir deste resultado, as diluições 1:16, 1:32 e 1:64 foram selecionadas para estudos posteriores.

Inicialmente, os peixes foram imersos nas diferentes diluições dos banhos (1:16-1:64) e após 1 h foram submetidos ao teste de campo aberto. Todos os animais apresentaram atividade locomotora reduzida em comparação com o grupo Naive. Essa redução da atividade locomotora pode estar relacionada a um possível efeito relaxante muscular ou do tipo ansiogênico.

Zebrafish prefere ficar na zona de luz do aquário, e foi sugerido que o grau de preferência pode ser útil como uma medida de ansiedade (Blaser & Peñalosa, 2011). Como o banho de purificação também reduziu o número de travessias entre as zonas do aquário no teste claro e escuro e reduziu o tempo de permanência na zona clara do aquário, são necessários mais estudos para concluir se o efeito do banho é relaxante muscular ou do tipo ansiogênico.

O banho de limpeza (1/16) reduziu a latência para a primeira travessia, bem como o número de travessias entre as zonas claras e escuras do aquário. No entanto, as três concentrações testadas

reduziram a permanência na zona clara do aquário. Como não houve alteração no número de travessias nos animais tratados com as menores concentrações (1/32 e 1/64), sugere-se que esse banho induza comportamento do tipo ansiogênico nos animais.

Há uma limitação neste estudo. Respostas fortes de ansiedade podem ter mascarado comportamentos específicos, como locomoção reduzida. Em contraste, mudanças significativas nos pontos finais relacionados à ansiedade, como o tempo gasto na zona clara, indicam que os efeitos do tipo ansiogênico no peixe-zebra tratado com CB foram bastante específicos e provavelmente não influenciados por fatores relacionados ao motor (Stewart et al., 2015).

Em conclusão, ambos os banhos promovem uma mudança de comportamento do tipo ansiedade no peixe-zebra e isso precisa ser mais estudado.

## 9.5. Referência

Blaser RE, Peñalosa YM. Stimuli affecting zebrafish (*Danio rerio*) behavior in the light/dark preference test. *Physiol Behav.* 2011 Oct 24;104(5):831-7

Braga AP, de Sousa FI, da Silva Junior GB, Nations MK, Barros ARC, de Amorim RF. Perception of Candomble Practitioners About Herbal Medicine and Health Promotion in Ceará, Brazil. *J Relig Health.* 2018 Aug;57(4):1258-1275.

Ferretti, M. Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças. In: Seminário Nacional: Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, 2., 2003, São Luís. Anais. São Luís: CCN-MA, 2003. p. 1-4.

Pagnocca TS, Zank S, Hanazaki N. "The plants have axé": investigating the use of plants in Afro-Brazilian religions of Santa Catarina Island. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2020 Apr 25;16(1):20.

Rodrigues E, Gianfratti B, Tabach R, Negri G, Mendes FR. Preliminary investigation of the central nervous system effects of 'Tira-capeta' (Removing the Devil), a cigarette used by some Quilombolas living in Pantanal Wetlands of Brazil. *Phytother Res.* 2008 Sep;22(9):1248-55.

Stewart AM, Grossman L, Collier AD, Echevarria DJ, Kalueff AV. Anxiogenic-like effects of chronic nicotine exposure in zebrafish. *Pharmacol Biochem Behav.* 2015 Dec;139 Pt B:112-20.

## CAPÍTULO 10. O Uso de Oficinas-Ateliê como Possibilidades de (Auto) Cuidado e Promoção da Saúde Mental em Contexto Pandêmico e de Isolamento Social

*Jamila Hunára da Silva Santos  
Leila Maria de Andrade Filgueira  
Aline Veras Moraes Brilhante*

### 10.1. Introdução

Sou tecido, retalhos, histórias  
Sou poesia, mistério, memórias  
Sou arte, tinta no chão e bagunça feita  
Sou imagem, moldura e tela  
Sou cheiro, aconchego e textura  
Sou sanidade encontrada apenas na loucura  
Sou som, sabor e páginas  
Sou tudo, até mais e às vezes nada, além de nada

*Jamila Hunára*

A costura que surge aqui é resultado de uma constante combinação de fios em uma tessitura dinâmica e viva em minhas experiências profissionais em diferentes ambientes de cuidado em saúde mental, nos quais a arte sempre esteve inserida com suas especificidades e poder transformador e que hoje, como psicóloga, docente e pesquisadora, consigo articular essas dimensões de modo mais profícuo, sensível e contínuo.

Há momentos e situações em que me questiono o espaço da arte, da sensibilidade e da criatividade no fazer da saúde mental. Obviamente, esse campo de estudo não nega a arte como ferramenta de cuidado e promoção de saúde, pelo contrário existem discursos e atuações que a adotam como meio de evocação de sentimentos, expressões, sentidos, significados, acesso a psique e construção. Mas ainda assim, encontro caminhos, ambientes e muitas possibilidades de resistência criativa nesse campo que, por vezes, denota a falta de arcabouço teórico-prático e/ou a ausência de pensar as práticas do profissional de saúde, a partir de outras perspectivas.

Esse processo de investigação deu-se no contato, na troca, na costura dos meus retalhos e na de pessoas que assumem vários papéis, formas e versões de si diariamente. Entender o lugar que a saúde mental e as atividades grupais - que usam da arte como ferramenta de trabalho - ocupam no trato e cuidado na vida destes fez, sobretudo, que fosse possível também compreender as implicações pessoais, profissionais e sociais que estão inseridas na minha caminhada enquanto personagem desse processo. Refletindo, de forma crítica, sobre saúde mental e propiciando, por meio da arte e formas de (auto)cuidado. Discutindo os enlaces e cirandas que a saúde, especialmente saúde mental e a arte constroem juntas.

Nesse sentido, buscou-se apresentar um recorte experiencial relatando as contribuições das oficinas-ateliê para o (auto) cuidado e promoção da saúde mental no contexto pandêmico da COVID-19. Na tentativa de tatear os olhares criativos que veem na arte uma possibilidade de ser, de cuidar-se e de vir a ser. Acreditando-se que o olhar sobre o mundo, as pessoas e as coisas perpassam pelas experiências de vida, da construção subjetiva e sensível de cada um e, por isso há diferenças neles.

A pandemia e o isolamento social devido a COVID-19 propiciaram um cenário caótico de muitos medos, inseguranças, ressignificações e fragilidades, a saúde física assim como a mental de muitas pessoas foram abaladas, fazendo com que diversos assuntos relacionados a educação, finanças, política, relacionamentos (virtuais e presenciais) fossem discutidos.

Acredita-se que o sujeito em toda a sua complexidade é tela, tecido, tinta, recortes, raspagens, sons, cheiros, cores e sabores. Cada um tecendo, costurando, compondo e recortando seus caminhos de uma forma específica e única, atravessando e sendo atravessados por narrativas e diversos elementos da vida. Para Vigotsky (2003, p. 233), “a arte não é um complemento da vida, mas o resultado daquilo que excede a vida no ser humano”. Nessa perspectiva, a arte tornar-se um canal de comunicação e expressão entre a pessoa e o mundo. Para Silveira (1999), a pintura é um instrumento de expressão que a pessoa usa para reorganizar seu mundo interno e a relação com o mundo externo.

Desse modo, é essencial que haja diversidade em pensar o manejo e cuidado da saúde mental das pessoas, de forma que também sejam criativas, potencializadoras e dinâmicas. É nessa perspectiva que acredita-se que é necessário a defesa de intervenções humanizadas e de discussões e lutas por modelos de cuidado que visem a pessoa em sua complexidade e dinâmica, considerando todos os fatores que está sujeito. Principalmente em cenários políticos, onde o governo federal (2019-2022)<sup>10</sup> se inspira e defende um modelo de saúde mental biomédico e hospitalocêntrico, denotando retrocessos e conflitando com os movimentos de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Cabe salientar que as atividades propostas estão articuladas com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconizam o acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, reconhecendo que o outro trás de forma genuína e singular a necessidade de saúde, a capacidade autônoma e corresponsável do cuidado e da tomada de decisões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

## 10.2. Percursos Investigativos

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde buscou-se refletir sobre as possibilidades de (auto) cuidado e promoção da saúde, a partir das oficinas-ateliê e experimentações artísticas. As oficinas-ateliê foram realizadas virtualmente, através do Google Meet, onde os participantes abriram as câmeras, no período de outubro e novembro de 2020.

Durante a pandemia e o isolamento social algumas mensagens de colegas, amigos e conhecidos foram recebidas, relatando mal-estar, ansiedade e uma série de sensações e sentimentos conflituosos e adoecedores, sentimentos esses que também me afligiam em

---

<sup>10</sup> Governo Bolsonaro destrói Política Nacional de Saúde Mental. APU-BHUFMG+ Sindicato dos Professores, Belo Horizonte, 10 de dez, 2020. Disponível em: <https://apubh.org.br/noticias/governo-bolsonaro-destroi-politica-nacional-de-saude-mental/>. Acessado em: 10.08. 2021.

alguns momentos. Então, imersa no cenário de isolamento social, essas narrativas despertaram a necessidade de pensar em alguma proposta que tivesse um viés de promoção e (auto) cuidado em saúde mental, a partir da arte e discutir sobre esses atravessamentos.

Através do *Instagram* a proposta da criação de um grupo online foi lançada, nela foi especificado que as atividades seriam desenvolvidas, a partir de oficinas-ateliê e experimentações artísticas. Uma vez que o grupo foi criado, foram realizados 08 encontros, um a cada semana aos sábados das 18h às 20h. O grupo foi composto por adultos com idades entre 22 e 32 anos, sendo no total 11 pessoas comigo, 6 mulheres e 5 homens. Eram pessoas que não possuíam vínculos anteriores comigo e entre si e as atividades foram gratuitas. Foram usados materiais que eles possuíam em casa de fácil acesso.

O relato aqui discutido será um recorte de 02 dos 08 encontros, referentes a segunda e última oficina-ateliê. A escolha por analisar de forma detalhada apenas esses dois momentos deu-se por que é possível, a partir desses encontros, perceber as nuances e estigmas associados à saúde mental e ao processo gradual de elaboração de estratégias de autocuidado.

Para que se tenha noção geral do processo vivenciado durante as 08 oficinas-ateliê, segue os temas discutidos em cada uma delas.

**Quadro 1:** Apresentação geral das atividades realizadas

Oficinas-ateliê	Título	Experimentação Artística	Objetivos
I	Meus Eus	Mapa Mental	Identificar os papéis sociais que cada desenvolve;  Discutir sobre os desafios e potencialidades
II	Eu Tenho Sérios Poemas Mentais	Elaboração de Poemas	Partilhar e discutir os sentimentos e ideias associadas à saúde mental e a elaboração de estratégias de cuidado
III	Meus Medos, Minhas Dores e Minhas Possibilidades	Partilha e escuta de Trechos de Músicas	Abordar os sentimentos, perdas e receios vivenciados

<b>Oficinas-ateliê</b>	<b>Título</b>	<b>Experimentação Artística</b>	<b>Objetivos</b>
IV	Isolamento Social	Colagem e Memes	<p>Discutir sobre as mudanças que o isolamento e medidas de distanciamento social exigiram</p> <p>Apontar as principais adaptações na dinâmica de vida, interação e emocional que precisaram fazer</p>
V	A Teia que Articula e Prende	Mapa das Redes	<p>Discutir sobre a rede de apoio, seja de serviços de saúde, familiares e afetivos</p> <p>Levantar as fragilidades e potencialidades de cada um, sobre a atual organização sociopolítica e compartilhado estratégias de cuidado</p>
VI	O Cirandar do Corpo	Fotografia do corpo	<p>Discutir sobre o corpo na dimensão que acompanha os processos da vida e vai mudando também, sendo um instrumento que fala, que sente, que guarda e que cala</p> <p>Discutir sobre os padrões de beleza, autoimagem, da falta de perceber o corpo como sendo um meio de ação e necessidades específicas, integradas e individuais</p>
VII	No que me cuido	Mapa do cuidado	<p>Dialogar sobre os hábitos de cuidado que cada participante tem tido e pensar em estratégias de (auto)cuidado que possam contribuir e potencializar as ações já realizadas</p>
VIII	O que foi e o que fica	Pintura	<p>Discutir sobre as vivências das atividades elaboradas ao longo dos encontros</p> <p>Encerramento das oficinas</p>

Elaboração autoral

Ressalta-se que foram solicitados aos participantes com antecedência, através do *WhatsApp*, os materiais necessários para as oficinas, usando materiais simples e de fácil acesso. Nas oficinas-ateliê todos os participantes envolveram-se no processo. Acredita-se no poder integrador que as rodas e grupos possuem. Concordo com Geertz (2008), ao dizer que ao se considerar as dimensões simbólicas da ação social, seja elas a arte, religião, construções de moralidade, ideologias, dentre outras, os dilemas existenciais também estão implicados nesse processo e o pesquisador não pode afastar-se desses dilemas na crença de uma suposta não- emocionalização empírica, pelo contrário, deve mergulhar-se nesses processos.

As análises e discussões teóricas foram feitas, a partir da articulação teórico-prática de Amarante (2007); Josso (2017); Souza, Dugnani e Reis (2018); Soccol e Silveira (2020); Santos (2021) e Santos et, al. (2021).

### 10.3. Resultados e Discussões

Oficinas-ateliê ii: eu tenho sérios *poemas* mentais<sup>11</sup>

*O que em mim sou eu?  
Se cada dia penso algo diferente,  
Por que deveria acreditar  
Que sou o que penso ser?  
Me conheço na medida em que me faço  
Pedro Salomão<sup>12</sup>*

Nesse encontro, a partir do trecho acima, cada participante foi orientado a escrever um poema sobre como se sentiam nesse cenário de isolamento social, eles ficaram livres para expressar seus sentimentos por meio dessa escrita. Inicialmente algumas pessoas relataram a dificuldade de externar suas emoções em forma de poema, uma vez que não tinham familiaridade com esse tipo de escrita, vindo a perguntar se havia uma estrutura que precisavam seguir.

---

<sup>11</sup> Subtítulo inspirado no livro *Eu tenho sérios poemas mentais* do autor Pedro Salomão que aborda, através da poesia e relatos vivenciais, assuntos sobre saúde mental e autoconhecimento.

<sup>12</sup> SALOMÃO, Pedro. *Eu tenho sérios poemas mentais*. São Paulo: Planeta, 6 ed., 2018, 200 p.

Foi reforçado a informação de que não havia um modelo e uma estrutura pré-estabelecida, eles podiam utilizar-se da criatividade para escrever, após essas orientações foi percebido que aos poucos eles ficaram mais à vontade com a proposta e permitiram-se experimentar da escrita poética como ferramenta de expressão das emoções. Depois houve a partilha das produções, momento no qual pode-se apresentá-las e dialogar de forma fluida e sensível.

Para Souza, Dugnani e Reis (2018, p. 1), atividades que usem da arte como proposta interventiva possibilita a inclusão de ações criativas, uma vez que a arte possui uma “dimensão humanizadora e potencial para afetar o sujeito, como instrumento de trabalho do psicólogo, na mediação da constituição de formas mais elaboradas de ser, estar, pensar e agir no mundo”.

É através dessa ferramenta que foi dialogada questões que se fizeram presentes na vida desse grupo. Durante a pandemia e, principalmente, no período de distanciamento social as pessoas ficaram mais sensíveis e atentas às questões relacionadas à saúde mental. O medo, a ansiedade, o tédio, o próprio distanciamento e falta de convívio social trouxe à tona profundas reflexões sobre a importância do (auto) cuidado, da saúde integrada, responsabilidade social, política, educacional e da fragilidade da vida. Muito se pensou e sentiu durante esse período e as redes sociais, lugar habitado por muitos, tornou-se palco da solidão, insatisfação e ansiedade à medida que era o único ambiente que podia-se socializar de modo seguro.

Entretanto, nesse processo ocorreu que as redes sociais podem não ser tão sociáveis assim, que falar através dos aplicativos não substitui o contato e isso gerou muitos conflitos e adoecimentos. Quando estávamos conversando sobre os principais sentimentos vivenciados nesse contexto, trazidos nos poemas, foram tantos apontamentos que, em algum momento, orientou-se ao grupo que respirasse fundo antes de continuar a partilha. Algo em particular me chamou atenção, todos compartilhavam do medo de enlouquecer ou desenvolver uma psicopatologia, alguns inclusive já traziam o autodiagnóstico de ansiedade.

Segundo Soccol e Silveira (2020), a COVID-19 desencadeou dentre muitos medos, o da morte e implicou na reorganização familiar e social, o que propiciou os sentimentos de desamparo, abandono, insegurança, medo, tédio, entre outros. Dessa forma, tornou-se essencial um olhar atento as necessidades psicológicas manifestadas em decorrência dessa situação vivenciada pela quarentena. Além disso, ter uma rede afetiva também possibilita estabelecer cuidados mínimos para a prevenção e manutenção da saúde mental, uma vez que por meio do suporte e troca são compartilhadas estratégias de cuidado.

O medo da loucura não é um sentimento novo, desde os primórdios da existência humana ela é fonte de mistério, debates, estigmatização e usada como sinônimo de incapacidade e descontrole. Mas vamos discutir esse medo, por partes. Esse contexto fez com que fosse desenvolvido uma vivência cíclica de experimentações, ou seja, o isolamento social trouxe à tona uma série de questões, que tornou-se um gatilho, que consequenciou o medo de desenvolver ou intensificar psicopatologias e o medo de enlouquecer que, por sua vez, é maximizado pelo isolamento social que traz à tona várias problemáticas que geram medos.

É tão interessante perceber como as construções sociais vão sendo estabelecidas de modo que o novo e o diferente, frequentemente, gera insegurança e conflitos. É de se esperar que em um contexto de incertezas, de isolamento, de medo e imprevisibilidade mundial as pessoas compartilhassem de sentimentos negativos e desejo de normalidade. Nesse sentido, estar se sentindo anormal deveria ser normal nesse cenário, afinal quem poderia manter-se equilibrado em todos os momentos em um contexto como esse?

A saudade da rotina anterior foi causada pelo fato da rapidez e imposições que o cenário pandêmico trouxe consigo, todas as pessoas foram afetadas, mesmo que em pequena ou grande escala. A falta de informação, descrença, cegueira partidária política, contexto educacional e cultura tornaram-se elementos que potencializaram o medo, a insegurança e o desenho de um cenário caótico e marcado por perdas físicas e simbólicas, afinal todos nós perdemos,

por um período, a liberdade de sair de casa, de abraçar as pessoas, de se aglomerar de forma segura e de se socializar.

De acordo com Santos et al. (2021), a saúde mental envolve, sobretudo, uma percepção de diferentes contextos, compreendendo que pessoas em isolamento social também estão suscetíveis a algum tipo de sofrimento mental e intensas reações emocionais e comportamentais. Nesse sentido, o panorama é complexo e necessita de atenção e análise cuidadosa.

Essa nova configuração social e rearranjo relacional evidenciou a necessidade de cuidados, nunca passou-se tanto tempo tendo que conviver com as próprias emoções e com os familiares como nesse período. Esse cenário a gente teve que aprender a olhar e se voltar para questões importantes com atenção, cuidado e sensibilidade. Durante as exposições dos poemas e diálogos, alguns trouxeram que vivenciavam sentimentos ambíguos em relação a experiência do autoconhecimento, pois se por um lado puderam se conhecer melhor e aprender, inclusive, informações novas sobre si mesmos, por outro sentem-se fragilizados e esgotados emocionalmente, visto que percebiam lacunas e faltas muito significativas que, por vezes, tornavam-se gatilhos emocionais.

Essas falas foram interessantes porque denotaram, pelo menos, seis dimensões:

1. A dificuldade que às vezes é encontrada em estabelecermos uma relação de proximidade e intimidade com nós mesmos, fazendo com que quando nos deparamos com situações que exigem esse contato ocorre sofrimento;
2. A ideia de que autoconhecimento significa apenas entrar em contato com aquilo que nos faz bem, ou seja, tudo que seja negativo e nos mostre aspectos indesejado nossos, seja devido a uma construção social, bloqueio e dificuldade, etc, é repellido e não visto, normalmente como parte do processo do autoconhecimento e da construção de estratégias de cuidado;
3. A falta de entendimento que a saúde mental faz parte da saúde como um todo e, por isso precisa de atenção

e cuidado. Não são apenas pessoas com psicopatologias que precisam se cuidar, ser assistidas e ser capaz de promover saúde, mas todas as pessoas.

4. O diagnóstico – ou a falta dele, a percepção tida é que muitas pessoas começam a se mobilizar quando já estão exaustos, quando são (auto) diagnosticadas e se veem em um estado de fragilidade, sofrimento e desequilíbrio;
5. Na maioria das falas, pode-se perceber que muitas dos sentimentos trazidos, como a ansiedade, medo, insegurança, etc. já faziam parte da vida deles, o contexto pandêmico apenas intensificou esses sentimentos e evidenciou essas desorganizações;
6. O medo desenfreado de desenvolver e/ou potencializar psicopatologias, traz reflexões sobre as estigmatização e preconceitos que pessoas com esse diagnóstico sofrem.

Claro que todos queremos ser saudáveis, mas por que a ideia de ter uma psicopatologia é tão desorganizadora a ponto de causar sofrimento? Será que o problema é possuir uma psicopatologia ou ter um diagnóstico e todas as desinformações que o cercam? Indo mais afundo na questão, o que torna um problema um problema: a existência de algo que incomoda ou o modo como me relaciono com o que me incomoda?

Esses questionamentos me fazem pensar também sobre as construções relacionadas à loucura que são feitas, usando-a com frequência como meio de propagar preconceitos, anulações e associações precipitadas. A loucura é, por vezes, menos adoecedora do que a sanidade, a anormalidade é sem sombra de dúvidas menos adoecedora do que a normalidade. Ainda assim, a constatação de que não temos controle de tudo e, muito provavelmente, de quase nada, é insuportável e fonte de grandes resistências, fazendo com que a ideia de controle, de sanidade e de normalidade sejam mais suportáveis de se lidar.

Amarante (2007), em sua obra intitulada *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, alerta para um problema científico sério e grave, as

lacunas que o dualismo e o reducionismo geram não apenas na área da saúde mental, mas em toda uma construção de saúde e normalidade. De acordo com o autor,

[...] saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. (p. 19). Nesse sentido, posso-lhes perguntar: o louco é aquele que resiste ao sistema defendendo suas diferenças ou aquele que se rende ao sistema e tenta ser igual a maioria? Afinal, o que é loucura? Como disse Raul Seixas<sup>13</sup> “A arte de ser louco é jamais cometer a loucura de ser um sujeito normal”.

#### Oficinas-Ateliê VIII: O Que Foi e o que Fica

Esse momento foi destinado a partilha das experiências vivenciadas pelo grupo durante as oficinas, no encontro anterior foi solicitado para que cada um no decorrer da semana produzisse um desenho e/ou pintura que tivesse relação com os diálogos e reflexões que havia sido travado nas oficinas, tendo como tema o que foi percebido de mudanças e o que fica como ponto a continuar sendo trabalhado, quais sentimentos ficam sobre essas experiências e perspectivas futuras. Inspirados na proposta, o grupo sugeriu que essas produções falassem também das suas perspectivas futuras e pudesse retratar lugares e situações vivenciadas que sentiam falta. Então, foi combinado de deixar livre as associações que cada um faria no processo de criação e, assim, foi feito.

Para Souza, Dugnani e Reis (2018), a arte atua como esse núcleo organizador das relações que são construídas e mantidas nos espaços, ela favorece as ressignificações das pessoas sobre seu papel nas diferentes interações que tomam. Além disso, possibilita interações, fortalecimento de vínculos, por meio da expressão artística e sensível. Desenvolver estratégias de cuidado em grupo, através da arte, é um modo de desenvolver o cuidado afetivo, empático e atento.

---

<sup>13</sup> Reflexão de Raul Seixas, inspirada em sua música Maluco Beleza

Josso (2017), ao falar sobre os processos formativos a partir de narrativas diz que a história de vida é uma mediação entre o conhecimento de si e sua existencialidade, oportunizando reflexões em diferentes expressões e representações de si, que estão em dinâmica e orientam a sua formação. Dessa forma, as oficinas-ateliê tornam canais de experimentações e promoção da saúde.

Durante as oficinas, por vezes o grupo compartilhava estratégias de (auto) cuidado que adotavam em situações que os faziam entrar em estado de alerta em relação a sua saúde emocional, essa troca gerava um sentimento de acolhimento coletivo que pode ser compreendido como o estabelecimento de rede de apoio. Eles foram durante as oficinas agentes de mudanças e promoção da saúde. A partir das contribuições – fortalecimento de vínculos, troca de estratégias de cuidado, escuta empática, acolhimento, desenvolvimento de autonomia, etc. – das oficinas-ateliê foi possível pensar em intervenções e práticas de (auto) cuidado e promoção da saúde mental mais humanizadas e sensíveis a realidade.

Como pessoa, profissional e coletividade pude perceber a importância dessas atividades na minha formação em diferentes dimensões. Poder trabalhar processos subjetivos em um contexto que gerou diversos sofrimentos, a partir de ferramentas criativas e artísticas foi particularmente emocionante e reflexivo. Durante as trocas fui tomada por sentimentos de pertencimento e de inquietações.

Segundo Santos (2021, p. 32),

[...] todos os meios de representações, sejam esses a escrita, a pintura, a fotografia, o desenho, a música, o artesanato, dentre outros, devem traduzir seu objeto de dimensões espaciais e temporais. Desse modo, as narrativas trazem consigo não apenas o conteúdo e a carga afetiva, mas, informações a respeito da sequência temporal com um começo, meio e fim.

A apresentação das pinturas gerou um momento catártico de choro, o fato de ser a última oficina-ateliê trouxe uma série de sentimentos melancólicos de saudade e de satisfação por termos feito parte dessa experiência ímpar. Cada um trouxe o desejo de dias

melhores, de saúde para todos e de adoção de hábitos saudáveis e sensíveis, alguns participantes relataram que iriam continuar se aventurando na arte, uma vez que sentiram-se mais relaxados e conectados com o presente quando estavam no processo de elaboração das atividades.

**Figura 1:** A praia



Fonte: Acervo pessoal

Durante o isolamento senti muita falta de poder ir à praia, sentir as ondas do mar nos meus pés e desfrutar da paz que sinto quando estou nela. Então, compartilhei com eles essa memória e desejo. Cada um relatou melhoras em algum aspecto das demandas que trouxeram no início e o desejo de continuar atentos e se cuidando. O que ficou foi, principalmente a certeza de que é fundamental o cuidado da saúde mental e a importância do estabelecimento de estratégias criativas e coletivas de promoção da saúde.

## 10.4. Conclusão

Nesse percurso e caminhada constante, fomos facilitadores e propositores, de forma colaborativa e, fomos estimulados em nossas ações a experimentar de modo sensível possibilidades criativas de (auto) cuidado. É necessário pensar novas estratégias interventivas e manejo da subjetividade, novos espaços, novos saberes, sentidos e traçar novos caminhos. Pensar, elaborar, articular coletivamente propostas de experimentações fez com que o grupo à medida que foi estabelecendo vínculos, confiança e se reconhecendo enquanto grupo e individualidade, também foi encontrando barreiras físicas, espaciais e subjetivas, fazendo com que juntos fosse pensados possibilidades de enfrentamentos.

É desafiador trabalhar com grupo e, particularmente, é ainda mais desafiante fazer isso através de experimentações artísticas, principalmente quando este não tinha familiaridade com essas propostas e, tudo que traziam de experiência eram as aulas de arte na escola. Mas, foi também por meio dessa realidade que foi possível compreender que é possível sim pensar e propor estratégias de (auto) cuidado e promoção da saúde, através de oficinas-ateliê tanto em ambientes virtuais, quanto presenciais.

Antes costumava ficar inquieta pensando como poderia utilizar essa estratégia de forma virtual, tinha receio que a emersão na experiência fosse prejudicada, afinal o virtual não substitui a experiência presencial. E, de fato, não substitui. E não precisa substituir. Entretanto estávamos inseridos em uma realidade que exigia alternativas e, depois dessa vivência, constatou-se que as oficinas-ateliê são possibilidades de cuidado, de promoção a saúde mental. É óbvio que cada contexto exige do facilitador e do grupo adaptações, mas isso também ocorre nas modalidades presenciais.

Nesse sentido, acredita-se que os objetivos foram alcançados e que a articulação entre arte e oficinas são estratégias que trazem muitos benefícios a saúde mental das pessoas e são estratégias eficazes, criativas, sensíveis e humanizadoras. Salienta-se que é preciso outros estudos sobre o tema, que o propósito não é esgotar o assunto, mas que outras pesquisas e experimentações em oficinas-ateliê possam ser feitas. Apesar de ter sido uma experiência muito

interessante, todas as atividades foram realizadas virtualmente, acredita-se que a elaboração de oficinas presencialmente traz novas perspectivas e imersões, além disso, acessibilizar essas propostas de cuidado a um público maior e, também, mais vulnerável.

## 10.5. Referências

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 123 p.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323 p. Disponível em: [file:///C:/Users/PC/Desktop/AN%C3%81LISE%20FINAL/Geertz\\_Clifford\\_A\\_interpretacao\\_das\\_culturas.pdf](file:///C:/Users/PC/Desktop/AN%C3%81LISE%20FINAL/Geertz_Clifford_A_interpretacao_das_culturas.pdf). Acessado em: 10. Ago. 2021.

*Governo Bolsonaro destrói Política Nacional de Saúde Mental*. APUBHUFMG+ Sindicato dos Professores, Belo Horizonte, 10 de dez, 2020. Disponível em: <https://apubh.org.br/noticias/governo-bolsonaro-destrui-politica-nacional-de-saude-mental/>. Acessado em: 10.08. 2021.

JOSSO, M. C. *A transformação de si a partir da narração de histórias de vida*. Educação, Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 413-438, set./dez. 2017. Disponível em: [https://wp.ufpel.edu.br/gepiem/files/2008/09/a\\_tranfor2.pdf](https://wp.ufpel.edu.br/gepiem/files/2008/09/a_tranfor2.pdf). Acesso em: 25. 08. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização – PNH*. 1 ed. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acessado em: 12.08. 2021.

SALOMÃO, Pedro. *Eu tenho sérios poemas mentais*. São Paulo: Planeta, 2018. 192 p.

SANTOS, Iraneide Nascimento dos; SILVA, Bruno Vinicius Pereira da; CARLOMANHO, Aline Murari Ferraz; MORAIS, Cristiane Silva; PERNAMBUCO, Marília Lopes. Isolamento social e seus impactos na saúde mental: Uma revisão. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, e22110817206, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/17206-Article-220001-1-10-20210711.pdf>. Acessado em: 12.09.2021.

SANTOS, Jamila Hunára da Silva. *Educação e Saberes de Tradição: um estudo sobre as Práticas Educativas realizadas por meio da mediação dos Mestres de Cultura do Ceará*. 144 F. Dissertação do Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Educação, Curso de Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado Acadêmico, Fortaleza, 2021. Disponível em: [http://www.uece.br/ppge/wp-content/uploads/sites/29/2021/04/Dissertacao\\_.pdf](http://www.uece.br/ppge/wp-content/uploads/sites/29/2021/04/Dissertacao_.pdf). Acessado em: 16.08.2021.

SILVEIRA, N. da. *Cartas a Spinoza*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2. Ed, 1999.

SOCCOL, Keity Laís Siepmann; SILVEIRA, Andressa da. Impactos do distanciamento social na saúde mental: estratégias para a prevenção do suicídio. *J. Nurs Health*, 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/11/1129471/impactos-do-distanciamento-social-na-saude-mental-estrategias-\\_fXgtTIV.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/11/1129471/impactos-do-distanciamento-social-na-saude-mental-estrategias-_fXgtTIV.pdf). Acessado em: 22.09.2021.

SOUZA, Vera Lúcia Trevisan de; DUGNANI, Lilian Aparecida Cruz; REIS, Elaine de Cássia Gonçalves. Psicologia da Arte: fundamentos e práticas para uma ação transformadora. *Estudos de psicologia*. I Campinas, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/55QML8QcV9DwJF8JfgJJ-pfh/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 18.09.2021.

VIGOTSKY, L. S. *A educação estética*. In: Psicologia pedagógica. Artmed, Porto Alegre: 2003.

## CAPÍTULO 11. O Ser e não a Doença, eis o Foco do Cuidado

*Karla Maria Carneiro Rolim*

*Mirna Albuquerque Frota*

*Natércia Maria Moura Bruno*

*Steferson Dias Sampaio*

*Ana Patrícia Alves da Silva*

*Christine Marcelle Marie Louise Guesdson Caltero*

*Nádia Louise Cherchem*

### 11.1. Introdução

O lugar social do sujeito dito paciente no século XXI passa a ser significativamente redesenhado, aquele que antes era visto como ser passivo de assistência passa a ser compreendido como protagonista e parte integrante do cuidado. O novo modelo biomédico nos convida a discutir as formas enrijecidas de atenção ao paciente e preconiza a relevância de se pensar em cuidar de doentes por um modelo de completude que enxerga os processos de saúde e adoecimento de forma multifatorial, considerando, para além dos aspectos objetivos da doença, os aspectos subjetivos e, ainda, a biografia desse sujeito.

Com isso, esse novo método clínico afina as arestas da sensibilidade do cuidado priorizando a qualidade assistencial do serviço de saúde e repensando sobre o lugar do paciente. Torna-se necessário, portanto, discutir saúde não apenas pelo prisma da doença, mas, sobretudo, pela visão holística, objetiva e simbólica do processo de adoecimento. Pensar sobre o lugar que esse paciente ocupa é refletir sobre que espaço potencial de cuidados oferecemos a ele (WANDERLEY *et al.*, 2020).

Winnicott (1975) nos apresenta em seu conceito de espaço potencial (1971/1975), que o criar é a potência do existir. Quando se cria, existe-se. Garantir um espaço potencial de cuidado é ofertar a profissionais, pacientes e familiares do serviço de saúde um lugar simbolicamente e objetivamente potente para se desenvolverem, e, sobretudo, assegurar ao paciente o direito de se impostar e ser

compreendido como um sujeito que existe, embora apresente algum tipo de doença.

Como estratégias para uma efetiva ação de cuidado aos pacientes, é necessário um conjunto de ações que implicam desde a estrutura física dos serviços de saúde, até as intervenções humanas, que poderão ser objetivas ou subjetivas, simples ou complexas, capaz de atender as demandas do sujeito/paciente. As arquiteturas dos prédios, por exemplo, podem, simbolicamente, surgir para os protagonistas do adoecer como um objeto de conforto, alívio ou de angústia e sofrimento.

Inserir formas de mobilização para experiências reais e positivas de cuidado nos serviços de saúde especializados em Neonatologia requer uma ampliação da assistência a família, especialmente a mulher/mãe que acaba de dar à luz e nascer junto com o filho.

Na busca de atender a logística das unidades, demandas clínicas dos recém-nascidos (RN) e sua rede de apoio, usuários do serviço, é necessário ampliar as estratégias preconizadas pelo Método Canguru (MC). Ao promover o encontro precoce entre o RN e sua família, há uma garantia no desenvolvimento biopsicossocial, através da promoção do afeto. A humanização descrita nesta maneira de promover o cuidado pode ser comprovada pelos benefícios que causam aos neonatos submetidos ao método.

Entretanto, apesar do tempo e da evolução do processo de cuidar de RN, mesmo com as estratégias do Ministério da Saúde (MS), como por exemplo o MC, difundido no mundo inteiro, o protagonismo das mães/pais acompanhantes ainda não foi contemplado de forma satisfatória. Ainda hoje, é possível observar em diversas instituições, mães/pais acompanhantes, vagando nos corredores, em condições precárias, como pessoas alheias e invisíveis ao contexto do serviço.

Destinar espaços a essa população, a família, que teima em permanecer no local, embora sem condições de acolhimento, em especial a mãe, que sofre a angústia de ter o filho e em seguida, logo após o nascimento, vive essa separação. Volver o olhar para esses pais é uma forma de expandir os benefícios comprovados pelo MC

que em sua segunda etapa proporcionam a permanência da mãe em tempo integral junto do filho. Sem a presença dos pais é impossível garantir a formação do vínculo e todos os benefícios que isso traz.

Diante do exposto, compreende-se que é preciso garantir e favorecer a presença dos pais nas instituições, o que implica em ofertar condições básicas para atender as necessidades físicas do ser humano.

## 11.2. Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2018), a pesquisa qualitativa trabalha o universo dos fenômenos humanos, por envolver as crenças, os motivos, as atitudes e os valores como parte da realidade social. A subjetividade representa o sentido. Não houve uma preocupação em quantificar, mas em compreender as relações sociais, por meio da comunicação

O cenário escolhido para esse estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital geral e maternidade de referência do Estado do Ceará, por se tratar de um ambiente especialmente desenvolvido para atender recém-nascidos prematuros (RNPT), submetidos a tratamento especializado. Para tanto, a Unidade era formada por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos e enfermeiros com especialidade em Neonatologia e os demais profissionais, todos capacitados e com vasta experiência na área.

Vale ressaltar que a grande maioria dos profissionais que compunham esse grupo, já participaram da capacitação específica para o cuidado humanizado com o RN no MC, iniciativa do MS em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Esse curso ocorreu na própria instituição e tem por objetivo sensibilizar os profissionais de todas as categorias, que lidam com RNPT, na importância dessa assistência e na forma como ela se desenvolve.

A pesquisadora foi ao encontro da mãe, onde propôs a realização da posição canguru com seu filho. Essa experiência, pele-a-pele, constitui uma prática relevante do método, já que ao promover o

contato precoce, o vínculo mãe-bebê é favorecido. A saber, o contato pele-a-pele não é o mesmo que MC. Compreende-se por MC a forma ou conjunto de técnicas humanizadas para cuidar de RNPT. Dentre as ações que compõem essa assistência, está o contato pele-a-pele que se inicia com o toque e pode evoluir até a posição canguru, quando o bebê é colocado na vertical, entre os seios, em contato direto com a mãe/pai, como o animal canguru (BRASIL, 2017).

A experiência das participantes nas ações de tocar seus filhos e colocá-los na posição canguru ainda na UTIN, favoreceu a obtenção de dados subjetivos significativos, além do desvelar de sentimentos e emoções. Portanto, não objetivou mostrar dados, indicadores ou tendências

Foram excluídas do estudo as mães portadoras de alguma impossibilidade física de realizar o contato pele-a-pele. Assim, o número de participantes foi constituído por 15 mães, levando em conta a ocupação dos leitos de UTIN por essa clientela específica, ou seja, os RNPT e conseqüentemente a efetiva presença das mães nessa Unidade. Ao considerarmos o elevado número da taxa de ocupação nos leitos de UTIN, que geralmente ultrapassam as vagas, no caso os 20 leitos destinados aos cuidados intensivos, onde a superlotação foi uma constante, essa característica pôde ser favorável para esse estudo, uma vez que ofereceu as condições necessárias para a obtenção de informações relevantes para esta pesquisa.

A seleção das participantes foi intencional. Conforme os autores Polit e Becker (2019), a amostragem intencional, considera que o pesquisador seja indicado a decidir sobre a população, por se tratar de sujeitos homogêneos ou típicos, e por conhecer as questões estudadas.

Aquelas que aceitaram participar do estudo foram informadas a respeito dos objetivos e etapas da pesquisa. O aceite foi consolidado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para as mães menores de idade.

Seguindo para a coleta de dados a serem analisados a

pesquisadora realizou em primeiro momento uma observação das mães e RN, depois passou para fase de entrevistas e por fim conciliou os dados coletados por esses meios com a literatura, fazendo contrapontos em dados e sentidos.

### 11.3. Neonatologia: da Especialidade a Experiência Real de Cuidado

Entende-se por Neonatologia os cuidados com bebês entre 0 e 28 dias de nascimento. A Neonatologia é uma especialidade que, prevalentemente, existe em ambientes de terapia intensiva devido a incidência de neonatos com necessidades específicas de cuidados (SANTOS *et al.*, 2014).

O cuidado neonatal por muitos anos foi competência da pessoa que realizava o parto, geralmente, uma mulher determinada pelo êxito de sua prática, a qual é resultado de um legado adquirido e transmitido ao longo das gerações.

O obstetra francês Pierre Budin (1846-1907), considerado o pai da Neonatologia, foi o autor da primeira publicação sobre prematuridade datada em 1888, bem como foi o pioneiro no atendimento a lactentes por volta do ano de 1892. Durante o ano de 1907, Budin classificou por peso os RN: “a termo” os que pesavam entre 3.000 e 3.500 gramas e “fracos” os que nasciam com peso entre 1.000 e 2.500 gramas. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os RN em: “baixo peso” os bebês que nascem com peso inferior a 1.500 gramas e “muito baixo peso” os que pesam menos de 1.000 gramas ao nascer (BRASIL, 2017).

Anteriormente, os neonatos que nasciam com peso abaixo de 1.000 gramas, por serem considerados inviáveis, não receberam classificação. Os RN considerados fracos, tinham uma assistência embasada em três princípios determinados por Budin: o controle térmico, pois a hipotermia poderia ser fatal; a nutrição, com base no aleitamento materno auxiliada pelas amas de leite; o isolamento, como forma de prevenir a infecção (BUDIN, 1905). Ao longo do tempo, o avanço tecnológico vem favorecendo essa população de RN, especialmente os que eram considerados inviáveis, contudo,

permanecem atuais os conhecimentos adquiridos empiricamente naquela época (SANTOS *et al.*, 2014).

Os cuidados neonatais têm como primazia garantir que o RN e seus tutores consigam experienciar uma realidade de cuidado que transcenda o cuidado assistencial e medicamentoso, estando atentos para os aspectos subjetivos inerentes ao ser humano, valorizando a presença da família como forma de nutrir o afeto e atribuir ao RN o *status* de pessoa.

Por mais complexa e dolorosa que seja a história clínica desse RN necessita-se que ele e sua família tenham uma experiência real de cuidado, e, vale salientar, que quando se trata disso, não se fala em processos meramente curativos. Refere-se em benefício em saúde associado a acolhimento da dor de todos que sofrem por consequência do diagnóstico do RN e, sobretudo, a demonstração em atos que o bebê, indivíduo que existe, sujeito biográfico e membro de uma família, está sendo visto antes de seu diagnóstico (ROLIM; MELO; MACHADO; LEITE, 2013).

#### 11.4. Humanizar é Legitimar a Existência de Quem Sofre

Desde o início do século XXI, o termo humanização aparece com frequência na literatura de saúde. Humanizar significa tornar humano. Já humano, significa bondoso, humanitário (MARTINS, 2020). Ancorados nesses termos, estudiosos e profissionais se dedicam a essa temática em prol de um movimento que vislumbra a sensibilização e melhoria do trato humano.

Embora redundante, essa nomenclatura se tornou internacional. O polissêmico termo “humanização” sugere novas propostas, ressignifica a produção de cuidados voltados à saúde da população de maneira geral. Reconhecer a existência desse outro que sofre é algo muito mais difícil do que tratar nosso paciente, pois está muito além de técnicas objetivas de cuidado. Quem adoece nunca adoece sozinho, então cuidar de alguém implica em cuidar de toda a sua história e sua rede de apoio socioafetiva e para isso apenas técnica não é suficiente, é necessária sensibilidade (SILVA *et al.*, 2018).

Existem inúmeros fatores que comprometem a assistência e que corroboram para que a humanização dos serviços de saúde seja algo tão aquém do que deveria ser, como por exemplo: a superlotação, a sobrecarga de trabalho, a insatisfação pessoal em relação aos processos, equipe e/ou locais de exercício das atividades, sucateamento, falta de materiais, dentre outros. Além dessas questões objetivas, precisamos ressaltar que existe o fator subjetivo, talvez o mais relevante neste caso, a sensibilidade do profissional (SILVA *et al.*, 2018).

A falta de sensibilidade e humanização, diz respeito ao cuidado, o qual permeia todas as esferas da humanidade. O cuidado precisa ser realizado sem causar dano, isso requer a integralidade da assistência. Do ponto de vista filosófico o cuidado é apreendido como um modo de ser, logo sem o cuidado não há humano (HEIDEGGER, 2001).

O doente não escolheu o seu lugar, ao contrário dos profissionais, que optaram por esse trabalho. Considerando que os aspectos subjetivos ganham destaque no cuidado, desvelando a indissolubilidade do corpo e da mente, precisamos pensar em estratégias que promovam sensibilidade do profissional e o respeito a singularidade do paciente, caracterizando uma personalização do cuidado e tornando-o, por consequência, humanizado (MOREIRA, 2021).

O MS, desde os anos 2000, discutiu sobre esse tema e regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com a intenção de aprimorar a relação profissional de saúde, usuários e comunidade. Em 2003, com um olhar mais holístico, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), para enfatizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova proposta, ancora-se no conceito de acolhimento, assim, o MS considera o SUS como a maior política de inclusão social do povo brasileiro, definindo-a como “solidária e universal, que acolhe todos os cidadãos” (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma das principais diretrizes da PNH, tem por premissa reconhecer as singularidades do indivíduo, para que haja ações de aproximação, de cumplicidade entre o usuário e o

trabalhador, com ênfase no atendimento de urgência e emergência, pautado nos princípios éticos e políticos. Para tanto, o paciente deve ser percebido com todo o seu contexto social (BRASIL, 2016).

Ao amalgamar humanização e acolhimento constitui-se estratégias amplamente discutidas capazes de superar os modelos tradicionais e arcaicos de gestão em saúde, além de potencializar-se as trocas afetivas e solidárias aliadas a técnica de cuidado de promoção a saúde, que estimulam um modelo assistencial sonhado para a melhoria das práticas em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

### 11.5. A Comunicação como Estratégia de Humanização em Saúde

A relação dialógica suscita a ideia de humanizar através de um canal de comunicação, um processo de troca entre o cuidador e o indivíduo cuidado. Essa relação de comunicação estratégica enaltece o outro, favorece a percepção de suas necessidades específicas como ser único e traz autonomia para ambos. Para que ocorra a comunicação, é preciso apreender as diversas formas de linguagem, além da fala.

Ray Birdwhistell, antropólogo norte-americano, considerado pioneiro na comunicação não verbal, nos anos 70 desenvolveu estudos sobre a cinésica, ou seja, expressões corporais capazes de comunicar. Para o autor, a linguagem se divide em verbal e não verbal. O ato de verbalizar está relacionado ao social, enquanto a linguagem não verbal se refere a demonstração de sentimentos, são fenômenos emocionais, psicológicos (BIRDWHISTELL, 1985).

O processo de enviar e receber mensagens e as interfaces do cuidado de forma holística, pressupõe as inquietações do cotidiano e considera os aspectos biopsicossocial, espiritual e emocional. A comunicação não verbal configura a supremacia do cuidar por ser importante e necessária para as interações subjetivas em todos os aspectos da vida humana.

A comunicação é uma importante ferramenta para a promoção da saúde, visto que favorece a compreensão das necessidades humanas, o que facilita o processo de cuidar. Tornar a comunicação mais

efetiva, compreender outras formas de expressão, especialmente as que exprimem sentimentos, requer da equipe de saúde uma postura acolhedora, capaz de permitir o toque, o contato visual e a escuta atenta. A troca por aproximação em forma de linguagem é essencial para a excelência do cuidar (AGUIAR *et al.*, 2022).

No que concerne ao cuidado a pacientes RN, o processo de comunicação pressupõe conhecimento e habilidade, uma vez que a sua linguagem é própria, sua forma de expressar se dá por sinais, sintomas e gestos. Saber compreender a linguagem do RN requer bem mais que interesse, é preciso dispor de atenção e sensibilidade. Traduzir suas expressões é condição ímpar para o atendimento especializado. Além de interpretar o choro e a mímica corporal, ou seja, a linguagem não verbal, é imprescindível que haja a ampliação da comunicação, com a inclusão dos pais no processo de troca de informações e cuidado (BRASIL, 2017).

A equipe de saúde deve conferir maior importância aos encontros com os pais, buscar eliminar barreiras que, porventura, possam impedir ou dificultar sua aproximação. Investir na comunicação e utilizar o diálogo como ferramenta básica para seu trabalho de cuidar. Esse contato, estabelecido através da comunicação é imprescindível para a construção de vínculos. Essa forma ampliada de cuidar é essencial para que de fato ocorra a humanização (AGUIAR *et al.*, 2022).

Com base nas normas e diretrizes estabelecidas pelo MS, que através do MC vem buscando a melhoria na qualidade da assistência neonatal e tem por premissa o desenvolvimento integral do RN, os pais integram o processo de cura e desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da criança.

Os avanços científicos para a cura e tratamento das diversas doenças que indicam tratamento especializado hospitalar do RN, embora corroborem para a separação do núcleo familiar mãe-bebê-pai, também suscitam a necessidade de reverter esse dano, com a aproximação e participação dos pais na rotina do serviço, com o toque precoce para promover a formação do vínculo e com o aleitamento materno, estratégias do MC para reverter os danos

causados pela separação. Desta maneira subentende-se que os pais, a partir desse novo paradigma do cuidar, deixam de ser visitas ou mero espectadores e passam a fazer parte integrante do trabalho desenvolvido na Unidade Neonatal, logo também demandam atenção e cuidados (BRASIL, 2019).

### 11.6. Método Canguru: Promoção de Saúde e Cuidado Humanizado em Neonatologia

O contato pele-a-pele pode-se dizer, representa um avanço tecnológico e humanístico, pois aumenta a expectativa de sobrevivência dos RNPT de baixo peso, de acordo com Spehar e Seidl (2013). O contato pele-a-pele, no MC, inicia-se com o toque e evolui até a posição canguru, que consiste em posicionar o neonato na posição vertical, pele-a-pele, junto ao peito da mãe ou do pai. É uma proposta que humaniza, já que a mãe, em especial, não se separa do filho. Essa estratégia faz parte do MC, que desde 1979, vem sendo desenvolvido e praticado em mais de 80 países.

Originado na Colômbia, no hospital de Bogotá, em 1974, a experiência dos médicos Martinez e Sanabria, que por ocasião da superlotação vivenciada nessa época, decidiram colocar os RNPT em contato pele-a-pele com suas mães. Essa estratégia emergencial tinha por objetivo minimizar os agravos causados pela falta de leitos, onde dois ou mais RN dividiam o mesmo berço ou incubadora, ocasionando altas taxas de infecção. Essa forma improvisada de cuidar dos neonatos, resultou em solução inesperada, capaz de resolver e controlar dificuldades pontuais do cuidado em Neonatologia. O controle térmico do RNPT, a prevalência do aleitamento materno e a formação do vínculo afetivo, são os três pilares que fundamentam a adoção desta prática.

A posição canguru, como medida para a formação do apego, é utilizada em várias instituições do país e os resultados parecem favoráveis. De acordo com a pesquisa realizada por Spehar e Seidl (2013), as mães ao serem interrogadas sobre a posição canguru, respondem positivamente, com grande satisfação. Elas descrevem o contato pele-a-pele como estratégia facilitadora para o vínculo.

Moura, Guimarães e Luz (2013), demonstram em seus estudos que a pele é o órgão de troca com o outro, logo, o toque consiste em troca, e o contato corporal entre a mãe e o bebê é essencial para a formação do vínculo. Nessa instância, ao considerar a importância do toque e as dificuldades para promovê-lo, percebe-se o quanto é importante sensibilizar-se para tão nobre tarefa, promover o contato pele-a-pele da mãe com o RN.

O MC contribui com a saúde dos prematuros de forma efetiva, pois a assistência hospitalar especializada se estende ao domicílio, garantindo a continuidade da qualidade do cuidado ao prematuro. Com o protagonismo da mãe e com a participação do pai e de outros membros da família, ou seja, a rede social de apoio, ocorre uma adesão ao método e sua proposta. Então, a mãe encontra o apoio necessário para continuar a exercer seu papel de cuidadora e amamentar o RN pelo tempo necessário, fator preponderante para a promoção da saúde do neonato. Por fim, mas não menos importante, o contato pele-a-pele com a mãe resulta no vínculo entre os dois, o que favorece conforto e segurança para o RN, dentre outras vantagens.

O prematuro por ser homeotérmico imperfeito, aquece e esfria com facilidade. Para garantir sua sobrevivência e a integridade do seu desenvolvimento físico e neurológico, o cuidador precisa promover um ambiente térmico ideal, isso só foi possível após a invenção da incubadora em 1880, pelo médico obstetra francês Tarnier. Com a evolução da tecnologia, as incubadoras se modernizaram e cada vez mais favorecem a assistência aos RNPT com inovações que buscam associar o controle térmico a outras necessidades, como a aferição do peso, por exemplo. Apesar dos grandes avanços das indústrias especializadas no cuidado aos neonatos, nenhuma máquina conseguiu superar a eficácia do contato pele-a-pele. O calor do corpo materno é absorvido pelo RN garantindo o equilíbrio térmico, dispensando o uso de equipamentos.

A utilização precoce da posição canguru na UTIN é uma estratégia que garante dentre outros benefícios, o vínculo afetivo. Segurar o RNPT no colo, para a mãe, muitas vezes não é fácil, pois é

muito pequeno e frágil, isso causa ansiedade e medo. Além da mãe, esse medo pode ser um fator atribuído também ao profissional, que por insegurança, prefere deixar o RN na incubadora. Essa proximidade, mãe e filho, pode favorecer a confiança, que passa a existir a partir de uma relação mais frequente com a equipe, isso encoraja a mãe. Também pode promover para ela, a mãe, momentos especiais, como perceber o comportamento do neonato, seus movimentos dentro da incubadora, e até mesmo o toque.

A posição canguru leva, ainda, ao estímulo natural ao aleitamento materno. A mãe, de posse do filho, passa a acreditar na sobrevivência dele, tornando-se confiante e disposta a ajudá-lo nesse momento delicado. Passa a produzir leite de forma espontânea pelo estímulo contínuo decorrente da presença do bebê, que por sua vez, também, aos poucos vai sendo estimulado através dos sentidos, a desenvolver as habilidades necessárias para o ato de mamar.

Compreende-se por MC, todos os procedimentos intervencionais que debelam ou minimizam os danos da prematuridade (BRASIL, 2017). O MC, apresenta-se em três etapas distintas. A primeira etapa, compreende desde a gravidez de risco, até a internação do neonato em Unidade Neonatal; a segunda etapa, é um alojamento conjunto para os prematuros onde as mães são acompanhantes e a terceira etapa, compreende a alta hospitalar. O RN, foco do cuidado, demanda uma assistência ampliada, compreende a mãe como parte desse processo e a equipe de saúde com o importante papel de desenvolver e apoiar todas as três fases, sendo duas delas hospitalares e uma domiciliar.

O MC é uma política pública, integra a rede de cuidados materna e neonatal para a redução da mortalidade no SUS. Denominada de Rede Cegonha, tem por objetivo assistir à população de baixa renda desde a gestação, o parto, o nascimento, até os dois anos de idade. Estado e Município, juntos, garantem uma assistência de qualidade do pré-natal, na atenção básica, até o parto, no hospital, com a vaga garantida, por iniciativa do MS, através da portaria nº1.459, de junho de 2011. A adoção do MC não tem por objetivo economizar recursos técnicos e humanos, mas aprimorar a assistência perinatal (BRASIL, 2017).

O Estado do Ceará é um dos pioneiros no Brasil em utilização do MC. Iniciou em 1995 e esteve presente no Primeiro Encontro Nacional do MC, em 1999, em Recife. O Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) desenvolve com maestria essa metodologia, é referência em gestação de alto risco e conseqüentemente em prematuridade. O resultado pode ser considerado satisfatório, pois mais de 100% dos bebês saem de alta hospitalar mamando exclusivamente no peito e, especialmente, porque a grande maioria dos RNPT continua mamando exclusivamente após a alta hospitalar, até os seis meses de vida ou mais.

Assim, o MC, traz uma proposta de mudança não só na forma de cuidar dos prematuros, com a participação da mãe, mas, sugerindo uma mudança individual de cada integrante da equipe, como uma pactuação dos profissionais com seu próprio modo de cuidar. Busca-se sensibilizar as pessoas para o cuidado com a adoção de boas práticas; repensar as ações individuais e coletivas como forma de melhorar o ambiente, tornando-o favorável para o RN, para a mãe e para os próprios cuidadores; construir um lugar menos agressivo, manter a harmonia nas relações interpessoais. Assim, o profissional, a família, a mãe, a ambiência, e tudo que compõe este cenário, onde encontramos o prematuro, integram esse modelo de assistência diferenciada.

### 11.7. Conclusões

Compreende-se a importância do papel do profissional para a promoção do conforto e segurança das mães, bem como o equilíbrio emocional do bebê, mantendo em harmonia os aspectos subjetivos de ambos.

O MC, faz parte das ações que propiciam melhores condições para o desenvolvimento do bebê. A participação da mãe é imprescindível. Sem ela é impossível a realização das três etapas preconizadas por esse método. Promover o vínculo e o empoderamento materno são práticas que precisam ser efetivadas. Assim, existe a necessidade de sensibilização que aborde os aspectos encontrados neste estudo e que representam inconsistências na assistência

prestada pela equipe de profissionais que atuam nesta área, a Neonatologia.

Acredita-se que a partir do MC houve de fato um avanço no processo de cuidar de recém-nascidos. Porém, o sucesso do Método notoriamente se dá através da participação da família, especialmente a mãe. Embora simples, quando comparado a tecnologia utilizada na UTIN, o MC, é a ferramenta ideal capaz de proporcionar a compreensão da importância do papel de cada profissional que lida diariamente com esses bebês. Concomitante a isso, a presença das mães na UTIN passará também a ser alvo do cuidado. Ancorando os conhecimentos inerentes ao desenvolvimento do RN, a mãe assumirá então, seu papel. O desabrochar de sua maternidade será amparado pelo desempenho do profissional. Assim o cuidado será ampliado e contemplará o desenvolvimento biopsicoafetivo.

Entretanto, pode-se afirmar que nem todos os RN e suas mães/famílias são contemplados pelo modelo assistencial sugerido pelo MC, especialmente a segunda etapa. A separação e o distanciamento do neonato e sua mãe/família logo após o nascimento é uma realidade que pode ser observada em decorrência de inúmeros fatores, dentre eles a falta de condições para a permanência das mães/famílias nas dependências das instituições.

Embora alguns RN e suas mães/famíliares tenham superado de forma satisfatória o processo doloroso da internação através dos benefícios do MC, muitas outras mães/famílias sofrem com a separação dos filhos. Essa realidade é impactante e nos inquieta.

Pretende-se e sugere-se novos estudos capaz de suscitar estratégias para atender de forma humana e sensível a presença das mães/famíliares dos RN internados em UTIN. Garantir a permanência das mães/famíliares, oferecer condições de permanência nas instituições é primordial para a promoção da saúde do neonato. A invisibilidade das mães/famíliares nos corredores das instituições é impactante e agride o que convencionalmente chama-se de humanização.

## 11.8. Referências

- AGUIAR, J.R.V. de; DORNELLES, C.; PRADO, A.R.A.; PRADO, F.M.; BARROS, F.C.L.F. de; ARRIEIRA, R.O. Avaliação das internações dos recém-nascidos em uma UTI Neonatal durante uma pandemia. *Rev. Urug. Enferm*, v. 17, n. 2, p. 1-14, 2022.
- BIRDWHISTELL, R.L. *Kinesics and context: essays on body motion communication*. 4.ed. Philadelphia: UPP (University of Pennsylvania Press), 1985.
- BUDIN, P. *Les Consultations de Nourrissons*. *Annales de Medicine et Chirurgie Infantiles*, 1905.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Método canguru: diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 80 p. : il.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004a. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- HEIDEGGER M. *Ser e tempo*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- MARTINS, M.M.F.P.S.; TRINDADE, L.L.; VANDRESEN, L.; LEITE. M.J.M.G.C.; PEREIRA, C.M.G. *Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses*. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.41, n.e20190294, p.1-10, 2020.
- MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. *Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa*. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, v. 40, n. 40, p. 139-153,2018.
- MOREIRA, M. C. N. *Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde*. *Ciênc. Saúde Colet*, v. 26, n. 8, p. 2934-2934, 2021.
- MOURA, M. M. D. de; GUIMARÃES, M. B. L.; LUZ, M. *Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 17, n. 45, abr/jun 2013.
- OLIVEIRA, C. de; GOMES, C. A.; PEREIRA, A. D. A.; LOMBA, M. de L.

L. de F.; POBLETE, M.; BACKES, D. S. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. *Acta Paul. Enferm*, v. 35, n. eAPE03216, p. 1-8, 2022.

POLIT, D.F; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 9ª ed. Porto alegre: Artmed, 2019.

ROLIM, K. M. C.; MELO, L. M.; MACHADO, M. M. T.; LEITE, A. J. M. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. *Rev. Rene*, v. 14, n. 3, p. 512-20, 2013.

SANTOS, N. D. dos; THIENGO, M. A.; MORAES, J. R. M. M. de; PACHECO, S. T. A.; SILVA, L. F. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto do cuidado hospitalar. *Rev enfermagem UERJ*, v. 22, n. 1, p. 65-70, 2014.

SILVA, A.T. et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018.

SPEHAR, M. C; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele-a-pele, amamentação e autoeficácia. *Rev. Psicol. estud.*, Maringá, v. 18, n. 4, out/dez, 2013.

WANDERLEY, V. de S.; ARAÚJO, K. F. G. de; SANTOS, M. M. de M.; MAROJA, J. L. S.; SOUSA MUÑOZ, R. L. de. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 41, n. (2Supl), p. 283–308, 2020.

WINNICOTT, D.W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1975.

## CAPÍTULO 12. Arteterapia no Tratamento não Farmacológico da Dor: uma Revisão Sistemática

Marília Nunes Fernandes  
Mirna Albuquerque Frota  
Maraysa Costa Vieira Cardoso  
Amanda de Oliveira Toledo  
Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele  
Ana Paula Vasconcellos Abdon

### 12.1. Introdução

A dor é considerada uma condição que impacta significativamente a sociedade. Na nova definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP) é caracterizada por ser uma experiência subjetiva e individual com o envolvimento de questões biológicas, psicológicas e sociais, não havendo necessariamente um dano físico evidente (RAJA *et al.*, 2020).

Além disso, é considerada um estado de saúde que pode variar entre aguda e crônica. Na primeira, o quadro algíco tem causa fisiopatológica transitória específica, com uma característica temporal menor e resolutividade da condição. Na crônica a sintomatologia é constante, persistindo por mais de 3 meses e apresentando características mal adaptativas, variando entre condições primárias e secundárias (TREED *et al.*, 2019).

Estima-se que mais de 1,71 bilhões de pessoas sintam dor no mundo, sendo a mais evidente as dores musculoesqueléticas (CI-EZA *et al.*, 2020), além da presença de dor oncológica, orofacial, neuropática e dentre outras (TREED *et al.*, 2019). No Brasil, a prevalência varia entre 23% e 76%, afetando principalmente as mulheres e a faixa etária entre 45 e 65 anos (AGUIAR *et al.*, 2021).

A severidade da dor tem relação com sua duração e os envolvimento dos aspectos psicológicos e sociais, o que resulta em um aumento da percepção da dor, ocasionando mudanças comportamentais e impactando de maneira negativa na qualidade de vida dessas pessoas (SILVA *et al.*, 2021).

Nessa conjuntura, em 2006, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza por ser um conjunto de normativas e diretrizes que visam incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS. Essa política se baseia na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária para o cuidado contínuo, humanizado e integral em saúde. Além disso, tem como objetivo aumentar a resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração entre o modelo convencional de cuidado – de racionalidades – e um olhar e uma atuação mais ampliados, agindo de forma integrada e/ou complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado (BRASIL, 2006).

Dentre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), a arteterapia se caracteriza por utilizar a arte como base do processo terapêutico, empregando técnicas como a pintura, a música, os sons e o desenho, bem como a modelagem, a colagem, a mímica, a tecelagem, a expressão corporal, a escultura, entre outros. A arteterapia foi incluída na PNPIC pela Portaria nº. 849, de 2017 (BRASIL, 2017).

Além disso, pode ser realizada de forma individual ou em grupo, com base no princípio de que o processo criativo é terapêutico e promove qualidade de vida. Com isso, a arteterapia tem sido eficaz, pois estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no pensamento e no relacionamento afetivo. Dessa forma, contribui para a ressignificação dos conflitos, reorganizando e ampliando a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo (BRASIL, 2017). A partir disto, a arteterapia pode ser considerada um método terapêutico a ser inserido na assistência multidisciplinar de pacientes com dor, contemplando a abordagem biopsicossocial (OMOTI; OMOTI, 2007).

Entretanto, segundo Habimorad *et al.* (2020) existem alguns desafios que dificultam a utilização da arteterapia como alternativa terapêutica, como, por exemplo, o fornecimento reduzido de materiais pelo serviço de saúde, poucos investimentos em pesquisas

voltadas para essa área, como também na capacitação de profissionais.

A partir do exposto, uma revisão sistemática da literatura permitirá investigar os efeitos da arteterapia na redução da dor em diversas condições de adoecimento, bem como as principais técnicas aplicadas neste tratamento não farmacológico. Acredita-se também que esse estudo possa contribuir com as evidências dos efeitos de terapias complementares na redução da dor.

Portanto, este estudo teve como objetivo investigar os efeitos da arteterapia no tratamento não farmacológico da dor em adultos, a partir de estudos prévios da literatura.

## 12.2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, delineado a partir do *guideline Preferred Reporting Items for Systematic Review* (PRISMA). Para a realização da revisão foram adotadas etapas propostas por Sousa *et al.* (2017) que foram: (1) elaboração da pergunta da pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) síntese dos dados.

Para formulação da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia do acrônimo PICo, sendo P = população ou problema, I = intervenção e Co = contexto. Desse modo, este estudo buscou investigar “Quais os efeitos da arteterapia no tratamento não farmacológico da dor em adultos?” onde P = adultos, I = arteterapia e Co = dor. Após essa etapa, realizou-se a busca da literatura nos portais/bases de dados PubMed/Medline - *US National Library of Medicine*, Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme e *Scientific Eletronic Library Online* - SciELO, ocorrendo a busca no mês de junho de 2023.

Para isso, utilizou-se os descritores em inglês *art therapy*, *pain e adult* e em português arteterapia, dor e adulto. Todos os descritores foram usados simultaneamente e interligados pelo operador booleano AND. Foram selecionados a partir de consultas nas bases dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH).

Adotaram-se como critérios de elegibilidade: 1) artigos

publicados nos últimos 10 anos (2013 a 2023) devido ao quantitativo reduzido de publicações nesta temática, 2) nos idiomas português, inglês e espanhol e 3) disponíveis na íntegra. Foram excluídas publicações bibliográficas que fossem artigos de revisão, resumos de anais, teses, dissertações e artigos duplicados durante as buscas.

A avaliação da elegibilidade foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, a partir da leitura do título e do resumo dos artigos. Nos casos de dúvida, um terceiro pesquisador realizou a análise. Em seguida, os artigos selecionados foram lidos integralmente para avaliar a aderência com o tema.

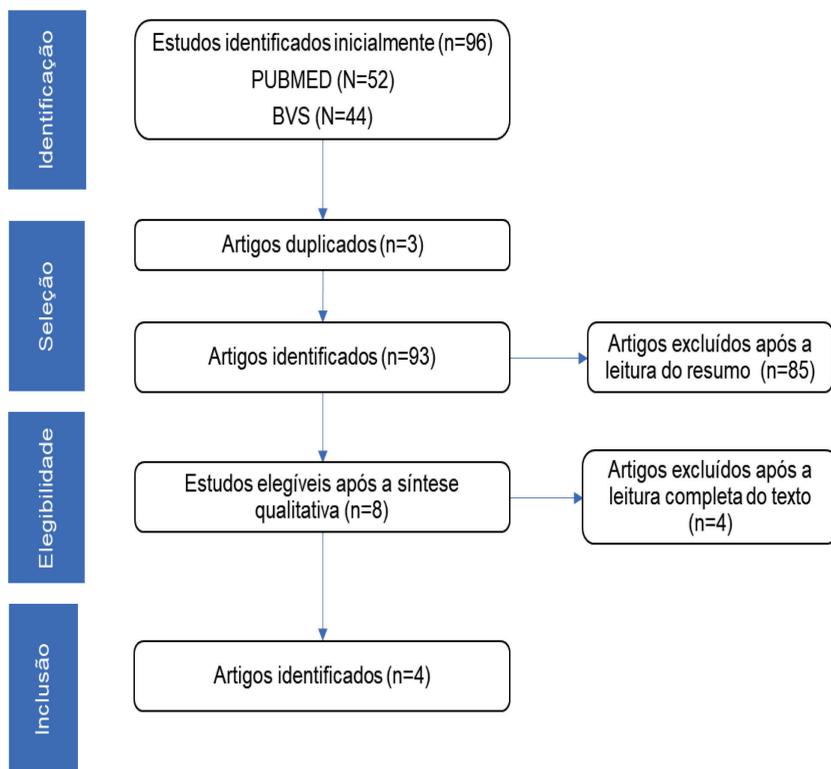
Os artigos selecionados nesta última fase, foram analisados segundo: 1) ano de publicação; 2) país de origem; 3) objetivos do estudo; 4) tamanho e características da população estudada; 5) técnicas/métodos de arteterapia aplicados; e 6) principais resultados obtidos.

### 12.3. Resultados e Discussão

Na busca inicial, foram encontrados 96 artigos. Após leitura de títulos, resumos e aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados 4 artigos. A pesquisa e a seleção dos trabalhos foram descritos por meio de fluxograma (Figura 1).

Após análise dos artigos, verificou-se que dois deles foram realizados na França, nos anos de 2017 e 2018, em pacientes com Alzheimer e dor crônica para analisar os benefícios da música e da pintura na redução da dor (PONGAN *et al.*, 2017; ROUCH *et al.*, 2018). Um estudo realizado no Brasil avaliou os efeitos da música na redução da dor de pacientes com câncer (ARRUDA; GARCIA; GARCIA, 2016) e outro realizado nos EUA demonstrou os benefícios da arteterapia na diminuição da dor oncológica associada a quimioterapia (ELIMIMIAN *et al.*, 2020) (Tabela 1).

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

**Tabela 1.** Análise dos artigos segundo suas características país, objetivo do estudo e população.

<b>Autor/Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População de estudo</b>
Arruda; Garcia; Garcia, 2016.	Brasil	Avaliar o efeito da escuta passiva de música e poesia na variação dos escores de dor, depressão e esperança.	65 pacientes hospitalizados para tratamento de câncer e idade $\geq 18$ anos, divididos em três grupos: música, poesia e controle. Foram excluídos aqueles com comprometimento comportamental e físico que impedissem de realizar a avaliação.
Pongan <i>et al.</i> , 2017	França	Avaliar a eficácia da intervenção musical (IM) na dor crônica em pacientes com Doença de Alzheimer (DA) em estágio de transtorno cognitivo menor ou maior leve.	77 pacientes, idade $\geq 60$ anos, com DA associado ao transtorno cognitivo leve. Além disso, apresentavam dor crônica em estágio moderado ou grave. Foram excluídos pacientes que apresentavam distúrbios cognitivos diferentes da DA.
Rouch <i>et al.</i> , 2018	França	Avaliar o papel potencial dos traços de personalidade na eficácia da intervenção artística para reduzir a dor crônica em uma população de pacientes com DA leve.	50 pacientes, com DA e transtorno cognitivo leve e dor crônica em estágio moderado ou grave.
Elimimian <i>et al.</i> , 2020.	EUA	Demonstrar a eficácia clínica da arteterapia na diminuição da emoção de um diagnóstico de câncer, conforme capturado por uma escala visual analógica (VAS) para sofrimento emocional, depressão, ansiedade e dor.	55 participantes, idade $\geq 18$ anos, diagnóstico de câncer, qualquer estágio da doença e em tratamento de quimioterapia.

Fonte: elaborada pelas autoras (2023).

Em relação avaliação para coleta de dados, todos os artigos selecionados avaliaram a dor através de instrumentos validados, sendo unidirecional como a escala visual analógica (EVA) ou multidimensional como o Breve Inventário da Dor (BPI). Além desses, foram utilizados outros instrumentos que avaliaram aspectos psicossociais, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Esperança Herth (HHS) (ARRUDA; GARCIA; GARCIA, 2016) (Tabela 2).

Na avaliação da dor, a Escala visual analógica (EVA) mensura a intensidade, utilizando uma linha de 10 cm com dois extremos "ausência de dor e dor insuportável". É de fácil aplicação e entendimento para a maioria dos pacientes, que podem expressar a dor de forma quantitativa com precisão. O Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory - BPI*) tem como objetivo avaliar a dor por meio dos seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, trabalho, atividades sociais, humor e sono (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Em relação às intervenções, a música, a pintura e a poesia foram as técnicas de arteterapia investigadas, com a duração do tratamento divergindo entre os estudos selecionados, variando de três a doze atendimentos de aplicação da terapia. A arteterapia foi aplicada por profissionais da saúde e por arteterapeutas em conjunto, com exceção do estudo de Elimimian *et al.* (2020), que apontou somente a presença do arteterapeuta. Além disso, verifica-se que a utilização de técnicas, como a intervenção musical e a poesia, contribuiu para a melhoria do quadro de dor apresentado pelos pacientes estudados (Tabela 2).

O uso de terapias holísticas e integrativas para o controle da dor tem se expandido tanto em utilidade quanto em popularidade. A arteterapia, em particular, é uma terapia mente-corpo que recentemente recebeu atenção como uma forma de aliviar a dor, incluindo a do câncer (MONTI; SUFIAN; PETERSON, 2008).

A arte pode melhorar a qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, proporcionar bem-estar em pacientes com dor. O

fazer artístico também pode afetar diretamente a qualidade de vida por meio da reflexão interna e da expressão de preocupações psicológicas, sociais, emocionais e espirituais manifestadas no processo de fazer arte e na criação artística (KIM; LORING; KWEKKEBOOM, 2018). Segundo estudos realizados por Blood e Zatorre (2001), a intervenção musical ativa diferentes regiões do cérebro, modulando o sistema dopaminérgico e, com isso, reduzindo os níveis de dor.

**Tabela 2.** Análise dos artigos segundo avaliação, intervenção de arteterapia e os principais resultados.

Autor/Ano	Avaliação	Técnicas/ Métodos	Principais resultados
Arruda; Garcia; Garcia, 2016.	Quatro instrumentos foram aplicados antes e após as intervenções: 1) questionário sociodemográfico, 2) EVA, 3) Inventário de Depressão de Beck (BDI), e 4) Escala de Esperança Herth (HHS).	Três grupos foram formados, sendo o de musicoterapia instrumental, de poesia gravada e o grupo controle. As terapias foram aplicadas durante três dias, pela equipe de enfermagem.	A música e a poesia promoveram redução da dor quando comparadas ao grupo controle. A música promoveu melhora da dor e da depressão, enquanto a poesia promoveu melhora da dor, depressão e esperança quando comparado final de três dias.
Pongan <i>et al.</i> , 2017	Cinco instrumentos foram utilizados 1) Escala de Avaliação Numérica, 2) Escala Visual Simples; 3) Inventário Breve de Dor (BPI); 4) <i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI); e 5) Escala de Autoestima de Rosenberg	Os participantes foram divididos em dois grupos: 1) musicoterapia com o coral ( <i>singing intervention - SI</i> ) e 2) pintura ( <i>painting interventions</i> ), ambos conduzidos por psicólogos. A terapia foi conduzida durante três meses, com 12 sessões de duas horas de duração.	As técnicas de arteterapia, música e pintura, propiciaram diminuição significativa da dor ao longo do tempo. No entanto, não houve diferença significativa entre as técnicas ao final dos três meses.
Rouch <i>et al.</i> , 2018	Os instrumentos utilizados foram: 1) Big Five Inventory; 2) Escala Numérica Visual;	Doze sessões de SI e PI foram realizadas semanalmente com duração de 2h por três meses.	Os resultados revelaram uma redução da dor crônica após três meses de intervenções de música e pintura.

Autor/Ano	Avaliação	Técnicas/ Métodos	Principais resultados
Elimimian et al., 2020.	3) Escala Visual Simples; e 4) Inventário Breve de Dor (BPI), antes e após as sessões. Foram utilizados 1) questionário sociodemográfico e 2) Escala Analógica Visual (EVA) para avaliar a dor, depressão, ansiedade e sofrimento. A EVA foi aplicada antes da terapia, imediatamente após e com 48h-72h após o término da sessão.	As terapias foram conduzidas por psicólogos e professora de pintura.  Uma única sessão de arteterapia foi realizada com duração de 1h. Os participantes poderiam utilizar de vários tipos de arte-terapia: pintura, desenho, argila e etc.	A arteterapia melhorou efetivamente os níveis de dor, ansiedade, depressão e sofrimento. Os benefícios foram vistos imediatamente após a sessão de arteterapia e persistiu para dor e depressão por 48-72h depois.

Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

Os mecanismos pelos quais a música reduz a dor foram identificados. Um deles é o relaxamento, que ocorre pelo deslocamento do foco de atenção e pela produção mental de imagens positivas. Além disso, a música estimula os lobos temporais, promovendo conexões cerebrais criativas que estão associadas ao sistema límbico; estimulando, assim, a produção de endorfinas (ARRUDA; GARCIA; GARCIA, 2016).

Para Omoti e Omoti (2007), a arteterapia atua como terapia não farmacológica adjuvante, evidenciando bons resultados no alívio da dor, reduzindo tanto o uso como a dosagem de opioides. É notório que o fazer artístico enfoca a relação entre a mente, o corpo e o espírito por meio do reconhecimento de que a experiência de dor do paciente é influenciada pelo dano físico, bem como pela interação da dor física com a cognição (KIM; LORING; KWEEKKEBOOM, 2018).

Conforme Kim, Loring e Kwekkeboom (2018), a arte,

aplicada ao controle álgico, fornece um método para auto-reflexão e expressão do físico (sensorial), mental, dimensões emocionais (angústia) e espirituais (sofrimento) da dor. Além disso, a produção de arte permite a incorporação de fatores influentes do ambiente, das relações sociais e culturais do paciente. Como expressão individual, a atividade artística enfatiza as preferências do enfermo. Portanto, a arte é uma abordagem holística e integrativa que pode ser usada em conjunto com a medicação para a dor como uma estratégia de gerenciamento centrada no paciente.

Além disso, a pintura também se configura como um método eficaz no tratamento da dor. Conforme pesquisa realizada por Ponggan et al. (2017), o uso da pintura e do canto como medidas não farmacológicas proporcionou uma redução significativa dos níveis de dor ao longo do tempo.

O estudo de Elimimian et al. (2020) com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico demonstrou os benefícios da aplicação de práticas padronizadas de arteterapia, como pintura, desenho, trabalhos em argila e construção de colagem, na redução da dor e melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Além disso, foi verificado que a arteterapia melhorou efetivamente o humor e a ansiedade. Os benefícios foram observados imediatamente após a sessão de arteterapia e persistiu para dor e depressão pelo menos 48-72 horas depois. As descobertas também sugeriram que a arteterapia provavelmente será benéfica quando administrada repetida e frequentemente, já que o favorecimento foi evidente para todas as medidas imediatamente após os atendimentos.

De forma similar as evidências desta revisão, Collete et al. (2021) avaliou os benefícios da intervenção de arteterapia na diminuição da intensidade da dor em pacientes oncológicos adultos internados em cuidados paliativos e indiretamente em seus familiares, antes e depois da primeira, terceira e quinta sessões de arteterapia. Foi observado uma redução significativa na dor, bem como um aumento significativo no bem-estar em cada um dos momentos avaliados. A maioria dos pacientes afirmaram que a arteterapia foi útil, assim como todos os seus parentes (COLLETTE et al., 2021).

Para pacientes com Doença de Alzheimer, a utilização da

arteterapia tem sido também descrita, mostrando melhora do quadro clínico. O estudo de Rouch et al. (2018) buscou avaliar o efeito dos traços de personalidade associado a intervenção terapêutica com música e pintura para redução da dor crônica em pacientes com doença de Alzheimer. Os resultados revelaram que um alto nível de neuroticismo foi significativamente associado a uma melhora mais fraca da dor, independente de sintomas de ansiedade e depressão.

O alto neuroticismo é caracterizado por estratégias de enfrentamento disfuncionais o que pode alterar a implicação dos pacientes nas atividades artísticas e diminuir as habilidades dos indivíduos dentro do grupo de pacientes. Em conclusão, a eficiência diferencial da arteterapia de acordo com a personalidade apresentada no estudo destacou a necessidade de adequar a terapia não farmacológica ao perfil dos indivíduos (ROUCH *et al.*, 2018).

Embora haja poucos estudos relacionando arteterapia e dor, é evidente que, de modo geral, as técnicas utilizadas pelos especialistas acarretam melhorias nas variáveis estudadas, como dor, ansiedade, depressão e sofrimento, comprovando a eficácia dos métodos.

Uma limitação deste estudo é a falta de definição específica quanto ao tipo de patologia subjacente e à condição temporal da dor experimentada pelos participantes. Embora a dor crônica tenha sido avaliada, a ausência de informações descritas sobre a causa da dor e sua duração pode limitar a generalização dos resultados para com diferentes tipos de patologias e diferentes efeitos da dor.

A falta dessa caracterização mais precisa afetar a compreensão completa dos efeitos das intervenções de arteterapia, uma vez que diferentes condições de dor podem responder de maneira distinta a essas técnicas. Portanto, é importante considerar essas restrições ao interpretar os resultados do estudo.

#### 12.4. Conclusões

O presente estudo revelou que a arteterapia contribui significativamente na melhora da dor em adultos e propõe uma ferramenta terapêutica não farmacológica holística e centrada no paciente, sendo observados benefícios com sua contribuição. Intervenções psicossociais, incluindo arteterapia, são necessárias para

melhorar o bem-estar dos pacientes, colaborando para a promoção da saúde.

A tendência literária observada, indica uma diminuição nos níveis de dor autorrelatados através da participação de sessões variadas de arteterapia, sendo encorajador enfatizar a necessidade de pesquisas futuras acerca de sua contribuição, devido ao baixo quantitativo de artigos sobre essa abordagem, disponíveis na literatura até o momento.

Considerando que a expressão artística é de alcance global, essa abordagem terapêutica também pode auxiliar na superação das barreiras linguísticas existentes entre os pacientes e a equipe assistencial, facilitando a recuperação da saúde mental e física do indivíduo.

## 12.5. Referências

AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *Brazilian Journal of Pain*, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 257-267, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxPJnwmkKyBvjzDC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ARRUDA, M. A. L. B.; GARCIA, M. A.; GARCIA, J. B. S. Evaluation of the Effects of Music and Poetry in Oncologic Pain Relief: a randomized clinical trial. *Journal of Palliative Medicine*, [s. l.], v. 19, n. 9, p. 943-948, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0528>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27529806/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

BLOOD, A. J.; ZATORRE, R. J. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, [s. l.], v. 98, n. 20, p. 11818-11823, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.191355898>. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.191355898>. Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. *Portaria nº 849, de 27 de março de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. *Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm>. Acesso em: 13 jun. 2023.

CIEZA, A. *et al.* Global estimates of the need for rehabilitation based on the

Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, [s. l.], v. 396, n. 10267, p. 2006–2017, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32340-0/fulltext). Acesso em: 11 jun. 2023.

COLLETTE, N. *et al.* Art Therapy in a Palliative Care Unit: Symptom Relief and Perceived Helpfulness in Patients and Their Relatives. *Journal of Pain and Symptom Management*, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 103–111, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.027>. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420306394?casa\\_token=r1TO8KyJhr8AAAAA:jcfvRBQJqVdx8fdReg\\_svsKDousDYNafGULRS-PMdmK4-iddzQYrCvcTJGgyXy2ZEISI7p\\_ymu4](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420306394?casa_token=r1TO8KyJhr8AAAAA:jcfvRBQJqVdx8fdReg_svsKDousDYNafGULRS-PMdmK4-iddzQYrCvcTJGgyXy2ZEISI7p_ymu4). Acesso em: 15 jun. 2023.

ELIMIMIAN, E. B. *et al.* A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy. *BMC Cancer*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 01-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07643-1>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-020-07643-1#author-information>. Acesso em: 07 jun. 2023.

GARZA-VILLARREAL, E. A. *et al.* Music reduces pain and increases functional mobility in fibromyalgia. *Front Psychological*, [s.l.], v. 5, p. 1-10, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00090>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3920463/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

HABIMORAD, P. H. L. *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-404, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxFS5LqsFhpbVP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

KIM, K. S.; LORING, S.; KWEKKEBOOM, K. Use of Art-Making Intervention for Pain and Quality of Life Among Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 341–353, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010117726633>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28836473/>. Acesso em: 05 jun. 2023.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI D. C.; MARQUES L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

MONTI, D. A.; SUFIAN, M.; PETERSON, C. Papel potencial das terapias mente-corpo na sobrevivência ao câncer. *Câncer*, [s. l.], v. 112, p. 2607-2616, 2008. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.23443>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18428193/>. Acesso em: 05 jun. 2023.

OMOTI A. E.; OMOTI C. E. Pharmacological strategies for the management of cancer pain in developing countries. *Pharm Pract*, [s. l.], v. 5, n.3, p. 99-104, 2007. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1886-36552007000300001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25247009/>. Acesso em: 05 jun. 2023.

PONGAN, E. *et al.* Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, [s. l.], v. 60, n. 2, p. 663-677, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-170410>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28922159/>. Acesso em: 07 jun. 2023.

RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, [s. l.], v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Disponível em: [https://journals.lww.com/pain/Abstract/2020/09000/The\\_revised\\_International\\_Association\\_for\\_the.6.aspx](https://journals.lww.com/pain/Abstract/2020/09000/The_revised_International_Association_for_the.6.aspx). Acesso em: 07 jun. 2023.

ROUCH, I. *et al.* Personality Modulates the Efficacy of Art Intervention on Chronic Pain in a Population of Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, [s. l.], v. 63, n. 2, p. 617-624, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-170990>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29660937/>. Acesso em: 07 jun. 2023.

SOUSA, L. M. M. de *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 17-26, 2017. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>. Acesso em: 19 jun. 2023.

TREDE, R. D. *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, [s. l.], v. 160, n. 1, p. 19-27, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586067/>. Acesso em: 07 jun. 2023.

## CAPÍTULO 13. Audiodescrição como Recurso de Acessibilidade de Pessoas com Deficiência Visual às Artes

*Charleston Teixeira Palmeira  
Christina César Praça Brasil  
Rachel Cassiano de Sousa  
Tiago José Nunes de Aguiar*

### 13.1. Introdução

A cultura, a saúde e a arte são elementos importantes e presentes no cotidiano das pessoas, sendo vivenciadas diariamente, mesmo que nem sempre se tenha plena consciência dos efeitos positivos quando se associam. Ouvir uma música de roda que faz recordar a infância livre e alegre pode minimizar o sofrimento psíquico, ou mesmo físico, de uma pessoa em situações de adoecimento. Visualizar a bela obra de arte de um artista conterrâneo pode trazer a sensação de intimidade, de partilhar de uma mesma comunidade, remetendo a um bem-estar ou a um estar bem representado. Pessoas com deficiência que adentram o campo da dança, por exemplo, parecem buscar ali uma forma de se expressar por meio da coreografia, tentando passar a mensagem de “eu posso” e de “quero me expor para me constituir como sujeito deficiente”.

Neste capítulo, será abordada uma ação que envolve arte, saúde e cultura, realizada no âmbito do cenário cultural de uma universidade, utilizando como mote a Audiodescrição (doravante AD). Trata-se de uma modalidade de tradução audiovisual acessível, do meio visual para o verbal, aplicada por intermédio de uma locução para que pessoas com deficiência visual, com cegueira ou baixa visão, também denominada visão subnormal (doravante PcDV), ou outras deficiências, possam ter acesso a um conteúdo visual (Araújo, 2017).

A AD traduz em palavras as impressões visuais de um objeto, seja ele uma pintura, um filme, uma peça de teatro, dentre outros. Mota e Romeu Filho (2010) referem que, ao transformar o visual

em verbal, a AD abre mais possibilidades de acesso à cultura e a informação, fato que reflete no avanço da inclusão cultural, social e escolar. Assim, ao permitir maior acesso das PcDVa informação, a AD passa a ser reconhecida como uma atividade que aproxima as pessoas com a cultura e seus equipamentos, tornando-as mais partícipes da sociedade vidente e que ainda necessita compreender a importância da acessibilidade e suas relações com o bem-estar e a saúde.

O Brasil instituiu, em de 6 de julho de 2015, a Lei Nº 13.146, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que considera pessoa com deficiência aquela que,

[...] tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015, art. 2).

A referida lei mostra a associação das deficiências às dificuldades no acesso às vivências em condições iguais na sociedade e refere que as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência são de natureza urbanística, arquitetônica, de locomoção, atitudinal, tecnológica, comunicacional e informacional (Brasil, 2015). Em outras palavras, a lei obriga todos a inserir as pessoas deficientes às rotinas cidadãs, que envolvem acesso à cultura, à arte e à saúde.

O universo que abrange a definição conceitual de cultura é extremamente complexo e diverso, divisor das várias correntes analítico-teóricas e formador de campos epistemológicos e metodológicos próprios (Geertz, 1989). Conceituar cultura colabora para abrir um guarda-chuva de caminhos para se discutir a AD, perpassando pela arte, acessibilidade, expressividade e saúde. Nessa perspectiva, entender que cultura não é sinônimo de educação formal torna a dimensão do tema ainda maior, pois ela está em todos os lugares com a marca da universalidade (Sousa, 2014).

O acesso universal aos serviços e ações de saúde como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de

possibilitar atenção à saúde integral e equânime, independentemente de classe, gênero, origem, etnia (Souza, 2019).

Para Chauí (2008, p. 57), cultura é entendida como:

[...] produção e criação da linguagem, da religião, da sexualidade, dos instrumentos e das formas do trabalho, das formas da habitação, do vestuário e da culinária, das expressões de lazer, da música, da dança, dos sistemas de relações sociais, particularmente os sistemas de parentesco ou a estrutura da família, das relações de poder, da guerra e da paz, da noção de vida e morte. A cultura passa a ser compreendida como o campo no qual os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos, instituem as práticas e os valores, definem para si próprios o possível e o impossível, o sentido da linha do tempo (passado, presente e futuro), as diferenças no interior do espaço (o sentido do próximo e do distante, do grande e do pequeno, do visível e do invisível), os valores como o verdadeiro e o falso, o belo e o feio, o justo e o injusto, instauram a ideia de lei, e, portanto, do permitido e do proibido, determinam o sentido da vida e da morte e das relações entre o sagrado e o profano.

Cultura também pode ser compreendida como um conjunto de elementos que medem e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social (Godoy; Santos, 2014). Trata-se, portanto, de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e as interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (Langdon; Wiik, 2010).

Ao considerar que a cultura é compartilhada por diferentes grupos sociais, entende-se que ela também organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica e regras próprias. Por meio da cultura, os grupos sociais formam e mantêm seus princípios e valores culturais, como é o caso daqueles formados por PcDV, que utilizam das ferramentas da audiodescrição para acessar informações no ramo das artes, por exemplo (Aderaldo; Chaves, 2017).

Para colaborar com o entendimento do conceito de arte, Ferreira (2014, resumo) defende a tese de que:

[...] arte é uma palavra que circunscreve dois conceitos relacionados, porém, distintos. Um é mais restrito, pois trata de arte como obra de arte, circunscrita na história da arte, feita por artistas e na maioria das vezes localizada em instituições artísticas; o outro é mais amplo, pois concebe a arte como o conjunto de atos criadores ou inovadores presentes em qualquer cultura humana.

Neste instante, dar-se-á uma luz à arte como uma manifestação cultural, como forma de pertencimento a uma sociedade que todos devem ter acesso, inclusive, para o desenvolvimento da qualidade de vida e a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas que necessitam de mais acessibilidade.

A urgência de uma articulação intersetorial para a proposição de políticas públicas mais transversais intensifica-se diante da necessidade de oportunizar experiências profícuas, do ponto de vista do encontro com a diferença e do trabalho desenvolvido na interface das artes com a saúde e a cultura, que, geralmente, dependem da sustentação individual e da militância de alguns profissionais (Inforsato *et al.*, 2017).

Langdon e Wiik (2010) em uma análise sobre a saúde e suas relações com a cultura, sustentam a seguinte premissa de que os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências.

No Brasil, a aproximação da saúde com a cultura e a arte, inicia-se na década de 20 do século XX, com a publicação do livro *Namoros com a Medicina* de Mario de Andrade (Andrade, 1939) e, posteriormente, com a montagem de um texto de Antonin Artaud dentro de um hospital psiquiátrico por Nise da Silveira. Nos anos 80, a Reforma Psiquiátrica desempenhou um papel significativo no campo da saúde mental, introduzindo métodos inovadores de cuidado que têm grande impacto nas práticas socioculturais, cujo principal objetivo foi promover a melhoria da vida, por meio de

uma clínica que se concentra no bem-estar geral dos indivíduos. Como resultado, houve uma profunda exploração de formas alternativas de vida e sensibilidades intensificadas, que fomentaram uma relação entre os domínios das artes, da cultura e da saúde mental. Essa sinergia possibilitou a diversidade de experiências culturais, artísticas e recreativas, viabilizadas pela efetiva implementação de políticas intersetoriais (Lima *et al.*, 2015).

Araújo, Câmara e Ximenes (2012) apontam que o percurso antigo da relação entre a arte e a saúde revela que ambas sempre andaram em associação na história da humanidade, uma vez que o ato de “criar” relaciona-se à saúde e esta é essencial para o homem, que, por sua vez, utiliza a criatividade para cuidar de si. Na perspectiva do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), as pessoas são vistas como sujeitos de sua condição de saúde, visto que são impedidos a participar de ações coletivas na busca da promoção da saúde e contribuem com a gestão em saúde, uma vez que constroem instrumentos de mobilização, interação e construção de espaços de educação em saúde, os quais, muitas vezes, contam com elementos de arte e cultura para o desenvolvimento da consciência e da cidadania.

A aproximação entre as artes, a saúde e a cultura fizeram emergir novos saberes em interface. A saúde torna-se vinculada à potencialidade de explorar a criatividade, engajar-se em interações sociais e acessar experiências culturais. Da mesma forma, as expressões artísticas e culturais passaram a ser reconhecidas por sua capacidade de contribuir para o bem-estar e a subjetividade, capazes de redirecionar as formas como os indivíduos vivem, vivenciam a doença e se engajam no autocuidado (Lima *et al.*, 2015).

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou dados sobre o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no Brasil, e demonstrou que 82,7% dos domicílios brasileiros utilizam internet, com as principais finalidades de assistir vídeos, séries, programas e filmes. Dados também revelam que em 96,3% dos domicílios pesquisados havia, no mínimo, um aparelho de televisão. Esse contexto indica o quão são

consumidos os dispositivos de natureza audiovisual no Brasil, o que, por conseguinte, traz à luz a relevância social destes para a difusão de informações e das diversas manifestações culturais da sociedade. Nesta conjuntura, Costa (2014) evidencia que uma parcela considerável da população - pessoas com deficiência visual ou auditiva – estão total ou parcialmente excluídas do mundo audiovisual, ficando à margem dos processos de informação, de comunicação e de socialização.

Com o propósito de realizar uma reflexão sobre a acessibilidade de pessoas com cegueira total, parcial ou com baixa visão ao mundo as artes, este trabalho tem o objetivo de apresentar a produção de AD para três obras de arte, ilustrando suas contribuições para a acessibilidade de PcDV à cultura e a necessidade da ampliação desse tipo de estratégia.

### 13.2. Método

A produção da AD de três obras de uma exposição de arte iniciou-se pelo convite de um centro de produção e propagação artística, aqui denominado de “Espaço Cultural”, localizado em uma Universidade privada no Estado do Ceará. O objetivo era tornar os exemplares acessíveis às PcDV, mediante o uso da AD. A exposição, ficou em cartaz de 22 de março a 31 de julho de 2022, apresentou 131 obras de diferentes artistas e movimentos artísticos, de diversas épocas e técnicas, tendo como público visitante 33.376 pessoas. O equipamento cultural está aberto à visitação pública e conta com exposições permanentes e sazonais.

A motivação para o convite deveu-se a realização de pesquisas científicas nas instalações do Espaço Cultural que sensibilizaram os gestores para a ampliação da diversidade e da acessibilidade nas exposições ofertadas à população, em especial às PcDV, oportunizando a essa população experiências para o aumento do seu repertório sociocultural. Ao incluir a AD em suas obras, o Espaço Cultural entra para um o seletor grupo de equipamentos culturais que demonstram preocupação com a inclusão social.

O trabalho foi desenvolvido de fevereiro a março de 2022,

constituindo-se uma equipe de AD composta por um roteirista, um locutor, um consultor e um fonoaudiólogo, sendo este último o profissional que gerenciou todo o processo. Nessa perspectiva, o roteirista é o responsável pela criação do roteiro, que deve obedecer às regras fundamentais, que envolvem a seleção de uma obra apropriada a ser audiodescrita, a preparação da escrita de acordo a idade da população PcDV alvo e o nível de cegueira, a realização de ensaios da locução, e ajustes técnicos do som (Benecke, 2004). O locutor, por sua vez, é o profissional que realiza a locução (oral) que deve ser ajustada ao roteiro, favorecendo o entendimento das obras e melhor recepção do ouvinte. O consultor deverá ser necessariamente uma PcDV e responsabiliza-se por verificar a adequação da AD da obra para o público-alvo, considerando suas necessidades e preferências. O fonoaudiólogo que atua na equipe de AD tem a função de proporcionar o desenvolvimento da locução mediante a aplicação de técnicas para ampliar a eficácia desta ferramenta de acessibilidade. Palmeira (2021) menciona que o fonoaudiólogo delinea, juntamente com a equipe, o modo como a locução deverá ser conduzida em relação ao uso da qualidade da voz e recursos de expressividade.

Retomando às tratativas, a direção do espaço cultural sugeriu a realização da AD de 03 obras que tiveram seus critérios de escolhas baseados na importância histórica da obra e na diversidade de estilos. A partir dessa definição, foram selecionadas as obras *Mulher de Cabelo Verde* (1915-1916), de Anita Malfatti; *Colhendo Batatas* (1940), de Cândido Portinari; e *Figuras (Seresta)* (década de 1930), de Emiliano Di Cavalcanti.

Após a seleção, os roteiros foram confeccionados, obedecendo critérios técnicos que constam do nome da obra, nome do artista, data de produção, dimensões da obra (altura *versus* comprimento) e a descrição propriamente dita. Segue para ilustrar um dos roteiros elaborados pela equipe de audiodescrição:

O quadro Mulher de cabelo verde foi pintado pela artista plástica modernista Anita Malfatti entre os anos de 1915 e 1916. Possui 61 centímetros de altura por 51 centímetros de largura. É uma pintura em óleo sobre tela e pertence a um colecionador particular. A obra retrata uma senhora idosa de

cabelos verdes, vista de semi-perfil direito, da cintura até a cabeça, que está sentada em uma cadeira vermelho-escura, cujo modelo se assemelha a uma concha, sendo vazada nos braços e encosto. A mulher tem pele rosada e cabelos em diferentes tons claros e escuros de verde, presos num coque. As sobrancelhas também apresentam uma coloração esverdeada. Os olhos são azuis, grandes, arredondados e fundos. O olhar está direcionado para frente, levemente acima do horizonte. Tem nariz adunco, longo e com a ponta curvada para baixo, boca de lábios finos e levemente vermelhos em um leve sorriso. O rosto, de formato hexagonal de base reta, com saliências pontudas, apresenta alguns traços de flacidez, como a pele saliente na região da mandíbula e a papada abaixo do queixo quadrado, o que sugerem uma idade avançada. Entre a orelha direita, que é pontiaguda, e a bochecha, há uma grande mancha avermelhada. Ela usa um roupão grosso de cor azul ciano acinzentado de mangas bufantes. À direita, na gola do roupão que tem um tom mais escuro de azul, há um detalhe vermelho de forma triangular. Sob o roupão, usa uma roupa mais leve de cor verde-claro. As mãos descansam sobre as pernas, de forma que seus braços não tocam nos braços da cadeira, assim como suas costas não tocam no encosto. Ao fundo, há figuras geométricas arredondadas sobrepostas em tons de marrom e de cinza. No canto inferior esquerdo, há a assinatura da artista e as datas 1916-1917.

**Figura** – Obra a Mulher de Cabelo Verde, de Anita Malfatti.



Fonte: Malfatti (1916).

De posse dos roteiros, o fonoaudiólogo traçou o desenho de locução, que consistiu em definir a sonoridade e a expressividade a ser aplicada à locução. Para estas obras e o público a que se destina, optou-se uma locução feita por voz adulta e suave, para denotar maturidade e tranquilidade; tom mediano; volume de baixo a mediano, porém com projeção; e variações na expressividade de fala que favorecessem a interpretação do roteiro.

As locuções das obras foram realizadas em um estúdio de gravação profissional, com captação de áudio por meio de mesa de som digital Mix Digital Yamaha tf1 de 16 canais, acoplada a um computador Dell com monitores de áudio Mackiehs 824. Para as gravações, utilizou-se o *software* Samplitude 13 e o *software* Sound Forge foi empregado para as gravações e para a digitalização e edição dos arquivos, feito por um operador de áudio, que realizou a captação, a digitalização e a edição dos áudios. Durante as gravações, com duração média de duas horas, estavam presentes, além do locutor, o fonoaudiólogo e a consultora, os quais realizaram a direção vocal e a devolutiva da recepção da locução, respectivamente. Ao final, as gravações foram armazenadas, separadamente, em arquivos tipo Mp3, e enviadas para a direção do Espaço Cultural.

### 13.3. Resultados e Discussão

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) realizada em 2022, o IBGE estima que o Brasil tem 18,6 milhões de pessoas com deficiência, considerando a população com idade igual ou superior a dois anos, representando 8,9% de toda a população brasileira. Ainda de acordo com o IBGE, 3,1% da população tem dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato, sendo a deficiência visual a segunda maior deficiência referida, abaixo apenas da dificuldade para andar ou subir degraus, mencionada por 3,4% da população (Brasil, 2007).

Segundo relatório elaborado em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e *The International Agency for the Prevention of Blindness* (IAPB), em termos estatísticos, a cada cinco

segundos uma pessoa se torna cega no mundo. Ainda de acordo com os dados das instituições, 90% dos casos ocorrem nos países emergentes e subdesenvolvidos. Essa situação indica a necessidade de atuar de maneira exclusiva e ampliada para melhorar a acessibilidade e a qualidade de vida das PcDV, nos diversos aspectos da sua vida, incluindo os momentos de lazer e de entretenimento (Araújo, 2017).

Os dados apresentados são uma fonte importante para seguir na trajetória de promoção dos direitos humanos, incluindo o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, educação e lazer, especialmente aquelas que possuem algum tipo de deficiência (Brasil, 2015). Destaca-se que a apropriação de dados estatísticos e qualitativos possibilita a formulação de políticas públicas e a sua devida implementação, no sentido de atender de forma legítima toda a sociedade, respeitando-se as necessidades e peculiaridades.

A experiência em realizar um trabalho pioneiro de AD em um espaço cultural, remete à Aderaldo e Nunes (2016) que tomam como referência o início da AD nas artes plásticas e visuais ao ano de 2009, em que a artista plástica Nadja Costa de Souza desenvolveu uma exposição sensorial dirigida às PcDV.

Passados os anos, percebe-se que muitos espaços culturais ainda não apresentam acessibilidade às PcDV por meio da AD, embora não haja obrigatoriedade por lei desse recurso em museus e espaços museais. Assim, qualquer produto cultural que seja traduzido pela AD deve ser amplamente publicizado, na expectativa de gerar engajamento da população e alcançar, não somente as PcDV, mas os gestores envolvidos na saúde, educação e cultura.

A partir do conceito de acessibilidade dado pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, as formas utilizadas pelos gestores de museus para tornarem acessíveis os espaços e exposições museológicas devem ser as que proveem “possibilidade e condição de alcance para utilização, com autonomia e segurança, dos diversos espaços, mobiliários, [...] inclusive seus sistemas e tecnologias” (Brasil, 2015, art. 3).

Traduzir uma obra de arte para uma PcDV é uma tarefa que

exige competência técnica, visto que se trata de uma disciplina acadêmica dos Estudos da Tradução. Estudos de recepção são realizados por PcDV para avaliar a qualidade desta atividade, em que pesquisas científicas avançam na direção de tornar a AD cada vez mais efetiva em relação a construção de roteiros, a realização de consultorias e, mais recentemente, na melhoria da qualidade da locução para facilitar a acessibilidade dos que precisam (Palmeira, 2021; Carvalho, 2021).

Aderaldo (2013), por sua vez, destaca que um roteiro deve ser desenvolvido a partir da descrição dos elementos que podem ser visualizados pelo roteirista, do tipo de leitura que esses elementos podem desencadear no ouvinte e da composição estrutural da obra. Assim, observa-se o cuidado técnico em produzir uma AD que procure contemplar, em sua máxima essência, detalhes de uma obra de arte, fazendo com que as experiências sensoriais das PcDV sejam registradas e elaboradas para que tenham o melhor acesso às obras. Desta forma, aumenta-se a aproximação do formato acessível a bens culturais da pessoa com deficiência, reduzindo as barreiras de acesso à cultura, como prevê a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência Nº 13.146, de 2015, e contemplando o conceito de saúde da OMS que é definido como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1994).

Araújo (2017) menciona que a experiência estética das pessoas videntes e também das PcDV é construída culturalmente, não sendo intrínseca à obra. Portanto, é atribuição do audiodescritor utilizar na sua descrição elementos da obra que promovam uma experiência estética. Contudo, a promoção de qualidade de vida por meio da arte inclui a participação das pessoas com deficiência em vários grupos sociais, sendo este um meio de desenvolver e exercer a cidadania (Barrozo *et al.*, 2012).

No período da exposição ora apresentada neste capítulo, muitos PcDV, incluindo um grupo de uma instituição que se destina a atenção integral à saúde da pessoa cega, visitaram o espaço cultural, os quais tiveram acesso direto às três obras com audiodescrição e apoio de monitores para a compreensão das outras obras. No entanto, o tempo de permanência diante das obras com AD foi

superior, o que suscitou debates e discussões sobre os temas e autores, o que foi também facilitado pelos monitores do Espaço Cultural e acompanhantes. Relatos dos participantes denotam grande satisfação e a sensação de respeito foi destacada nas falas, uma vez que se sentiram prestigiados e diretamente incluídos no contexto da exposição.

#### 13.4. Considerações Finais

Interligar cultura, saúde e acessibilidade requer amplo conhecimento destes elementos e a capacidade de associá-las, visando a criação de uma teoria, de uma reflexão ou de um produto.

O produto em questão é a AD, que, mediante a inserção de uma locução junto aos produtos audiovisuais colabora para que as PcDV tenham ainda mais acesso a determinadas informações que lhes são provadas pela visão e que podem utilizar deste recurso para ampliar seu universo cultural, melhorar a socialização e a qualidade de vida. Importante destacar que tudo isso impacta positivamente nas questões de saúde e na acessibilidade.

A experiência sobre a inserção da AD em um Espaço Cultural faz refletir sobre a importância da acessibilidade para as PcDV, mas também chama a atenção para a necessidade de realizar não somente a inclusão, mas um acolhimento efetivo e integral.

#### 13.5. Referências

ADERALDO, M. F. *Dom Portinari de la Mancha: acessibilidade visual por meio da audiodescrição: os novos rumos da pesquisa em audiodescrição no Brasil*. Curitiba: CRV, 2013.

ADERALDO, M. F.; CHAVES, E. G. Audiodescrição e acesso à cultura audiovisual para o empoderamento de pessoas com deficiência visual. *Revista da FAEEDBA, educação e contemporaneidade*, Salvador, v. 26, n. 50, p. 119-134, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/4267/2664>. Acesso em: 26 jul. 2023.

ADERALDO, M. F.; NUNES, M. S. A audiodescrição e a acessibilidade visual: breve percurso histórico. In: ADERALDO, M. F. et al. (org.). *Pesquisas teóricas e aplicadas em audiodescrição*. Natal: Edufrn, 2016. cap 1. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22612>. Acesso em: 31 jul. 2023.

ARAÚJO, S. M.; CÂMARA, C. M.; XIMENES, M. Arte e saúde comunitária: contribuições para a compreensão do processo de desinstitucionalização. *Revista Psicologia e Saúde*, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 106-115, 2012.

ARAÚJO, V. L. S. *Audiodescrição: aspectos teóricos e práticos da audiodescrição*. Fortaleza: Eduece, 2017.

BARROZO, A. F.; HARA A. C. P.; VIANNA D. C.; OLIVEIRA, J.; KHOURY L. P.; SILVA P. L.; SAETA B. R. P.; MAZZOTTA, M. J. S. Acessibilidade ao esporte, cultura e lazer para pessoas com deficiência. *CADERNOS DE Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.12, n. 2, p. 16-28, 2012.

BENECKE, B. Audio-description. *Meta*, [s.l.], v. 49, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.erudit.org/revue/meta/2004/v49/n1/009022ar.html>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Brasília: SICORDE, 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category\\_slug=documentos-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 26 jul. 2023.

CARVALHO, W. J. A. Locução na audiodescrição: uma contribuição para a formação de audiodescritores. In: FINARDI, K. R.; ALMEIDA, C. S.; AMORIM, G. B. (org.). *Linguística aplicada na contemporaneidade: temáticas e desafios*. Campinas: Pontes Editores, 2021. p. 135-145.

CHAUÍ, M. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. 2 v.

COSTA, L. M. *Audiodescrição em filmes: história, discussão conceitual e pesquisa de recepção*. 2014. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FERREIRA, D. P. *Investigações acerca do conceito de arte*. 2014. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9RVFC9>. Acesso em: 23 jul. 2023.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GODOY, E. V.; SANTOS, V. de M. Um olhar sobre a cultura. Educação em Revista, [s.l.], v. 30, n. 3, p. 15-41, jul. 2014.

IBGE. Uso de internet, televisão e celular no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>. Acesso em: 26 jul. 2023.

IBGE. Censo brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INFORSATO, E. A.; CASTRO, E. D.; BUELAU, R. M.; VALENT, I. U.; SILVA, C. de M.; LIMA, E. M. F. A. Arte, corpo, saúde e cultura num território de fazer junto. Fractal: revista de Psicologia, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 110-117, ago. 2017.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture Applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, jun. 2010.

LIMA, E. A.; CASTRO, E. D.; BUELAU, R. M.; VALENT, I. U.; INFORSATO, E. A. Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface: comunicação, saúde, educação*, [s.l.], v. 19, n. 55, p. 1019-1022, dez. 2015.

MALFATTI, A. *A mulher de cabelo verde*. 1916. 1 Fotografia de pintura óleo sobre tela. Disponível em: <https://pin.it/5PqhFX8>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MOTTA, L. M. V. M.; ROMEU FILHO, P. (org.). *Audiodescrição: transformando imagens em palavras*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

PALMEIRA, C. T. *Locução na audiodescrição*. Fortaleza: EDUECE, 2017.

PALMEIRA, C. T. *Programa de aperfeiçoamento da locução na audiodescrição de filmes: uma contribuição da Fonoaudiologia para a formação de audiodescritores*. 2021. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=105856>. Acesso em: 26 jul. 2023.

SOUSA, A. M. da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálysis*, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 227-234, jul. 2014.

SOUZA, D. de O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. *Saúde debate*, [s.l.], v. 43, Spe 5, p. 71–81, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Qualitative research for health programmes*. Geneva: WHO, 1994.

## CAPÍTULO 14. Arteterapia, Arte-educação e Reverberações na Qualificação Profissional: Narrativas sobre um Processo de Formação

*Ana Maria Melo de Pinho  
Christina César Praça Brasil  
Michelle Sales Belchior  
Mirna Albuquerque Frota  
Erika Maria Rocha Leite*

### 14.1. Introdução

Desde o início do século XIX, a Arteterapia vem-se afirmando como um campo de conhecimento científico e de prática, construindo-se de forma interdisciplinar, a partir da confluência de vários campos do saber inseridos nas ciências humanas e da saúde que realizaram atravessamentos, sendo estes, principalmente: psiquiatria, arte, psicologia, educação, terapia ocupacional, filosofia, antropologia e sociologia (Amarante, 2000).

No campo da psiquiatria, as produções criativas espontâneas dos pacientes eram estudadas e utilizadas como modalidade terapêutica, de modo que muitos profissionais passaram a teorizar sobre a psicologia da arte, os processos psíquicos criativos e seu valor terapêutico (Valladares; Fussi, 2003; Silveira, 1992).

Em princípio, destacaram-se as referências das teorias freudiana e junguiana sobre a psicologia da arte, nas décadas de 20 e 30, que ofereceram referências importantes para o desenvolvimento científico e profissional, uma vez que aprofundaram sobre as interligações entre arte e psiquiatria (Pain; Jarreau, 1996). Jung (1985), especialmente, passou a trabalhar com o simbolismo das imagens artísticas e da imaginação criativa, considerando-as capazes de acessar dimensões arquetípicas profundas do inconsciente coletivo. No Brasil, o psiquiatra Ulysses Pernambucano, em São Paulo, e Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, em meados do século XX, desenvolveram trabalhos que estimulavam a expressão artística dos pacientes (Silveira, 1992; Amarante, 2000).

Concomitantemente, diversas transformações ocorreram no campo da estética, a partir do surgimento de várias escolas e estilos artísticos que afirmaram uma ampla visão e multiplicidade de concepções sobre a função, a construção e a finalidade da arte, relativizando os valores vigentes da concepção clássica (Valladares; Fussi, 2003). Desse modo, segundo Silveira (1992), foi possível o reconhecimento do valor artístico de produções espontâneas e expressivas, ressaltando, para além da técnica e da habilidade manual, a criatividade, a expressividade e a originalidade das obras.

Com a evolução do tempo, pode-se compreender a Arteterapia como um campo específico, teórico e prático, que utiliza a atividade artística como um valioso procedimento terapêutico em prol da promoção e do tratamento da saúde mental, capaz de promover a ampliação dos recursos de comunicação entre profissionais e pacientes, para além da linguagem verbal, tendo ainda o valor estético como secundário (Pain; Jarreau, 1996).

A Arteterapia possibilita ainda interligar a realidade interna/subjetiva e a realidade externa/objetiva, favorecendo, por meio de uma manifestação simbólica, o acesso às representações inconscientes e facilitando a elaboração verbal das emoções (Philippini, 1998; Pain, 2009; Ciornai, 2004). Ao mesmo tempo, no campo da educação e da cultura, é uma prática que considera a dimensão estética da existência, indispensável para o desenvolvimento humano em sua forma integral (Barbosa, 1991). Lowenfeld e Brittan (1977) ressaltou o valor da arte-educação para a formação integral do indivíduo, destacando os seguintes aspectos: importância da auto-expressão, da auto-identificação, da expressão criadora e desenvolvimento de sensibilidades criadoras.

No Brasil, citam-se várias organizações associativas, dentre elas, a União Brasileira das Associações de Arteterapia (UBAAT), que regula as diversas formações em Arteterapia, de modo que já existem muitos cursos de formação de qualidade e com reconhecimento. Conforme dados da UBAAT (<https://www.ubaat.com.br/#about>), existem vários cursos de pós-graduação Lato Sensu, principalmente nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, havendo uma escassez na região

Nordeste, apesar dos cursos de formação qualificados ofertados nas cidades de Fortaleza e Recife.

A UBAAT (2008) aponta que o exercício dessa atividade/profissão vem, cada vez mais, despertando interesse como instrumento de intervenção profissional em diversas áreas, de forma interdisciplinar, e voltada a promoção e ao tratamento da saúde mental, além da melhoria da qualidade de vida (<https://www.ubaat.com.br/#about>). A Arteterapia favorece a ampliação dos recursos terapêuticos e educacionais, abrangendo as mais diversas técnicas - desenho, pintura, modelagem, música, poesia, dramatização e dança; além de linguagens expressivas - plástica, sonora, literária, dramática e corporal. Assim, tem sido reconhecida como área de atuação em diversas partes do mundo, a exemplo de vários países da Europa (Itália, Reino Unido, Portugal), da América Latina (Brasil, Argentina, Colômbia, Peru), e da América do Norte (Estados Unidos e Canadá).

Barbosa (1991) afirma que o campo da Arte-educação vem se afirmando no Brasil desde a década de 80, momento no qual os movimentos da arte-educação e da educação pela arte vinham buscando uma redefinição, mas sobretudo, uma ressignificação no modo de lidar com a arte, buscando afirmá-la como uma disciplina, e não apenas como uma atividade voltada para o entretenimento e distração dos alunos. Lowenfeld e Brittan (1977) ressaltaram, por exemplo, a importância e o valor da arte para a formação integral e saudável da personalidade, para a autoexpressão criativa, para a autoidentificação e para o desenvolvimento de sensibilidades criadoras, pressupostos para a construção de uma sociedade ética e democrática.

Assim, também, o movimento da Arte-educação e da Educação pela Arte veio se afirmando na Europa, Estados Unidos, e mais especificamente no Brasil, desde as décadas de 60 e 80, respectivamente. Segundo Villaça (2014), até 1940, as artes visuais eram a linguagem mais enfocada dentro do modelo da educação artística tradicional, que apenas utilizava essa atividade como complementar. Foi somente a partir dos anos 60 que os conteúdos artísticos passaram a ser organizados, ao mesmo tempo em que foram iniciados os cursos de licenciatura em arte.

Na Inglaterra, ainda na década de 60, foram lançados os fundamentos teóricos da DBAE (*Discipline Based on Arte Education*), ressaltando as ideias de Herbert Read, um poeta e crítico de arte britânico e que propôs inauguralmente a expressão educação pela arte (Villaça, 2014). Assim, nesse momento, foi considerado que a educação artística e a educação como um todo deveriam passar pelos sentidos e não se limitar às ideias abstratas, interligando a função imaginativa, com as quatro instâncias do conhecimento: produção, crítica, estética e história da arte. Todas elas envolvendo categorias da incerteza, imaginação, ilusão, introspecção, improvisação, visualização e dinamismo nos processos de aprendizagem e pesquisa.

No Brasil, este momento caracterizou-se, por um lado, pela forte crítica ao modelo educacional imposto pela ditadura militar; ao mesmo tempo, pela busca de resoluções e mudanças. O marco fundamental para os arte-educadores começou, então, em setembro de 1980, na Semana de Arte e Ensino realizada na Universidade de São Paulo, na qual foram realizadas reflexões e debates sobre aspectos estruturais da política educacional, considerando concepções e metodologias de ensino da arte, a partir de problematizações sobre isolamento do ensino da arte; política educacional para as artes e arte-educação; ação cultural do arte-educador na realidade brasileira; educação de arte-educadores; entre outras. Assim passou a ser enfatizado que o ensino da arte, em uma “proposta triangular”, deveria considerar as seguintes dimensões: apreciação, produção e contextualização (Barbosa; Cunha, 2010).

Compreende-se que, desde o início, há uma forte confluência entre a construção de campos, de modo que o termo “Arteterapia” funciona como uma concepção “guarda-chuva” que se estende até as “fronteiras” com a Arte-educação, pois engloba o uso da expressão artística em suas diversas linguagens expressivas voltadas para diversos objetivos em uma grande variedade de situações, campos de atuação e públicos (Pain, 2009).

Neste sentido, assume, muitas vezes, o mesmo termo para três categorias específicas, mais destacadamente: arte na psicoterapia e tratamento em saúde mental; arte-educação, interligada

diretamente aos educadores e/ou artistas, voltada aos processos de ensino e aprendizagem da arte como linguagem e para o desenvolvimento da criatividade através do processo artístico; e arteterapia em uma perspectiva sócio-educativa-cultural, voltada para a promoção do desenvolvimento humano, focalizando sua atenção na relação dos indivíduos e da sociedade com a linguagem plástica como experiência estética e expressão do Ser.

Sendo assim, as possibilidades de atuação profissional são muitas (Andrade, 2000), integrando de forma interdisciplinar, clínica, saúde mental, arte, cultura e educação. Podendo ser utilizada em diversas áreas de trabalho, a exemplo da psicoterapia, educação, profilaxia, e reabilitação, sendo estas interligadas conforme a formação profissional anterior do terapeuta (psicólogo, educador, artista ou terapeuta ocupacional, dentre outros), de modo que os objetivos interventivos, também estão alinhadas com as diversas linhas teóricas que os fundamenta (Psicanálise, Existencial-Humanista, Junguiana) e das modalidades de participantes beneficiários (individual, grupo, adulto, criança, pacientes psiquiátricos, deficientes físicos). A partir da ampliação dos recursos de intervenção, esta disciplina vem sendo cada vez mais reconhecida, buscada e valorizada, a partir grandes contribuições que vem oferecendo e afirmando o seu reconhecimento a partir dos benefícios alcançados (Reis, 2014; Philippini, 1998).

Nesta direção da construção desse campo, foi que na cidade de Fortaleza, Ceará, em uma iniciativa pioneira no Estado, uma Universidade Privada, passou a oferecer, desde novembro de 2022, um curso de Especialização em Arteterapia e Arte-Educação, com o objetivo de formar profissionais para atuar nos diversos campos de atuação, ampliando os recursos de intervenção a partir das diversos linguagens expressivas.

Diante do exposto, este capítulo se propõe a apresentar um relato de experiências realizadas em um curso de Especialização em Arteterapia e Arte-educação, a partir das narrativas de profissionais e alunos, além das produções artísticas, evidenciando sentidos inaugurais sobre os processos de ensino-aprendizagem implicados e as

reverberações na atuação destas profissionais nos seus respectivos campos de atuação.

## 14.2. Relato da Experiência: da Construção à Execução

### 14.2.1. A construção do projeto pedagógico

A proposta de oferecer uma Especialização em Arteterapia e Arte-Educação em uma Universidade privada na cidade de Fortaleza, Ceará, surgiu em 2022, a partir da identificação de uma demanda crescente de profissionais, especialmente da clínica psicológica, da saúde mental e da educação artística, que buscavam pós-graduações para qualificar suas atuações no mercado de trabalho, a partir dos recursos de intervenção que incluem diversas linguagens expressivas e processos criativos. Nesse sentido, para a criação do novo curso, houve uma conjunção de forças profissionais, institucionais e sociais que impeliram os organizadores a empreender esta tarefa desafiadora e inovadora.

Em março de 2022, uma equipe multidisciplinar, coordenada por uma psicóloga e uma arteterapeuta, iniciou a elaboração de uma proposta que pudesse contemplar a referida formação a ser realizada em uma Universidade de renome e reconhecida oficialmente. O curso foi concebido com carga horária de 375 horas e um corpo docente composto de 20 professores, todos com mestrado ou doutorado, de forma que atendessem aos critérios de formação em nível de pós-graduação *Lato Sensu* (especialização), e considerasse os parâmetros curriculares mínimos para fundamentação teórico-conceitual consistente e aprofundada.

Destaca-se que, as 18 disciplinas que compõem a estrutura curricular do curso distribuem-se em fundamentação teórico-conceitual, aspectos práticos e ateliês voltados ao desenvolvimento das linguagens artísticas, contando com supervisão e contemplando juntas questões clínicas, culturais, sociais, políticas, educacionais, entre outras, em suas respectivas articulações com as fases do ciclo de vida. Tudo isso, possibilita a visualização de contextos onde os processos criativos são aplicados, potencializando os processos de crescimento e desenvolvimento humano (Ostrower, 2010).

Buscou-se pensar em um projeto pedagógico que viesse assegurar práticas efetivas, qualificadas e éticas, a partir da proposição de atividades supervisionadas por profissionais experientes e qualificados nas áreas de Arteterapia e Arte-Educação, as quais foram divididas em módulos teóricos, vivenciais (atelês e visitas técnicas), além de práticas de extensão e de um Trabalho de Conclusão de Curso (síntese final). Desse modo, buscou-se contribuir para a valorização e o reconhecimento desse campo do saber, a partir da formação qualificada e atendendo a uma reivindicação recorrente de profissionais que almejavam a titulação em Especialista em Arteterapia e Arte-Educação.

Ademais, o projeto pedagógico do referido curso prevê o desenvolvimento de uma visão crítica, reflexiva e ampliada de ambos os campos propostos em consonância com as transformações históricas, sociais e políticas ocorridas nos tempos atuais que trazem desdobramentos subjetivos às demandas clínicas, educacionais e socioculturais.

### 14.3. Metodologia em Curso: Proposta Teórica, Prática e Vivencial

A primeira turma, iniciada em novembro de 2022 e que finalizará maio de 2024 (18 meses de duração), tem 18 discentes cursando, todas do sexo feminino, sendo estas profissionais graduadas há mais tempo e recém concludentes das áreas da saúde, educação, cultura e afins, tais como: psicólogas, psiquiatras, fonoaudiólogas, psicanalistas, fisioterapeutas, artistas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogas e educadoras em geral, dentre outros. A média de idade das alunas é entre 30 a 50 anos e de atuação profissional entre 4 à 30 anos, as quais buscaram o curso por sentirem a necessidade de aprimoramento para atuar em diversos campos, numa perspectiva interdisciplinar.

Neste curso, adota-se prioritariamente a modalidade de aulas presenciais, considerando que uma formação ampla deve contemplar a integração de aspectos teóricos, práticos, vivenciais e a interação grupal. Para isso, nas aulas teóricas, são utilizados recursos

didáticos que necessitam da contextualização prática dos conteúdos apresentados, no sentido de oferecer a fundamentação teórica e conceitual para as diversas práticas, com incentivo a reflexões críticas e dialogadas.

Metodologias ativas de ensino (Macedo *et al.*, 2018) são adotadas e alinhadas aos diversos conteúdos abordados. As transformações que perpassam a educação superior levam a necessidade de incorporação de estratégias de ensino-aprendizagem mais centradas nos estudantes, no sentido de formar pessoas capazes de evoluir de forma autônoma e colaborativa, tendo o professor como mediador desse processo. Nessa perspectiva, as metodologias ativas figuram como elemento chave, visto que oportunizam uma educação crítico-reflexiva e proativa do estudante (Lima, 2017).

Assim, os alunos são estimulados a articular conceitos prévios com o desenvolvimento de novas habilidades e competências, apresentando-se como protagonistas da sua trajetória de aprendizado (Macedo *et al.*, 2018; Lima, 2017). A ideia é oferecer uma série de procedimentos didáticos que conduzam ao compartilhamento de experiências sobre situações reais para a criação e fortalecimento de laços interpessoais, a qualificação profissional e a melhoria dos processos de ensino-aprendizagem.

Os alunos são estimulados a desenvolver habilidades de trabalho em grupo e de condução grupal, pois são expostos à diversidade de opiniões, pensamentos, ideias, propostas e modelos. O incentivo ao questionamento é uma prática constante no curso, assim como as problematizações, que vão surgindo a partir das experiências pessoais e coletivas.

A articulação constante entre as práticas e experiências profissionais dos docentes e discentes contribui para o enriquecimento da construção dos saberes, estimulando o compartilhamento de experiências, problematizações dos campos de atuação e reflexão sobre novas possibilidades.

As atividades práticas realizam-se em ateliês, onde viabiliza-se a criação de produtos expressivos alinhados aos conteúdos ministrados em cada aula, a exemplo de pinturas, desenhos, colagens, esculturas, entre outros trabalhos.

Na perspectiva prática, realizam-se também os relatos de vivências, a partir da expressão de sentidos (Amattuzi, 2001), que atua como instrumento tanto de formação como de supervisão de profissionais. Destaca-se, ainda, que a proposição da elaboração verbal e escrita das experiências vivenciadas, a partir desse referencial (Amattuzi, 2001) é uma forma de elaboração simbólica e de avaliação concomitantemente. A “versão de sentidos” é um instrumento proposto a partir do referencial fenomenológico-existencial, que vem sendo utilizado no sentido de envolver e integrar dimensões da cognição, dos afetos e do sensível envolvido nos processos de ensino-aprendizagem, aspectos tão próprios dos processos criativos (Ostrower, 2010). Para este autor, o dispositivo oportuniza um processo pedagógico que vai além da pura fundamentação teórica, acessando também o contato com as emoções desencadeadas nos discentes.

Na especialização, propomos que os alunos utilizem este dispositivo de duas maneiras: tanto para balizar o compartilhamento da experiência em forma de relato oral em grupo, a cada módulo; assim como na modalidade escrita, como forma de proporcionar uma articulação conceitual e vivencial dos alunos, servindo como instrumento de avaliação num processo de aprendizagem significativa (Amattuzi, 2001).

O Trabalho de Conclusão do referido Curso será apresentado mediante a produção de um material impresso com as produções artísticas e os relatos vivenciais de cada uma das alunas, no intuito de mostrar toda a trajetória acadêmica dessa experiência e reafirmar que o fazer criativo e artístico trazem reais contribuições para as respectivas profissões.

#### 14.4. Narrativas e Produções da Turma em Formação

As participantes do curso relatam que buscaram o curso para o desenvolvimento de habilidades com base em práticas artísticas por curiosidade, além do desejo de obter maior domínio e aprofundamento no assunto. Para elas, o interesse em fazer esta Especialização surgiu de práticas profissionais anteriores pouco fundamentadas, de “admiração” pela produção artística na prática clínica ou educacional, ou da busca pela ampliação de recursos para aprimorar a atuação profissional, com maior dinamismo e ludicidade. Para as participantes, tudo o que está sendo apresentado e vivenciado no curso atende plenamente as expectativas iniciais.

A cada disciplina realizada, as alunas constroem um relato de vivencial, que é integrado aos fundamentos conceituais, a partir das reflexões e dos debates em sala de aula, além do processo criativo nos ateliês. Elas referem essa prática consolidada à aprendizagem dos conteúdos e oportuniza o compartilhamento das emoções emergentes.

O relato de vivencial (Amatuzzi, 2001) é uma estratégia que se destina ao acompanhamento do aprendizado, favorecendo o acesso às experiências emocionais de cada uma das atividades realizadas.

Como futuras arteterapeutas e arte-educadoras, as alunas consideram que as práticas vivenciadas no curso favorecem a aplicação destas nas suas práticas profissionais com seus pacientes e população assistida, oportunizando que eles também expressem seus sentimentos e subjetividades a partir de um processo criativo. Esse fato merece atenção especial, pois mostra que a metodologia utilizada é concreta e vivencial, o que facilita ser replicada e atingir maior efetividade em sua utilização na vida prática.

Ademais, foi também ressaltado pelas pós-graduandas que as atividades realizadas ao longo do curso foram inspiradoras e encorajadoras, proporcionando liberdade e leveza de expressão e criação. Segundo elas, o ambiente, os diversificados e expressivos materiais disponíveis, a empatia e a condução da facilitadora estimularam a criatividade e a imaginação, resultando em uma produção diferente de tudo que já tinham provado anteriormente. Dessa forma,

puderam assim desfrutar de novos saberes e expandir a consciência da arte e de si mesmas.

As participantes expressam elevada satisfação com o processo formativo desse curso, reconhecem como fundamental a utilização das metodologias ativas para que possam rapidamente utilizar os conhecimentos adquiridos em suas práticas profissionais e também relatam que o curso “faz muito bem ao corpo e à mente”, reforçando que, além de voltar-se ao cuidado do outro, as práticas também ajudam a cuidar de quem cuida, trazendo suporte e bem-estar. Definida pelas alunas como uma “experiência ontológica”, a especialização foi uma propícia ocasião de ressignificar a relação com o universo da sensibilidade, que potencializou a revitalização de suas habilidades criativas e empreendedoras, assim como a oportunidade de focar de maneira mais intensa no processo criativo. Expressaram enfaticamente que esse concreto e dinâmico processo as aproximou de um possível e promissor contexto de atuação artística, onde sonhos adormecidos foram despertados e encarnados em suas realidades, possibilitando a elaboração e a realização de novos e grandes projetos.

Reis (2014) traz em seu artigo uma importante reflexão sobre como a arteterapia contribui para o trabalho do psicólogo. Nessa perspectiva, a revisão de literatura apresenta aspectos que remetem ao histórico dessa prática e a sua ampla utilização por esses profissionais, mostrando benefícios que potencializam seu fazer clínico, a partir do estímulo ao processo criativo, que viabiliza a valorização do ser humano e o seu protagonismo na trajetória de vida. Dessa forma, tanto os pacientes como os profissionais são beneficiados na trajetória terapêutica.

Menezes (2013), em uma experiência realizada a partir do estudo “Fronteira entre a Arteterapia e a Arte/Educação: uma Narrativa Ficcional em Contexto Hospitalar”, destaca a importância da arte e da arte-educação em serviços de saúde, trazendo como um dos contextos estudados um hospital que utiliza a arte como instrumento terapêutico associado a outras estratégias para a reabilitação da população assistida. Nessa perspectiva, destaca a exposição

das produções artísticas dos pacientes na decoração dos espaços, fazendo com que os autores se reconheçam nas experiências vivenciadas e troquem seus olhares com outros pacientes, profissionais e familiares que transitam pelo serviço em questão. Isto leva a um processo de humanização, senso de pertencimento, esperança e partilha, trazendo bem-estar a todos esses autores. Além disso, a autora chama a atenção que na área específica do referido hospital - a neuroreabilitação e a neuropsicologia – é necessário prover estratégias que facilitem a visão e o tratamento global do indivíduo, favorecendo a reconstrução da forma como lida consigo, com os outros e com o meio em que vive.

Nessa direção, observa-se que as alunas percebem e evidenciam relevância da formação em Arteterapia e Arte-Educação para profissionais que direta ou indiretamente trabalham com a saúde e o bem-estar, uma vez que todas as pessoas e ambientes são positivamente impactados pelos efeitos advindos dessas práticas que dão asas à expressão, criatividade e “voz” a muitos que permanecem “calados” diante de seus dilemas no corpo e na mente.

#### 14.5. Considerações Finais

O relato de experiência ora apresentado revela o alto nível de satisfação das alunas em relação ao curso e as percepções delas sobre os efeitos positivos e rápidos para a prática profissional. O reconhecimento de que a metodologia de ensino adotada é eficaz é evidente, uma vez que denotam sentimentos de bem-estar e prazer nas aulas e na execução do processo criativo, o qual se entrelaça a expressão de emoções.

Cursos dessa natureza trazem contribuições reais para as áreas de saúde e educação, precisando ser ampliados no cenário brasileiro para oportunizar a formação de um maior número de profissionais que atuam com promoção da saúde mental, processos educativos saudáveis e práticas integrativas em saúde.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados e outras práticas descritas para o compartilhamento de experiências nessa linha de formação e atuação.

## 14.6. Referências

- AMARANTE, P. (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. (Loucura & Civilização Collection, 316).
- AMATUZZI, M. Versão de sentido. *In: AMATUZZI, M. Por uma psicologia humana*. Campinas: Alínea, 2001. p. 73-86.
- ANDRADE, L. Q. *Terapias expressivas*. Vector: São Paulo, 2000.
- BARBOSA, A. M. *A imagem no ensino de Arte: anos 80 e novos tempos*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- BARBOSA, A. M.; da CUNHA, F. P. (org.). *Abordagens triangular no ensino nas artes e culturas visuais*. São Paulo: Cortez, 2010.
- CIORNAI, S. *Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia*. São Paulo: Summus, 2004.
- JUNG, C. G. *O espírito na arte e na ciência*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 21, n. 61, p. 421-434, abr. 2017.
- LOWENFELD, V.; BRITAIN, W. L. *Desenvolvimento da capacidade criadora*. São Paulo: Mestre Jou, 1977.
- MACEDO, K. D. da S. *et al.* Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. *Escola Anna Nery*, [s.l.], v. 22, n. 3, p. e20170435, 2018.
- MENEZES, T. D. *Fronteira entre a Arteterapia e a Arte/Educação: uma narrativa ficcional em contexto hospitalar*. 2013. Monografia (Curso de Artes Plásticas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- OSTROWER, F. *Criatividade e processos de criação*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- PAIN, S. *Os fundamentos da arteterapia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- PAIN, S.; JARREAU, G. *Teoria e técnica da arteterapia: a compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PHILIPPINI, A. Mas o que é mesmo arteterapia? *Revista de arteterapia: imagens da transformação*, [s.l.], v.5, p. 1-4, 1998. Disponível em: <http://www.arteterapia.org.br/pdfs/masoque.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- REIS, A. C. Arteterapia: a arte como instrumento de trabalho do psicólogo. *Psicologia: ciência e profissão*, Florianópolis, v. 34, n. 1, p. 142-157, 2014.
- SILVEIRA, N. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.
- VALLADARES, A. C. A.; FUSSI, F. E. C. *A Arteterapia e a reforma*

psiquiátrica no Brasil. *Revista de Arteterapia: imagens da transformação*, Rio de Janeiro, v.10, n.10, p.5-13, 2003.

VILLAÇA, I. de C. Arte-educação: a arte como metodologia educativa. *Cairu em Revista*, [s.l.], ano 03, n. 04, p. 74-85, 2014.

## CAPÍTULO 15. A Vida Como Obra de Arte: por uma Clínica Humanizada em Saúde

*Anna Karynne Melo  
Mailin Claudia Feitosa Ferreira  
Margarida Maria Araújo Duque  
Christina César Praça Brasil  
Juliana Lima de Araújo  
Virginia More*

### 15.1. Introdução

Diferentemente daquilo que é da ordem da natureza, que já se apresenta como dado e, sendo apropriada por uma linguagem científica, demarca com nitidez as posições entre sujeito e objeto, a arte situa-se no campo da criação, da suspensão do que é, de modo *a priori*, determinado. A arte, assim como a fenomenologia, opta por distanciar-se do que está evidente para se voltar em direção à experiência que se apresenta e que se move para a construção da obra de arte.

O artista, por sua vez, busca mostrar que cada acontecimento está unido a todos os outros e que ele também é parte do todo. Sua fonte de criação é sua experiência íntima; contudo esta não se encontra deslocada dos conhecimentos produzidos no mundo. A obra não se restringe, mas transcende o particular. O artista cria um mundo novo ligado a uma realidade imediata (GULLAR, 1997). Assim, a arte possibilita aos indivíduos acessarem dimensões que podem vir a ser consideradas custosas de serem alcançadas pelo “real”, saindo do campo do objeto massificado, do puramente utilitário que tanto marca os tempos atuais.

A arte despertou os olhares de diversos filósofos como Platão, Aristóteles, Nietzsche, Descartes, Heidegger, entre outros, e, para Merleau-Ponty, a expressão artística pode oferecer à filosofia novas formas de pensar (NÓBREGA, 2010). O pensamento de Merleau-Ponty sobre a arte aparece em diversos momentos de sua obra:

*Fenomenologia da percepção* (2011) e *A dúvida de Cézanne* (2013), cujas primeiras edições datam de 1945; *O olho e o espírito* (2013a), no ensaio *sobre a fenomenologia da linguagem* que integra a obra *Signos* (1960) e no texto *A linguagem indireta e as vozes do silêncio* (2013b), esses três com as primeiras edições publicadas em 1960. Nestas, o tema da arte está mais presente (GONÇALVES, 2011).

Nas pinturas de Cézanne, Merleau-Ponty (2013) encontra subsídios para desenvolver uma fenomenologia mundana, na medida em que “é a pintura que desvela a Merleau-Ponty uma *filosofia concreta*, proximidade máxima da experiência espontânea do sensível por sobre as ruínas da *filosofia triunfante*” (FONTES FILHO, 2012, p. 287). Na compreensão desse filósofo, as pinturas de Cézanne aproximam-se de um mundo sólido em sua realidade, ao transportar para as telas uma superposição de cores e formas que se afastam de uma representação estática que possui contornos definidos. O artista distancia-se de uma perspectiva representacionista da realidade ao pintar paisagens distorcidas, diferentes das formas geométricas que predominavam no que era considerado arte em sua época. O foco deixa de ser pintar o que é observado para pintar o mundo, pintar o mundo vivido (*Lebenswelt*). O *Lebenswelt* significa o “mundo da vida, mundo permanentemente pré-dado, sendo válido em permanência e de antemão” (HUSSERL, 2012, p. 383) e que marca a presença de uma nova racionalidade que valoriza e considera a intersubjetividade em contraposição a uma perspectiva de pensamento na ciência ainda marcadamente moldada em uma lógica positivista, que apenas procura observar comportamentos objetivos.

Moreira (2009) destaca que o desenvolvimento do conceito *Lebenswelt*, na filosofia de Merleau-Ponty, abre a possibilidade de pensar uma intersubjetividade, o que traz desdobramento para o fazer clínico, agora, pautado na experiência vivida do sujeito. Alvim (2012) também compreende a clínica como um campo de experiência, destacando que esta se dá na relação com o outro, fazendo brotar sentidos a partir da expressão e do diálogo. A autora afirma que, para Merleau-Ponty, a potência da expressão está na arte e é,

na expressão, que se encontra o sentido, tema fundamental da clínica, que é espaço de possibilidade de ressignificação da existência. Para Merleau-Ponty (2013), a arte é uma forma de resgatar a complexidade humana, funcionando como um dos possíveis caminhos em direção à compreensão do mundo vivido de cada indivíduo.

A partir da filosofia de Merleau-Ponty, o presente artigo tem como objetivo compreender como a arte pode fundamentar uma clínica humanizada em saúde, uma vez que, nela, há um entrelaçamento entre corpo e mundo, entre mundo “interno” e “externo”, objetivo e subjetivo, pessoal e universal, técnica e implicação, envolvendo a cultura que permeia e constitui o sujeito. Utilizamos a noção de arte na filosofia de Merleau-Ponty como fio condutor para desenvolvermos um olhar sobre a vida e a humanização em saúde como um processo artístico.

## 15.2. Metodologia

Uma pesquisa teórica produz articulações de uma teoria com a outra ou outras, intencionando desenvolver um diálogo entre elas. Neste capítulo, buscamos possibilitar uma construção do entrelaçamento entre a noção de arte na filosofia de Merleau-Ponty e suas contribuições para uma clínica humanizada em saúde, considerando-a um espaço de criação, recriação e de expressão da experiência vivida.

Para o desenvolvimento da pesquisa, revisitamos os textos de Merleau-Ponty: *Fenomenologia da percepção* (2011), o qual é considerado o principal trabalho do filósofo, uma vez que apresenta uma crítica à psicologia clássica, à fisiologia mecanicista e ao *cogito* racionalista cartesiano, bem como dá início a uma fenomenologia mundana; e os escritos *A dúvida de Cézanne* (2013), *O olho e o espírito* (2013a) e *A linguagem indireta e as vozes do silêncio* (2013b), os quais trazem textos da saúde que abordam a questão da clínica ou do fazer na clínica.

Nessa perspectiva, a presente revisão de literatura realizou-se no período de março de 2016 a março de 2017, com o intuito de proporcionar o aprendizado sobre o assunto em pauta e facilitar a

identificação e a seleção dos métodos e técnicas a serem utilizados pelo pesquisador.

Para a realização da pesquisa, alguns passos foram seguidos (PIZZANI et al., 2012): primeiramente, o investigador demonstrou clareza sobre o tema da pesquisa a partir de suas reflexões e vivências preliminares; o segundo passo consistiu na busca do material bibliográfico nas fontes informacionais, as quais foram previamente definidas a partir das delimitação do objetivo deste estudo; em seguida, o início do processo de busca da informação ocorreu quando o autor delimitou as palavras-chave e as obras de Merleau-Ponty mais relevantes para a análise; de posse do material selecionado, o pesquisador eliminou os trabalhos não alinhados à investigação em pauta; após a seleção do material desejado, o pesquisador realizou a leitura da base de dados, o que resultou na análise, na sumarização e na definição de temáticas reflexivas.

### 15.3. Resultados

Como resultado da revisão de literatura, a qual se caracteriza como estudo teórico, três temáticas de análise são apresentadas e discutidas, alinhando-se aos preceitos do filósofo que norteia as reflexões deste trabalho, as quais versam sobre: A arte em Merleau-Ponty, Política de Humanização no Brasil, e A arte como fundamento para a humanização na e da clínica.

#### 15.3.1. A arte em Merleau-Ponty

Na obra *Fenomenologia da Percepção* (MERLEAU-PONTY, 2011), a arte é apresentada como interligada à fenomenologia, pois ambas buscam apreender o mundo e o seu sentido por meio de uma consciência e da admiração sobre esse mundo.

Se a fenomenologia foi um movimento antes de ser uma doutrina ou um sistema, isso não é nem acaso nem impostura. Ela é laboriosa como a obra de Balzac, de Proust, de Valéry ou de Cézanne – pelo mesmo gênero de atenção e de admiração, pela mesma exigência de consciência, pela mesma vontade de apreender o sentido do mundo ou da história em estado nascente. Ela se confunde, sob esse aspecto, com esforço do pensamento moderno (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 20).

Nessa obra, o filósofo expõe uma proximidade entre a relação homem-mundo e a arte, destacando, em sua fenomenologia, a busca pela profundidade de uma percepção sobre o mundo, sem a preocupação de se alcançar um “Ser Primeiro”, como almejava a metafísica clássica. Para Merleau-Ponty (2011), “a filosofia não é o reflexo de uma verdade prévia, mas assim como a arte, é a realização de uma verdade” (p. 19). A arte, como a linguagem, guarda uma verdade, um sentido do mundo que pode ser visto como expressão humana. Mas esta linguagem só possui sentido na experiência mundana, na medida em que os indivíduos atribuem sentido aos sinais que a constituem.

Os sentidos das palavras remetem à experiência humana, e não a uma linguagem encerrada em si mesma. O filósofo destaca que a fala e o pensamento estão envolvidos um no outro, pois, “o sentido está enraizado na fala e a fala é a existência exterior do sentido” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 247). O sentido “habita” a palavra, pois a linguagem mais do que um meio, é um ser. A palavra é lugar no mundo linguístico do homem e ela só se apresenta quando pronunciada, assim como o artista só demonstra sua obra fazendo-a.

Merleau-Ponty (2011) destaca que o ato de expressão bem-sucedido abre um novo campo, uma nova experiência, o que ocorre a partir de uma potência da expressão que é bem conhecida na arte. O filósofo exemplifica esta potência ao falar da música:

A significação musical da sonata é inseparável dos sons que a conduzem: antes que a tenhamos ouvido, nenhuma análise permite-nos adivinhá-la; uma vez terminada a execução, só poderemos, em nossas análises intelectuais da música, reportar-nos ao momento da experiência; durante a execução, os sons não são apenas os “signos” da sonata, mas ela está ali através dele, ela irrompe neles (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 248).

Ainda no *Fenomenologia da Percepção* (MERLEAU-PONTY, 2011), o filósofo critica a distinção entre corpo e espírito presente na filosofia de Descartes e aponta que o pensamento clássico distântia homem e mundo percebido (sensações e experiências), desconsiderando que somente percebemos o que atravessa o campo da

nossa experiência, pois os sentidos estão imbricados em nossa forma de perceber e agir. Já a perspectiva de Merleau-Ponty valoriza os meios de retorno ao mundo percebido (ALVES, 2010), alertando para a necessidade de reaprender a ver o mundo por meio da nossa experiência sensível atravessada pelo corpo (TARDIVO, 2012).

Para Merleau-Ponty (2011), é no corpo vivido que os sentidos imanentes se expressam, estendendo-se em todo o mundo sensível, sendo no corpo próprio que ocorre o milagre da expressão. Na forma como olhamos o mundo, está implicado tudo o que nós somos. Em todo ato, exercemos um caráter intencional, ou seja, dirigimo-nos para algo. Na medida em que não existe um homem interior, “o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 6). Isto mostra que todo ato expressivo situa o homem como inseparável do mundo.

A linguagem funciona como a própria atuação do homem no mundo, sendo “tomada de posição do sujeito no mundo de suas significações” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 262). É por intermédio da linguagem que o homem se faz homem, compreendendo-a como fala, gestos e tudo o que envolve as produções humanas. Para Merleau-Ponty, na linguagem, “a denominação dos objetos não vem depois do reconhecimento, ela é o próprio reconhecimento” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 242), pois não há conceitos *a priori* que escapem da relação entre homem e mundo.

Compreendendo a pintura também como uma operação de expressão, “a pintura torna visível o eco que o visível suscita no corpo do pintor” (FONTES FILHO, 2012, p. 289), Alves (2010) aponta que as pinturas de Cézanne conseguem equilibrar a consciência e a sensação, o eu e o mundo, a experiência viva no momento da pintura. Esse equilíbrio ocorre na experiência que une os extremos do interior e do exterior que, de acordo com Merleau-Ponty, dá-se no “corpo próprio” (MERLEAU-PONTY, 2013, p. 236).

No ensaio *A Dúvida De Cézanne* (MERLEAU-PONTY, 2013), o filósofo destaca que as pinturas do artista são voltadas para a perspectiva vivida, com suas paisagens distorcidas, diferentes das

formas geométricas rígidas propostas pelas pinturas clássicas. Na perspectiva vivida, não há separação entre pensamento e corpo, entre o sensível e o inteligível, estando mais próxima da realidade experienciada pelos indivíduos, de maneira que a forma como cada um sente a vida e os fatos são partes intrínsecas do real. Merleau-Ponty afirma que a pintura de Cézanne

não estabelece um corte entre “os sentidos” e a “inteligência”, mas entre a ordem espontânea das coisas percebidas e a ordem humana das ideias e das ciências (...) Cézanne nunca quis “pintar como um bruto”, mas colocar a inteligência, as ideias, as ciências, a perspectiva, a tradição novamente em contato com o mundo natural que elas estão destinadas a compreender (MERLEAU-PONTY, 2013, p. 131-132).

O filósofo utiliza as obras de Cézanne como inspiração para pensar uma fenomenologia mundana em que enfatiza a mútua relação entre homem e mundo (MERLEAU-PONTY, 2013). Ao aproximar sua filosofia das pinturas de Cézanne, Merleau-Ponty discute sobre o corte da tradição na construção do saber de um modo dicotômico, construindo uma fenomenologia posicionada no pré-reflexivo, rompendo com uma divisão entre sujeito e objeto. Nesta perspectiva, Fontes Filho (2012) afirma que “a coisa percebida não ocupa lugar: ela produz seu lugar; por isso, a pintura há muito deixou de frequentar o espaço físico-técnico. Nela, revela-se enigma o vazio entre as coisas” (p. 301). Alves (2010) destaca que, de acordo com Merleau-Ponty (2013), Cézanne revelava em sua arte como o mundo toca os homens, utilizando-se de uma perspectiva vivida, que é concebida a partir da percepção da nossa experiência no mundo. Telles e Moreira (2014) enfatizam que

Cézanne suprimia os contornos precisos na pintura, criando uma preponderância da cor sobre o desenho, que se fazia na medida em que pintava, como em nossas experiências, que não são vividas de antemão, mas no movimento entre nós e o mundo (TELLES; MOREIRA, 2014, p. 207).

A relação entre experiência e arte aparece na visão de Cézanne como uma dimensão de profundidade, revelando “camadas” do sensível (MERLEAU-PONTY, 2013). Alves (2010, p. 242)

destaca que o pintor francês deseja alcançar uma “profundidade vivida na reversibilidade”, ou seja, ele busca uma experiência da reversibilidade das dimensões globais, por exemplo, quando uma pessoa vê uma casa, ela vê a partir de uma localização, de um ponto de vista. Cézanne busca uma profundidade que está mergulhada na sua experiência de perceber o mundo e essa profundidade irá aparecer em seu estilo.

O que chamo profundidade é nada ou é minha participação num ser sem restrição, e primeiramente no ser do espaço para além de todo ponto de vista. As coisas se imbricam umas nas outras *porque elas estão fora uma da outra*. Prova disso é que posso ver profundidade olhando um quadro que, todos concordarão, não a possui, e que organiza para mim a ilusão de uma ilusão (MERLEAU-PONTY, 2013, p. 33).

Alves (2010) argumenta que, na expressão artística, não se pode existir uma separação entre o espaço da vida, ou do artista que pinta, e o espaço do quadro. Nas telas de Cézanne, há uma ruptura entre o que era considerada uma realidade interna ou externa ao homem. Cézanne cria um novo espaço, não um espaço idealizado, mas “um espaço ambíguo capaz de conter as contradições que a experiência direta lhe revelara – um espaço, por assim dizer, arrancado às coisas” (GULLAR, 1997, p. 66). Merleau-Ponty, em sua fenomenologia, também ia desconstruindo essas dicotomias da relação homem-mundo, afirmando que “a consciência está no mundo, e o mundo na consciência; o eu não conquisto o mundo e não é por ele conquistado. Não há apenas um equilíbrio, há uma identidade” ((MERLEAU-PONTY, 2013, p. 244). Isso significa que, ao mesmo tempo, que a arte se aproxima do mundo ela também faz parte de uma identidade individual, de uma experiência de perceber o mundo, que é a experiência do artista.

Ao dirigir seu olhar para a arte no ensaio *O olho e o espírito* (MERLEAU-PONTY, 2013a), o filósofo retorna à expressão artística da Renascença para explicar os problemas da filosofia cartesiana, propondo uma solução ao apresentar sua teoria acerca do mundo percebido que é comparada à pintura de Cézanne. Merleau-Ponty (2013a) destaca que as pinturas clássicas são representadas tal quais as formas geométricas, bem definidas, havendo uma

separação entre a obra e o pintor que, de acordo com o filósofo, há uma deformação que não se assemelha a ele.

No máximo ele retém das coisas sua figura, uma figura achatada num único plano, deformada e que *deve* ser deformada – o quadrado em losango, o círculo em oval – *para* representar o objeto. Ele só é a ‘imagem’ desse objeto com a condição de ‘não de assemelhar a ele’. Se não é por semelhança, como então ele age? Ele ‘excita nosso pensamento’ a ‘conceber’, como fazem os signos e as palavras ‘que não se assemelham de maneira alguma às coisas que significam’ ((MERLEAU-PONTY, 2013a, p. 30).

Merleau-Ponty (1960/2013a) verifica que a diferença entre o olhar da pintura renascentista e o da pintura moderna é que na primeira o homem se coloca de forma distanciada do mundo, ou seja, mantém uma postura de sobrevoos, conservando o mito do artista como alguém que vive “em outro plano”, sendo um ser superior; enquanto, na segunda, o homem se aproxima do mundo e da realidade compartilhada.

Os pintores, porém, sabiam por experiência que nenhuma das técnicas da perspectiva é uma solução exata, que não há projeção do mundo existente que respeite isso sob todos os aspectos e mereça tornar-se a lei fundamental da pintura, e que a perspectiva linear não é um ponto de chegada, pois ela abre, ao contrário, vários caminhos à pintura (MERLEAU-PONTY, 2013a, p. 35).

Nóbrega (2010) enfatiza que, na filosofia de Merleau-Ponty, o corpo é o principal meio que liga o homem ao mundo, e que o artista oferece seu corpo ao mundo para transformá-lo em arte. Através da noção de *corpo próprio*, Merleau-Ponty (2011) compreendia que homem e mundo só poderiam ser olhados em mútua constituição, sendo inseparáveis: o corpo não é subserviente a uma consciência, assim como indivíduo e mundo não funcionam em um sistema de causalidade, mantendo uma mesma “modalidade” existencial. Nessa perspectiva, o próprio objeto artístico também pode ser visto como um corpo. Essa relação mútua sustenta sua filosofia, tomando o mundo não como aquilo que se pensa, mas o que se vive.

Alves (2010) destaca que Merleau-Ponty considera que há uma relação entre a pintura e os enigmas do corpo e que a visão é o meio com que o espírito adentra o mundo percebido. Para Merleau-Ponty (2013a), o mundo do pintor é visível, a pintura dá existência visível ao que está invisível, ela “(...) desperta, leva à sua última potência um delírio que é a visão mesma, pois ver é ter a distância, e a pintura estende essa bizarra posse a todos os aspectos do ser, que devem de algum modo se fazer visível para entrar nela” (p. 23).

Ainda no ensaio *O olho e o espírito* (2013a), Merleau-Ponty aponta que a pintura mostra a metamorfose do tempo diferente da fotografia de sua época, que se apresentava sempre de forma estática, apagando a realidade do tempo e do movimento. Dessa forma, “é o artista que é verídico, e a foto é que é mentirosa, pois, na realidade, o tempo não para” (MERLEAU-PONTY, 2013a, p. 50).

O ensaio *A linguagem indireta e as vozes do silêncio* (MERLEAU-PONTY, 2013b) destaca a existência de uma linguagem que se apresenta na arte como algo tácito, próprio de um mundo inesgotável, sendo carregada de sentido, pois o pintor é chamado a pintar expressando a sua percepção e o seu gesto. Merleau-Ponty, nesse mesmo ensaio, faz uma crítica à noção de que a pintura clássica mostra um mundo exterior e a pintura moderna um mundo interior, onde a primeira representava a sua cultura e a segunda a subjetividade. Para o filósofo, não há separações, “não se deve abandonar o mundo visível às receitas clássicas, nem encerrar a pintura moderna no reduto do indivíduo, não se tem de escolher entre o mundo e a arte, entre os ‘nossos sentidos’ e a pintura absoluta: estão todos entrelaçados” (MERLEAU-PONTY, 2013b, p. 72).

Nesse ensaio, Merleau-Ponty aponta para uma originalidade da pintura moderna que, a partir do momento que é expressa, confunde-se com sua individualidade. A arte busca comunicar-se em uma linguagem própria em que não há nada pré-estabelecido, mas que produz sentido de acordo com seu mundo. “O que o pintor põe no quadro não é o si mesmo imediato, o próprio matiz do sentir, é seu *sentir*, e tem de conquistá-lo não só em suas próprias tentativas como também na pintura dos outros e no mundo” (MERLEAU-PONTY, 2013b, p. 77-78).

De acordo com Merleau-Ponty (2013b), a linguagem busca recuperar uma verdade. Já a pintura transforma essa verdade em arte, que é uma verdade resgatada das memórias, da história, da cultura, do que estava esquecido e que foi extraído do seu mundo interior-exterior. O real, quando se torna histórico, é captado no interior de outra ordem, como no campo das artes, sendo apropriado em outra linguagem.

A obra não é feita longe das coisas e em algum laboratório íntimo, cuja chave só o pintor e mais ninguém possuiria: olhando flores verdadeiras ou flores de papel, ele se reporta sempre ao seu mundo, como se o princípio das equivalências pelas quais vai manifestá-lo estivesse desde sempre aí sepultado (MERLEAU-PONTY, 2013b, p. 81).

Arte e fenomenologia, em Merleau-Ponty, buscam apropriar-se da realidade e do sentido do mundo em sua profundidade. Isso fica explícito quando o filósofo se refere às obras de Cézanne, destacando serem mais próximas do vivido do que a fotografia de sua época, que não oferecia possibilidade para o movimento (MERLEAU-PONTY, 2013b). Compreendemos que a arte de Cézanne e a fenomenologia de Merleau-Ponty estão ligadas, pois ambas as experiências conduzem a uma expressão que medeia o nosso contato com o mundo e com os outros. Ao aproximar a clínica do campo das artes, em especial da pintura, refletimos sobre a necessidade de buscar novos rumos, concebendo a clínica de forma ampla e não linear em busca do fenômeno do vivido, em contraposição a uma ideia de ciência determinista que se limita ao alcance dos sintomas, tomando a subjetividade transcendental como referência e não a ideia de uma consciência e um corpo em si mesmo.

### 15.3.2. Política de Humanização no Brasil

Em 2003, a preocupação com a questão da humanização em saúde passou a compor uma política pública, fazendo parte de todas as ações da saúde. Ante esse contexto, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2013), que consiste de um novo modo de conceber o modo de constituir as práticas de saúde por meio da coletividade, entendendo que nesse

novo contexto os profissionais passam a trabalhar em equipe e valorizar a troca de saberes (MELLO, 2008).

A PNH resulta de lutas pela redemocratização no país e da necessidade de repensar as formas de trabalho até então vigentes, entendendo que o processo de humanização transpassa esses aspectos do campo da saúde (SILVA; BARROS; JARDIM, 2015; VERDI; FLINKER; MATIAS, 2015). A intensificação da relação entre os atores envolvidos na saúde, como gestores, profissionais e usuários, é uma proposta da PNH, estimulando as ações comunitárias com o intuito de alcançar uma prática contextualizada com a realidade. Uma das questões centrais na política é proporcionar um repensar sobre o cuidado, agora entendido como uma ação compartilhada. Como isso, surge a necessidade de reconhecer a importância das rodas de conversa, da participação dos movimentos sociais e a construção de redes como um modo de integrar a comunidade na consolidação da PNH (BRASIL, 2013).

A práxis da humanização fundamenta-se em princípios, quais sejam: o da transversalidade, que trata de uma ampliação da comunicação entre os colaboradores de vários serviços e instâncias existentes no Sistema Único de Saúde (SUS); e o da indissociabilidade, que é a inseparabilidade entre atenção e gestão.; A PNH também é regida por algumas diretrizes que remetem à necessidade de acolhimento, o que significa dizer que a questão mobilizadora da relação profissional e sujeito é a escuta atenta, reconhecendo, fundamentalmente a singularidade do sujeito e a contextualização da demanda trazida por ele, entendendo que seu processo de adoecimento é constituído também culturalmente. Outra diretriz da política é a gestão participativa, com a inclusão de todos os que são considerados como nodais para a tomada de decisões e ações, pois há que se levar em conta o contexto cultural da demanda de um serviço e de uma prática.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) assinala que toda e qualquer decisão e ação deve proporcionar um ambiente de acolhimento e de preservação da singularidade do sujeito que busca o serviço, reconhecendo que se trata de uma relação entre sujeitos

(profissional e usuário) que estão no mundo e, por uma situação, estabelecem um encontro em prol da elaboração de um projeto terapêutico de saúde. É nesse contexto que a PNH enfatiza a noção de clínica ampliada, que se apresenta como uma diretriz da política, propondo uma nova forma de compreender o adoecimento do sujeito. A clínica ampliada (SUNDFELD, 2010) é parte dos esforços empreendidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) para retomar o sujeito como foco das suas estratégias de produção de cuidado.

Nesse novo modelo de clínica, leva-se em consideração o sujeito e seu sofrimento como sendo singular, bem como sua complexidade, diante do seu processo de saúde/doença e, que haja uma consonância com uma prática que possibilita uma decisão conjunta, que preza pela autonomia e a saúde dos usuários da rede SUS.

Compreende-se que a clínica ampliada propõe uma nova leitura dos elementos constitutivos da experiência clínica, buscando construir "[...] uma nova dialética entre sujeito e doença" (CAMPOS, 2003, p. 55). O autor acrescenta que uma questão essencial da clínica ampliada é a produção de vida, devendo constituir uma atitude, o que implica pensá-la como ética, no âmbito da qual algumas ações são necessárias, como a escuta e o estabelecimento de vínculos e afetos. Esse modelo de clínica considera as várias dimensões do sujeito (social, cultural e biológico), compreendendo-o em seus múltiplos contornos (MERLEAU-PONTY, 2012).

Entende-se que se conduzir por essa noção de clínica é produzi-la como espaço de experimentações, aberturas e movimentos dirigidos à afirmação da vida (SUNDFELD, 2010), o que coincide com a multiplicidade de olhares que a arte possibilita em todas as suas dimensões.

### 15.3.3. A arte como fundamento para a humanização na e da clínica

Alvim (2012) aponta que a clínica é lugar de ressignificação da experiência por meio da expressão e do diálogo, sendo a partir dessa ressignificação que se dá a produção de sentido.

A arte, por excelência, também é campo de criação. O artista vai se construindo “fora” de si, em relação com o mundo, muitas vezes, tirando do lugar “comum” os significados já estabelecidos, encontrando seu próprio sentido na obra construída (GULLAR, 1997). Ao fazer isso, deixa simplesmente de representar o que estava posto, mas constrói, inclusive, uma nova linguagem. Merleau-Ponty nos fala que não é possível separar uma linguagem criada de uma linguagem que nos chega como herança cultural, uma vez que há um entrelaçamento em um movimento em que uma alimenta a outra.

Para o filósofo, a partir da linguagem, e na própria linguagem, introduzimos “certos vazios, certas fissuras – e fazemos isso tão logo vivemos – para fazer vir ao mundo precisamente aquilo que lhe é o mais estranho: um sentido” (MERLEAU-PONTY, 2012, p. 113). A realização da obra abre a possibilidade de ampliação do universo de significados, tendo a linguagem a capacidade de gerar também novos significados, o que implica na possibilidade de ressignificação da cultura na qual se encontra o sujeito.

Merleau-Ponty (2013a) destaca que a arte, principalmente a pintura, dá acesso à expressão do ser no mundo, tornando visível o que está invisível, assim como uma “mágica da visão” (p. 24). É a partir da visão que o pintor consegue expressar um mundo que se revela por ele e para ele. Fazendo alusão à clínica ampliada, essa sensibilidade também deve ser a do profissional da saúde, o qual precisa buscar, em suas vivências e relações com os pacientes/ clientes, compreender aspectos que influenciam direta ou indiretamente nas suas condições de saúde-doença.

Nesse cenário, compreendemos que há aproximações possíveis entre uma clínica humanizada em saúde e a arte, estas como duas dimensões que oportunizam a criação de um universo de

significados num mundo cultural. A arte toma o já dado, o natural, desconstruindo-o ou recriando-o na própria realização da obra de arte. É trabalho da arte desatar *laços* costumeiros, atando outros laços, que, não sendo correntes, estão sempre em movimento de construção e reconstrução. Assim, também em uma perspectiva fenomenológica, sujeito em atendimento em um serviço de saúde compõe e decompõe seu vivido, a partir da descrição, ampliando seu universo de possibilidades. O espaço clínico é, por excelência, um campo de construção de novos significados em que profissional e cliente caminham em direção ao mundo vivido.

Merleau-Ponty (2013b) aponta que, na arte, o pintor está interessado em exprimir suas relações com o mundo, englobando seu campo de experiência, em que não há diferença nítida entre os critérios objetivos e subjetivos. Pintor e pintura estão entrelaçados, não havendo uma cisão marcadamente definida. Dessa forma, podemos destacar que nesse entrelaçamento intenciona-se uma clínica que compreende o homem enraizado com o mundo a fim de alcançar os significados de suas experiências vividas.

A obra consumada não é, portanto aquela que existe em si como uma coisa, mas aquela que atinge seu espectador convidando-o a recomençar o gesto que a criou e, pulando os intermediários, sem outro guia além do movimento da linha inventada, do traçado quase incorpóreo, a reunir-se ao mundo silencioso do pintor, a partir daí proferido e acessível (MERLEAU-PONTY, 2013b, p. 76).

Assim como a pintura expressa algo antes que possamos pensar sobre o que se apresenta, não visando ser uma imitação de alguma coisa e nem passível de separação de quem a percebe (MERLEAU-PONTY, 2011), a relação estabelecida entre profissional e sujeito, por intermédio da fala, vai sendo construída como um meio de expressão no mundo. Mesmo uma existência que se encontra rígida ou uma pintura com contornos definidos, é uma expressão do real naquele momento para aquele que a vive e/ou pinta. Os contornos enrijecidos vão se dissolvendo ao trabalharmos com o indivíduo em interseção com o mundo.

A descrição apresenta-se, na clínica, como um modo que possibilita abraçar a experiência vivida do sujeito, por meio de uma fala

exaustiva, na qual o profissional de saúde alcançará os principais conteúdos trazidos na relação (MOREIRA, 2009). Podemos entretecer o ato de descrever com o de pintar, como atitudes semelhantes que retratam a experiência vivida.

Um pintor como Cézanne, um artista, um filósofo deve não apenas criar e exprimir uma ideia, mas ainda despertar as experiências que a enraizarão nas outras consciências. Se a obra é bem-sucedida ela tem um estranho poder de ensinar-se ela mesma (MERLEAU-PONTY, 2013, p. 140).

Pensamos a clínica como uma pintura de Cézanne, sempre em movimento, que dá corpo a uma linguagem de cada mundo vivido (MOREIRA; BLOC, 2012). No encontro da relação, profissional e sujeito são mudados, a partir de uma experiência potencialmente criadora de novas formas de vivenciar a si no mundo. O profissional caminha lado a lado daquele que sofre, facilitando as modificações dos significados do vivido. Não é no gesto nem no ato de falar que está o sentido, mas na forma como se dá esse gesto e essa fala no corpo e como esse corpo se apropria deles.

Assim como o profissional de saúde, o pintor se aproxima do mundo com o seu olhar e se permite passear por esse mundo e senti-lo para depois pintá-lo. Imerso no visível por seu corpo, ele próprio visível, o vidente não se apropria do que vê; apenas se aproxima dele pelo olhar, se abre ao mundo. E esse mundo, do qual ele faz parte, não é, por seu lado, em si ou matéria (MERLEAU-PONTY, 1960/2013a, p. 19).

Assim como na música e na pintura, o profissional de saúde utiliza suas habilidades linguísticas, e porque não dizer “artísticas”, para “escutar” e “olhar” o sujeito, tentando aproximar-se e sentir o seu mundo para compreendê-lo. Essa relação assemelha-se ao pintor, quando ele percebe o mundo com o seu olhar, no momento da pintura, sem utilizar técnicas definidas e contornos precisos; assemelha-se também ao músico, que é capaz de musicalizar sons cotidianos em arte. Assim, esse olhar possibilita ao profissional da saúde enxergar para além do que o corpo ou a mente de seus pacientes/clientes expressam, ampliando as possibilidades de interação e intervenção. Nesse caso, as relações clínicas ganham sons, contornos e

cores que podem ser destacados por meio da maior contextualização das ações de saúde e do aumento da resolubilidade.

#### 15.4. Conclusão

Consideramos que a noção de arte, no pensamento de Merleau-Ponty, contribui para uma clínica humanizada, uma vez que ambas se constituem como um espaço de criação, expressão e possibilidades de crescimento, modificando a forma dos indivíduos serem e viverem. Na arte, o pintor cria e recria o mundo percebido, tornando visível para si o que não está muito definido, dando acesso à expressão do mundo vivido que lhe toca e convidando o outro a experimentar, via criação, outros mundos possíveis.

Merleau-Ponty, com sua fenomenologia, assinala que o pensamento científico não é a única via de conhecimento, visto que a filosofia e a arte funcionam como outras possibilidades de acessar o humano, na medida em que pensar e sentir caminham juntos. A vida, sendo maior do que qualquer teoria é composta por um tecido de significações que constituem o mundo vivido próprio de cada um. A arte, nesta perspectiva, é um movimento de voltar-se para si, uma experiência de autoconhecimento vivida como carne, na interseção homem e mundo, partilhando experiências e construindo valores.

Assim como a arte, uma clínica humanizada compreende a relação homem e mundo de modo entrelaçados como a experiência vivida do sujeito /pintor. O sujeito, ao falar de sua existência em psicoterapia, pinta o seu mundo sem se preocupar em estabelecer sentido. A partir da descrição do vivido, o sujeito começa a esboçar significados que vão sendo construídos junto às palavras e gestos assim como na arte, uma vez que não há um *a priori* determinado, visto que obra e vida se misturam.

A clínica se aproxima da arte, discutida por Merleau-Ponty, ao enfatizar o vivido do sujeito como algo singular, não tendo como propósito diagnosticar e classificar, mas de compreendê-lo como uma experiência vivida que está fundida com o mundo. É no movimento de expressão que arte e clínica se incorporam, dando

margem a um novo olhar sobre o fazer do profissional, na medida em que ambas dialogam com o mundo vivido que se expressa na própria relação clínica.

### 15.5. Referências

ALVES, F. C. A Filosofia Merleau-pontiana e a Arte. *Palíndromo Teoria e História da Arte*, 1(3), 223-255, 2010

Alvim, M. B. A clínica como poética. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 1007-1023, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização Brasília (DF); 2013.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec. 2003. 185p.

FONTES FILHO, O. *Merleau-Ponty na trama da experiência sensível*. São Paulo: Editora Faap-Unifesp, 2012.

GULLAR, F. *Argumentação contra a morte da arte*. 5 ed. Rio de Janeiro: Revan. 1997.

HUSSERL, E. *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

MELLO, I. *Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais*. 2008. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro\\_livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro_livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)>. Acess em: 02 fev. 2017.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. A Dúvida de Cézanne. In: *O olho e o Espírito*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MERLEAU-PONTY, M. *Signos*. São Paulo: Martins Fontes, 1960.

MERLEAU-PONTY, M. O olho e o Espírito. In: *O olho e o Espírito*. São Paulo: Cosac Naify, 2013a.

MERLEAU-PONTY, M. A linguagem Indireta e as Vozes do silêncio. In: *O olho e o Espírito*. São Paulo: Cosac Naify, 2013b.

MERLEAU-PONTY, M. (2012). *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva. Coleção Debates, 2012.

MOREIRA, V. (2009). *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia clínica*. São Paulo: Annablume, 2009.

MOREIRA, V.; BLOC, L. Clínica do Lebenswelt (mundo vivido): articulação e implicação entre teoria e prática. In: TATOSSIAN, A.; MOREIRA, V.

*Clínica do Lebenswelt: Psicoterapia e Psicopatologia Fenomenológica*. 1 ed. São Paulo: Escuta, 2012.

NÓBREGA, T. P. Corpo, gestos e expressão: notas sobre uma ontologia sensível em Merleau-Ponty. *Pró-Posições*, 21(2), 87 – 100, 2010.

PIZZANI, L. et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf*, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. Campinas, 2012.

SILVA, F; BARROS, M.; MARTINS, C. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, 19(55), 1157-68. 2015.

SUNDFELD, A C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4):1079-1097, 2010.

TARDIVO, R. C. Uma perspectiva poética-crítica em psicologia da arte. *Revista psicologia política*, 12(23), 153-160, 2012.

TELLES, T. C. B.; MOREIRA, V. A Lente da Fenomenologia de Merleau-Ponty para a Psicopatologia Cultural. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 205-212, 2014.

VERDI, M.; FLINKER, M.; MATIAS, M. A. dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemol Serv. Saúde*, 24(03), 363-372. 2015.



## CAPÍTULO 16. Percepção Parental sobre o Impacto dos Tecidos de Poliéster no Bem-Estar Sensorial de Crianças com Autismo

*Luciana França Jorge*

*Karla Maria Carneiro Rolim*

*Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque*

*Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes*

*Nadia Louisa Cherchem*

*Christine Guedson*

*Charlene Fernandes Baima Trajano*

### 16.1. Introdução

Autismo ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta as habilidades de socialização e comunicação e caracterizado pela presença de *déficits* no âmbito da interação social, com manifestações que incluem restrição de interesses, adoção de comportamentos repetitivos e desregulação emocional (Hodges; Fealko; Soares, 2020).

Os primeiros sintomas do TEA se manifestam ainda na primeira infância, geralmente até os primeiros três anos de vida (Duarte *et al.* 2016). Incluem-se no transtorno dois domínios: um associado às dificuldades de comunicação e interação social e outro referente a comportamentos restritivos e repetitivos (Brasil, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), 70 milhões de pessoas no mundo apresentam TEA e no Brasil cerca de 2 milhões de pessoas foram diagnosticadas, além disso, estima-se que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças tem o distúrbio. A 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), implantada em 2022, aproximou-se do DSM-IV no incluir a categoria denominada TEA e enfatizar sua relação com cognição, capacidade intelectual e linguagem funcional (*World Health Organization*, 2018).

Conforme o DSM-V e a CID-11 compreender o autismo dentro de um único espectro ou categoria, variando em níveis de gravidade, baseado na funcionalidade (DSM-5); ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional (CID-11). Ambos adotam não apenas critérios comportamentais e indicadores do desenvolvimento, mas também, critérios cognitivos e de adaptação ao meio, como a funcionalidade e as atividades da vida diária (Fernandes; Tomazelli; Girianelli, 2020).

As crianças com TEA, além das características relacionadas ao comportamento, podem desenvolver uma série de sensibilidades e interesses sensoriais (Williams; Wright, 2008). De acordo com Antunes e Vicentini (2005), algumas crianças com TEA apresentam dificuldades em relação a interação sensorial, esta característica dificulta a interação produtiva com o ambiente e a aprendizagem. Muitas destas alterações estão relacionadas à interação sensorial da criança com todos os objetos ao seu redor, especialmente, os brinquedos e os tecidos das suas roupas.

A interação sensorial é o processo neurológico que organiza as sensações para que se possa viver no mundo e este faça sentido. Em relação a interação sensorial as crianças com TEA podem apresentar uma perturbação de modulação sensorial ou desmodulação sensorial (Serrano, 2016). É comum crianças com TEA apresentarem desmodulação sensorial, com diferentes graus de intensidade. Algumas sensíveis ao som, outras não conseguem comer determinados alimentos e aquelas que possuem aversão por determinadas texturas, seja de um alimento cremoso ou a textura de tecido que lhes encoste na pele (Dourado, 2012).

Para o vestuário infantil o conforto têxtil é uma necessidade básica e para uma criança diagnosticada com TEA é primordial o aspecto do conforto nas suas roupas, já que algumas crianças autistas podem apresentar uma perturbação de modulação sensorial. A Tecnologia Têxtil, aborda a produção de tecidos, que, dependendo do tipo de matéria-prima e processo, podem trazer risco a saúde. A produção dos tecidos utiliza produtos químicos nocivos para o indivíduo adulto e, principalmente, para as crianças e atingem ainda mais as crianças com TEA (Lobo; Limeira; Marques, 2014).

Em se tratando de promover a saúde da criança por meio do seu bem-estar, aqui relacionado com o vestuário infantil apropriado à criança com TEA, buscou-se comprovar a relação bem-estar/vestuário, através do uso de roupas compostas de fibras 100% poliéster. A relevância do estudo foi relacionar um tipo de tecido utilizado em roupas de crianças com TEA, na contribuição do bem-estar e prevenção de quadros de desorganizações, irritabilidade e agitações dessas crianças, e que contemple as necessidades de tranquilidade no cotidiano das famílias que vivenciam o Autismo. Objetivou-se, portanto, com o estudo: analisar a relação da irritabilidade da criança com TEA e as suas roupas compostas com a fibra de poliéster.

## 16.2. Método

Estudo exploratório de método qualitativo (Minayo, 2001; Polit e Beck, 2019), realizado em quatro instituições consideradas referência na abordagem de pessoas com TEA, de acordo com a Anuência das Instituições: NPC Instituto Neuropsicocentro, Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), Recanto Psicopedagógico e Conviv Neurociência e Reabilitação.

Participaram do estudo 78 pais ou responsáveis de crianças com faixa etária entre 5 a 10 anos, diagnosticadas com TEA, segundo a DSM-V, independente de uma condição genética associada e do sexo, compondo uma amostra não probabilística e de intenção, assistidas nas instituições participantes e que estiveram presentes no período da coleta dos dados da pesquisa. Foram excluídos os pais de crianças que não tinham o diagnóstico de TEA fechado.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2020 a maio de 2021 em duas etapas: Primeira etapa: contato com a coordenação das instituições parceiras para recrutamento dos pais e escolha do dia e horários para realização das entrevistas. Foi orientado aos pais a observação das crianças utilizando, as roupas (pijamas) - confeccionadas com tecidos 100% da fibra de poliéster. Este procedimento foi realizado em todas as crianças com o tecido de fibra de poliéster por duas noites e repetido no terceiro e quarto dia com a roupa composta de algodão 100%.

Na segunda etapa ocorreu a escuta dos pais/responsáveis acerca das vivências ao lado dos filhos com TEA, através de entrevistas semiestruturadas realizadas por meio de mídia social – *WhatsApp*®. O motivo do contato foi certificar a conversão das idades para os tamanhos PP, P, M, G e GG, desta forma pode ser feita a graduação da modelagem.

A finalidade foi compreender a percepção deles quanto as diferenças de comportamento dos seus filhos durante a utilização das roupas com tecidos compostos de fibra de poliéster (100%) e fibras de algodão (100%), durante a realização da pesquisa. Este procedimento foi executado em todos os indivíduos. Dado que o caminho que se seguiu foi, basicamente, a descrição da experiência com a utilização de roupas com fibras diferenciadas.

As entrevistas foram amparadas em uma pergunta norteadora: *Qual a sua percepção sobre o uso de roupas com tecido de poliéster e com tecido de algodão no bem-estar do seu filho?* Esta pergunta buscou essencialmente compreender o significado da experiência vivida a ser pesquisada, onde teve significados culturais, biológicos, psicológicos, ideológicos entre outros. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (COÉTICA/UNIFOR) por meio da Plataforma Brasil, sob o Parecer N°. 3.779.137.

Ocorreu, inicialmente a transcrição para o desenvolvimento da análise de todas as informações obtidas nas entrevistas que possibilitaram a construção de ideias de acordo com as respostas dos entrevistados. Após essa etapa, realizou-se a inserção das falas dos participantes com o auxílio do *software* livre *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)* para a análise e criação dos núcleos temáticos até chegar às categorizações. Para a análise textual da pesquisa, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Essa interface possibilita, com base no *corpus* original, a recuperação dos segmentos de textos e a associação de cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados, ou seja, cada entrevista é

denominada de Unidade de Contexto Inicial (UCI). As Unidades de Contexto Elementar (UCE), ou segmentos de texto que compõem cada classe, são obtidas a partir das UCI e apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes (Souza *et al.* 2018).

Para que ocorresse a publicação da pesquisa, os entrevistados foram denominados por codinomes E<sub>1</sub>, E<sub>2</sub>, E<sub>3</sub>... E<sub>25</sub> para representar os pais de crianças com TEA, os quais todos foram enumerados de modo a assegurar o seu anonimato e sigilo. Foram entregues 78 kits e dos 65 pais entrevistados foram excluídos 40. O fechamento amostral deu-se por saturação, ou seja, quando não havia informação nova nos depoimentos. Desse modo, participaram 25 pais de crianças com TEA.

As entrevistas foram compostas de cinco perguntas elaboradas e validadas pelas próprias pesquisadoras: *No dia que antecedeu os experimentos, a criança teve algum aborrecimento ou alteração de humor? O que foi observado nas duas noites em que a criança usou o Pijama Amarelo 100% algodão? O que foi observado nas duas noites em que a criança usou o Pijama Verde 100% poliéster? Na manhã seguinte aos experimentos, você observou alguma alteração no humor da criança? Em relação a roupa e aos componentes da roupa, o que mais incomoda o seu filho(a)?*

A análise inicialmente foi realizada a partir da caracterização dos entrevistados e os depoimentos por eles relatados foram transcritos e constituiu o *corpus* textual. Cada texto possuiu uma linha de comando que foi ordenado respectivamente, entrevistado 01 até entrevistado 25, considerando que todas as perguntas foram suprimidas, utilizando-se apenas os relatos. Posteriormente, o arquivo foi salvo no formato UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*), sendo possível realizar a análise pelo *IRAMUTEQ*.

### 16.3. Resultados da Análise

Foram realizadas análises lexicográficas clássicas no *IRAMUTEQ* para identificar os dados estatísticos e quantificar as evocações e formas. Obteve-se a CHD para aferir os dados do dendrograma

em função das classes geradas, considerando as palavras com  $X^2 > 3,84$  ( $p < 0,05$ ). Posteriormente, executada a Análise de Similitude, com base a Teoria dos Grafos, foi capaz de identificar as ocorrências entre as palavras e sua conexidade.

O *corpus* geral foi constituído por 25 textos, separados em 241 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 214 STs (88,80%). Emergiram 3972 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 670 palavras distintas e 338 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes, conforme Figura 1:

- **Classe 1** - “Vivências dos pacientes autistas com uso de pijama 100% poliéster”, com 63 ST (29,44%);
- **Classe 2** - “Experiências dos pacientes autistas com uso de pijama 100% algodão”, com 34 ST (15,89%);
- **Classe 3** - “Comportamento e reações decorrentes ao uso dos pijamas”, com 36 ST (16,82%);
- **Classe 4** - “Barreiras vivenciadas quanto aos componentes das roupas”, com 39 ST (18,22%);
- **Classe 5** - “Análise comportamental no dia do experimento”, com 42 ST (19,63%).

**Figura 1:** Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza, Ceará – Brasil, 2021.



Fonte: Dados das análises lexicográficas clássicas no IRAMUTEQ (2021).

Com o intuito de melhor ilustrar as palavras no do *corpus* textual em seus referentes Classes, organizou-se um Diagrama de Classes com exemplos de palavras de cada Classe avaliadas por meio do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

Nele emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras Classes. Em seguida serão apresentadas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes encontradas por meio da análise de CHD (Figura 2).

**Figura 2:** Diagrama de Classes. Fortaleza, Ceará – Brasil, 2021.



Fonte: Dados das análises lexicográficas clássicas no IRAMUTEQ (2021).

### Classe 1 – “Vivências dos pacientes autistas com uso de pijama 100% poliéster”

Essa Classe refere-se à percepção dos pais durante o uso do Pijama Verde 100% poliéster. A referida Classe é composta pelas seguintes palavras: *verde*, *querer*, *pijama*, *amarelo*, *poliéster*, *tirar*, *rejeitar*, *calor* e *quente*, que sinalizou a rejeição das crianças em relação ao Pijama Verde:

Com o **Pijama Verde** de **poliéster** ele **tirou logo** e disse que era muito ruim eu insisti, mas ele **não quis** ele disse que o **tecido** é ruim. (E10)

[...] com o **Pijama Verde** de **poliéster** ele **queria** ficar com ele pouco tempo, ele não dormia. (E25)

Ele acordou bem, acordava e ia brincar de **Pijama Amarelo**, o **verde** ele **já não queria** brincar de **Pijama Verde** porque era muito **quente** [...]. (E14)

Com o **Pijama Verde** de **poliéster** no primeiro dia ele **já não quis** colocar ele **pegou** no tecido já gerou repulsa não aceitou **vestir** não gostou passou um dia ele deixou **vestir**, mas na hora de dormir ele pediu para **tirar** alegando que estava coçando. (E15)

As reações apresentadas pelas crianças com o uso dos dois pijamas mostraram a preferência pelo Pijama Amarelo, composto por 100% algodão, tal fato foi percebido nas falas dos pais. Conforme Serrano (2016, p. 56), *“a criança com TEA pode apresentar uma disfunção de integração sensorial, ou seja, uma dificuldade em usar a informação recebida pelos sentidos para conseguir funcionar eficientemente nas atividades do dia a dia.”* É importante destacar que a disfunção sensorial das crianças é melhorada com os tratamentos, as medicações e as intervenções terapêuticas, pois todas as crianças que participaram da pesquisa estão sendo acompanhadas por terapeutas ocupacionais, psicólogos e fonoaudiólogos.

Na percepção dos pais a partir das falas, observou-se que, de fato, o Pijama Verde proporciona um desconforto sensorial na maioria das crianças com TEA. Devido as propriedades de baixa absorção, retenção de calor, do toque seco e da aspereza do Pijama Verde, constata-se que as crianças pedem para retirar a peça para conciliar no sono. Esta última propriedade é relativa, se o fio for filamentado, o tecido não será áspero, se o fio for de fibra cortada, é provável que o grau de aspereza seja maior, devido a formação de *pilling*. Consoante Aguiar Neto (1996, p. 320) *“através de variações no processo poderão ser produzidas fibras com diferentes propriedades, dependendo do uso final que se dará às mesmas”*.

As crianças sentiram na pele o desconforto desta fibra, por isso tiveram uma reação de querer tirar o Pijama Verde 100% poliéster por perceberem que é quente, que faz calor e que coça, causando a irritação da pele. A comparação inicial com a fibra de algodão foi inevitável, sendo assim necessário ao pai ou a mãe insistir para que

os filhos vestissem o Pijama Verde. Já com o Pijama Amarelo elas optavam por não retirar ao acordar na manhã seguinte.

### Classe 2 - “Experiências dos pacientes autistas com **uso de pijama 100% algodão**”

Essa Classe traz questões relacionadas às noites das experiências com o Pijama Amarelo 100% algodão. Os pais receberam a mesma orientação de usar por duas noites o Pijama Amarelo 100% algodão. A Classe é composta pelos termos: *passar, noite, dormir, agitado, algodão, tranquilo e sono*. Que mostrou a preferência das crianças ao Pijama Amarelo em relação ao Verde:

Com o Pijama Amarelo de algodão dormiu bem a noite toda e dormiu muito bem acordou bem-disposto os dois dias. (E10)

Com o Pijama Amarelo de algodão ela dormiu a noite toda foi uma noite tranquila geralmente ela dorme a noite toda e foi tudo normal. (E8)

Sobre o pijama ele gostou da sensação do tecido dormiu super bem que no outro dia não queria nem tirar o pijama [...], mas nessa noite não se mexeu muito, dormiu super bem com o Pijama Amarelo. (E4)

No dia do Pijama Amarelo de algodão ele se adaptou super bem ele quis dormir duas noites com o Pijama Amarelo. (E11)

O conforto e maciez apresentados pelo Pijama Amarelo que proporcionaram às crianças um sono mais tranquilo é o resultado da combinação das propriedades do algodão. Algumas crianças verbalizaram não gostar da cor amarela e, mesmo com essa objeção preferiram o pijama de algodão ao invés do Pijama Verde 100% poliéster. Isto pode ser explicado devido ao fato da fibra de algodão possuir hidrofiliidade, que é a capacidade que certas fibras têm de absorver e reter a água (Pezzolo, 2013).

O algodão por ser uma fibra com toque macio e agradável, excelente respirabilidade, é flexível, tem uma excelente absorção, que facilita o conforto térmico (Lobo; Limeira; Marques, 2014). Estas propriedades fazem com que a roupa composta por algodão tenha uma interação muito satisfatória com a pessoa que a veste.

### Classe 3 - “Comportamento e reações decorrentes ao uso dos pijamas”

Em relação ao comportamento e reações decorrentes ao uso dos pijamas. Os pais foram orientados a observar o humor da criança na manhã seguinte aos experimentos. As palavras mais recorrentes foram *vestir, manhã, seguinte, humor, alteração, gente, ótimo, mudança, irritado e bom*:

Na **manhã seguinte**, não teve **alteração** de **humor**, mas na aula online ele quis **ficar** com o Pijama Amarelo. (E13)

Na **manhã seguinte** não teve **alteração** no **humor**. (E12)

Na **manhã seguinte** do **uso** do pijama de poliéster, **acordou** de **mal humor**. Aqui eu tento usar mais algodão, ele não tolera muito o poliéster. (E17)

Na **manhã seguinte** estavam bem, de **bom humor**. (E1)

A interação das crianças com as duas estruturas têxteis não causou alterações na maior parte delas. O que se observa é a existência de uma relatividade no comportamento da criança com TEA. Houve os casos das crianças, como relatam os pais E7 e E21 (ambas com grau leve), fazem uso de um antipsicótico atípico (Risperidona<sup>®</sup>) e, segundo os pais, tiveram uma noite de sono muito ruim com o pijama de poliéster e na manhã seguinte acordaram irritadas.

No caso da criança dos pais E6, que tem o autismo moderado e não toma a medicação Risperidona<sup>®</sup>, o comportamento foi diferente, ela acordou com bom humor e sem queixas, após o uso dos dois pijamas. No entanto, esta análise deve ser mais aprofundada, pois as crianças com TEA, devido a disfunção da integração sensorial, podem apresentar uma perturbação na modulação sensorial, que é um processo que acontece ao nível neurológico e comportamental.

Consoante Serrano (2016), os autistas podem ter respostas hipossensíveis, hipersensíveis ou manifestar comportamentos de procura sensorial. Assim, a dificuldade em compreender informações sensoriais é uma característica comum dos indivíduos portadores do TEA. Contudo, há grande variação no grau de intensidade e na forma que essas informações são recebidas e interpretadas (Gallina, 2019).

Além destes, outros fatores podem contribuir para o resultado como, por exemplo: o hábito da criança de dormir ou não com roupa ou o fato de estarem habituadas a usar pijamas de algodão. Haja vista que mudar o hábito da criança e fazê-la sair da sua rotina pode ocasionar irritabilidade.

#### Classe 4 - “Barreiras vivenciadas quanto aos componentes das roupas”

Essa Classe refere-se à percepção dos pais em relação a interação das crianças com o vestuário e todos os seus componentes. As *palavras roupa, etiqueta, incomodar, costura, botão, problema, grosso, sensibilidade e autismo*:

Sobre **roupa** em **geral** ele já teve **muitos problemas** tipo **etiqueta** e tinha uma pequena **sensibilidade a textura** [...]. (E2)  
Sobre as **roupas** no **geral não** é toda **roupa** que ele veste o **jeans muito grosso** o **incomodo** e mais com tecidos **grossos**, quando o elástico e muito **grosso** ele também se **incomoda**. (E10)  
Com **relação a roupa** no **geral** ela se **incomoda** com **etiquetas**, mas com tecidos ela não se **incomoda** muito, quando a roupa está muito justa ela se **incomoda** com as **costuras** [...]. (E8)

Analisando esta Classe é importante citar alguns aspectos relacionados ao vestuário infantil. Primeiramente sobre o incômodo relacionado aos tecidos, além das composições sintéticas, a gramatura do tecido, ou seja, os tecidos pesados e conseqüentemente mais grossos incomodam as crianças com TEA. De acordo com a norma NBR 10591, da Associação Brasileira das Normas Têxteis, um tecido plano é considerado pesado quando a sua gramatura é maior igual a 220g/m<sup>2</sup> (Associação Brasileira das Normas Têxteis, 2008). Já a malha é considerada pesada com a gramatura acima de 200g/m<sup>2</sup>.

Outro aspecto que foi muito citado na fala dos pais das crianças autistas foi a etiqueta interna. Este componente da roupa causa irritabilidade e é quase uma unanimidade, até entre os adultos, no que diz respeito ao desconforto. A etiqueta é desconfortável, porém é um item importante das roupas, pois informam o país de origem, a indicação fiscal, o nome, marca ou razão social. O tamanho da

peça, a composição têxtil e as instruções para a conservação dos produtos (Associação Brasileira das Normas Têxteis, 2012).

Para evitar que os consumidores percam as informações das etiquetas se faz necessário o uso de novas alternativas que não incomodem e nem causem a irritabilidade nas crianças, como é o caso da etiqueta impressa ou carimbada diretamente no avesso da roupa, solução já implementada por algumas marcas de vestuário infantil.

#### Classe 5 - “Análise comportamental no dia do experimento”

Essa Classe aborda aspectos relacionados aos dias que antecederam as noites dos experimentos. Os pais expressaram palavras como: *estar, experimento, dia, bem, rotina, processo, tranquilo, hora e criança*:

No dia do experimento estava tudo bem comportamento tranquilo. (E11)

No dia do experimento ele estava bem tudo tranquilo. (E10)

No dia do experimento ele estava bem dia normal seguiu a rotina na normalidade. (E15)

No dia dos experimentos ele estava bem tudo normal eu procurei começar quando ele estivesse bem. (E19)

Esta preocupação se a criança estava bem e de bom humor no dia do experimento, foi muito importante, pois facilitou a aceitação, por parte das crianças, para usar um novo pijama. Visto que, as crianças autistas podem estar bem e por algum motivo apresentar irritabilidade, além do fato de que a criança com TEA tem a propensão a não gostar de mudanças na sua rotina. Isso iria dificultar o processo na hora de realizar o experimento e comprometer os resultados.

Um dos critérios estabelecidos para o diagnóstico das crianças com TEA são os padrões restritivos, estereotipados, atividades, que inclui interesses restritos, adesão inflexível a rotinas e rituais não funcionais específicos (Klin, 2006). O fato de a criança ter tido um dia normal, sem perturbações ou estresse facilitou bastante para que a mesma aceitasse o novo pijama.

Alguns pais relataram até o gosto pessoal pela cor verde ou amarela, mas isso não chegou a perturbar as crianças ao ponto de

não quererem realizar o experimento com os novos pijamas. Desta forma, foi possível para os pais terem uma observação mais clara do comportamento das crianças.

Uma limitação do estudo, refere-se a escassez de material científico relacionando os têxteis à sensibilidade sensorial tátil. O que dificultou a captação de artigos para a revisão integrativa. Sugere-se, portanto, outros estudos que explorem as relações têxteis e sensibilidade tátil, tanto para a área da Saúde quanto para a área do *Design* de Moda.

#### 16.4. Considerações Finais

A pesquisa vai de encontro com a possibilidade de contribuir tanto para o bem-estar da criança como também, alertar aos pais sobre as composições têxteis de fibras sintéticas, mais especificamente, os tecidos com 100% de fibras de poliéster, que trazem riscos à saúde das crianças com TEA. Os resultados deste estudo terão, decerto, relevância para a divulgação e sugestão de tecidos mais adequados para o favorecimento da integração sensorial e social das crianças com autismo, de forma a ser advertido na etiqueta impressa da roupa que a composição do tecido, em questão, é indicada para o vestuário infantil.

Os resultados obtidos confirmaram as hipóteses iniciais de que a fibra de poliéster não é indicada para o vestuário das crianças e, principalmente, das crianças com TEA, haja vista que, podem aumentar as alterações sensoriais e prejudicar a modulação sensorial destas crianças.

Quanto à Promoção da Saúde, os resultados da pesquisa, decerto, proporcionarão aos profissionais da saúde e pais de crianças com TEA, conhecimentos sobre os tecidos, suas estruturas, benefícios e malefícios das composições têxteis. Estas informações e as indicações dos tecidos mais adequados são relevantes na promoção do bem-estar, podendo reduzir possíveis desconfortos para as crianças, orientando os pais, no manejo das intercorrências iniciais relacionadas ao TEA, e sobre o vestuário ideal para seus filhos. Neste sentido, as roupas com tecido mais indicado, irão sim, reduzir desorganizações, irritabilidades e agitações.

## 16.5. Referências

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÊXTEIS. **ABNT Catálogo**. Gramatura para tecidos - ABNT NBR 10591:2008. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/curs.aspx?ID=2238>. Acesso em: 24 set. 2024.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÊXTEIS. **Normalização: Caminho da qualidade na confecção** [recurso eletrônico]. Associação Brasileira de Normas Técnicas, Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. – Rio de Janeiro: ABNT; SEBRAE, 2012. Disponível em: <http://abnt.org.br/paginampe/biblioteca/files/upload/ane-xos/pdf/d2f9da2dc7058b510ebf8923e474a88d.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

AGUIAR NETO, P.P. **Fibras Têxteis**. Rio de Janeiro: SENAI-DN; SENSI-CETIQT: CNPq: IBICT: PADCT: TIB, 1996, v.2.

ANTUNES, E.S.C.F.; VICENTINI, C.R. Desenvolvendo a sensibilidade sensorial tátil plantar em portadores de autismo infantil através do “tápete sensorial” - Estudo de três casos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.3, n.1, p.47-52, 2005. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/177/134>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. 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)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

DOURADO, F. **Autismo e cérebro social: compromisso e ação**. Fortaleza: Premius, 2012.

DUARTE, C.P.; SCHWARTZMAN J.S.; MATSUMOTO M.S.; BRUNONI, D. Diagnóstico e intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo: relato de um caso. *In*. CAMINHA, V. R.; HUGUENIN J.; ASSIS, L.M. DE; ALVES, P.P. **Autismo: vivências e caminhos**. São Paulo: Blucher, 2016.

FERNANDES, C.S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V.R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, V.31, 2020.

GAIATO, M. TEIXEIRA, G. **O Rezinho autista**. Guia para lidar com comportamentos difíceis. São Paulo: Nversos, 2018.

GALLINA, L.P. **Toc Therapy: design e estimulação multissensorial para crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista)**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de *Design*). da Universidade Caxias do Sul, Bento Gonçalves, 2019.

HODGES, H.; FEALKO, C.; SOARES, N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. **Translational Pediatrics**, v.9, S55-S65, 2020. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/32206584/>. Acesso em: 25 set. 2024.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28 (suppl 1), p. s3-s11, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZN-BhCsndB9Sf5ph5KBYGD/?lang=pt#>. Acesso em: 24 set. 2024.

LOBO, R.N.; LIMEIRA, E.T.N.P.; MARQUES, R.N. **Fundamentos da tecnologia têxtil**: da concepção da fibra ao processo de estamparia. São Paulo: Editora Érica, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

PEZZOLO, D.B. **Tecidos**: história, tramas, tipos e usos. 4.ed. São Paulo: Senac, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, T.C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

SERRANO, P. **A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança**. Lisboa: Papa Letras, 2016.

SOUZA, M.A.R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev Esc Enferm USP**, v.52, n:e03353, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 24 set. 2024.

WILLIAMS, C.; WRIGHT, B. **Convivendo com o autismo e síndrome de Asperger**: estratégias práticas para pais e profissionais. São Paulo: M. Books do Brasil, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics**. Geneva (CH): WHO, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 24 set. 2024.



# Sobre os Autores

## **Adriana Rolim Campos**

**Farmacêutica.** Pós Doutora em Farmácia. Professora Titular da Universidade de Fortaleza - - UNIFOR.

## **Adson Rodrigo Silva Pinheiro**

**Historiador.** Doutorando em História pela Universidade Federal Fluminense – UFF.

## **Alexandre Granjard**

Department of Psychology, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden. Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being. Lab for Biopsychosocial Personality Research (BPS-PR) Lab, International Network for Well-Being.

## **Alexandre Pinheiro Braga**

**Farmacêutico.** Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - - UNIFOR.

## **Aline Veras Moraes Brilhante**

**Médica.** Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla entre Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

## **Alisson Salatiek Ferreira de Freitas**

**Enfermeiro.** Mestre em Ensino na Saúde. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

## **Amanda de Oliveira Toledo**

**Fisioterapeuta.** Mestranda em saúde coletiva. Preceptora do ambulatório da dor da Universidade de Fortaleza e bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

## **Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes**

**Enfermeira.** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

## **Ana Cristina Lindsay**

**Epidemiologista.** Pós-doutorado em Avaliação de Programas pela *Harvard Childrens Initiative*.

### **Ana Fátima Braga Rocha**

**Enfermeira**, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Ana Karinne Dantas de Oliveira**

**Enfermeira**, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, Coordenadora de Imunização do Município de Itaitinga.

### **Ana Maria Melo de Pinho**

**Psicóloga**. Doutoranda em Educação/ PPGEduc- Universidade de Santa Catarina do Sul – UNISC.

### **Ana Mattos Brito de Almeida**

**Psicóloga**. Doutora em Ciências da Saúde (USP). Docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

### **Ana Patrícia Alves da Silva**

**Enfermeira**. Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Bolsista Acadêmica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

### **Ana Paula Vasconcellos Abdon**

**Fisioterapeuta**. Doutorado em Biotecnologia - RENORBIO pela Universidade Estadual do Ceará e Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

### **Andreza Magda da Silva Dantas**

**Pedagoga**. Mestre em Filosofia pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN.

### **Anna Karynne Melo**

**Psicóloga**. Pós-doutora em Saúde Coletiva, Docente titular do curso de graduação de Psicologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

### **Antonio Rodrigues Ferreira Júnior**

**Enfermeiro**. Doutor em Saúde Coletiva. Professor da graduação e Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

### **C. Robert Cloninger**

Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, USA. Lab for Biopsychosocial Personality Research (BPS-PR) Lab, International Network for Well-Being. Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being.

### **Charlene Fernandes Baima Trajano**

**Enfermeira.** Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Neonatologia.

### **Charleston Teixeira Palmeira**

**Fonoaudiólogo.** Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual do Ceará, Docente da graduação de Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Christina César Praça Brasil**

**Fonoaudióloga.** Pós-Doutora em Tecnologias e Serviços de Saúde pelo CINTESIS - Center for Health Technology and Services, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Christine Marcelle Marie Louise Guesdson Caltero**

**Enfermeira.** Universidade de Rouen (IFSI/CHU-ROUEN), França.

### **Danilo Garcia**

Department of Social Sciences, University of Stavanger, Stavanger, Norway. Lab for Biopsychosocial Personality Research (BPS-PR) Lab, International Network for Well-Being. Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being. Department of Behavioral Sciences and Learning, Linköping University, Linköping, Sweden. Centre for Ethics, Law and Mental Health (CELAM), University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden. Department of Psychology, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden.

### **Ehrika Vanessa Almeida de Menezes**

**Nutricionista.** Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora do curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

### **Erika Maria Rocha Leite**

**Musicoterapeuta.** Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

### **Evania Maria Oliveira Severiano**

**Assistente social.** Pós doutoranda em Saúde Coletiva – UNIFOR. Profa Coordenadora da Pós-Graduação Políticas Públicas e Gestão Social-UNIFAMETRO.

### **Evanice Avelino de Souza**

**Profissional de Educação Física.** Pós doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora da Faculdade Terra Nordeste – FATENE.

### **Fabiana Pereira Soares**

**Farmacêutica.** Professora adjunta da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque**

**Enfermeira.** Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialização em Planejamento e Gestão em Saúde Pública pela Faculdade Tahirih, ADCAM.

### **Francisco Aquiles de Oliveira Caetano**

**Economista.** Doutorando em Meio Ambiente pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

### **Francisco Ariclene Oliveira**

**Enfermeiro.** Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC/FAMED/DSC. Bolsista do Programa de Demanda Social (DS) vinculado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/DS.

### **Gerlânia de Oliveira Leite**

**Licenciatura em Ciências Biológicas e Matemática.** Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Maria.

### **Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes**

**Enfermeira.** Posdoctor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutora em Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Atua nas áreas de Ciências de Enfermagem e Ciências de Educação.

### **Herika Paiva Pontes**

**Fisioterapeuta.** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Pesquisadora da Universidade Federal do Cariri – UFCA.

### **Jamila Hunára da Silva Santos**

**Psicóloga.** Mestre em Educação pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente do curso de medicina do Centro Universitário Estácio do Ceará/IDOMED, Campus Quixadá.

### **Jéssica Maiary Rocha Conde**

**Profissional de Educação Física.** Professora da Educação Básica (temporária) do município de Caucaia.

### **Joyce Mille da Silva Santos**

**Profissional de Educação Física.** Centro Universitário Católica de Quixadá.

### **Juliana Lima de Araújo**

**Psicóloga.** Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Integrante do Instituto de Psicologia Humanista Fenomenológica do Ceará (IPHe).

### **Karla Maria Carneiro Rolim**

**Enfermeira.** Pós-Doutora pela Université de Rouen. Professora titular no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC da UNIFOR.

### **Kevin M. Cloninger**

Anthropedia Foundation, St. Louis, USA. Lab for Biopsychosocial Personality Research (BPS-PR) Lab, International Network for Well-Being, Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being.

### **Leila Maria de Andrade Filgueira**

**Fisioterapeuta.** Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará - Campus Quixadá.

### **Luciana França Jorge**

**Estilista.** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (PPGSC/UNIFOR). Graduada em Estilismo e Moda pela UFC - Universidade Federal do Ceará, com especialização em Design Têxtil pela Faculdade Católica do Ceará.

### **Mailin Claudia Feitosa Ferreira**

Graduada em **Psicologia** pela Universidade de Fortaleza.

### **Maraysa Costa Vieira Cardoso**

**Enfermeira.** Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Membro do Grupo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança e do Adolescente.

### **Márcia Maria Tavares Machado**

**Enfermeira.** Pós-Doutorado pela *Harvard School of Public Health*. Professora Associada II, do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina/UFC.

### **Margarida Maria Araújo Duque**

**Psicóloga.** Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza.

### **Maria Alix Leite Araújo**

**Enfermeira,** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

### **Marília Nunes Fernandes**

**Enfermeira.** Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Membro do Grupo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança e do Adolescente.

### **Michelle Sales Belchior**

**Psicóloga.** Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Graduação em Psicologia e da Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza.

### **Milton Alves Danziato Neto**

**Nutricionista.** Especialista em Nutrição Esportiva e Obesidade pela Universidade de São Paulo (USP) e Bioquímica e Fisiologia da Nutrição pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

### **Mirna Albuquerque Frota**

**Enfermeira.** Pós-Doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN). Docente Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR).

### **Nádia Louise Cherchem**

**Enfermeira.** Professora do Instituto de Formação e Cuidados de Enfermagem da Universidade de Rouen (IFSI/CHU-ROUEN). Coordenadora do Programa Erasmus Mundus na Universidade de Rouen, França.

### **Nágila Nathaly Lima Ferreira**

**Nutricionista.** Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

### **Natércia Maria Moura Bruno**

**Enfermeira.** Mestre em Ensino da Saúde. Preceptora do Núcleo da Enfermagem da Residência de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP-HIAS-CE).

### **Nigel Lester**

Anthropedia Foundation, St. Louis, USA. Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being, Lab for Biopsychosocial Personality Research (BPS-PR) Lab, International Network for Well-Being.

### **Nilson Vieira Pinto**

**Profissional de Educação Física.** Doutor em Biotecnologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Instituto Federal do Ceará (IFCE) e vice coordenador do Mestrado em Educação Física (ProEF/IFCE).

### **Paulo Marcelo Nogueira Barros**

**Profissional de Educação Física.** Mestre em Gerontologia Atividade Física e Saúde. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá.

### **Rachel Cassiano de Sousa**

**Fonoaudióloga.** Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Doutoranda).

### **Raquel de Maria Carvalho Oliveira Farias**

**Enfermeira.** Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará.

### **Rosendo Freitas de Amorim**

**Licenciado em Filosofia e História.** Pós-doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva.

### **Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos**

**Enfermeira.** Doutora em Enfermagem. Professora da graduação e Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará.

### **Steferson Dias Sampaio**

Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Bolsista Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

### **Thiago Medeiros da Costa Daniele**

**Profissional de Educação Física** e Bacharel em Nutrição. Promotion of Health and Innovation (PHI) Lab, International Network for Well-Being, Sweden. Pós-Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza.

**Tiago José Nunes de Aguiar**

**Fonoaudiólogo.** Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

**Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele**

**Fisioterapeuta.** Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

**Virginia Moreira**

**Psicóloga.** Pós-Doutora em Antropologia Médica pela Harvard Medical School. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza.





A PoD Editora garante, através do selo FSC de seus fornecedores, que a madeira extraída das árvores utilizadas na fabricação do papel usado neste livro é oriunda de florestas gerenciadas, observando-se rigorosos critérios sociais e ambientais e de sustentabilidade.

Composto e Impresso no Brasil  
Impressão Sob Demanda



212236-0844

[www.podeditora.com.br](http://www.podeditora.com.br)

[contato@podeditora.com.br](mailto:contato@podeditora.com.br)

**2024**