



CRIAR E OUSAR: A BUSCA DO CONHECIMENTO

Teresinha Eduardes Klafke
Paula Camboim Silva de Almeida
Elenor José Schneider
Angelo Hoff

(Organizadores)

TRABALHOS SELECIONADOS NA VII EDIÇÃO DO PRÊMIO **HONRA AO MÉRITO**
DO VII SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO DA UNISC - 2016



Teresinha Eduardes Klafke
Paula Camboim Silva de Almeida
Elenor José Schneider
Angelo Hoff

(Organizadores)

CRIAR E OUSAR:
A BUSCA DO CONHECIMENTO

TRABALHOS SELECIONADOS NA VII EDIÇÃO DO PRÊMIO HONRA AO
MÉRITO DO VII SALÃO DE ENSINO E EXTENSÃO DA UNISC - 2016

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2017





Reitora
Carmen Lúcia de Lima Helfer
Vice-Reitor
Eltor Breunig
Pró-Reitor de Graduação
Elenor José Schneider
Pró-Reitora de Pesquisa
e Pós-Graduação
Andréia Rosane de Moura Valim
Pró-Reitor de Administração
Dorivaldo Brites de Oliveira
Pró-Reitor de Planejamento
e Desenvolvimento Institucional
Marcelino Hoppe
Pró-Reitor de Extensão
e Relações Comunitárias
Angelo Hoff

EDITORA DA UNISC

Editora
Helga Haas

COMISSÃO EDITORIAL

Helga Haas - Presidente
Andréia Rosane de Moura Valim
Felipe Gustsack
Hugo Thamir Rodrigues
Marcus Vinicius Castro Witczak
Olgário Paulo Vogt
Rafael Eisinger Guimarães
Vanderlei Becker Ribeiro

© Copyright: Dos autores
1ª edição 2017

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Editoração: Clarice Agnes, Julio Cezar S. de Mello

Capa: Denis Ricardo Puhl
Assessoria de Comunicação e Marketing

C928 Criar e ousar [recurso eletrônico] : a busca do conhecimento /
Teresinha Eduardes Klafke ... [et al.] (Organizadores). – Santa Cruz
do Sul : EDUNISC, 2017.
Trabalhos selecionados na VII edição do prêmio Honra ao Mérito do VII
salão de ensino e extensão da Unisc – 2016.
Dados eletrônicos
Texto eletrônico
Modo de acesso: World Wide Web: <www.unisc.br/edunisc>

1. Ensino superior. 2. Extensão universitária. I. Klafke, Teresinha Eduardes.

CDD 378

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

ISBN 978-85-7578-458-7



Avenida Independência, 2293
Fones: (51) 3717-7461 e 3717-7462
Fax: (051) 3717-1855
96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS
E-mail: editora@unisc.br - www.unisc.br/edunisc



COMITÊ DE AVALIAÇÃO DOS RESUMOS/TRABALHOS DO VII SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO - 2016

Ciências Humanas:

José Antônio Moraes do Nascimento (Depto. de História e Geografia)

Paulo Roberto Marcolla Araujo (Depto. de Letras)

Susana Margarita Speroni (Depto. de Educação)

Suplentes:

Ernesto Luiz Alves (Depto. de História e Geografia)

Júlio Bernardes (Depto. de Ciências Humanas)

Ciências Exatas, da Terra e Engenharias:

Márcio Pacheco (Depto. de Computação)

Vera Lúcia Bodini (Depto. de Matemática)

Wolmar Alípio Severo Filho (Depto. de Química e Física)

Suplentes:

Jorge André Ribas Moraes (Depto. de Engenharia, Arquitetura e Ciências Agrárias)

Alcido Kirst (Depto. de Química e Física)

Ciências Biológicas e da Saúde:

Bianca Inês Etges (Depto. de Educação Física e Saúde)

Chana de Medeiros da Silva (Depto. de Biologia e Farmácia)

Isabel Pommerehn Vitiello (Depto. de Educação Física e Saúde)

Suplentes:

Vera Somavilla (Depto. de Enfermagem e Odontologia)

Claudia Maria Schuh (Depto. de Educação Física e Saúde)

Ciências Sociais Aplicadas:

Cassio Alberto Arend (Depto. de Direito)

Cristina Eick (Depto. de Ciências Administrativas)

Vania Amires Stiebbe Peiter (Depto. de Ciências Contábeis)

Suplentes:

Bruno Mendeslki de Souza (Depto. de Ciências Econômicas)

Dorangela Retzke (Depto. de Ciências Administrativas)

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Elenor José Schneider

Angelo Hoff

Paula Camboim Silva de Almeida

Teresinha Eduardes Klafke

Edilene Vasconcelos Brun

Rosalice Silva Spies

Tanara Iser



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Teresinha Eduardes Klafke 5

CIÊNCIAS HUMANAS

Trabalho Premiado

A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA NA RESOLUÇÃO DE UM CASO

Iva Selmira Viebrantz, Cristiane Davina Redin Freitas 6

ANÁLISE INSTITUCIONAL: OS INSTITUÍDOS QUE CERCAM UM SERVIÇO DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nívia Arlete Souza Duarte, Julilaine de Oliveira Rosa, Karla Gomes Nunes 18

CONSTRUINDO SIGNIFICADOS SOBRE SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA INSERÇÃO DE IDOSOS EM GRUPOS DE TERCEIRA IDADE

Ana Julia Schunke, Francieli Minetti Martins, Jéssica Fell, Letícia Biolchi, Cristiane Davina Redin Freitas 31

O CAPS AD III E SUA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE: (RE)PENSANDO OS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Vitória Merten Fernandes, Moises Romanini 46

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Trabalho Premiado

A [RE] SIGNIFICAÇÃO DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DA ABORDAGEM PREVENTIVA EM AMBIENTE ESCOLAR

Kamila Mohammad Kamal Mansour, Patrícia Oliveira Roveda 60

PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Kellyn de Bastos Silva, Ricardo Sartori 65

CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Trabalho Premiado

PROJETO “QUEM É MEU PAI?” E O ESTÍMULO AO RECONHECIMENTO VOLUNTÁRIO DE PATERNIDADE EM CAPÃO DA CANOA – RS

Andressa Campestrini dos Santos, Daniel Gonçalves Farias, Geórgia Sperling Garcia, Maria Eduarda Costa Borges, Pedro Jorge Pedersen Baptista, Karina Meneghetti Brendler 76



APRESENTAÇÃO

A Universidade de Santa Cruz do Sul, através da Pró-Reitoria de Graduação e da Pró-Reitoria de Extensão e Relações Comunitárias, publica os melhores trabalhos apresentados no VII Salão de Ensino e Extensão. Neste ano, foram avaliados 482 trabalhos dos quais 34 concorreram ao Prêmio Honra ao Mérito.

Os sete aqui publicados são os que, segundo a Comissão Julgadora, melhor articulam e aproximam o ensino e a extensão, relatando experiências em que a formação se dá em cenários outros que a sala de aula tradicional, gerando conhecimento singular e contribuindo para a vida da comunidade.

Na área das Ciências Humanas, o prêmio foi para uma experiência decorrente de uma atividade realizada em um estágio curricular obrigatório do Curso de Psicologia, tecendo reflexões sobre a rede de atenção em assistência social através do acompanhamento de um caso. O artigo, de modo singelo, mostra como é possível modificar a trajetória da vida de uma criança quando esta consegue ser visível para a rede de atenção.

Ainda estão sendo publicados, na mesma área, mais dois trabalhos. O primeiro analisa um serviço da Política Pública de Assistência Social, trazendo importantes contribuições ao funcionamento desta instituição. O artigo seguinte se foca em como os idosos que frequentam o Grupo da Universidade Adulto Maior (UNIAMA) da Universidade de Santa Cruz do Sul constroem significados acerca da sexualidade no envelhecimento. Por fim, é apresentada uma análise comunitária realizada em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas, que analisa os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial em conjunto com o serviço.

Na área das Ciências Biológicas e da Saúde, foi premiada uma vivência realizada em uma disciplina prática do Curso de Fisioterapia envolvendo um número significativo de escolares e docentes, em atividades preventivas. Esse trabalho evidencia como é possível, através do ensino, realizar intervenções na comunidade as quais contribuem para a saúde das pessoas. Desta área também está sendo publicado um artigo que aborda a questão das práticas de higiene bucal de pacientes em hemodiálise.

Um projeto desenvolvido pelo Curso de Direito no campus de Capão da Canoa foi o premiado na área das Ciências Sociais Aplicadas. Trata-se de uma interessante e importante ação de extensão que visa a auxiliar a construção de relações parentais entre homens e seus filhos. É um trabalho que merece grande atenção, pois com certeza modifica a vida de muitas pessoas.

Desejamos que as experiências aqui relatadas possam servir de inspiração a docentes e estudantes na construção de uma formação engajada na comunidade e, na medida do seu âmbito, transformadora da realidade social.

Uma boa leitura a todos!

Teresinha Eduardes Klafke
Coordenadora Pedagógica da Pró-Reitoria de Graduação



A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA NA RESOLUÇÃO DE UM CASO¹

Iva Selmira Viebrantz²
Cristiane Davina Redin Freitas³

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade explanar sobre o funcionamento da Rede de Serviço Público. Entende-se por rede “[...] sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns” (NEVES, 2009, p. 149). Pretende-se, ainda, evidenciar o quanto é importante para o usuário a organização e a efetivação dessa Rede que, estando articulada, consegue acolher o usuário e sua demanda, fazer os devidos encaminhamentos na busca de uma resolução mais efetiva para o problema apresentado. A título de exemplificação da importância do seu funcionamento, será abordada a situação de um menino de 13 anos, estudante de uma escola pública que acionou o Conselho Tutelar (CT) e este, não sabendo a quem recorrer, encaminhou-o ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Esse menino foi atendido e acompanhado pelo CREAS que acionou outros serviços da Rede e comprovou-se uma mudança em seu comportamento. Sabe-se que, afora os comportamentos esperados de uma criança, o meio em que vive é um disparador para reforçar este ou aquele comportamento.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS, ASSISTÊNCIA SOCIAL E O TRABALHO EM REDE

O advento da Constituição Federal de 1988 permitiu uma integralização das políticas setoriais, objetivando: prover serviços, programas, projetos de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos ou grupos; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos; assegurar que as ações no âmbito da

1 Trabalho premiado na VII edição do Prêmio Honra ao Mérito do VII Salão de Ensino e de Extensão da UNISC 2016.

2 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: iva.viebrantz@uol.com.br

3 Docente e Subcoordenadora do Curso de Psicologia da UNISC. Doutora em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: cristianefr@unisc.br



assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. Para que esses objetivos sejam cumpridos de modo satisfatório, a Política de Recursos Humanos constitui eixo fundamental do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), assim como a descentralização do financiamento e do controle social. Porém, na mesma proporção da sua importância também é grande o desafio de estruturar esse projeto, uma vez que "a precarização do trabalho e dos recursos financeiros, físicos e materiais no setor público sabidamente fragilizou a área da política de Assistência Social" (BRASIL, 2016, p. 11).

Com o surgimento da Constituição Federal, houve um fortalecimento da Assistência Social como política de Seguridade Social, a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a discussão sobre a formulação e implementação de um sistema público descentralizado. Todas essas ações resultaram na atual Política Nacional de Assistência Social (PNAS), com a previsão da sua gestão por meio do SUAS. A Política de Recursos Humanos, bem como a descentralização do financiamento e do controle social constituem eixos estruturantes do SUAS, e a precarização do trabalho e dos recursos financeiros, físicos e materiais no setor público constituem um grande desafio de estruturar esse eixo, fragilizando, assim, a área da política de Assistência Social.⁴

Para o êxito e a efetividade de todas as ações e serviços conta-se com a centralidade da família como núcleo social fundamental, pois parte-se do princípio que a família possui um papel de destaque na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). A formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, dos seus membros e indivíduos e, a fim de garantir condições de incluir seus membros e protegê-los, criou-se legislações específicas, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA; Estatuto do Idoso; Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, entre outras (BRASIL, 2004).

2.1 O funcionamento da rede

Em qualquer assunto referente aos Serviços Públicos a palavra rede se faz bastante presente. Mas qual é o sentido desta palavra e em especial nesse meio? No dicionário Aurélio, sobre o verbete, é informado que sua origem vem do latim (*rete*) e seu significado: "entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, etc., com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido". Ao trazermos essa definição para o dia a dia, pode-se afirmar que o entrelaçamento de fios corresponderia às movimentações que ocorrem entre organizações, grupos e indivíduos que articulam ações entre si, com a finalidade de formular projetos e políticas, bem como meios de executá-los (LOIOLA; MOURA, 1996).

No campo do Estado, as redes representam formas de articulação entre agências governamentais e/ou destas com redes sociais, organizações privadas ou grupos que lhes permitem enfrentar problemas sociais e implementar políticas públicas. Nesse caso estão as chamadas redes institucionais, redes secundárias formais, redes

4 Ibidem



sócio governamentais e redes locais de inserção. (LOIOLA; MOURA, 1996, p. 56).

A rede é ampla e estende-se em todas as direções (multidirecional), com fluxos de ida e volta, com vários serviços interligados, e suas ações não limitam-se apenas às ações técnicas, como: ações terapêuticas, medicalização e outras atividades diversas. Inclui-se, como parte do ofício, o trabalho com os demais serviços do território, mesmo na inexistência de serviços concretos “adequados” para determinado caso, pois é dessa maneira que a rede está permanentemente construindo-se (BRASIL, 2005).

Visando ao atendimento das demandas e necessidades locais houve a descentralização dos serviços públicos oferecidos e este funcionamento da rede pública traz como particularidade a municipalização da política, ou seja, “democratização da gestão pública”. Há definição de uma metodologia unificada de construção de alguns índices (exclusão/inclusão social, vulnerabilidade social) para efeitos de comparação e definição de prioridades da PNAS. É levada em consideração a realidade local, regional, o porte, a capacidade gerencial e de arrecadação dos municípios (BRASIL, 2004).

Para um melhor funcionamento dessa rede, torna-se importante a municipalização da política, ou seja, “democratização da gestão pública” visando ao atendimento das demandas e necessidades locais. Os municípios brasileiros são caracterizados de acordo com seu porte demográfico associado aos indicadores socioterritoriais disponíveis a partir dos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, quanto maior for a concentração populacional, maior será a necessidade de considerar as diferenças e desigualdades existentes entre os vários territórios de um município ou de uma região.

2.2 Redes de assistência social

São constituídas por servidores efetivos que são encarregados pela oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, bem como a organização de todos esses serviços. É preciso que esses servidores levem em consideração o número de famílias e de indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários para um pleno funcionamento da rede (BRASIL, 2006).

As Equipes de Referência dividem-se em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A Proteção Social Básica é o tipo de serviço que visa ao acolhimento das pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social devido à pobreza extrema em que vivem e ainda daquelas cujos laços afetivos encontram-se fragilizados. Para isso, serão desenvolvidos programas, projetos de acolhimento, convivência e socialização de famílias e/ou de indivíduos de acordo com a necessidade apresentada (BRASIL, 2004). Fazem parte desse tipo de serviço os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

Já o tipo de Proteção Social Especial refere-se ao atendimento às pessoas que



encontram-se em situação de risco pessoal e social “[...] por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras” (BRASIL, 2004, p.34).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) trata-se de unidade pública estatal que tem por objetivo prestar serviços especializados e continuados a indivíduos e/ou a famílias que tenham tido seus direitos violados, buscando promover reinserção dos mesmos na sociedade através da potencialização de proteção e fortalecimento de sua autoestima (BRASIL, 2006).

O tipo de serviço prestado envolve acompanhamento e maior flexibilidade nas soluções protetivas; encaminhamentos monitorados; apoio, processos e efetividade na reinserção desejada, possuindo este tipo de serviço uma relação muito próxima com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo (BRASIL, 2004). Esse e outros órgãos constituem a rede de atendimento da Assistência Social.

O serviço de Proteção Social Especial para a prestação de serviços e execução das ações divide-se em Média e Alta Complexidade. Os serviços de Média Complexidade são aqueles que oferecem atendimentos às famílias e a indivíduos com seus direitos violados, mas cujo vínculo familiar e comunitário não foi rompido. Esse tipo de serviço requer maior estruturação técnico-operacional, atenção especializada e mais individualizada e/ ou acompanhamento sistemático e monitorado. Ex.: abordagem de rua; cuidado no domicílio; medidas socioeducativas, etc.

E os serviços de Alta Complexidade são aqueles que garantem proteção integral ao indivíduo (ou à família) que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirado de seu núcleo familiar e/ ou comunitário, envolvendo com isso moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido.

O presente estudo irá deter-se na Proteção Social Especial (PSE), da qual faz parte o CREAS, o local de referência para o atendimento do caso que será posteriormente apresentado.

2.3 Atuação do psicólogo na rede e na assistência social

A partir da década de 70 os psicólogos voltaram-se para fora de seus consultórios e ampliaram suas atividades junto ao atendimento à população, atuando mais ativamente no campo da assistência à saúde pública. As universidades também engajaram-se nesse movimento, tornando suas disciplinas voltadas à formação de um profissional que conheça o sistema de saúde vigente no país, que trabalhe em equipe e que tenha atenção à saúde. Define-se como atenção à saúde a participação do psicólogo na prevenção, na promoção, na proteção e na reabilitação em saúde, de acordo com os referenciais profissionais da atuação dessa categoria (REIS; GUARESCHI, 2013).

É importante o psicólogo perceber-se como sujeito integrante de um processo que, juntamente com outros profissionais, trabalhará pela autonomia, independência



e transformação da realidade daqueles que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Suas ações devem estar comprometidas com a promoção dos direitos desses sujeitos, da cidadania e da saúde, levando sempre em consideração o contexto no qual vive a população atendida. Dentro da realidade e das possibilidades dessa parcela da população, o psicólogo pode e deve propor mudanças, sugerindo intervenções, minimizando as desigualdades e violências, buscando o enfrentamento e a superação das vulnerabilidades.

O trabalho do psicólogo não se restringe apenas à clínica e à escola como únicas opções; há espaço de atuação no sistema judiciário, nos sistemas de saúde pública, nos asilos, nos hospitais. Importante ressaltar que “não é o local que define a clínica, e, sim, a posição do profissional e os objetivos de libertação e de potencialização dos sujeitos” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias atuais, muitas mudanças ocorreram na forma como as questões da saúde são abordadas. Na sua criação, as preocupações básicas diziam respeito às questões sanitárias. Atualmente há um novo olhar que diz respeito às diversas áreas de vida da população, incluindo o exercício da cidadania. Com a ampliação desse olhar sobre o sujeito, outras demandas passaram a surgir, promovendo, assim, uma aproximação da Psicologia com as necessidades sociais e fazendo com que surgissem novos campos de atuação para os profissionais da área. A atuação do psicólogo será no sentido de conscientização e de uma busca pela transformação nos processos sociais, procurando abranger discussões políticas mais amplas na sociedade que visam à construção do exercício da cidadania por intermédio do direito de todos ao acesso à saúde, à educação e a condições de trabalho justas e dignas (REIS; GUARESCHI, 2013).

Podemos dizer que uma das finalidades do psicólogo na Assistência Social é o fortalecimento dos usuários como sujeitos de direitos, podendo participar de todas as ações do CRAS e do CREAS. Sua atuação deve estar articulada a um plano de trabalho que tenha sido elaborado em conjunto com a equipe interdisciplinar. Importante frisar, ainda, que “a oferta dos serviços deve ser planejada, dependendo do conhecimento do território e das famílias que nele vivem; de suas necessidades; de seus pontos fortes, bem como do mapeamento da ocorrência das situações de risco e de fragilidade” (WACHHOLZ; PANCERI, 2011, p.8).

O psicólogo mais do que nunca deve fazer uso de sua ferramenta de trabalho mais preciosa: a escuta. Não raro, o indivíduo traz consigo uma bagagem de privações que o acompanha há gerações, numa espécie de círculo vicioso. Cabe ao psicólogo manter sua escuta atenta, oferecendo a este sujeito possibilidades de romper com esse ciclo.

No próximo item, será apresentado um caso de atendimento em que é demonstrado o trabalho do psicólogo com a rede e seu funcionamento.



3 APRESENTAÇÃO DO CASO

Antônio⁵, um estudante de 13 anos de idade, foi encaminhado de uma escola pública para o Conselho Tutelar (CT) que encaminhou o menino ao CREAS, solicitando atendimento pelo fato de o mesmo apresentar problemas de comportamento e conduta. Aluno agitado, agressivo e sem limite, não respeitava colegas nem professores. Falava palavrões e intimidava todos através de ameaças, dizendo que não tinha medo de nada nem de ninguém. Ensinava os colegas como confeccionar armas brancas, bem como embalar maconha e crack para vender. Era um líder negativo porque estava formando seus seguidores. Ia para a escola com armas brancas (canivete e dardo de arma de pressão), falando sobre diferentes tipos de armas, demonstrando ser um bom conhecedor das mesmas.

Conforme o encaminhamento da escola, Antônio acusa a mãe de receber drogados em sua casa e que esses lhe forneciam essas armas. Conforme relato dos vizinhos, existem muitas brigas na família onde há um pai agressivo querendo matar a mãe e o filho querendo matar o pai, que, na maioria das vezes, está embriagado.

Sobre o ambiente familiar, sabemos que Antônio tem um irmão de 21 anos que está preso por tráfico de drogas, a mãe leva-o para visitá-lo e ele comenta com os colegas na escola sobre os amigos do irmão (presidiários) com quem joga bola, percebendo esse ambiente como adequado. A mãe teve uma união estável com o pai de Antônio por 26 anos. Mas, como ele era usuário de álcool e de drogas e a agredia muito, separaram-se há 6 anos, inclusive com Medida Protetiva.

Percebia-se muita preocupação, até certa exigência da escola, para que o menino passasse a ser medicado com Risperidona. A mãe consultou um advogado porque ouvira falar que poderia ganhar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) por conta de uma “deficiência” (dificuldade na aprendizagem escolar) do filho (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS)⁶ e atualmente, ambos, advogado e mãe, estão tentando obter o medicamento e o benefício judicialmente.

3.1 Articulação da rede no atendimento a Antônio

Em 2010, Antônio foi encaminhado pela escola para avaliação no Centro Integrado de Educação e Saúde (CIES), órgão de administração municipal que tem por finalidade promover diagnóstico e acompanhamento de jovens que apresentam problemas de aprendizagem ou transtornos de comportamento. A equipe profissional deste local dispõe de Psicopedagoga Clínica, Pedagoga, Orientadora Educacional/Educadora Especial, Fonoaudióloga, Neurologista, Neuropediatra, Fisioterapeuta e um Psicólogo. O encaminhamento de Antônio deu-se pelos motivos de: dificuldade de aprendizagem na oralidade (não pronunciava o “r”), na escrita, área psicomotora, falta de concentração, desinteresse, dificuldade no uso das linhas, recorte, pintura, colagem, organização. Não conseguia traçar letras e números. Muito falante e esperto, porém agitado, envolvia-se frequentemente em brigas com colegas, não ficava sentado por muito tempo na sala, tendo dificuldade em respeitar as regras.

5 Nome fictício

6 Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, Art. 20, § 2º.



Em 2013, foi avaliado pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), sendo recomendado: escola regular, sala de recursos, atendimento psicológico e fonoaudiológico individual. Desses procedimentos, o único que foi realizado, na época, foi Antônio passar a frequentar a Sala de Recursos. O parecer final no referido ano foi que o aluno não demonstrava interesse e vontade de participar das atividades propostas, envolvendo-se com as atividades dos colegas e ocasionando constantes discussões. A escrita era silábica em palavras simples, o raciocínio lógico estava se desenvolvendo, realizando cálculos simples de adição e subtração com auxílio. O aluno foi avançando mesmo com sérias dificuldades de aprendizagem até o 3º ano porque o nosso sistema de ensino tem aprovação automática até a referida série.

Em 2014, no 4º ano, Antônio passou a frequentar a Sala de Recursos com outra professora sendo evidentes as dificuldades relatadas no parecer do ano anterior. Prosseguia demonstrando muita insegurança na realização das atividades, não se achando capaz de aprender, temendo atividades que envolvessem multiplicação e divisão. Quando tais atividades lhe eram propostas, Antônio chorava, mas aos poucos e com atividades diferenciadas foi percebendo que poderia compreender e realizar tais cálculos. Neste ano apresentou progressos no processo de leitura e escrita, realizando leituras lentamente e escrita de palavras com a ajuda da professora devido à insegurança. As mudanças no humor eram frequentes, pouco produzindo na sala de aula regular.

Em 2015, Antônio foi encaminhado pela escola ao CT que acionou o CREAS e, apesar da fragilidade nos seus vínculos familiares, Antônio e sua mãe demonstraram adesão aos atendimentos, seguindo as orientações dadas pela equipe, tendo a mãe mostrado interesse em manter o filho vinculado às instituições que o acompanhavam. A frequência de Antônio na Sala de Recursos da escola passou a ser duas vezes semanais (uma individual e outra em grupo) e a professora pôde perceber um progresso maior nos atendimentos individuais. Foi aprovado para o 5º ano, apesar das dificuldades apresentadas, em função de os professores levarem em consideração a idade do aluno, todos os encaminhamentos feitos e o interesse, do aluno e da família, em participar das atividades e serviços propostos. Percebeu-se que Antônio apresentava progressos, principalmente na convivência, embora pedagogicamente não tenha atingido o nível adequado/esperado para o 5º ano.

A fim de potencializar seu desenvolvimento e inserção comunitária, Antônio foi encaminhado pelo CREAS à Organização Não Governamental (ONG) Parceiros da Esperança (PARESP), órgão mantido pela Prefeitura em uma parceria voluntária e pelas doações de pessoas jurídicas e físicas da comunidade. A PARESP trabalha com uma proposta socioeducativa de turno oposto (jornada ampliada) ao das escolas públicas. O público-alvo da PARESP são os estudantes da rede pública de ensino, com idades entre 04 (desde que a criança esteja frequentando regularmente a escola) e 17 anos, todas residentes na cidade. São oferecidas gratuitamente oficinas de: canto coral; dança; crochê; tricô; informática; atividades desportivas e recreativas; culinária; atividades pedagógicas (apoio pedagógico às atividades escolares); teatro e atendimento psicossocial.

Antônio passou a realizar atividades de sua livre escolha (futebol, judô e atividades pedagógicas) três vezes por semana. Demonstrou-se integrado às atividades e



sua conduta foi apreciada pela equipe da instituição. E diante das dificuldades de aprendizagem observadas ao longo dos atendimentos, Antônio também foi encaminhado novamente para avaliação psicopedagógica e fonoaudiológica no CIES.

Importante ressaltar que desde que o menino começou a fazer parte da PARESP, passou a orgulhar-se das suas notas e progressos (no comportamento, nos cálculos de matemática); demonstrando satisfação em fazer parte da ONG, parecendo bem integrado, fazendo novas amizades. Na escola, passou a receber elogios das professoras pela melhora no comportamento.

Em relação ao desenvolvimento pedagógico, atualmente, Antônio encontra-se no nível silábico alfabético, demonstrando insegurança ao escrever, pedindo para a professora pronunciar pausadamente as palavras em que apresenta maior dificuldade ortográfica. A leitura acontece de forma lenta e pausada, necessitando apoio da professora que considera haver evolução. Realiza cálculos de adição e subtração sem uso de material concreto e cálculos mentais simples. Na multiplicação resolve cálculos com um e dois algarismos, consultando algumas vezes a tabuada. Apesar de apresentar algumas dúvidas, reconhece o processo de representação da divisão em conjuntos e divisão utilizando a tabuada.

Desenvolve atividade de coordenação ampla e fina, apresentando um pouco de dificuldade na lateralidade, o que leva a professora a perceber que o aluno necessita de um tempo maior em cada fase de aprendizagem. Tem demonstrado melhora na sala de aula, copiando as atividades, mantendo o caderno em dia e lidando melhor com as situações de conflito.

Algumas vezes a professora percebe que o aluno perde o foco, apresentando dificuldades em manter o interesse e valorizar o que já conquistou. Considera-se, desta forma, importante manter um acompanhamento pedagógico, principalmente no CIES, uma vez que em sala de aula regular é difícil a professora trabalhar as atividades de acordo com a necessidade que Antônio apresenta.

A estagiária que atendia Antônio desvinculou-se do CREAS por término do estágio, Antônio segue sendo acompanhado pelo CREAS, tendo atendimento quinzenal com outra estagiária de Psicologia, fazendo parte da Oficina de Artes da qual gosta muito. Continua frequentando a PARESP e, na escola, os professores incrédulos de tamanha mudança de comportamento do aluno observam-no às escondidas durante o intervalo porque receiam que ele esteja dissimulando. Certamente Antônio ainda apresenta dificuldades de aprendizagem a serem vencidas, mas tem-se sentido cada vez mais capaz de fazê-lo. O meio familiar não apresentou tantas mudanças como as que Antônio tem apresentado. O que se percebe é que o menino, diferente de outros tempos, sente-se constrangido diante das grosserias de sua mãe quando esta comparece, acompanhando-o nos atendimentos. Considera-se neste caso isso algo positivo, pois parte-se do princípio que Antônio percebe que há outras realidades para além do que sua mãe lhe apresenta.



4 DISCUSSÃO DO CASO

Em situações como as de Antônio, é muito comum que as dificuldades que a criança ou o adolescente estejam enfrentando tenham maior visibilidade na escola, pois é sobre esta que recaem as falhas da família, da sociedade e do Estado. Para o jovem em dificuldade, a escola situa-se no fim de uma corrente de omissões e de transgressões. É a última linha de defesa pessoal e social do seu cotidiano. Cabe ao educador, que possui um conhecimento mais amplo das questões da sociedade, ser basicamente capaz de compreender e, para além disso, aceitar e lidar com comportamentos que expressam exatamente isso: uma criança ou adolescente com dificuldades pessoais e sociais (COSTA, 1991).

A escola passa a ser, então, o gatilho disparador. É ela quem fará o primeiro encaminhamento, normalmente ao CT, em busca de auxílio ao aluno. O CT fará um levantamento das opções, em termos de assistência, que possui na rede e dará seguimento ao encaminhamento. No caso apresentado, o encaminhamento foi feito para o CREAS que, ao receber o documento, chamou a mãe e o menino para uma conversa. Constatada a fragilidade dos laços afetivos e considerando-se que o menino encontrava-se em uma situação de violência, devido ao meio em que vivia (tráfico de drogas, violência doméstica, porte e fabricação de armas brancas, irmão presidiário), resolveu-se acolher mãe e filho para um fortalecimento das relações e uma busca por melhorias na situação de vida.

Com a finalidade de averiguar se Antônio apresentava algum *déficit* cognitivo, foi encaminhado ao CIES para avaliação fonoaudiológica e avaliação (aplicação de testes) psicológica. Feito isso, e em paralelo, seguiram-se os atendimentos semanais no CREAS, onde foram tratados assuntos como ajudá-lo a nomear e controlar suas emoções, especialmente a raiva – que era a origem de todos os conflitos com colegas e professores.

Também verificou-se a necessidade de Antônio engajar-se em outras atividades que, além de lhe serem prazerosas, lhe ofertassem uma nova realidade. Com esta finalidade, foi encaminhado às Oficinas de Artes que acontecem uma vez por semana na sede do CREAS e para a PARESP, onde conheceu meninos e meninas da sua idade que fazem parte de uma célula (igreja) e decidiu fazer parte dela também.

A descrição da trajetória de Antônio nos mostra o quanto uma rede devidamente articulada pode auxiliar crianças e adolescentes que, em um primeiro instante e muito facilmente, receberiam o rótulo de Transtorno Opositor Compulsivo (TOC) e medicados de acordo. Uma vez concedido o rótulo, a tendência seria Antônio voltar a frequentar o CREAS, ainda adolescente, para cumprir algum mandato judicial de medida da Liberdade Assistida (LA), punição essa aplicada a menores infratores. E se ainda assim nada fosse feito, haveria grandes possibilidades de ser encarcerado ou ter sua vida abreviada devido à violência do meio em que vivia.

É fundamental que os serviços oferecidos pela rede não fechem suas portas sob alegação de lotação ou de inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço. Algo sempre possível de se fazer, e que já é uma forma de cuidado, é o acolhimento do usuário que procura o serviço, ouvi-lo, reconhecendo a legitimidade de sua procura que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos. Mas não basta



ouvir a demanda, é preciso ainda que se dê uma resposta a este indivíduo, que se elimine as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e, acima de tudo, que se rompa com a lógica do encaminhamento irresponsável. Ou seja, aquele tipo de encaminhamento que faz com que o usuário percorra uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum, sendo encaminhado de um lado para o outro, carecendo de que aquele que encaminha, acompanhe o caso até seu novo destino. E muitas vezes, nesses encaminhamentos de um serviço para o outro, torna-se necessário a discussão do caso entre os profissionais que compõem a rede para decidirem as próprias condições de atendimento do caso (BRASIL, 2005).

Felizmente, Antônio teve a oportunidade de seguir novos rumos, mas quantos Antônio estarão à margem da sociedade e da vida, sem encontrar quem lhes abra uma porta, ofertando-lhes novas possibilidades? No Brasil, culturalmente, a expectativa e a visão que se tem é que a rede pública não funciona. De fato, algumas vezes é difícil fazer os encaminhamentos acontecerem, os profissionais acreditarem que é possível, sim, com os poucos recursos, profissionais e materiais, produzir algumas mudanças. Olhando-se a extensão da rede e os tipos de problemas que os usuários nos apresentam, parece não haver solução e apesar do ínfimo movimento que parece ser possível executar. Mas se cada instituição que compõe a rede realizar as ações que lhe cabem, certamente inúmeros Antônio obterão algo mais que rótulos e medicamentos desnecessários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações coletadas e da situação descrita, exemplificou-se uma situação pontual sobre como é possível auxiliar crianças e adolescentes a desenvolverem-se, minimizando o máximo possível o uso de medicamentos baseados em diagnósticos precipitados. É preciso entender que a integração entre família, escola e profissionais da rede pública é essencial no diagnóstico e no tratamento, assim como é necessário integrar as intervenções psicossociais com as psicofarmacológicas, caso essas últimas realmente se façam necessárias.

Como bem observa-se na literatura, e no caso descrito neste trabalho, a escola é quem geralmente detecta a criança e/ou o adolescente que está enfrentando dificuldades pessoais e sociais. Nem sempre a escola possui recursos de última linha para lidar com a situação, mas é possível o professor ter uma atitude reflexiva, começando por perguntas como sugere Souza (2010): “[...] Quem é este sujeito? De onde veio? Como estudou? Que oportunidades teve? Por quais professores passou em sua trajetória? Como se deu essa relação?” (p. 144). A partir dessas reflexões, é preciso averiguar quais os tipos de serviço que a comunidade oferece em busca de apoio. Estando a rede articulada, é possível provocar mudanças com novos direcionamentos.

Aos profissionais da rede pública cabe lembrar que, seja qual for o projeto que tenham em mente, não será “para estas pessoas”, mas sim “com estas pessoas”, de modo que elas sintam-se sujeitos na construção de suas vidas. E que os novos caminhos ofertados aos usuários não fiquem restritos aos meios medicamentosos.

O acompanhamento deste caso específico nos faz crer que o desenvolvimento,



em todos os aspectos da vida, pode ser encontrado além de exercícios mecânicos, como medicalizar. Cada pessoa pode encontrar alternativas de melhorar sua situação de vida para além do mundo pré-existente. Trata-se mais de uma questão inventiva do que de adaptação especialmente quando se tem a "sorte" de encontrar boas parcerias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (Secretaria Nacional de Assistência Social). *Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS: GUIA DE ORIENTAÇÃO*. n. 1. Brasília: 2006. Disponível em: <www.mds.gov.br/suas/menu_superior/publicacoes/.../GUIA_CREAS.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 76 p.

_____. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOBRH/SUAS)*. 2006. Disponível em: <http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/norma_op_basica_suas_rh.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

_____. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004*. Disponível em: <<http://www.ceas.pr.gov.br/arquivos/File/CEAS/pnas20071.pdf>>. Acessado em: 19 mar. 2016.

COSTA, Antônio Carlos Gomes da. *Por uma pedagogia da presença*. Brasil: Governo do Brasil, 1991.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=432260>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, Tânia (Org.). *Gestão contemporânea: cidades estratégias e organizações locais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996, p. 53-68. Disponível em: <<http://www.gestaosocial.org.br/conteudo/nucleos/metodologias-nao-convencionais-para-gestao-social/trilha-curricular-gestao-em-rede/LOIOLA,%20Elizabeth/view>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C. ; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão* [online]. v. 27, n.4, 2007, p.608-621. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400004>. Acessado em: 23 mar. 2016.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de atendimento social: uma ação possível?. *Revista da Católica*. Uberlândia, v. 1, n. 1, 2009, p. 147-165. Disponível em: <http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv1n1/13_Rede_de_atendimento.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. A formação em psicologia: desafios para a inserção profissional nas políticas públicas de saúde. In: XIMENES, A.M.C.; REIS, C.; OLIVEIRA, R.W. *Entre garantias de direitos e práticas libertárias*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2013, p 257-280.



SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Psicologia Escolar e políticas públicas em educação: desafios contemporâneos. *Em Aberto*. Brasília, v. 23, n. 83, p. 129-149, mar. 2010. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/2255/2222>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

WACHHOLZ, T.; PANCERI, R. *A atuação do psicólogo no município de Araranguá, na interface com a rede de proteção social para a população em situação de vulnerabilidade*. Artigo Científico (Curso de Especialização Lato Sensu de Gestão Social em Políticas Públicas) Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, 2011. Disponível em: <<http://livrozilla.com/doc/564742/a-atua%C3%A7%C3%A3o-do-psicologo-na-assist%C3%Aancia-social>>. Acesso em: 23 mar. 2016.



ANÁLISE INSTITUCIONAL: OS INSTITUÍDOS QUE CERCAM UM SERVIÇO DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nívia Arlete Souza Duarte¹

Julilaine de Oliveira Rosa²

Karla Gomes Nunes³

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é feito das vivências e reflexões decorrentes do Estágio Básico II - Processos Institucionais do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), a partir do qual desenvolvemos um processo de análise institucional em um Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, localizado na Região do Vale do Rio Pardo, RS. Essa instituição acolhe provisoriamente crianças e adolescentes até 18 anos incompletos que se encontram em situação de risco social.

A escolha do local refere-se ao nosso grande interesse pela temática, e à necessidade de pensarmos sobre os atravessamentos que perpassam as vidas e o cotidiano de crianças institucionalizadas. Também nos aproxima do tema a nossa inserção na Política Nacional de Assistência Social, enquanto trabalhadoras nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), das cidades em que residimos.

Portanto, o nosso campo de análise é a Política Nacional de Assistência Social, a qual se constitui como um direito de todo o cidadão e dever do Estado, sendo garantida por meio da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)⁴. Após um processo inicial de consolidação, a Assistência Social avançou, criando o Sistema Único de Assistência Social, o SUAS⁵.

O SUAS organiza-se em torno da Proteção Social Básica e Especial. Entende-se como Proteção Social Básica aquelas ações relacionadas à prevenção dos riscos e das vulnerabilidades sociais, enquanto a Proteção Social Especial se caracteriza por

1 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: nivia.duarte@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: julilaineoliveira@hotmail.com

3 Docente do Departamento de Psicologia da UNISC. Doutora em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: karlanunes@unisc.br

4 Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

5 Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.



atender às demandas mais complexas, onde o sujeito já se encontra em situação de risco. Essa última é dividida em: Média e Alta Complexidade.

O campo de intervenção escolhido para a realização do estágio e da Análise Institucional é considerado como um dos locais onde a Proteção Social Especial de Alta Complexidade atua. Por se tratar de um Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, ele busca atender às necessidades desses indivíduos, protegendo-os e desenvolvendo suas potencialidades. Assim, esse ambiente produz sujeitos e subjetividades por meio do acolhimento, dos encontros no contexto institucional, mas também pelas normas e regras que são impostas no dia a dia da instituição, ou seja, os instituídos.

Esse Serviço pode ser pensado como configurado ainda sob os moldes das instituições totais, uma vez que é possível compreendê-las como “estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral” (GOFFMAN, 1987 apud BENELLI, 2004, p. 238-239). No entanto, conforme instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, mesmo em se tratando de espaços de acolhimento, o que os faz funcionar, muitas vezes, como um local rígido e fechado, os direitos das crianças e adolescentes devem ser respeitados.

No encontro com o Serviço de Acolhimento e com as crianças e adolescentes que lá estavam, entendemos que essas instituições são atravessadas por uma série de outras questões, as quais ultrapassam o que está estipulado em lei. As crianças e adolescentes institucionalizados são distintos na forma de desenvolver o seu afeto e personalidade, cada um é singular em sua maneira de vivenciar o mundo, passando por essa situação de institucionalização de modo subjetivo.

Também é notável que, com o tempo, durante a permanência desses sujeitos na instituição, os laços afetivos primários podem se fragilizar e as referências familiares correm o risco de desaparecerem. Assim, em muitas vezes, não há possibilidade de reinserção familiar; então, algumas crianças e adolescentes, que passam anos neste convívio, acabam desacreditando que possa haver uma possibilidade de mudança.

Assim, visando compreender a realidade dessas crianças e adolescentes que vivem em uma instituição de acolhimento, onde sua estadia deve ser apenas provisória, nos utilizamos de referenciais bibliográficos, entrevistas e observações no local, realizando os registros de nossas vivências através da metodologia de diário de campo. O diário de campo serviu como base, para que, posteriormente, fizéssemos a relação teórica do que vivenciávamos, bem como elaborássemos a análise e a discussão dos pontos observados.

2 CAMPO DE ANÁLISE

Através da Constituição Federal de 1988, os direitos e os deveres da população brasileira foram estabelecidos. Assim, ela iniciou o processo de responsabilização do Estado pelo provimento das necessidades básicas dos cidadãos. A partir desse contexto, onde há uma mudança de paradigma, surge a Assistência Social como “uma política pública de direitos e não contributiva, [...], constituindo-se em “Política



de Proteção Social", articulada a outras políticas sociais destinadas à promoção e à garantia da cidadania". (BRASIL, 2011 a, p. 11).

Desse modo, essa política pôde se estabelecer como direito de todo cidadão e como responsabilidade do Estado, sendo normatizada por meio da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS- Lei nº 8. 742) no ano de 1993. Após essa consolidação inicial, houve muitos avanços nesse cenário, mas, apenas recentemente, o SUAS foi definitivamente assegurado, através da Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.

Assim, o SUAS possui sua organização social dividida em: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A primeira, oferta serviços de caráter básico, ou seja, objetivando a prevenção dos riscos, das vulnerabilidades sociais e da violação de direitos através do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos usuários. (BRASIL, 2011).

A Proteção Social Especial estrutura programas e serviços de nível especializado, visando à atuação junto aos indivíduos que já sofreram violação de direitos e rompimento de vínculos, auxiliando na reconstrução desses vínculos, bem como fortalecendo as potencialidades da família e oferecendo proteção para o enfrentamento dessas situações. (BRASIL, 2011).

Essa Proteção é dividida de acordo com o nível de gravidade da situação em: Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Na primeira, são oferecidos serviços que necessitam de maior estrutura técnica para atender e acompanhar famílias e indivíduos em situação de risco social. Já a segunda, a Proteção Social Especial de Alta Complexidade,

[...] tem como objetivo ofertar serviços especializados, em diferentes modalidades e equipamentos, com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Para a sua oferta, deve-se assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos, garantindo atendimento personalizado e em pequenos grupos, com respeito às diversidades [...]. Tais serviços devem primar pela preservação, fortalecimento ou resgate da convivência familiar e comunitária - ou construção de novas referências, quando for o caso - adotando, para tanto, metodologias de atendimento e acompanhamento condizente com esta finalidade. (BRASIL, 2011, p. 21).

Entre os locais que atuam pautados por esse nível da Proteção Social Especial, estão os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes. Portanto, a instituição, a partir da qual desenvolvemos a análise institucional está inserida dentro desse amplo contexto que é a Política Nacional de Assistência Social. Assim, o Serviço acima nomeado visa: à proteção, ao desenvolvimento e ao fortalecimento do indivíduo que está em situação de risco.

A partir da psicologia e de outros campos do saber que contribuem para o nosso exercício profissional, entendemos que as instituições estão fortemente articuladas aos processos de subjetivação dos indivíduos, o que ocorre a partir de suas disciplinas



e regras. Não podemos negar que a instituição que abordamos é herdeira do que Goffman denomina como instituições totais:

As instituições totais de nossa sociedade podem ser a grosso modo enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. (GOFFMAN, 1996, p 16).

No entanto, ao mesmo tempo em que o Serviço em questão se vincula à forma de uma instituição total, ele deve sempre estar pautado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual foi criado para garantir os direitos desta população específica.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, as entidades que desenvolvem programas de abrigo têm como princípios básicos estabelecidos: preservar os vínculos familiares; promover a integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem; evitar o desmembramento do grupo de irmãos; promover a participação das crianças na vida da comunidade local; prepará-las para o seu desligamento da instituição; incentivar a participação de pessoas da comunidade no processo educativo destas crianças. (BRASIL, 2014).

Assim, os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes:

São espaços destinados ao acolhimento e à proteção para aqueles que se encontram momentaneamente sem referência familiar, sendo ameaçados, assediados ou envolvidos com o tráfico de drogas, usuário de drogas, vítimas de violência intra e extrafamiliar (física, sexual, psicológica, negligência) ou ainda filhos de pais destituídos do pátrio poder. (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 55-56).

Desse modo, por ter vivenciado esse ambiente familiar vulnerável, a criança ou o adolescente institucionalizado pode ser muito carente de afeto, ao mesmo tempo em que requer a todo o momento ser percebido.

Portanto, a instituição tem um caráter cada vez mais ativo na construção de subjetividades, sendo o espaço onde as crianças e adolescentes constroem sua história, seus laços afetivos e elaboram, da forma possível, sofrimentos e traumas. Contudo, sabe-se que o ambiente ideal para o desenvolvimento social, afetivo e psicológico é o meio familiar, tendo as instituições apenas que suprir as necessidades no sentido da alimentação, dos cuidados pessoais, com a higiene e com a saúde. Raramente, no entanto, o ambiente vai fornecer o amparo afetivo necessário.



3 CAMPO DE INTERVENÇÃO: O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO VALE DO RIO PARDO

O Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, localizado na Região do Vale do Rio Pardo, RS, é um ambiente de apoio residencial, social, educativo, afetivo e moral, sendo considerado uma medida provisória, pois visa o retorno de crianças e adolescentes às suas famílias ou a colocação em famílias substitutas o mais breve possível. Esse Serviço abriga temporariamente crianças e adolescentes com idade até 18 anos incompletos, que estão em situação de risco nos seus respectivos lares.

O serviço foi criado no ano de 2003, estando, na época, situado num ambiente com péssimas condições de uso, pois, o local, sendo todo fechado, gerava uma sensação ruim aos seus moradores, que já estavam numa situação desagradável. A partir do ano de 2010, a instituição foi regulamentada e adequada à Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e ao Conselho Nacional de Assistência Social. Assim, em 2012 foi inaugurada um novo ambiente com estrutura residencial. Em tese, "o serviço deve ter aspecto semelhante ao de uma residência e estar inserido na comunidade, em áreas residenciais, oferecendo ambiente acolhedor e condições institucionais adequadas para o atendimento com padrões de dignidade" (BRASIL, 2009, p.68).

Os recursos financeiros disponíveis para a manutenção do Serviço de Acolhimento em que nos inserimos, tanto aqueles relacionados aos materiais de consumo, quanto à despesa com recursos humanos, são de responsabilidade do município. Também, em algumas vezes, o local recebeu verba do Judiciário, como também cestas básicas, doadas por pessoas que estão cumprindo prestação de serviços à comunidade.

A equipe que compõe o Serviço é formada por uma coordenadora que atua 40 horas semanais; uma assistente social com 20 horas semanais; uma nutricionista com 8 horas semanais; 14 monitoras com 40 horas semanais que atuam a partir de um revezamento de turnos; duas cozinheiras com 40 horas semanais; e uma auxiliar de serviços gerais com 40 horas semanais.

As crianças e adolescentes têm uma rotina diária a ser seguida, possuindo, assim, horários determinados para cada atividade. Após as refeições sempre é oferecida uma fruta a cada um. Além disso, possuem um período do dia para fazer seu tema escolar e outro período para arrumar o quarto. Também há um tempo para atividade livre, como olhar televisão e ir para o pátio, e um momento, após o almoço, para descansar, cochilar. Nas férias da escola, essa rotina muda um pouco, sendo acrescentadas algumas tarefas, como o auxílio na organização da casa e da cozinha, atividades pedagógicas (desenhos, jogos, artesanato, passeio à biblioteca municipal), e o horário de ir dormir é estendido.

Esse Serviço oferece e também necessita de suporte do Conselho Tutelar, trabalhando em conjunto com esse órgão, uma vez que as crianças e adolescentes ingressam na instituição via Conselho Tutelar, quando ocorrem situações graves, de emergência, e também via Juizado da Infância e da Juventude.

No momento em que chegam ao local são recebidos pelo educador social, o



qual, caso constate sinais de violência física ou abuso sexual, deverá realizar imediato encaminhamento para avaliação médico-psicológica. Esse acolhimento inicial deve ser realizado de forma cuidadosa, respeitando o sujeito que lá se encontra:

Muitas crianças e adolescentes desconhecem ou não compreendem o motivo pelo qual foram afastadas do convívio familiar, o que pode levá-los a encarar a medida como uma espécie de punição e despertar sentimentos de insegurança, rejeição, agressividade, revolta, abandono e outros. Diante disso, deve-se dar especial atenção ao momento de acolhida inicial da criança ou adolescente, no qual deve ser dado tratamento respeitoso e afetuoso, apresentá-lhes, inclusive, o espaço físico, as crianças e os adolescentes que lá se encontram, seu educador ou cuidador de referência –ou membros da família acolhedora- e seu espaço privado (cama, armário, etc). (BRASIL, 2009, p.51).

A partir desse primeiro contato é elaborado um prontuário onde irão constar informações sobre a criança ou adolescente, seus dados pessoais, composição e dinâmica familiar, motivo do acolhimento, situação habitacional, questões de saúde, documentação, condição socioeconômica, demandas da criança ou da família. Logo, a Assistente Social iniciará seu registro no Plano Personalizado de Atendimento (PPA), visando, em primeiro lugar, à reintegração desse sujeito no seu contexto familiar, salvo exceção por ordem judicial contrária, permitindo a sua colocação em família substituta.

Após registrar todas as informações pertinentes ao Plano, será necessário estabelecer estratégias para a sua respectiva superação, ou seja, meios que criem outras possibilidades de vida para que esse sujeito não vivencie novamente as situações de vulnerabilidade que constam no seu histórico pessoal. Essas estratégias devem ser realizadas por meio de uma articulação de setores e serviços que acompanhem a família, almejando o desenvolvimento da mesma e sua saída da situação de risco.

Seguindo esse princípio de atuação, as ações desenvolvidas pelo Serviço com as crianças e adolescentes correspondem a reforço escolar (realizado pelas monitoras no momento do tema), lazer, observações comportamentais, inserção na rede de ensino e na rede de saúde, realização de relatórios com evolução comportamental, e preparação para o retorno à família de origem, família extensa ou substituta. Com as famílias, as ações são: visitas domiciliares para acompanhamento pela Assistente Social, entrevistas para o entendimento da dinâmica familiar, avaliação socioeconômica, encaminhamentos pertinentes para os serviços da rede municipal, preparação para o retorno da criança ao convívio familiar ou rompimento definitivo dos vínculos e orientações.

Desse modo, todas as atividades e ações desenvolvidas visam estabelecer uma rede de proteção a essa criança ou adolescente, que chega ao serviço totalmente negligenciado e violado quanto aos seus direitos de cidadão. Assim, o trabalho junto às famílias é fundamental, já que é nesse âmbito que se instaura o foco do problema. Nele também deverá emergir soluções, modificações que possam promover o acesso



integral aos direitos dessas crianças e adolescentes.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para podermos realizar a análise institucional no Serviço, primeiramente entramos em contato com a coordenadora, visando à sua aceitação quanto à nossa observação e entrada no local. Após esse processo inicial, combinamos os dias em que iríamos e horários, obtendo o total consentimento da coordenadora.

No total realizamos cinco encontros muito produtivos, ficando cerca de três horas em cada dia. Todas as vezes que fomos ao local, as crianças e adolescentes interagiram conosco, pedindo para desenhar na nossa agenda, contando sobre a escola, cantando músicas para nós, e os adolescentes mais velhos até conversavam outras coisas, nos respondendo como era o local, se gostavam de lá, qual a monitora de que gostavam mais, o que eles preferiam fazer, etc.

Também conversamos com as monitoras, pois elas estavam por perto a todo o momento, e principalmente com a coordenadora, uma vez que ela estava disposta a nos receber e contar alguns acontecimentos. Nessa entrevista com a coordenadora, quando tivemos a oportunidade de fazer algumas perguntas, emergiram muitas questões que pudemos analisar posteriormente.

Além das observações e entrevistas, utilizamos a metodologia do diário de campo, pois tudo que presenciamos e questionamos foi sendo registrado. A cada encontro produzimos anotações que foram sendo articuladas para redigir o relatório final. De acordo com Macedo (2010, p. 134) citado por Rita de Oliveira (2014, p. 74):

Além de ser utilizado como instrumento reflexivo para o pesquisador, o gênero diário é, em geral, utilizado como forma de conhecer o vivido dos atores pesquisados, quando a problemática da pesquisa aponta para a apreensão dos significados que os atores sociais dão à situação vivida. O diário é um dispositivo na investigação, pelo seu caráter subjetivo, intimista.

Portanto, a partir dessa metodologia foi possível relacionar todos os fatos experienciados no local, bem como as entrevistas realizadas, construindo uma análise sobre esses fatos, produzindo reflexões sobre os significados e significantes do Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes da região do Vale do Rio Pardo.



5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

De acordo com Altoé (2004, p. 71) "as instituições aparecem em primeiro lugar e têm sido definidas como sistemas de regras que determinam a vida dos indivíduos, dos grupos sociais e das formas sociais organizadas". A autora também menciona a invisibilidade dessas regras, as quais estão escondidas, "não ditas" dentro da sociedade, pois elas geralmente não são impostas por meio de documentos que as normatizem, mas são internalizadas através de discursos de saber/poder, os quais reprimem e alienam as pessoas.

Portanto, as instituições são consideradas um sistema de regras sociais, na medida em que são ações, fatos, comportamentos e discursos que se naturalizam na sociedade, criando padrões que são seguidos e reproduzidos como verdades dadas, sem haver questionamentos. Essa naturalização do comportamento, que se transforma em uma regra social, a torna algo implícito, não dito dentro desse contexto, pois ela não está escrita em algum lugar, mas é imposta por estar presente no cotidiano de forma instituída.

A partir dessas conceituações é possível perceber algumas instituições, regras sociais instituídas (aquilo que se estabelece de modo naturalizado, padrões naturais de comportamento) presentes dentro desse Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes através dos discursos dos indivíduos que estão inseridos nesse meio. Assim, existem instituições que atuam de forma notável no local: a loucura, a medicalização, a agressividade, o confinamento e a segregação.

A loucura é uma instituição, está instituída como um fato natural, fazendo parte desse Serviço, possuindo sua existência implícita que regula comportamentos. Portanto, é possível percebê-la atuante no contexto em vários momentos, através dos discursos e de cenas vivenciadas, ou seja, a partir dos analisadores espontâneos. Segundo Altoé (2004, p.70), "com efeito, chama-se analisador, [...] aos lugares onde se exerce a palavra, bem como a certos dispositivos que provocam a revelação do que estava escondido".

Desse modo, os analisadores espontâneos podem ser indivíduos que assumem papéis sociais, como o louco, o doente, fazendo emergir as questões implícitas, não ditas, dentro da instituição. Para Barembliitt (2002), o analisador espontâneo é um fenômeno que emerge naturalmente, pois não foram criados por um analista institucional, mas surgiram de forma involuntária na instituição.

Exemplos da instituição loucura são verificados na fala de uma monitora: "Isso aqui é um manicômio infantil". Também é percebida nos discursos dos acolhidos que insistem a todo o momento em chamar um adolescente de louco, doente, pois ele possui um diagnóstico de retardo mental. Assim, é notável o quanto a figura do louco e do doente produz visibilidade àquilo que está instituído: a loucura; o quanto os analisadores espontâneos falam da instituição.

De acordo com Nasciutti:

Numa perspectiva ampla e social, predomina uma representação social "negativa" da doença mental e seu portador, implicando



atitudes preconceituosas, estereotipadas e excludentes por parte da sociedade e dos próprios profissionais dessas instituições que, embora exerçam suas funções [...] estão, obviamente, tão sujeitos aos mecanismos de formação de representações sociais quanto qualquer outro membro da cultura e sociedade. (1996, p. 120).

A medicalização é a instituição que complementa o discurso da loucura, pois, ao conceber as crianças e adolescentes como doentes mentais, loucos e retardados, se produz uma crescente medicalização dos mesmos. Nas falas das monitoras e da coordenadora elas contam o quanto de remédios que os acolhidos ingerem, inclusive, uma cena realça essa questão: o momento em que a coordenadora mostra o armário, cheio de caixas de medicações das crianças e adolescentes, que se encontra na sua sala.

A agressividade também é muito forte nesse contexto, sendo instituída, pois é um comportamento naturalizado, estando presente na dinâmica do local, nas relações que são construídas. Ela pode ser observada constantemente, nunca cessa, sempre há uma discussão, um enfrentamento entre as crianças e adolescentes. Há uma cena que exemplifica claramente: Um adolescente correndo atrás do outro com um pedaço de madeira, objetivando bater no companheiro.

Esse adolescente agressivo, permeado por uma simbologia social que o caracteriza como o indivíduo que está naquela fase "rebelde" que é a adolescência, também se configura como um analisador espontâneo, uma vez que, através do seu comportamento "típico de adolescente", faz emergir essa questão instituída, a agressividade. Esse comportamento agressivo surge como um padrão de comportamento que visa à adaptação ao local, construindo caminhos para sair das normas e regras que estão sendo impostas: "[...] o grupo dos internados se defende dos esforços modeladores através de diversas táticas adaptativas e utilizando-se dos próprios recursos institucionais para construir um mundo pessoal contrário aos objetivos oficiais do estabelecimento." (BENELLI, 2004, p. 239).

Outra instituição que se pode verificar na casa é o confinamento, já que, ao seu redor, há portões chaveados, grades e muros altos. Isso impossibilita algum sentimento de pertença e vínculo que o sujeito possa ter ao local. Sobre esse modelo arquitetônico de enclausuramento o autor fala: "É inegável a implantação do panoptismo na arquitetura das prisões, escolas, fábricas, hospitais etc. Trata-se de uma arquitetura de vigilância que permite a um único olhar percorrer o maior número de indivíduos [...]." (BENELLI, 2004, p. 246).

A segregação também atua de forma naturalizada dentro do Serviço, tanto através do isolamento social pela estrutura arquitetônica, como pelo fato relacionado à questão da loucura, onde o adolescente considerado doente mental é sempre isolado dos demais.

Além das instituições e instituídos, conceitos operadores importantes para a construção desta reflexão, o conceito de instituinte é explicitado por um analisador espontâneo: a cena onde um adolescente foge da casa e pula o muro como uma forma de demonstrar seu descontentamento com o lugar. Segundo Altoé (2004) o



homem não é só passivo às instituições, ele também as cria e questiona através de uma atividade instituinte. Para Barembliitt (1996) o instituinte é a força que transforma uma instituição.

Também é possível perceber outro elemento instituinte, o qual está associado a um analisador artificial, caracterizado pela nossa própria intervenção. Essa influência pode ser considerada um analisador artificial porque faz emergir fatores implícitos através dessa presença que é distinta do cotidiano institucional, não sendo algo natural ou que esteja no âmago do local. Ao mesmo tempo, é instituinte por gerar mudanças na instituição, no seu modo de funcionamento, intervindo com o objetivo de perceber o instituído e modificá-lo.

A nossa intervenção remete também a outras questões, como a produção da demanda e a análise de implicação. Deste modo, é preciso compreender que a análise institucional se inicia a partir do momento em que se entende como se dá a demanda, bem como a partir da análise de implicação.

A demanda sempre é gerada, nunca é espontânea, pois ela é produzida através da oferta dos serviços, abrangendo não só a oferta de um serviço específico, mas todo um contexto social no qual essa oferta está inserida. Segundo Barembliitt (2002, p. 94):

[...] não é necessariamente a organização que oferece um serviço a única responsável pela produção de demanda desse serviço. Muitas vezes, a produção da demanda de um serviço, por exemplo, um serviço de saúde, é "naturalmente", em princípio, produzida pelos estabelecimentos de saúde que oferecem seus serviços. Mas ela é produzida, igualmente, pela falência, por exemplo, de outras ofertas de outras organizações e dos serviços que são incompletos, que são distorcidos, que são anacrônicos e que geram demanda de serviços de saúde porque não resolvem bem os problemas de sua especificidade.

Portanto, é necessário perceber a demanda dentro de todo um contexto, não como gerada pela pessoa que se queixa, mas como produzida pelo sujeito que oferta seu serviço, sendo esse responsável por estar implicado, compreendendo qual o seu papel como produtor da oferta, se realmente pode ajudar ou se a demanda não corresponde à sua oferta, encaminhando, então, para outro profissional habilitado.

Através desse entendimento sobre a demanda é possível perceber que, no momento em que começamos nossa análise institucional, produzimos a demanda institucional no Serviço. Assim, é gerada a demanda da loucura, pois, considerando o fato de que somos estagiárias do curso de Psicologia, as queixas e questões que surgem no local sempre são relacionadas à loucura, ao doente mental, à hiperatividade, à agressividade, ao pedido de socorro diante de tudo isso, o pedido de quem sabe, um atendimento psicológico a todos, tanto para os acolhidos, como para as monitoras.

Após essa compreensão da produção de demanda, se inicia a análise de implicação, a qual é compreendida como "[...] a análise do compromisso socioeconômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou



não, tem com sua tarefa". (BAREMBLITT, 2002, p. 95).

Portanto, a implicação é o engajamento, envolvimento e o comprometimento do analista no meio onde está intervindo. Ela também exige uma autoanálise do pesquisador, uma vez que está totalmente implicado no contexto onde está inserido, ele deve refletir sobre seu comportamento e suas motivações frente à instituição.

Desse modo, a nossa implicação diante do Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes é vivenciada desde o momento em que o escolhemos como a instituição que iríamos realizar a análise institucional. Mas, é a partir dos inúmeros acontecimentos que vão surgindo na instituição, no decorrer do processo de análise, que se torna possível compreendermos o nosso envolvimento e engajamento com a mesma.

Assim, acreditamos que, por ser uma instituição que acolhe crianças e adolescentes em situação de risco, negligência, abuso, e tantas outras questões difíceis, esse serviço nos tocou de forma arrebatadora, produzindo um sentimento de tristeza, frustração e impotência no início do estágio, pois, nos primeiros encontros, os acolhidos estavam demasiadamente agitados, nos causando até mesmo um cansaço mental por estar no meio de tanta agitação.

Após alguns encontros, conseguimos perceber o potencial dos indivíduos acolhidos; entender o funcionamento do local e o quanto toda aquela agitação inicial refletia a história de cada um e até mesmo os padrões da instituição, a qual impõe normas que uma criança ou adolescente não está acostumado, como o confinamento pelo qual eles são obrigados a passar.

Desse modo, começamos a analisar o que poderia ser feito para melhorar e auxiliar a instituição e as crianças e adolescentes que nela se encontram. Porém, para conseguirmos mudar tudo aquilo que está instituído, precisamos motivar todos que estão inseridos nesse contexto, não só as monitoras, a coordenadora, os acolhidos, mas até mesmo a comunidade, a qual apenas possui um olhar preconceituoso do local, sem ver as potencialidades, as melhorias que podem ser feitas para gerar um maior conforto na vida desses indivíduos que já são tão negligenciados.

Nesse sentido, a partir dessa percepção e reflexão da demanda que geramos e da nossa análise de implicação, traçamos possíveis intervenções no âmbito institucional. Portanto, no momento da devolução, pensamos juntamente com a coordenadora sobre as questões emergentes e o que poderia ser feito para mudar.

Sugerimos capacitações para as monitoras e para a coordenadora sobre os transtornos psiquiátricos e medicamentos utilizados, para que elas possam compreender melhor seus efeitos no comportamento das crianças e adolescentes. Também pensamos em conseguir parcerias com outras Secretarias Municipais, como a Educação, visando proporcionar outras atividades aos acolhidos no turno inverso à escola, mas sempre pensando naquilo que eles irão gostar, nas atividades que estejam de acordo com seus interesses.

Além disso, como o Serviço deve ser um ambiente acolhedor e aconchegante, pensamos na importância de o local ser iluminado, colorido e com flores, pois isso pode ajudar a torná-lo mais alegre. As paredes da casa também podem ser pintadas com cores variadas para cada ambiente. No pátio, além do jardim ou da



horta, é necessário renovar os brinquedos do “parquinho”, também podendo ser acrescentadas redes para futebol ou vôlei.

No entanto, mesmo com a nossa disposição em auxiliar esse local e intervir de forma eficaz, ainda há muitos entraves, uma vez que se trata de um Serviço público, custeado pelo município, dependendo de muitos aspectos burocráticos para dar andamento às nossas sugestões. Contudo, percebemos o quanto a coordenadora também estava almejando o melhor para a instituição, ficando feliz com nossa análise e desejando fazer o possível para que todas as ideias pudessem ser concretizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esse longo processo de análise institucional do Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes do Vale do Rio Pardo, é possível evidenciar o quanto esse tipo de instituição constitui as subjetividades dos indivíduos que nela se encontram provisoriamente, mas que, muitas vezes, acabam retornando, vivenciando essa situação por um grande período de tempo. Assim, essas crianças e adolescentes constroem, tornam-se sujeitos no encontro com os referenciais passados pela instituição e pelos sujeitos que dela participam.

Desse modo, tudo aquilo que está instituído no local, como a agressividade, a medicalização, a questão da loucura, a segregação e o confinamento moldam os comportamentos desses sujeitos, os quais acabam sofrendo preconceito da sociedade por demonstrarem atitudes consideradas “anormais”. Esses instituídos transformam a vida de todos os envolvidos, pois as monitoras e a coordenadora também se encontram submersas nesses discursos sociais de exclusão e medicalização da loucura.

Contudo, objetivamos, através dessa análise, contribuir com esse ambiente rígido, instituído e rodeado por preconceito, refletindo sobre todos os aspectos que emergiram durante esse período, para, assim, pensar em outras possibilidades, que incluam também, quem sabe, a participação das crianças e adolescentes nos processos de decisão e de construção das regras. No entanto, nos vemos amarradas por burocracias do serviço público, por questões que nos deixam impotentes: como agir a partir do que nos impõem, a família e a sociedade? Daí a necessidade da mobilização e da intervenção de todos em nível social.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Sônia (Org.). Objeto e método da análise institucional. In: _____. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 66-86.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

_____. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teorias e práticas*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.



BENELLI, Sívio José. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.21, n.3, p.237-252, set./dez. 2004.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. *Estatuto da criança e do adolescente*. Câmara dos Deputados. 12. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 29 maio 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações técnicas: centro de referência especializado de assistência social- CREAS*. Brasília: Gráfica e Editora Brasil, 2011.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

NASCIUTTI, Jacyara C. R. A instituição como via de acesso à comunidade. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas. *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. p. 100-126.

OLIVEIRA, Rita de. (Entre) Linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (auto) biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, v. 2, nº 4, p. 69- 87, 2014.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil. Percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. 288p.



CONSTRUINDO SIGNIFICADOS SOBRE SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA INSERÇÃO DE IDOSOS EM GRUPOS DE TERCEIRA IDADE

Ana Julia Schunke¹
Francieli Minetti Martins²
Jéssica Fell³
Letícia Biolchi⁴
Cristiane Davina Redin Freitas⁵

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma análise sobre a sexualidade no envelhecimento, tomando como referência os idosos que participam do Programa Terceira Idade na Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Ao investigar como os idosos que participam do referido Programa representam a sexualidade no envelhecimento pretende-se, também, analisar como se constroem significados da relação entre o envelhecimento ativo e a sexualidade.

É importante destacar que o envelhecimento, nos países em desenvolvimento e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende pessoas com 60 anos ou mais, população que, no caso brasileiro, vem aumentando significativamente nas últimas décadas. Porém, embora se observe esse crescimento, o processo de envelhecimento continua estereotipado na sociedade, sendo alvo de vários preconceitos. A própria literatura, e as mídias, não raras vezes, apresentam esses idosos como sujeitos dependentes, necessitando ajuda de seus familiares ou de instituições para se manterem. De acordo com Castro (1998), o “ser velho” está associado à improdutividade, à doença, à perda de beleza e à falta de desejo sexual. Os “velhos” são neutralizados no que se refere ao desejo sexual, que é percebido nesse momento de vida como inconveniente, que deve ser reprimido ou extinto. Esse fato anula a sexualidade das pessoas idosas e, em algumas vezes, faz com que os mesmos se envergonhem de admitir para as suas famílias e para a sociedade que possuem uma vida sexual ativa.

Daí a importância de ações que não somente problematizem essa questão,

- 1 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: ajulia@mx2.unisc.br
- 2 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: francielimartins@mx2.unisc.br
- 3 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: jfell@mx2.unisc.br
- 4 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: leticia Biolchi@mx2.unisc.br
- 5 Docente do Departamento de Psicologia da UNISC. Doutora em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: cristianefr@unisc.br



mas, também, proponham reflexões e ações capazes de ressignificar a relação entre sexualidade e envelhecimento. Esse é o caso de muitos “grupos de terceira idade” que têm se destacado pelo compromisso de integração sociocultural de pessoas idosas, constituindo espaços voltados para o reconhecimento do idoso na sociedade, valorizando as suas características e auxiliando na reestruturação da identidade da pessoa idosa (LAFIN, 2007).

Torna-se importante entender como espaços de lazer, de educação, de integração social, comprometidos com o envelhecimento e com as pessoas idosas, se constituem enquanto locais que permitem que as pessoas afirmem e/ou reafirmem a sexualidade como uma dimensão importante em suas vidas. Ao fazer referência a esses espaços, toma-se como pressuposto que o desenvolvimento humano não compreende somente a vida inicial dos seres humanos, como a infância, por exemplo, mas que é contínuo e construído em toda a existência individual. A socialização envolve todo um leque de experiências, posicionamentos, saberes, interações, comunicações, atividades desenvolvidas em determinado meio, e permite analisar como os indivíduos constroem/reconstroem necessidades, capacidades, competências do agir, interesses, qualidades pessoais, visões de mundo, expectativas e perspectivas sociais (BERGER; LUCKMANN, 1995).

Foi com essas preocupações que a pesquisa realizada, e que resultou no presente artigo, pretendeu analisar como os idosos do Programa Terceira Idade na UNISC constroem significados acerca da sexualidade no envelhecimento. Essa pesquisa atentou para a dimensão fenomenológica dos fenômenos sociais, enfatizando a experiência vivida pelos idosos, suas representações acerca da sexualidade, o modo como vivenciam a relação entre estar envelhecendo e a sexualidade. Sob o ponto de vista de sua execução, foram entrevistados 12 idosos que participavam durante o ano de 2016 do Programa Terceira Idade na UNISC. Essas entrevistas foram orientadas por um roteiro estruturado a partir das seguintes questões: 1 – o entendimento geral dos idosos sobre sexualidade; 2 – a sexualidade no envelhecimento; 3 – as transformações na sexualidade com o envelhecimento; 4 - a relação da socialização com a sexualidade.

A partir dos dados levantados e analisados, constatamos que os idosos sentem uma necessidade de falar sobre sexualidade; que têm visões que se contrapõem ao senso comum que cria barreiras entre sexualidade e envelhecimento; que entendem que a participação em espaços coletivos contribui para que a visão sobre sexualidade no envelhecimento não somente se reconstrua, mas, também, ganhe significados capazes de afirmar o envelhecimento como um tempo da vida humana que merece maior atenção da sociedade.

2 ENVELHECIMENTO E SEXUALIDADE NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS

O rápido envelhecimento nas sociedades contemporâneas tem alterado as paisagens demográficas em países do mundo inteiro, inclusive em países latino-americanos e, nesse sentido, também no Brasil. Dados das Nações Unidas indicam que uma em cada nove pessoas tem 60 anos ou mais e a projeção é que, no ano de 2050, essa relação baixe de uma para cada cinco pessoas (BRASIL, 2006a); no Brasil,



dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) indicam que, em 2011, 23,5 milhões de brasileiros tinham 65 anos ou mais, mais do que o dobro do número registrado em 1991 (BRASIL, 2006a).

O aumento da população idosa tem resultado numa crescente preocupação social com o envelhecimento. O Brasil, por exemplo, possui resultados de um amplo movimento social, envolvendo não somente instituições diretamente vinculadas às pessoas idosas, mas, também, a diferentes segmentos sociais e governamentais. Diversos “avanços democráticos” foram alcançados nas últimas décadas, seja através de leis/decretos, ou de ações concretas de políticas públicas (BRASIL, 2006a).

Destaque-se, nesse sentido, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que regulou a *Política Nacional do Idoso* e criou o *Conselho Nacional do Idoso*. A *Política Nacional do Idoso*, em seu primeiro artigo, compromete-se com a garantia dos “direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010, p.6).

Destaque-se, também, que existem atualmente diversas ações governamentais voltadas aos idosos, tais como: a *Política Nacional de Saúde do Idoso*, criada em dezembro de 1999; o *Conselho Nacional dos Direitos do Idoso*, criado em 2002; o *Estatuto do Idoso*, instituído em 2003; a *Política Nacional de Prevenção da Morbidade-Mortalidade por Acidentes e Violência*, criada em 2001; o *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*, de 2004; a *Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa*, de 2006; e o *II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*, de 2007 (BRASIL, 2006a).

O Estatuto do Idoso estabelece, dentre outras coisas, que os idosos não poderão ser vítimas de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Está previsto que, para a pessoa a partir de sessenta anos, há prioridade no atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde e o acesso a medicamentos sem custos. A lei assegura, ainda, o direito a um salário mínimo a partir dos 65 anos. Além disso, o art. 34 exclui desse cômputo o recebimento, por parte de outros idosos membros da família, do benefício assistencial. Está antevisto, também, o direito a transporte gratuito, bem como desconto de pelo menos 50% em atividades culturais, esportivas e de lazer (PRADO, 2006, p. 10).

Como afirma Zimerman (2000), o envelhecimento populacional começa a dar lugar a uma realidade diferente e traz a consciência de que a velhice é uma problemática que faz com que se tenha uma atenção muito grande de toda a sociedade, trazendo, assim, uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas, em função da crise de identidade, que é provocada pela redefinição de papéis, o que ocorre tanto na família quanto na sociedade, em especial a partir da aposentadoria. Isso deixa o idoso, não raras vezes, isolado da sociedade, pois perde o vínculo com outras pessoas, diminuindo seus contatos sociais devido à dificuldade que muitos encontram em sair de sua casa sozinhos. Esses são alguns fatores que confirmam a necessidade de uma maior atenção aos idosos, ainda mais em contextos em que os mesmos são vítimas de preconceitos.

De modo geral, os indivíduos desejam chegar a uma idade avançada; nesse sentido, é importante que se planeje o envelhecimento e que a própria sociedade



reconheça a fase idosa como importante e merecedora de uma atenção especial. Envelhecer é passar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de maneira positiva, saudável e feliz. Portanto, é preciso atentar para essa fase da vida humana em sociedade tanto quanto se atenta para outras faixas etárias (ZIMERMAN, 2000).

2.1. O envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é um termo que emerge nos anos 1990, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que se refere ao bem-estar físico, mental e social. Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a OMS apresentou um livro intitulado “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, no qual define o envelhecimento ativo como “o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem” (OMS, 2005 p.26).

O envelhecimento ativo está vinculado a “fatores determinantes”, que envolvem indivíduos, famílias e países. Segundo a OMS, esses fatores determinantes aplicam-se à saúde de todas as pessoas com diferentes idades, não sendo assim possível atribuir uma causa direta a qualquer fator determinante, mas suas evidências substanciais fazem com que se determine que todos esses fatores interagidos são bons indícios de como a população envelhece (OMS, 2005).

De acordo com Neri (2012), vários são os elementos apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice. Dentre eles, pode-se destacar a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, o controle e a eficácia cognitiva, o *status* social, a produtividade, a renda, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais; e, ainda, a questão da continuidade de relações informais em grupo, principalmente as redes de amigos.

Cabe destacar que a OMS adotou o termo “envelhecimento ativo” com o intuito de expressar o processo da conquista dessa fase do desenvolvimento, que deve ser uma experiência positiva e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Trata-se de um processo de otimização com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão ficando velhas. Nessa direção, inclusive, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil afirma que o idoso deve ser “considerado não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida” (BRASIL, 2006b, p. 7).

O envelhecimento ativo é aplicável tanto aos indivíduos quanto aos grupos populacionais, fazendo com que os mesmos possam perceber o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo das etapas da vida. Espera-se que os idosos participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, propiciando ao mesmo tempo proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários. A palavra ativa refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente às capacidades físicas ativas ou à participação na força de trabalho. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável. Isso significa



qualidade de vida para todas as pessoas que, de certa forma, estão envelhecendo, precisando ou não de cuidados especiais (OMS, 2005).

Dessa forma, as questões referentes a atividades físicas, boa alimentação, contato social e profissional, entre outros fatores, são de extrema importância para que a pessoa idosa possa viver harmonicamente nessa fase de sua vida. É comprovado, através de estudos, que idosos, que não praticam qualquer atividade física, ficam estagnados e lamentando suas vidas. Ao invés de ficarem lamentando, poderiam estar praticando ou envolvidos com alguma atividade física, tendo, assim, contato com outras pessoas, aprendendo e trocando suas experiências, fazendo com que não se sintam inúteis e inválidos.

Isso ganha importância se considerado que, na atualidade, as questões relacionadas às pessoas idosas são relativizadas, principalmente quando se referem à sua sexualidade. As pessoas idosas, não raras vezes, são consideradas como indivíduos que, por terem atingido uma fase de sua vida, não necessitam nem possuem desejos ou interesses sexuais.

Note-se que o conceito de sexualidade está intrinsecamente ligado às questões de reprodução, e é influenciado por diversos princípios como cultura, religião e educação. Segundo Paschoal (1999), o termo sexualidade nos remete a um universo onde tudo é relativo, pessoal e, muitas vezes, paradoxal. Os traços mais íntimos do ser humano se manifestam de diferentes formas em cada sujeito, dependendo da sua realidade, bem como de suas experiências vivenciais. Ribeiro (2002, p.125) complementa dizendo que:

[...] sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa seu sexo. É como a mulher vivencia e expressa o ser mulher e o homem o ser homem. Através dos gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim, de cada detalhe do indivíduo. Confunde-se muito sexualidade com relação sexual. A relação sexual é um componente da sexualidade e ao contrário que muita gente pensa não é apenas a relação pênis – vagina, mas sim a troca de sons, cheiros, olhares, toques, secreções e carícias.

A sexualidade não é somente o ato sexual em si, mas algo que engloba uma gama de necessidades, como carícias, beijos, diálogos e até mesmo o toque, com o qual se traz à tona outras tantas manifestações do erotismo. Alguns estudos nos mostram que, com relação ao erotismo e à sexualidade na velhice, a sociedade contribuiu ao longo das décadas para a desvalorização da sexualidade, considerando algo de que os idosos tenham vergonha. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2008). Outros estudos indicam que o envelhecimento implica a perda de capacidades vitais (sejam elas motoras, visuais, auditivas), o enfraquecimento das estruturas ósseas, a perda de memória e, também, do apetite sexual. Com base nisso, é pouco considerado e discutido que a sexualidade, embora seja condicionada por fatores biológicos, é também uma construção psicosssexual e sociocultural.

A OMS, por exemplo, destaca que a sexualidade é uma forma de procurarmos



o amor, o contato, a ternura e a intimidade, associando-a, também, à forma como nos movemos, sentimos, tocamos e somos tocados, além de envolver a sensualidade (OMS, 2005).

De qualquer forma, é possível perceber que, no decorrer dos anos, há uma mudança na concepção e na prática da sexualidade em relação à população em geral, bem como no envelhecimento, mas que ainda é pouco comentado, surgindo, assim, vários tabus e preconceitos a esse fenômeno no envelhecimento. Mas, ao contrário do que muitas pessoas pensam, os idosos também sentem desejos e vontades, bem como necessidades de carinho e de atenção. Um dos fatores que pode acarretar essa transformação é advindo de mudanças corporais, aparecimento de disfunções ou problemas de saúde no decorrer do envelhecimento. No que se refere à sexualidade das pessoas idosas, o caderno de Educação Básica descreve que:

[...] 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. (BRASIL, 2006b, p.35-36).

São vários os fatores que atualmente estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável; incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil; medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa; lubrificantes vaginais; próteses; correção e prolongamento peniano; cirurgias plásticas estéticas; os exames preventivos de câncer de próstata. Esses fatores fazem com que os homens e as mulheres frequentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos, como musculação, hidroginástica, yoga, turismo direcionado para esse segmento, dentre outros recursos, vem permitindo que os homens e as mulheres idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade (BRASIL, 2006b p. 117).

3 SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO ENTRE OS IDOSOS QUE PARTICIPAM DO PROGRAMA TERCEIRA IDADE NA UNISC

Como referido anteriormente, para a análise das representações dos idosos sobre sexualidade e envelhecimento, foram entrevistados 12 idosos, previamente indicados pela coordenadora do Programa Terceira Idade na UNISC. As pessoas idosas indicadas estavam regularmente matriculados no primeiro semestre de 2016



no grupo Universidade do Adulto Maior (UNIAMA), que oferece um curso de extensão, com duração de quatro semestres, apresentando três disciplinas em cada semestre.

A UNIAMA tem como objetivo oferecer à pessoa idosa o reingresso e/ou o acesso a um processo de educação continuada, através de atividades educacionais, socioculturais, organizativas e de ação comunitária. O Programa procura contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo, propiciando vivências que valorizam as experiências e que estimulam e potencializam a condição de escolher e de decidir do usuário, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento da autonomia e para o protagonismo social dos inscritos. Os sujeitos que participaram estavam inscritos nas denominadas turma dois e turma três.

Cabe destacar que o grupo de 12 idosos, que foram entrevistados, está constituído por: nove mulheres e três homens; metade com idades entre 60 e 69 anos, e metade com 70 anos ou mais; a maioria com escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo; casados e residindo com cônjuges (ou cônjuges e filhos). Enfim, um perfil de idosos que indica uma presença marcante de mulheres, que, em relação à idade, situam-se dentro das definições da Organização Mundial da Saúde (OMS,2005) e que, sob o ponto de vista da condição socioeconômica, apresentam diferenças em relação à maioria dos idosos no Brasil, dado o grau de escolaridade que apresentam.

Na sequência, então, analisamos as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade no envelhecimento, considerando as categorias que orientaram as entrevistas realizadas.

3.1 Entendimento geral sobre sexualidade

Nessa primeira categoria foi questionado aos idosos o que entendiam por sexualidade. Sabe-se que a sexualidade pode ser percebida como um conceito ligado a questões da reprodução, mas que, ao mesmo tempo, é influenciado pela cultura, religião e educação. Sexualidade, segundo Ribeiro (2002), é, pois, a maneira como expressamos o nosso sexo, através de posturas, roupas, fala, entre outras coisas, destacando assim a essência de cada indivíduo. A sexualidade, portanto, não está relacionada somente ao ato sexual, mas sim envolvida com a vida das pessoas, com as suas sensações, sentimentos e emoções que se relacionam ao prazer.

A partir disso, verificamos, nas entrevistas, que alguns idosos se referem à sexualidade como o ato sexual em si, enquanto outros destacam os afetos.

Inicialmente abordaremos a compreensão dos idosos sobre sexualidade como o ato sexual. Dos 12 idosos entrevistados, pode-se dizer que dois deles entendem a sexualidade relacionada ao ato sexual, à reprodução humana, o que é possível observar nas seguintes falas:

[...]tem que ter cabeça pro sexo porque se tu não tem cabeça minha filha ai não funciona. Sexualidade é pelo ato sexual. (Idosa 3).

Primeiro lugar é um ato de reprodução humana, procriação da espécie e agrega-se a isto o grande prazer que ele proporciona



quando feito com a pessoa certa, feito com amor e feito com carinho, traz a plenitude da felicidade da sexualidade, do sexo. (Idoso 8).

Os demais entrevistados referem-se à sexualidade como saúde, autoestima, toque, carícia. Isso pode ser observado abaixo a partir de fragmentos das falas, as quais explicitam o que os idosos pensam em relação à sexualidade:

Sexualidade é saúde e principalmente autoestima [...], é prazer é descansar melhor, é tudo. (Idoso 1).

[...] é o que mexe com o corpo, é o toque, o abraço, a conversa, o olhar, é o estímulo[...]. (Idosa 2).

Sexualidade, ela é inerente ao nosso ser, e tudo o que envolve essa sexualidade, a maneira de me portar, a maneira de me vestir, a maneira de me posicionar, a minha postura. (Idosa 4).

A sexualidade é uma questão de tipo "o todo da pessoa", assim seria com a alma, com o espírito da pessoa, com o todo, essa parte que flui, assim, que vem de dentro, a pessoa tem uma sexualidade a mostra né[...] (Idosa 5).

De modo geral eu acho que sexualidade é qualquer toque, qualquer carícias já faz parte da sexualidade, que eu acho que é bem-vindo. (Idosa 7).

Foi possível, ainda nessa categoria relacionada à sexualidade, verificar uma relação que os idosos fazem com a questão da libido; e também certa preocupação em relação às doenças sexualmente transmissíveis que são recorrentes nessa idade que os idosos estão vivenciando:

[...] eu só acho assim, a questão da AIDS, tu não vai com uma pessoa que tu não conhece, tu tem que sentir uma atração. (Idosa 6).

[...]é relacionada a libido, a amores, a convívio, né. Sexualidade é independente da questão fisiológica. Eu vejo que abrange todo uma atividade que começa muito cedo até, que se desperta muito cedo, essa sexualidade no ser humano. (Idoso 12).

Pode-se dizer que os idosos entrevistados relacionam a sexualidade com o ato sexual, mas principalmente com afeto e carinho. Os resultados alcançados nessa primeira categoria permitiram que pudéssemos ter clareza da importância que a sexualidade tem no envelhecimento; tanto as mulheres quanto os homens indicaram que o sexo tem a sua importância, mas fatores como compreensão, carinho e amor são mais relevantes, de maneira que o sexo, ou o ato sexual, tem um valor secundário na definição da sexualidade.

Considerando que a sexualidade por muito tempo foi muito ligada à reprodução



do ser humano, entendemos que os idosos entrevistados compreendem a sexualidade de uma forma ampla, possibilitando um olhar mais sensível a si mesmo, e de certa forma ao outro. Afinal, o seu corpo envelhece, mas a sua capacidade de amar e de desejar continua intacta até o final da vida.

3.2 Sexualidade no envelhecimento

Conforme Rodrigues (2008), no envelhecimento pode-se perder a quantidade de relações sexuais, mas pode-se ganhar em qualidade em decorrência das experiências. Nesse sentido, procuramos entender como os idosos vivenciam a questão da sexualidade no envelhecimento. Podemos verificar a que o autor se refere nas seguintes falas:

Eu diria a vocês que é cada vez melhor, cada vez melhor [...]. Então depois quando não temos mais esse problema é maravilhoso, bem mais tranquilo. (Idosa 5).

Eu acho que agora foi mais prazeroso do que antes. (Idosa 6).

Não tem ato sexual com essa intensidade de quantidade que há na adolescência, na juventude, mas se procura mais assim a qualidade. (Idoso 8).

Acho que não é pelo problema de idade que a gente tem que parar de ter sexo, a gente pode ter a vida inteira, vale a pena, claro que não vai ser bem igual. (Idosa 11).

Como indica Santos (2003), a sexualidade na velhice é mais plena e mesmo que haja problemas sexuais, o carinho, a camaradagem, o companheirismo, o respeito cumprem uma função tão satisfatória no prazer quanto o sexo no sentido físico. É possível verificar isso através das falas abaixo:

Depois dos 60 anos têm "n" fatores que envolvem a sexualidade. Não é o ato sexual o mais importante, porque o companheirismo é uma forma de viver e aí também é sexualidade. (Idoso 1).

Nós éramos tão chegados e tão... amava um ao outro.. que com carinho era suficiente, não precisava do ato sexual, nós com carinho e beijos e a convivência foi assim. (Idosa 9).

[...] A mim me satisfaz, é o meu marido sentar conversar comigo, me dar um apoio, me olhar, ou chegar de manhã e dizer: bom dia, tudo bem? (Idosa 10).

Em função das idades, a sexualidade, quando chega na velhice é, muito, muito, ligado ao carinho, à tolerância, tá?, Um compreender o outro independente da atividade de sexo. [...] nós vivemos muito bem, dormimos muito bem, com bastante carinho, bastante afeto, nós nos entendemos, nós nos compreendemos nesse aspecto, cada um compreende. (Idoso 12).



A partir dessas manifestações percebemos a relação existente entre o envelhecimento e a sexualidade; apesar dos tabus e dos preconceitos em torno da sexualidade nessa fase, os idosos percebem e expressam de diferentes formas. Considerando isso, foi possível verificar uma melhor compreensão do sexo oposto, bem como a aceitação de suas limitações, suas peculiaridades, como a de seus parceiros(as), seja por escolha própria ou por causa do outro, e até mesmo por algum acontecimento decorrente relacionado à saúde.

Finalizamos essa categoria, percebendo, a partir das entrevistas com os idosos do Programa, que a sexualidade é um fator que acrescenta no bem-estar biopsicossocial e na qualidade de vida. Segundo Laurentino et al. (2006), o envelhecimento traz modificações importantes para o idoso, seja nos aspectos físicos ou emocionais, mas que os sentimentos e sensações não sofrem deterioração, podendo, assim, a sexualidade ser vivenciada até o fim da vida. No entanto, há um declínio no que se refere à atividade sexual, mas que se adapta e consegue encontrar outros significados. É também de extrema importância pensar que os idosos possuem o seu lugar vital, e que não há limites no que se refere aos desejos nessa idade.

3.3 Transformações na sexualidade com o envelhecimento

Pretendeu-se abordar, nessa categoria, as questões referentes às transformações que os idosos visualizam após os 60 anos, sejam elas relacionadas à sexualidade ou às questões da idade. Sobre transformações e mudanças na sexualidade, os idosos entrevistados em geral deixaram transparecer que essas ocorrem sim, e, por sua vez, acontecem antes dos 60 anos, destacando modificações nos aspectos físicos e emocionais.

Para de pensar esse negócio que é velha por fora, não existe ficar velho só por fora, o corpo envelhece no todo; 35 anos em diante o corpo começa a regredir. [...] muitas reações físicas como um todo [...] o corpo não reage mais, dá um declínio muito acentuado, em relação à recuperação física isso é de todos os setores: pensamento memória. (Idoso 1).

[...] cada década na nossa vida é uma transformação [...] um pouquinho de estabilidade é emocional, um pouquinho, mas é crescimento, e continua crescendo, a gente continua crescendo e continua ajustando. (Idosa 4).

Olha a única coisa que a gente nota é que a pele, o corpo não fica mais aquela rigidez que era. (Idosa 7).

Quando questionados sobre o ato sexual, foram percebidas diversas reações. Cada idoso se comportou de maneira diferente, porém todos falaram abertamente sobre o assunto. Para eles, nessa idade existe ainda o próprio ato sexual, mas, na maioria das vezes, esse é substituído por um abraço, um beijo, carícias. Segundo Santos (2003), na velhice o sexo e o amor mudam o caráter explosivo e exuberante



da juventude, dando espaço para a forma de ternura, de carinho, do toque sutil, da valorização da sensibilidade dos pequenos gestos, respeitando as diferenças de suas manifestações no homem e na mulher.

[...]depois dos 60 anos não necessariamente precisa, tem que ter penetração porque tu pode abraçar beijar, se amassar sem dizer que vai fazer sexo seis vezes por semana e para mim é isso aí, mas que não é todo mundo que entende. (Idosa 2).

[..] alguma coisa sim no sentido de não se procurar tanto a quantidade da relação como da sexualidade mas mais a qualidade da sexualidade. (Idoso 8).

Souza (2008) vai ao encontro das falas acima, relatando que não há uma dessexualização do indivíduo com a idade, mas sim a existência de modificações quantitativas da resposta sexual, na qual precisam ser considerados alguns fatores básicos que afetam esse comportamento com a idade. Como, por exemplo, a saúde física, pois as doenças podem reduzir ou até mesmo impedir esse interesse pela sexualidade. Além disso, os idosos possuem diversas alterações no corpo e de diferentes graus, como mudanças físicas, hormonais, intelectuais entre outras. Sendo assim, há aspectos importantes a ser considerados, pois a partir deles os idosos irão ter uma percepção acerca de sua sexualidade.

3.4 Relação da socialização com a sexualidade

Nessa última categoria, buscamos ver se há relação da socialização dos idosos com a sua sexualidade. Antes mesmo de trazer fragmentos das falas dos idosos, para que possamos ter clareza das ideias dos mesmos, consideramos importante referir Bulla e Kunzler (2005), pois vão ao encontro do que podemos observar na Universidade de Santa Cruz do Sul, ou seja, eles relatam a importância das Universidades para a terceira idade, pois fazem com que os idosos possam estar em contato com outras gerações, tendo momentos de lazer e de autorrealização.

Os autores ressaltam também que as pessoas quando frequentam essas atividades demonstram como é possível alcançar um envelhecimento saudável com autonomia, entusiasmo e disposição, mostrando que a velhice não precisa estar associada ao isolamento e à falta de vontade de viver. Esses aspectos foram possíveis de ser identificados através das falas dos idosos entrevistados. Ainda, Bulla e Kunzler (2005, p.82) vão lembrar, por fim, que,

para enfrentar essas mudanças, por um lado, é necessário que os idosos recriem novas alternativas de participação, de lazer e de ocupação do tempo livre, mas que, por outro, é imprescindível que a sociedade garanta o desenvolvimento integral e permanente do homem também nessa etapa da vida.



O contexto acima é possível verificar quando a maioria dos idosos compreende que a socialização e a participação de grupos auxiliam na sua sexualidade, pois acreditam que podem tanto evoluir na sexualidade em geral, porque ficam mais ativos, e no ato sexual por estarem com uma boa autoestima.

Ela tem uma forte ligação, [...] as duas coisas caminham juntas. Ela se sente não importante, mas mais útil ou mais forte, e levanta a autoestima, [...] os grupos fazem com que ela se sinta mais disposta. (Idoso 1).

Deixa a autoestima das pessoas bem melhor. O grupo fortalece. Essa socialização faz com que não fiquemos mais sozinha. (Idosa 2).

Eu acho que talvez., a pessoa se torne assim: um pouquinho mais extrovertida, mais alegre [...]. (Idosa 11).

Há também os que relatam que a socialização os renova e, com isso, eles passam a se sentir mais dispostos e ativam a sua sexualidade. Indicam existir uma forte relação e que isso os fortalece e os anima.

Ah depende, fiquei bem mais esclarecida depois que eu entrei aqui, aqui melhorou mais a minha vida também, o modo de pensar, perdi o medo, tudo o que eu tiver vontade eu faço, mas eu tenho que me sentir bem com aquela pessoa, não vou me banalizar também, não. (Idosa 6).

Eu acho que ajuda porque tu está mais na ativa, tu tem mais pique, tu não tá cansada, tu tá sempre exigindo de si mesmo mais e mais, sabe. (Idosa 7).

[...]no sentido que eu me atualizo mais e aceito os dias de hoje. (Idosa 10).

No entanto, há também quem nos diga não fazer diferença alguma, pois a socialização no envelhecimento ativo não altera em nada na sua sexualidade. Embora em alguns casos a socialização esclareça dúvidas, mas não ajuda na sexualidade dos idosos.

Não, grupo não ajuda na sexualidade das pessoas. (Idosa 3).

Não, acho que não. Acho que não tem influência nenhuma, sinceramente. (Idoso 12).

Foi possível perceber nessa categoria que, embora a grande maioria dos idosos entrevistados concordou que há uma relação entre a socialização com um melhor entendimento de suas percepções acerca de sua sexualidade, há também os que não veem nenhuma relação. Porém, é notório que a inserção deles em grupos é



importante, pois o convívio social faz com que eles possam trocar experiências, adquirirem novos conhecimentos e ainda ampliarem seus laços de amizades, podendo, com isso, transmitir uma maior segurança e suporte emocional.

Segundo Erbolato (2002), os idosos já viveram bastante para compreenderem que o contato com outras pessoas é algo muito importante. E pelo fato de viverem em uma fase da vida que estão diante de constantes perdas (familiares, amigos, afastamentos dos filhos), é preciso, assim, buscar outras formas de relações para não se sentirem isolados. Nesse sentido, mostra-se a importância dos grupos, bem como da socialização, pois a partir disso será possível terem esses contatos afetivos, se tornarem idosos ativos, e expressarem sexualidade, algo que também é importante, porém sem preconceitos e sem estigmatizações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que tematizou a relação entre sexualidade e envelhecimento, considerando como idosos participantes do Programa Terceira Idade na UNISC constroem significados acerca da sexualidade nessa etapa da vida humana.

A partir dos dados apresentados pode-se concluir que a sexualidade dos idosos é, ainda, um assunto pouco abordado, que causa controvérsias e polêmicas. Quando o mesmo é comentado é rodeado de preconceitos e tabus impostos pela sociedade, englobando a subjetividade de cada indivíduo. Com a realização das entrevistas com os idosos do grupo da Universidade Adulto Maior (UNIAMA), sentimos um desejo, bem como uma necessidade de os idosos falarem sobre esses assuntos, pois não possuem hábito de exporem ou comentarem sobre aspectos relacionados à sexualidade, sejam eles através de dúvidas, de satisfações, de insatisfações, de desejos, como também, das próprias mudanças que ocorrem nessa fase. Destaque-se, nesse sentido, a importância da realização de trabalhos psicoeducativos sobre a sexualidade, através dos quais os idosos possam ter conhecimento e acesso a informações sobre a temática.

Foi possível observar que a integração dos idosos em atividades de grupo é importante para que eles vençam algumas limitações como, por exemplo, o enfrentamento às imposições e aos preconceitos existentes na sociedade. Conseguem, assim, e diante da idade, estabelecer uma vida sexual ativa e satisfatória a partir de seus pressupostos.

Em relação às mudanças físicas ocorridas nessa fase da vida, todos os entrevistados acreditam ser um processo natural da vida humana e que, decorrente disso, a expressão sobre o que significa sexualidade passa a ter outros significados, prevalecendo as expressões de carinho e compreensão e não mais exclusivamente de ato sexual. É importante considerarmos, aqui que a vida ativa de uma pessoa não possui uma idade limite, e, sim, que todos possuem diferentes capacidades de sentir prazer e emoções, sendo exercidas de acordo com a subjetividade e singularidade da pessoa.

Contudo, consideramos que seja necessário um interesse maior da sociedade,



ou mesmo das políticas públicas, em informar e problematizar sobre a sexualidade no envelhecimento, bem como ter uma aceitação e uma visão mais natural, positiva e produtiva por parte das pessoas num geral, visto que tudo isso é um componente para a saúde e o bem-estar do idoso. É possível considerar que atualmente a ciência já permite que essas pessoas, nessa fase da vida, tenham uma vida sexual ativa e de forma prazerosa. Os idosos podem ter, sim, uma vida sexual ativa e satisfatória se houver informações e compreensão acerca das alterações que podem ocorrer nesse período, para que possam redescobrir as práticas e, inclusive, a sexualidade, dando a ela um novo sentido se assim necessitarem.

Como salientado no decorrer do estudo, embora haja limitações nessa idade, a sexualidade da pessoa idosa não pode ser esquecida, nem mesmo podemos negar que nessa fase há desejo. A sexualidade pode ser manifestada em qualquer idade, de diferentes formas. No envelhecimento, pode ser através de expressões de carinho, afeto, admiração, resultando, com isso, uma melhor qualidade de vida para a pessoa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice: direitos nem sempre respeitados. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 130-140, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/104/187>>. Acesso em: 22 out. 2015.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BRASIL. *Política Nacional do Idoso*. Brasília: Senado, 2010.

_____. *Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Senado, 2006a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Caderno de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006b.

BULLA, L. C.; KUNZLER, R. B. Envelhecimento e gênero: distintas formas de lazer no cotidiano. In: DORNELLES, B.; COSTA, G. J. C. da (Org.). *Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos*. Porto Alegre: Dora Luzzatto, 2005, p. 81-87.

CASTRO, Odair Perugine de (Org.). *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento*. 1 ed. Porto Alegre: Editora Síntese, 1998.

ERBOLATO, Regina Maria Prado Leite. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 957-964.

LAFIN, S. H. F. et al. *Pelos Caminhos da Gerontologia*. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

LAURENTINO, N. R. S; et al. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *RBCEH - Revista Brasileira de*



Ciências do Envelhecimento Humano. Passo Fundo, 51-63 – jan/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/57/50>>. Acesso: 10 mar. 2016.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. 3 ed., rev. Campinas: Alínea, 2012. 201 p.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo.* – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 26-43.

PRADO, Tania Maria Bigossi do. *Participação: um estudo sobre idosos*. Dissertação (Programa de Pós – Graduação em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas) – Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.

RIBEIRO, Alda. Sexualidade na terceira idade. In: NETTO, Matheus Papaléo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. 124-135 p.

RODRIGUES, Luiz Carlos Barbosa. *Vivências da sexualidade de idosos(as)*. 2008. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/handle/1/3011>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SANTOS, Sueli Souza dos. *Sexualidade e amor na velhice*. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SOUZA, Jailson L. Sexualidade na terceira na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST – J. Bras Doenças Sex Transm*. Pernambuco, v. 20, n. 1, p. 59 – 64, 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/9.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

UNISC. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. *Programa Terceira Idade*. Disponível em: <<http://www.unisc.br/portal/pt/extensao/coordenacao-e-setores-centros-e-nucleos/programa-3o-idade.html>>. Consulta em 20 fev. 2016.

ZIMERMAN, Guite I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000. 229 p.



O CAPS AD III E SUA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE: (RE)PENSANDO OS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Vitória Merten Fernandes¹
Moises Romanini²

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho nasce a partir do projeto de análise comunitária que está sendo desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras Drogas (CAPS AD III) de Santa Cruz do Sul, enquanto atividade integrante das disciplinas de Estágio Integrado em Psicologia III e IV. Buscamos entender de que forma o CAPS AD III vem trabalhando para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de seus pacientes, além de buscar, junto a eles, os recursos que a comunidade oferece.

Pensar desinstitucionalização e reabilitação psicossocial faz com que a temática da comunidade surja como fundamental; afinal, é preciso que os pacientes encontrem recursos para além dos serviços substitutivos. Assim, escutá-los enquanto parte da análise comunitária, é, além de torná-los investigadores internos – como membros daquele espaço comunitário –, resgatar sua cidadania e promover sua autonomia, o que é parte importante do próprio processo de reabilitação psicossocial e do próprio fazer da análise.

Dessa forma, este trabalho apresentará uma breve revisão sobre a temática e como esta análise vem se constituindo, trazendo os resultados parciais, que já foram possíveis de ser brevemente analisados. Ao final do período do estágio será apresentada esta análise para a equipe, permitindo reflexões acerca da temática.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 Acadêmica do Curso de Psicologia da UNISC. E-mail: vitoriafernandes@mx2.unisc.br

2 Docente do Departamento de Psicologia da UNISC. Doutor em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: moisesromanini@unisc.br



2.1 O que é análise comunitária?

A Psicologia Comunitária pode compreender tanto a oferta de serviços psicológicos àqueles que não têm acesso a ela por razões econômicas, quanto uma área que estuda a comunidade e os fenômenos comunitários (DOMINGUES; FRANCO, 2014). Por muitas vezes, ligamos a Psicologia Comunitária aos grupos sociais oprimidos, pelo próprio caráter ético-político da área, que busca “ações locais e de caráter participativo, que promovam a conscientização, a liberdade, a autonomia, e que se apoiam no reconhecimento de potencialidades da comunidade e dos indivíduos” (SAWAIA *apud* DOMINGUES; FRANCO, 2014, p. 16).

Ximenes e Góis (2010) dizem que uma das bases da Psicologia Comunitária é a construção de sujeitos autônomos. A Psicologia Comunitária “propõe uma visão de homem e de mulher ligados a essa realidade, ou seja, vistos como sujeitos da história, comprometidos com a transformação da própria realidade em que vivem, influenciando-a e sendo influenciados por ela” (XIMENES; GÓIS, 2010, p. 45). A análise comunitária visa justamente que a comunidade possa transformar essa realidade, encontrando recursos, conscientizando-se e promovendo a sua autonomia.

Para a realização de uma análise comunitária, é necessário, além de um bom aporte teórico, que o investigador possa:

[...] contextualizar a comunidade (sua história, evolução, cultura); entender a interdependência entre os diferentes sistemas (micro, meso e macro social), junto com a ideologia, as políticas públicas, as organizações; e assumir o compromisso profissional na intervenção comunitária para o fortalecimento e a construção de redes de apoio que possam produzir trocas sociais para a melhoria da qualidade de vida de todos. (SARRIERA, 2010, p. 141).

Ou seja, o objetivo maior da análise comunitária é a transformação social. Para isso, o investigador deve ter um sólido conhecimento sobre a comunidade e não trabalhar sozinho, com objetivos e métodos impostos a esta análise. Ao contrário, um pressuposto importante da análise comunitária é que ela deve ser feita *com* a comunidade e não *para* a comunidade. Assim, falamos em dois protagonistas: o investigador externo e os investigadores internos, membros da comunidade (SARRIERA, 2010).

A inserção do psicólogo na comunidade pode ser dada de duas formas: uma com objetivos definidos *a priori* e outra com objetivos definidos *a posteriori*. Nesse caso, o psicólogo se insere, conhece a comunidade e suas necessidades e somente depois decide seus objetivos e a forma como realizará seu trabalho (FREITAS, 1998). No caso da análise comunitária relatada no presente trabalho, existe um objetivo pensado a partir das impressões iniciais tidas no local que foram se construindo durante essa prática.

Quando falamos em fazer *com* a comunidade, significa não só entendê-la, como também perceber suas necessidades, e escutá-la, ao invés de já chegar com um objetivo definido, uma vez que o próprio fazer da análise não é unilateral.



Durante todo o percurso da análise, busca-se “transformar as necessidades percebidas (cognitivamente) em necessidades sentidas (cognitiva e afetivamente, ou conscientizadas)” (SARRIERA, 2010, p. 142). Conscientizar é uma das partes mais importantes da análise comunitária; porém, não no sentido de se falar a partir de um local onde o investigador externo sabe mais e, portanto, vem conscientizar. Significa que o processo da análise, em conjunto com a comunidade, faz com que a própria comunidade olhe para si de outra maneira:

Ao decodificar uma situação, uma palavra geradora ou uma necessidade percebida, será através da problematização, que mude a compreensão da mesma permitindo observar a realidade descodificada ou desideologizada, em um nível de consciência mais crítica, podendo emergir novos sentimentos, representações e necessidades. (SARRIERA, 2010, p. 148).

Conversar com os profissionais do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul sobre os movimentos feitos pelo serviço, visando à desinstitucionalização e à reabilitação social, como é o caso, fará com que o serviço precise olhar para si e pensar sobre si mesmo. O próprio olhar para si já pode ser considerado um movimento positivo, permitindo que o serviço (re)pense suas práticas.

2.1.1 Análise das necessidades

Falar em análise comunitária significa pensar nas necessidades e demandas da comunidade. Por isso, inicialmente, torna-se fundamental fazer uma análise das necessidades. A análise das necessidades deve ser feita, segundo Montero (*apud* SARRIERA, 2010), através de uma intervenção-ação-participante, para especificar os problemas que inquietam a comunidade. Enquanto a necessidade pode ser definida como aquilo do qual os membros da comunidade sentem falta, os problemas são da ordem dos conflitos e das dificuldades.

Sarriera (2010) diz que a análise das necessidades inicia-se com a inserção do psicólogo na comunidade, conhecendo a estrutura física, seus membros e entendendo sua dinâmica. Assim, após estabelecer-se um vínculo com a comunidade, deve-se, juntamente com ela, procurar entender quais são suas necessidades, quais são os problemas mais proeminentes e como a própria comunidade propõe resolvê-los com os recursos de que dispõe ou aos quais pode ter acesso. Esses recursos podem ser tanto igrejas, como centros esportivos ou até a figura de pessoas como o líder comunitário.

A análise das necessidades “ajuda a especificar os problemas que afligem a comunidade e verifica as condições sentidas por seus membros” (SARRIERA, 2010, p. 142). Pode-se diferenciar as necessidades entre percebidas e sentidas: a comunidade pode perceber uma necessidade, mas não senti-la, por exemplo, ao naturalizá-la. Além de levantar as necessidades, é preciso “identificar os recursos com os quais conta uma comunidade” (SARRIERA, 2010, p. 144), para que se possa, posteriormente, estabelecer redes de apoio. Além dos recursos com os quais a comunidade conta,



deve-se buscar recursos ainda não utilizados.

Entender as necessidades da comunidade é fundamental para a análise comunitária, pois faz com que seus membros também pensem sobre si e sobre a comunidade, promovendo conscientização. Pizzinato (2010) entende a conscientização como um conceito-chave, bem como Ximenes e Góis (2010, p. 61), que dizem que “o objetivo último da Psicologia Comunitária é o desenvolvimento do sujeito na comunidade”. Para os mesmos autores, a conscientização está implicada nesse processo, pois é somente através dessa conscientização que o sujeito pode se reconhecer como “construtor” dessa realidade, tendo, assim, autonomia e potencialidades para promover sua transformação. Por isso:

Conhecer as necessidades de uma comunidade e trabalhar junto com ela para seu desenvolvimento e bem-estar, implica um duplo compromisso: o científico, estudando e produzindo conhecimentos que facilitem o desenvolvimento comunitário, e o ético-social, comprometendo-se junto com a comunidade em seus problemas, seus fracassos e suas conquistas. (SARRIERA, 2010, p. 153).

Por isso, falamos em um fazer com a comunidade. Há um comprometimento de ambas as partes, buscando a transformação social.

2.2 O CAPS AD enquanto espaço comunitário: breve apresentação do serviço

Os CAPS AD são serviços de atenção especializada da rede pública de saúde, tratando-se de atendimentos de média complexidade, sendo um dos três níveis de atenção em saúde, considerados no âmbito do SUS. O serviço oferece atendimento a pacientes usuários de álcool e/ou de outras drogas. O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas de Santa Cruz do Sul foi inaugurado em 2006. Em 2014, o CAPS AD torna-se um CAPS III, passando a funcionar durante 24 horas. Os acolhimentos são feitos até as 19h e, após, permanecem os pacientes acolhidos, além dos profissionais plantonistas. São oferecidos atendimentos nas modalidades grupais, de oficinas, atendimentos individuais, visita domiciliar, psicoterapia, triagens, consultas médicas, atendimentos de enfermagem, acolhimento diurno e acolhimento noturno.

O conceito de comunidade, enquanto categoria analítica, não é comumente encontrado, na psicologia, até os anos 70, quando um ramo da psicologia social passa a se entender enquanto comunitária. Antes disso, aparecia poucas vezes e com o sentido de sinônimo para sociedade ou, no caso de Wundt, de interação coletiva (SAWAIA, 2000). O termo comunidade é um termo amplo, com uma variedade de significados para os diferentes teóricos. Nisbet (*apud* SAWAIA, 1996, p. 50) traz a ideia de comunidade enquanto formas de relacionamento que tem um grau elevado de “intimidade pessoal, profundidade emocional, engajamento moral [...] e continuado no tempo”. Nesse sentido, esses espaços relacionais podem ser físicos ou simbólicos, não estando restritos somente a um espaço geográfico específico, apresentando-se “como dimensão temporal/espacial da cidadania” (SAWAIA, 2000, p. 51).



Assim, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas configura-se enquanto esse espaço mediador, ao mesmo tempo em que também cria laços com os pacientes, tornando-se um espaço relacional de intimidade pessoal, profundidade emocional e engajamento moral. Tem-se, então, um espaço comunitário. Por isso, Sawaia (1996, p. 50) diz que apresentar a comunidade enquanto um conceito fechado "significaria retirar o caráter sociopolítico e utópico que a caracteriza, transformando-a em conceito vazio e abstrato".

Os CAPS, em sua relação com os pacientes, vão além de seu tratamento clínico e se constituem em espaços políticos, de transformação social. Tendo como uma das finalidades do tratamento a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial do paciente, eles se tornam transformadores da realidade, o que significa um trabalho para além da dependência química.

É importante mencionar, também, as redes de ajuda mútua que os usuários criam entre si. Seja durante o período de acolhimento, em que dividem o mesmo espaço e as mesmas angústias e dificuldades – por estarem "confinados" em um local ou em relação à própria dependência – ou ao longo dos grupos e da convivência cotidiana no serviço e fora dele. É perceptível, na fala deles, a criação de laços e de espaços de relação comunitária, levando apoio uns aos outros, além da indicação de recursos e de estratégias pessoais e comunitárias.

2.3 Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

É a Lei nº 10.216 – também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica -, de abril de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2001). Assim, se estabelece o cuidado em liberdade – nos serviços substitutivos -, sendo a internação hospitalar apenas usada quando todos os outros recursos tiverem se esgotado e a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial forem usadas como uma das finalidades do tratamento.

Hirdes (2009, p. 299) diz que: "O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território". Ou seja, não somente o tratamento em instituição, mas a promoção da autonomia dos usuários, encontrando recursos próprios e recursos comunitários dos quais possam se utilizar. Pinho, Oliveira e Almeida (2008, p. 87) falam em suporte social ou apoio social, fazendo referência à "importância da rede social na recuperação do usuário de álcool e de outras drogas, assim como a reabilitação psicossocial determina a importância da rede social do indivíduo como um de seus eixos".

Considera-se que "a reabilitação psicossocial ultrapassa meras tecnologias ou atividades que propõem restaurar habilidades e capacidades. Confere-lhe, na verdade, um caráter de processo de reconstrução" (SARACENO *apud* RIBEIRO, 2008, p. 108). Essa reconstrução diz respeito ao que Saraceno chama de o exercício pleno da cidadania dos pacientes. Assim:

[..] seguindo os passos da Reforma Psiquiátrica, buscar a



desinstitucionalização do portador de transtorno mental é propor a construção de um processo complexo, que intencione tratar da desconstrução/reconstrução de conceitos fundamentais da psiquiatria (doença mental/saúde mental, normalidade/anormalidade). (LIMA; BRANCO NETO, 2011, p. 10).

Com o surgimento dos serviços substitutivos, o que se espera é mais do que a retirada do paciente dos hospitais, mas sim resgatar a cidadania e respeitar sua singularidade, promovendo autonomia e reinserção social (FORTES, 2010). Por isso, a missão dos serviços substitutivos é:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12).

Levando em consideração a finalidade de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial do tratamento, questiona-se: que recursos o CAPS AD utiliza ou quais recursos já foram utilizados para que isso de fato ocorresse? Existem recursos na comunidade para esses pacientes e o CAPS AD consegue trabalhar com isso? Torna-se pertinente falar nesses processos quando se fala em desinstitucionalização e reinserção social, pois a comunidade deve fazer parte desses processos. Quando se fala em desinstitucionalização:

[...] não se trata apenas do deslocamento da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla, mas sim o desmantelamento completo de uma cultura manicomial, que institucionaliza a loucura, esteja dentro ou fora do hospital. (RODRIGUES; CARVALHO; XIMENES, 2011, p. 735).

Ou seja, a comunidade e os recursos nela existentes são parte integrante dessa desinstitucionalização. Afinal, "em saúde mental, a participação dos usuários e da comunidade também é incessantemente requisitada" (RODRIGUES; CARVALHO; XIMENES, 2011, p. 744). Além disso, é importante entender os recursos que vão além daqueles previstos por lei, encontrando formas para que o paciente possa assumir um papel de protagonismo em sua vida. Por isso, além de entender quais os recursos utilizados pelos CAPS AD para isso, é necessário buscar esses recursos também na comunidade. O propósito da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial é, justamente, que o paciente consiga encontrar recursos para além do aparato institucional.

Para tanto, é necessário entender que os CAPS surgem enquanto serviços substitutivos, mas são, também, instituições. E a vinculação dos pacientes ao CAPS



enquanto único recurso é, também, uma forma de institucionalização. Por isso, é necessário ir além da desospitalização, a Reforma Psiquiátrica não pode e não deve ser reduzida a apenas esse processo. Para Rodrigues, Carvalho e Ximenes (2011, p. 739), “é necessária a desmontagem da cultura e da estrutura psiquiátrica que separou a doença da existência do sujeito”.

Assim, torna-se fundamental o papel da comunidade nesse processo:

Reconhecer a importância da comunidade na construção da saúde mental significa a emergência de novos espaços de expressão do diferente, em novas formas de pensar e sentir a realidade, desafiando sustentar a grandeza de criar modos de existência que potencializem a vida. Constitui-se numa práxis realizada por intermédio de conceitos, crenças, valores, atitudes, emoções, intenções, pensamentos e significações singulares constituídos e constituintes da cultura local. Com base nessa trama complexa feita de individualidades e coletividades, a diversidade pode ser acolhida, reconhecendo-se beleza no contraste de suas cores. (RODRIGUES; CARVALHO; XIMENES, 2011, p. 750).

Desinstitucionalizar e reabilitar psicossocialmente, então, vão para além dos muros dos serviços substitutivos e do processo de desospitalização. Requerem a participação comunitária, seja numa desconstrução de uma cultura manicomial e/ou psiquiátrica, dos estigmas que envolvem os usuários de drogas, mas também da criação de uma rede de recursos. Esses podem ser espaços – como grupos de convivência, centros esportivos, escolas profissionalizantes – ou até mesmo pessoas da comunidade. A promoção de autonomia dos pacientes e o resgate de sua cidadania são essenciais para esse processo. Por isso, nessa análise, pretende-se entender os movimentos do CAPS AD III nesse sentido, mas também ouvir os usuários e fazer uma tentativa de (re)conhecer esses recursos.

3 METODOLOGIA

A proposta de uma análise comunitária no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas de Santa Cruz do Sul (CAPS AD III) é uma das atividades obrigatórias a serem cumpridas durante o período dos Estágios Integrados em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). A ideia era a de pensar, juntamente com a equipe, a temática de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dentro do serviço. O que o serviço já tinha feito no sentido de proporcionar isso (ou na tentativa de) aos seus usuários? Quais são os recursos de que o CAPS AD III se utiliza? E, pensar estratégias juntamente com os profissionais do serviço, buscando os recursos existentes na comunidade.

A ideia – quase como um objetivo definido *a priori* – vai tomando forma enquanto os meses de atuação no serviço vão passando, porém não de forma estática. A prática, a inserção no local, os encontros e afetos que perpassam diariamente a trajetória de estágio, vão ajudando a transformar isso. A própria definição de análise



comunitária, enquanto algo construído com a comunidade, atravessa o caminho do estágio.

A partir de um encontro com o antropólogo Ricardo Charão, no espaço do CEREST/Vales, juntamente com as equipes do Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSIA) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município, os profissionais foram convidados a pensar sobre as práticas, as potencialidades e dificuldades dos serviços. Charão propôs cinco temáticas para a discussão entre as equipes de cada serviço, sendo elas: 1) Gestão (política e processos de trabalho); 2) Educação Permanente em Saúde (dos trabalhadores e dos usuários); 3) Atenção (processo do cuidado); 4) Participação Popular e 5) Intra/intersectorialidade (articulações no campo e com outras políticas além da saúde). A partir dessas temáticas, a equipe do CAPS AD discute suas dificuldades e potencialidades. Embora tenha se afirmado que os usuários têm muito a contribuir e, muitas vezes, sabem mais do que nós sobre a comunidade, os profissionais não conseguiram avançar no debate sobre a participação popular.

Surge, então, uma pergunta: Por que não construir a análise comunitária com os usuários? Não é essa, justamente, a própria concepção de análise comunitária? Afinal de contas: “fazer com que a comunidade participe do processo da intervenção comunitária é tão importante como o conteúdo que se pretende desenvolver” (SARRIERA, 2010, p. 153).

Assim, a análise comunitária foi planejada em dois momentos: conversas com os profissionais do serviço para entender quais movimentos o CAPS AD III já fez para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de seus usuários; e o reconhecimento, com os usuários, do que a comunidade oferece enquanto recursos – outros grupos para dependentes, igrejas, lazer, profissionalização, educação, esportes e, enfim, o que mais surgir em nossos encontros.

Sabendo que desinstitucionalização e reabilitação psicossocial vão para além dos serviços substitutivos, sendo necessário que o paciente encontre recursos próprios e comunitários, reforça-se a necessidade da articulação entre os serviços substitutivos e a comunidade. Afinal, esses, sozinhos, fechados entre seus muros, também podem se tornar institucionalizantes, se não se preocupam com a reabilitação psicossocial dos pacientes para além do tratamento dentro do serviço.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Tratamento: um único caminho?

Apesar de algumas mudanças nessa área, com a Política Integral de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2004 e a regulamentação das ações de Redução de Danos em 2005, ainda convivemos com um paradigma da abstinência, que é reforçado pelas leis antidrogas.

Passos e Souza (2011, p. 157) entendem como paradigma da abstinência “uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que



se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível". Os mesmos autores dizem que a questão das drogas é, na maior parte das vezes, tratada ou pela justiça, ou pela psiquiatria ou pela religião e reduzida à substância, silenciando e invisibilizando o sujeito.

Em conversas com os usuários na construção dessa análise, perguntou-se sobre quais alternativas de tratamento existiam na cidade, para além do CAPS. Eles apresentaram uma relação de grupos (AAs e NAs), sendo a maioria reunidos em igrejas, tendo como único manejo possível a abstinência.

É inegável que para alguns tal manejo é um desejo e que pode de fato funcionar, mas não é uma regra. Na redução de danos, por exemplo, a abstinência pode ser um objetivo,

[...] porém mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais. (PASSOS; SOUZA, 2011, 161).

O tratamento é focado em promover saúde e o cuidado de si, proporcionando maior autonomia e reconhecendo a cidadania dos usuários.

4.2 Preconceito: loucos e drogados

Uma das propostas feitas durante o processo de análise comunitária no serviço foi a construção, pelos usuários, de mapas da cidade, mapas que mostrassem por onde eles circulam, ao que têm acesso. Tal atividade suscitou importantes questões acerca dos caminhos por eles percorridos, pois os desenhos trouxeram, em sua maioria, o CAPS AD enquanto central, rodeado por grupos para dependentes em igrejas, que trabalham em um ideal de abstinência. A educação não apareceu em nenhum momento e o lazer quase não apareceu também.

É perceptível que os caminhos dos usuários do serviço são marcados pela sua relação com a droga e em seus relatos isso se confirma. Eles falam sobre a dificuldade em encontrar emprego, dizendo ser mais difícil para *“um ex-usuário em tratamento no CAPS do que para um ex-presidiário”*. Percebem esse preconceito como duplo: *“sabe dona, eles têm preconceito com nós, a sociedade, porque nós ‘é’ drogado e louco. Quem vem no CAPS é louco, eu também pensava assim antes de vir aqui”*.

Atualmente, temos um usuário que voltou a estudar, o que tem levantado a curiosidade e a vontade em outras pessoas. O serviço tem tentado novas movimentações, mesmo que nem sempre o faça com facilidade. Somente o fato de se estar discutindo, questionando e (re)pensando as práticas do serviço já é um movimento importante. A maior flexibilidade que o serviço tem tentado encontrar, é algo que Lobosque diz:



[...] existe no Brasil, há algumas décadas, um movimento que busca repensar e construir de uma outra maneira a presença da loucura entre nós. Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós. (LOBOSQUE, 2003, p. 17).

Assim, é importante perceber que existem dificuldades, principalmente porque as práticas ainda são permeadas por um paradigma da abstinência, reforçado por uma cultura manicomial, que vem sendo fortemente encontrada dentro da dependência química. Reforçado pelos discursos midiáticos acerca da “epidemia do crack”, as mudanças muitas vezes se dão de forma lenta. Porém, o importante é não pararmos de (re)pensar nossas práticas, procurando construir novos caminhos, reconhecendo nossos pacientes enquanto sujeitos de direitos, cidadãos, autônomos.

4.3 Entre os muros do CAPS AD III

Lancetti (2008, p. 46) já dizia que “um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmos e sua pouca abertura para o território”. Em conversas informais com pacientes e profissionais do serviço, é possível perceber ser esta também uma dificuldade do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul. Ainda que não se tenha uma resposta definitiva sobre o porquê – e esta nem é a intenção deste trabalho –, questiona-se sobre a forma de funcionamento do serviço, o qual enxergam como “ambulatorial” ou quase como “um hospital”.

O grande fluxo de pacientes emerge como uma possibilidade, ou inclusive como um fato, de que há dois anos o CAPS AD passasse a ser III, ou seja, a ter um funcionamento por 24h, com leitos para acolhimento noturno. Se no campo da dependência química já existem internações exacerbadas, é compreensível que exista alguma dificuldade quanto a um funcionamento que permita internações dentro do próprio serviço. Em capacitação dos serviços de saúde mental do município, com Ricardo Charão, este nos lembra que este funcionamento ainda é recente para o serviço e que, por via de regra, quem funciona durante 24h são os hospitais, o que pode dificultar um funcionamento que não vá para este lado.

Os profissionais conseguem perceber que há certo “engessamento” na forma de funcionamento, que o tratamento deveria ir além do que se tem conseguido fazer, principalmente com os pacientes acolhidos. “Os pacientes passam lá ‘para trás’ e são esquecidos, não fazemos Projeto Terapêutico Singular”, me diz um profissional. Nesse sentido, ao longo do ano, é perceptível uma mudança, com maior flexibilidade acerca dos acolhimentos – que anteriormente não podiam sair do serviço e hoje têm saído para entregar currículos, ver a família, entre outras coisas.



Assim os pacientes, colocando o serviço como central em suas vidas, percebem que existem outras necessidades. Falam da importância de empregos, do albergue e de que no serviço “*não se usem as drogas lá de fora, mas as daqui*”, referindo-se à medicação. Assim:

O atendimento de saúde é somente um dos serviços necessários às pessoas que usam drogas. As ações de cuidado devem acontecer em conjunto com projetos de moradia, geração de trabalho e renda, qualificação do espaço urbano, educação, lazer, esporte, cultura, etc. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (s/d.).

Recentemente se realizou a 1ª Assembleia Geral do CAPS. Acreditamos ser este um movimento importante do serviço para construir pontes com a comunidade. Infelizmente apenas quatro pacientes compareceram. Porém, este é um começo e, sendo dada continuidade, com maior divulgação, é possível que novos caminhos possam ser construídos a partir daí.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pode perceber até o momento é que, além do serviço CAPS AD III, os grupos para dependentes são todos em igrejas e trabalham em um ideal de abstinência. Além disso, os pacientes relatam que circulam pouco pela cidade, colocando o serviço enquanto central, rodeado apenas pelos grupos de apoio das igrejas e da Comunidade Terapêutica Recomeçar, com alguns incluindo suas casas ou um campo de futebol.

Em seus relatos, é possível perceber que sentem não ter espaço na comunidade em que vivem, relatando preconceitos não apenas pelo uso de drogas, mas também pelo estigma criado em volta dos “pacientes CAPS”, vistos como “loucos”. Os caminhos percorridos na cidade pelos pacientes demonstram uma trajetória marcada pela sua relação com a droga, com o lazer pouco aparecendo, os estudos não sendo citados e o receio, em relação a empregos, por serem “usuários em recuperação e pacientes CAPS”.

Através das conversas com os profissionais, a própria equipe reconheceu que poucos são os movimentos na direção da desinstitucionalização e da Reabilitação Psicossocial. No entanto a equipe vem passando por movimentos de reflexão e redimensionamento dos processos de trabalho.

Dito isso, é necessário que o próprio serviço possa fazer novas movimentações e maiores articulações com a comunidade, para que não fique fechado entre seus muros. Assim, ações em conjunto com a comunidade poderão proporcionar uma maior promoção de autonomia aos usuários, desinstitucionalizando e reabilitando-os psicossocialmente.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Federal n. 10.216*, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Folder contra a internação compulsória [online]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%C3%A7%C3%B5es/folder-contra-a-interna%C3%A7%C3%A3o-compuls%C3%B3ria/internacao_compulsoria_verso.pdf> Acesso em: out. 2016.

DOMINGUES, A. R.; FRANCO, E. M. Reflexões teóricas sobre sujeitos coletivos e experiências comunitárias. In: STELLA, Claudia (Org.). *Psicologia Comunitária: contribuições teóricas, encontros e experiências*. Petrópolis: Vozes, 2014.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(2), 321-330, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/09.pdf>> Acesso em: maio 2016.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. *Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo*. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 11 n. 1, Porto Alegre, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011> Acesso em: abr. 2016.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>> Acesso em: jun. 2016.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, V. B. O.; BRANCO NETO, J. R. C. Reforma Psiquiátrica e Políticas e Saúde Mental no Brasil: resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Direito & Política*, 2011, 1 (1). Disponível em: <http://www.faf7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf> Acesso em: jun. 2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017> Acesso em: set. 2016.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. de.; ALMEIDA, M. M. de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. psiquatr. clin.*, vol. 35, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017> Acesso em:



jun. 2016.

PIZZINATTO, Adolfo. Psicologia da libertação. In: SARRIERA, J.C.; SAFORCADA, E. T. (Org.). *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

RIBEIRO, Regina C. F. *Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial*. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

RODRIGUES, D. S.; CARVALHO, M. A. A. S. de; XIMENES, V. M. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia, Comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro v. 11, n. 3, p.734-754, 2011. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8333/6121> > Acesso em: abr. 2016.

SARRIERA, Jorge Castellá. Análise de necessidades de um grupo ou comunidade: a avaliação como processo. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (Org.). *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SAWAIA, Bader Burihan. *Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade*. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas Campos. (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. *Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade*. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas Campos. (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

XIMENES, V.M.; GÓIS, C.W.L. Psicologia comunitária: uma práxis libertadora latino-americana. In: LACERDA JUNIOR, F.; GUZZO, R.S. L. (Org.). *Psicologia & sociedade: interfaces no debate sobre a questão social*. Campinas: Alínea, 2010.



A [RE] SIGNIFICAÇÃO DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DA ABORDAGEM PREVENTIVA EM AMBIENTE ESCOLAR¹

*Kamila Mohammad Kamal Mansour²
Patrícia Oliveira Roveda³*

1 INTRODUÇÃO

A atuação em todos os níveis de atenção em saúde, como em programas de prevenção, promoção, manutenção, proteção e recuperação da saúde, está entre as competências e habilidades na formação do Fisioterapeuta. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), os cursos de Fisioterapia devem conter, em seus currículos, conteúdos relacionados ao processo de saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, levando à integralidade das ações de cuidar deste profissional (BRASIL, 2002).

A integralidade em saúde, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), procura compreender o ser humano de forma integral, visualizando a saúde como uma questão de cidadania. Assim, o Estado busca proporcionar à população ações que vão da prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade (PINHEIRO, 2008).

A presença da Fisioterapia Preventiva em ambiente escolar se dá por estratégias de educação em saúde. Dentre as ações estão a Educação Postural e a investigação da relação do peso das mochilas com o peso do escolar, além da investigação da relação dos sintomas de dores na coluna e alterações posturais (FONSECA et al., 2015; DOCKRELL; SIMMS; BLAKE, 2015; DRZAŁ-GRABIEC et al., 2015). Os programas propostos para esses estudantes demonstram estar repercutindo positivamente em suas atividades de vida diária (BENINI; KAROLCZAK, 2010; VIEIRA et al., 2015).

A disciplina de Fisioterapia Preventiva na Comunidade II, do Curso de Fisioterapia na Universidade de Santa Cruz do Sul, tinha como objetivo despertar e estimular a importância da prevenção, proporcionando ao discente uma atuação fisioterápica preventiva nos diferentes locais da comunidade em que estava inserido, capacitando o aluno para a identificação e aplicação de métodos fisioterápicos preventivos mais adequados na comunidade.

1 Trabalho Premiado na VII edição do Prêmio Honra ao Mérito do VII Salão de Ensino e de Extensão da UNISC 2016.

2 Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNISC. E-mail: kamilamkmansour@gmail.com

3 Docente do Departamento de Fisioterapia da UNISC. Mestre em Engenharia de Produção pela UFSM. Doutoranda em Educação pela UFSM. E-mail: roveda.patricia@gmail.com



O objetivo deste trabalho foi de explicitar as ações da fisioterapia preventiva, analisando as abordagens utilizadas durante as práticas da disciplina em ambiente escolar.

2 METODOLOGIA

Através das aulas práticas da disciplina, acadêmicos e docente estiveram em escolas públicas e privadas da cidade de Santa Cruz do Sul em 2015, para um estudo descritivo, cuja amostra foi composta por escolares e professores. Por se tratar de uma abordagem preventiva, todos puderam participar, sendo o único critério de exclusão a não concordância em fazer parte da amostra.

A intervenção inicial, diretamente com os escolares, foi o uso de diferentes estratégias com o intuito de promover a educação postural na escola e nas atividades de vida diária. Dentre as estratégias utilizadas destacam-se: palestra interativa, uso de jogos de fixação, elaboração de cartazes e a distribuição de *folders*. Em seguida, foi aplicado um questionário que englobava o aspecto biopsicossocial do aluno, composto por 14 questões, construído pelos alunos da disciplina durante as aulas teóricas. Dando continuidade, era realizada a avaliação postural estática e a avaliação da postura de cada escolar frente ao mobiliário em sala de aula, através de análise observacional individual. Prosseguiu-se para a pesagem dos alunos, das mochilas e para o ajuste delas. Ao final, foram compartilhadas orientações a respeito da organização dos materiais na mochila e o modo correto de carregá-las.

Quanto aos professores, foi aplicado um questionário com 10 perguntas, elaborado coletivamente pelos acadêmicos, envolvendo assuntos relacionados à saúde e à prática profissional. As visitas eram encerradas após avaliação ergonômica dos ambientes internos (salas de aula, banheiros, biblioteca e laboratórios) e externos (pátio, praça, ginásio e refeitório) das escolas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o semestre, como parte do módulo Saúde do Escolar, foram visitadas quatro escolas: duas públicas e duas privadas, trabalhando-se com um total de 936 alunos e 44 professores.

A primeira ação na escola foi a palestra sobre Educação Postural, onde ocorreu a interação e a aproximação dos escolares com os acadêmicos de Fisioterapia. Foram abordados temas referentes aos hábitos posturais nas atividades de vida diária, como em casa e na escola, além do incentivo aos hábitos de vida saudável. A apresentação se deu por meio de recurso multimídia e contou também com exibição de vídeos sobre os assuntos estudados. Durante este momento também foram feitas brincadeiras para fixação do conteúdo, e construído material educativo. Em cada sala de aula, visitada pelos alunos e pela professora da UNISC, foram deixados cartazes e *folders* dos conteúdos trabalhados na palestra, com o objetivo de reforçar a importância da prevenção que pode tornar-se, desse modo, um hábito para essas crianças que se encontram em diferentes fases do desenvolvimento neuropsicomotor.



Observou-se de modo bastante positivo a interação e o interesse dos escolares durante a realização das diferentes estratégias de Educação Postural, cujo relato de experiência evidenciou a importância dessa ação, demonstrada através de diversos questionamentos e das experiências relatadas. No estudo de Vieira e colaboradores (2015), foi proposto um programa de educação postural que se deu por meio de aulas, com estratégias semelhantes às usadas pelo nosso grupo, tendo os pesquisadores obtido significantes resultados quantitativos, pelas declarações e percepções de professores, dos pais e dos próprios alunos.

Para familiarizar os escolares com os assuntos relacionados à anatomia humana, aos hábitos posturais e à qualidade de vida, foram levados às escolas modelos anatômicos, materiais dos laboratórios do curso de Fisioterapia, da clínica FisioUnisc e demais objetos e materiais pensados e desenvolvidos pelos alunos da disciplina.

As atividades, construídas de forma lúdica e de acordo com a faixa etária, produziram conteúdos que deixaram evidente o entusiasmo dos educandos, constatado pelo retorno imediato manifestado pela curiosidade durante toda a prática. Conforme o trabalho de Borba e Melo (2010) as estratégias propostas de forma lúdica, por meio de jogos e brincadeiras, estimulam a imaginação e o raciocínio possibilitando o desenvolvimento da criatividade e autonomia. O uso de jogos e outras dinâmicas garantem a aquisição de conhecimentos ao mesmo tempo que estimulam a criatividade e o raciocínio na criança. A abordagem utilizada neste trabalho corrobora as propostas dos autores, uma vez que os aprendizados dos conceitos referentes à Educação Postural foram promovidos por essas ações.

O questionário biopsicossocial foi respondido apenas pelos alunos a partir do 2º ano do ensino médio, devido à melhor compreensão dos questionamentos, e com auxílio dos acadêmicos quando necessário, totalizando 833 estudantes. Justificando a importância de se investigar aspectos biopsicossociais, mencionamos Suls e Rothman (2004) os quais afirmam que é fundamental que o modelo biopsicossocial contemple os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dos alunos. Nosso questionário abrangeu os quatro aspectos supramencionados, com o propósito de contextualizar o cenário em que se encontravam os educandos avaliados.

Algumas das questões presentes no questionário se referiam aos hábitos de vida diária, a questões sobre sua saúde, sobre hábitos na escola, e especificamente sobre o uso da mochila.

A importância da avaliação postural na idade escolar se dá pela possibilidade da descoberta precoce de algum desvio, possibilitando uma intervenção específica e reduzindo danos à saúde (MARTINS et al., 2012). Cada aluno do curso de Fisioterapia realizava duas avaliações posturais na sala de aula em que se encontravam, resultando em um total de 339 alunos avaliados. Alguns desvios posturais foram detectados, mas não são foco deste artigo.

Já no ano de 2000, Bracialli e Vilarta (2000) afirmavam em seu artigo que a criança permanece a maior parte do seu tempo na escola em sedestação, e na maioria das vezes em uma posição incorreta devido ao mobiliário. Mencionavam ainda que o uso contínuo de mesas e cadeiras inadequadas favorece a má postura pela falta de apoio lombar e apoio para os pés. Foi percebido durante a prática nas



escolas, sejam elas privadas ou públicas, que todas as classes e cadeiras tinham a mesma estrutura, sem adaptações às necessidades dos alunos, conforme a fase do desenvolvimento e variáveis antropométricas.

A atividade com os escolares encerrou com o ajuste das mochilas, conforme estatura de cada aluno e a organização dos materiais no interior delas pelas orientações da *American Academy of Pediatrics* (HEALTHY CHILDREN, 2015). Orientamos os alunos para que os materiais maiores fossem colocados mais próximos das costas, concentrando os objetos mais pesados no centro. Ao distribuir corretamente os materiais carregados, reduzem-se o peso da mochila e o desalinhamento postural, prevenindo desvios posturais, sintomas de dor e outras alterações.

Sobre a conduta para com os professores, a conversa foi individualizada com um acadêmico paralelo às atividades com as crianças. Primeiramente foi passado o questionário, seguindo para sugestões de alongamentos e orientações sobre a melhor maneira de realizar os gestos motores cotidianos utilizados em sua profissão.

No campo da educação, a saúde dos professores vem chamando a atenção, pois tem sido evidenciado um aumento no número de agravos relacionados à sua saúde, em especial em relação às características e condições de trabalho. Os problemas observados afetam tanto a saúde física como a psicológica, podendo comprometer a capacidade de trabalho (SANTOS, 2013). Em nosso estudo não foi observado nenhum dado preocupante em relação à saúde dos docentes que responderam ao questionário. A prática de atividades físicas exercidas pela maioria deles e a conscientização em relação à orientação postural são pontos positivos para a saúde, tanto na vida pessoal, quanto na profissional.

A prática encerrou com a avaliação ambiental, registrada por uma ficha que avaliou, nos ambientes internos, a acessibilidade do local, a largura das portas, a forma de acesso, a luminosidade, a ventilação, as classes e cadeiras, o piso e o quadro utilizado nas salas de aula. Já no ambiente externo, abrangendo praças, pátio e ginásio, foram avaliadas a acessibilidade, as lixeiras para lixo seletivo, as condições dos brinquedos, as grades, os muros e as telas, além dos bebedouros.

Ao final da disciplina, foram encaminhados relatórios às escolas visitadas que continham dados sobre os questionários, as avaliações posturais, a pesagem das mochilas e as avaliações ambientais, expondo toda a intervenção realizada. Os casos de alunos que necessitassem de encaminhamento, devido a alguma condição inadequada, foram nominalmente citados, assim como as questões de falta de acessibilidade ambiental e de inadequação dos mobiliários foram também informadas no relatório.

Pimenta, Cosme e Souza (2013) citam como estratégias o resgate, a sistematização e a difusão do conhecimento científico produzido pelo fisioterapeuta para enfrentar os monopólios profissionais e conquistar a afirmação do seu papel social. A partir da estruturação de novas ações, como, por exemplo, a avaliação da saúde na escola, o Fisioterapeuta poderá estar conquistando novos caminhos para a construção de uma nova identidade para a profissão. Paralelamente estará seguindo o que consta nas DCNs dos cursos da área da saúde e atendendo às novas exigências e aos novos avanços impostos pela sociedade contemporânea em que



vivemos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia Preventiva é uma importante vertente para a [re]significação da Fisioterapia e do papel do Fisioterapeuta na sociedade. A reformulação das DCNs trouxe uma nova identidade na formação em Fisioterapia que, além de atuar nos níveis secundário e terciário, possibilitou a inclusão no âmbito da prevenção e promoção da saúde, ou seja, no nível primário da atenção em saúde, em diferentes cenários, dentre eles a comunidade escolar.

A demanda por um profissional, que possa atuar nos diferentes níveis e setores de atenção em saúde, coloca o Fisioterapeuta no centro da inserção do modelo de integralidade visado pelo SUS.

A abordagem precoce, através da Educação em Saúde, com foco nos hábitos posturais, proporciona uma introdução para essas medidas. As metodologias utilizadas na disciplina para esta prática possibilitaram o aprendizado e a [re]significação da Fisioterapia, uma profissão fortemente enraizada na reabilitação.

REFERÊNCIAS

BENINI, J.; KAROLCZAK, A.P.B. Benefícios de um programa de educação postural para alunos de uma escola municipal de Garibaldi, RS. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 346-351, 2010.

BORBA, V; MELO, L. O lúdico como possibilidade de intervenção no desenvolvimento biopsicossocial da criança no espaço escolar. *Nucleus*, Ituverava, v.7, n.2, p.9-16, 2010.

BRACIALLI, L. M. P.; VILARTA, R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. *Rev. Paul. Educação Física*, São Paulo, v.14, n.2, p. 16-28, jan./jun. 2000.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Conselho Federal de Educação. Brasília, 19 fev. 2002. Acesso em 11 jul. 2016. Online. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>>.

DOCKRELL, S.; SIMMS, C.; BLAKE, C. Schoolbag carriage and schoolbag-related musculoskeletal discomfort among primary school children. *Applied Ergonomics*, v. 51, p. 281-290, 2015.

DRZAŁ-GRABIEC, J. et al. effects of carrying a backpack in an asymmetrical manner on the asymmetries of the trunk and parameters defining lateral flexion of the spine. *Human Factors and Ergonomics Society*, v.57, n. 2, p. 218-226, 2015.

FONSECA, C.D. et al. Postural education and behavior among students in a city in southern Brazil: student postural education and behavior. *J Phys Ther Sci*, v.27, n.9, p. 2907-2911, 2015.



HEALTHY CHILDREN, Backpack safety. *American Academy of Pediatrics*, 21 nov. 2015. Acesso em 09 jul. 2016. Online. Disponível em: <<https://www.healthychildren.org/English/safetyprevention/atplay/Pages/Backpack-Safety.aspx>>.

MARTINS, V.L. et al. Programa pincel mágico: avaliação das condições de saúde de escolares dos primeiro e segundo anos do ensino fundamental. *Rev. paul. Pediatr*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 486-492, 2012.

PIMENTA, A.L.; COSME, A.C.; SOUZA, M.L. Fisioterapia no Brasil: aspectos sociohistóricos da sua identidade. *Fisioterapia Brasil*, v.14, n. 3, p. 231-236, 2013.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I.; LIMA, J.C.F. (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev.ampl.- Rio de Janeiro:EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 12 set. 2016.

VIEIRA, A. et al. Efeitos de um programa de educação postural para escolares do terceiro ano do ensino fundamental de uma escola estadual de Porto Alegre (RS). *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 239-245, 2015.

SANTOS, M.N.; MARQUES, A.C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 18, n. 3, p. 837-846, 2013.

SULS, J.; ROTHMAN, A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, v. 23, n. 2, p. 119–125, 2004.



PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Kellyn de Bastos Silva¹

Ricardo Sartori²

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, em julho de 2014, o número total estimado de pacientes em diálise foi de 112.004. Considerando o período de 2011 a 2014, as taxas de incidência e prevalência de pacientes em diálise tenderam a aumentar e a mortalidade ficou estável. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 19%. Dos pacientes prevalentes, 91% estavam em hemodiálise e 9% em diálise peritoneal e 32.499 (29%) estavam em fila de espera para transplante (SESSO et al., 2016).

Pacientes em terapia substitutiva (hemodiálise) possuem várias alterações bucais, as quais são relevantes para o atendimento odontológico. São algumas delas: a halitose, maior acúmulo de cálculo, gengivite, periodontite, fluxo salivar diminuído, xerostomia e parotidite.

A saber disso, é de extrema importância a avaliação da higiene bucal dos pacientes em hemodiálise, não somente para a determinação da prevalência de alterações bucais, mas, também, para a prevenção em saúde bucal (SOUZA et al., 2005; BHATSANGE; PATIL, 2012).

A doença periodontal pode ser fator de comorbidade e fonte de inflamação, podendo causar ou facilitar o dano renal. Já a Insuficiência Renal Crônica (IRC) predispõe e agrava a doença periodontal. A diminuição dos focos de inflamação melhora a glicemia e o controle metabólico, resultando em maior qualidade de vida, por melhorar a condição sistêmica (ALMEIDA et al., 2011; BAYRAKTAR et al., 2009).

Na literatura, não há número significativo de trabalhos que evidenciam a importância da higiene bucal para pacientes em hemodiálise. Estudo realizado por Barros et al. (2014) mostrou grande significância, pois discute a deficiência dos hábitos de higiene bucal dos pacientes nefropatas e a necessidade de motivação e orientação do Cirurgião Dentista para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, possibilitando o sucesso de futuros transplantes.

1 Acadêmica do Curso de Odontologia da Unisc. E-mail: kellynbsilva@gmail.com

2 Docente do Departamento de Odontologia da Unisc. Mestre em Periodontia. E-mail: rsartori@unisc.br



A sociedade acadêmico-científica necessita de mais pesquisas nessa área, relevando a necessidade de inserção do Cirurgião Dentista em centros clínicos de hemodiálise. Os pacientes carecem de uma atenção odontológica diversificada e voltada às consequências do tratamento hemodialítico, melhorando a qualidade de vida. Traçar essa condição de higiene bucal irá estabelecer um conceito de tratamento integrado e multiprofissional, de acordo com as necessidades desses pacientes (GUEVARA et al., 2014).

O objetivo principal deste trabalho é avaliar a higiene bucal dos pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise na UNI-RIM, no município de Santa Cruz do Sul, questionando sobre seus hábitos de higiene bucal e hábitos comportamentais, relacionando a situação de higiene bucal às consequências da hemodiálise. Por fim, promover conscientização e melhoria da saúde bucal.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Esta pesquisa compreende um estudo observacional transversal analítico (SUSIN; RÖSING, 2002). O material bibliográfico foi selecionado na base de dados dos seguintes sites: *lilacs*, *bireme*, *scielo*, *google acadêmico*, *unisc/biblioteca*, *pubmed*, além do serviço de Comutação Bibliográfica, da biblioteca da UNISC (COMUT), nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com insuficiência renal crônica, que fazem hemodiálise na Clínica de Doenças Renais (UNI-RIM), adultos com idade igual ou superior a 18 anos e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ou que retiraram seu consentimento durante a pesquisa e pacientes debilitados, indispostos ou internados em unidades de terapia intensiva, totalizando 76 pacientes.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNISC (Parecer nº 1.557.915). Cada participante recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora.

A coleta de dados, realizada na Clínica de Doenças Renais (UNI-RIM), atual serviço de referência para o tratamento hemodialítico junto à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizado no município de Santa Cruz do Sul, foi em forma de questionário. Após preencher o questionário, o paciente passou por um exame clínico de índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG), importantes para a determinação do perfil de higiene bucal, revelando se há o hábito de higienizar os dentes e se este hábito é realizado com sucesso (LÖE; SILNESS, 1963).

Como limitações do método utilizado, podemos ter a influência da xerostomia e das medicações administradas pelos pacientes da pesquisa, que serão abordadas na discussão deste trabalho. O exame clínico foi realizado em suas poltronas reclináveis e os EPIs utilizados foram: gorro, máscara, jaleco branco, sapato fechado, luvas, óculos de proteção, sobre luvas e instrumental estéril, que será utilizado para cada paciente, sem nenhum risco de contaminação.



Além disso, o instrumental utilizado foi: espelho clínico intrabucal número 5 (Duflex®, Rio de Janeiro, Brasil), sonda periodontal milimetrada do tipo Williams (Millennium®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil), pinça para algodão (Duflex®, Rio de Janeiro, Brasil) e roletes de algodão (Apolo®, Cataguases, Minas Gerais, Brasil).

A examinadora foi calibrada juntamente com o professor orientador do projeto. Sobre os resultados da calibragem, a concordância intraexaminador foi mensurada através do cálculo *Kappa*, indicador que elimina a possibilidade de os resultados coincidirem por acaso. O cálculo do IPV teve concordância excelente (0,999518) e o cálculo do ISG teve concordância perfeita (1,00000) (SUSIN; RÖSING, 2002).

Os resultados do estudo foram analisados através de estatística descritiva e de testes de hipóteses. Na etapa dos testes estatísticos foram utilizados a ANOVA (Análise de Variância) e o Teste *t* de Student, para verificar as diferenças entre médias de variáveis quantitativas. Para avaliar as associações entre variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-quadrado de independência. O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas no programa Statistical Package Social Sciences (SPSS), versão 24.

3 RESULTADOS

A pesquisa foi dividida em duas etapas, totalizando 76 pacientes em uma faixa de idade de 22 a 89 anos (Tabela 1), onde 59,21% são do gênero masculino, representando 45 pacientes.

Tabela 1 - Faixas de Idade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido				
	22 a 39 anos	4	5,3	5,3
	40 a 49 anos	8	10,5	15,8
	50 a 59 anos	15	19,7	35,5
	60 a 69 anos	27	35,5	71,1
	70 a 89 anos	22	28,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos pacientes que utilizam prótese total (39,47%), 30% possuem somente prótese total superior, que constituem 9 pacientes. Dentre os motivos para a perda de dentes, prevaleceu a cárie dentária, 63 pacientes (82,89%) da população estudada, seguida da mobilidade por doença periodontal, 10 pacientes (13,15%) e 3 pacientes por trauma (3,94%).

Sobre os hábitos de higiene bucal, 26 pacientes (56,5%) relataram escovar os dentes três vezes ao dia, enquanto 6 pacientes (13%) afirmaram escovar somente uma vez ao dia. Dos 46 pacientes dentados, somente 5 pacientes (10,9%) já notaram haver sangramento gengival durante a escovação. Quanto à utilização do fio dental, 11 pacientes (23,9%) tiveram resposta positiva, dentre estes, 7 pacientes (63,6%) têm



como frequência uma vez ao dia.

Apenas 11 pacientes (23,9%) realizam bochechos diários com alguma solução e 22 pacientes (47,8%) afirmaram sentir gosto ruim na boca ou que possuem mau hálito. Em relação às visitas ao dentista, somente 25 pacientes (54,3%) vão ao Cirurgião-dentista. Quanto à frequência, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 2 - Com que frequência vai ao CD?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	A cada 6 meses	13	28,3	39,4	39,4
	Quando sente dor	11	23,9	33,3	72,7
	Outros	9	19,6	27,3	100,0
	Total	33	71,7	100,0	
Omisso	0	13	28,3		
Total		46	100,0		

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 9 pacientes (19,6%) que responderam a alternativa "outros", 4 deles (44,44%) relataram ir ao dentista a cada um ano, 2 (22,22%) afirmaram que comparecem a cada 2 anos, 2 pacientes (22,22%) mencionaram que foram ao cirurgião dentista somente antes de entrar na fila do transplante e 1 paciente (11,12%) afirmou que vai todo mês, pois utiliza aparelho ortodôntico.

Perguntas sobre a história médica dos pacientes também foram realizadas e, posteriormente, as respostas foram verificadas junto ao histórico digital da instituição. Relativo às doenças sistêmicas que levaram o paciente à insuficiência renal crônica temos: 70 pacientes (92,10%) são hipertensos, 31 pacientes são diabéticos (40,78%), 4 pacientes (5,26%) tiveram câncer renal, 5 pacientes (6,57%) possuem glomerulonefrite membranosa e 10 pacientes tiveram litíase de repetição (13,15%).

Dos 76 pacientes, 5 (6,57%) já foram transplantados e estão novamente em terapia substitutiva. Quanto ao tempo em hemodiálise, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 3 - Tempo de hemodiálise:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	< 1 ano	12	15,8	15,8	15,8
	1 a 4 anos e 11 meses	30	39,5	39,5	55,3
	5 a 9 anos e 11 meses	23	30,3	30,3	85,5
	10 a 15 anos e 11 meses	9	11,8	11,8	97,4
	16 a 30 anos	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos pacientes que possuem dentes naturais, somente 1 (2,17%) não apresenta



perdas dentárias, as quais tiveram prevalência de etiologia por cárie (84%). Sobre promoção de saúde bucal dentro da instituição, 14 pacientes (18,2%) afirmaram que tiveram orientação de higiene bucal uma vez, enquanto realizavam a sessão de hemodiálise. Quanto à autoavaliação das condições de saúde bucal dos pacientes que possuem dentes naturais, tivemos os seguintes resultados:

Tabela 4 - Como você avalia a sua saúde bucal?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Ótima	2	4,3	4,3
	Boa	18	39,1	39,1
	Regular	17	37,0	80,4
	Ruim	7	15,2	95,7
	Péssima	2	4,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Relativo aos exames, 8 pacientes (17,4%) apresentaram mobilidade dentária. Se tratado de alterações estomatológicas, 4 pacientes (5,26%) tiveram resultado positivo, apresentando herpes simples recorrente (1,31%), aftas na língua (2,63%) e hiperqueratose na mucosa jugal (1,31%).

Resultados relevantes para a avaliação da higiene bucal dos pacientes dentados em hemodiálise, foi a alta prevalência da presença de placa na maioria dos pacientes. Já o índice de sangramento gengival não apresentou resultados significativamente alto comparado ao IPV, o que será justificado na discussão.

Gráfico 1 – IPV (Faixas)

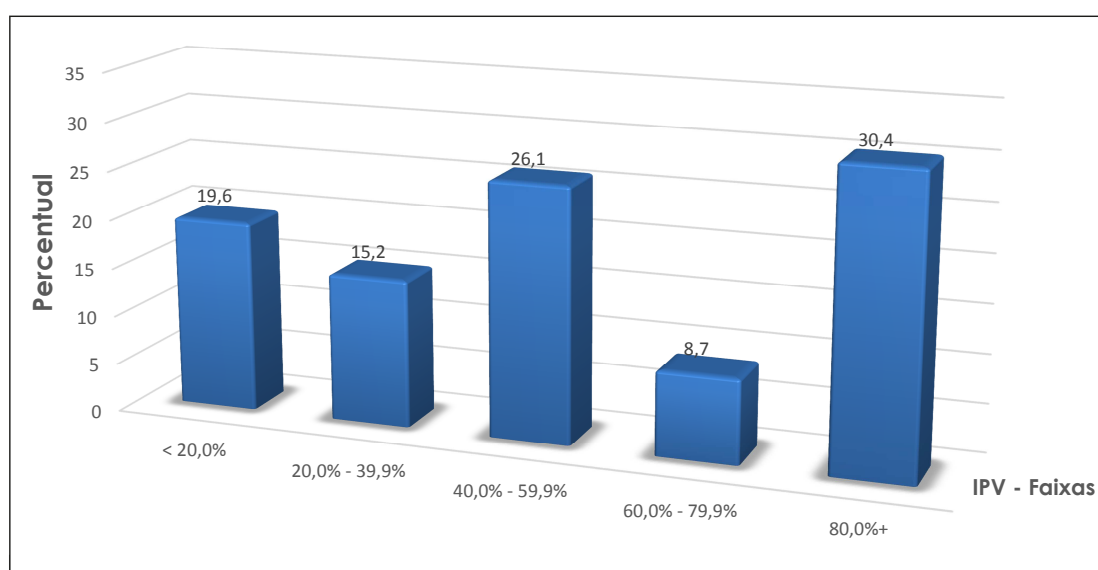
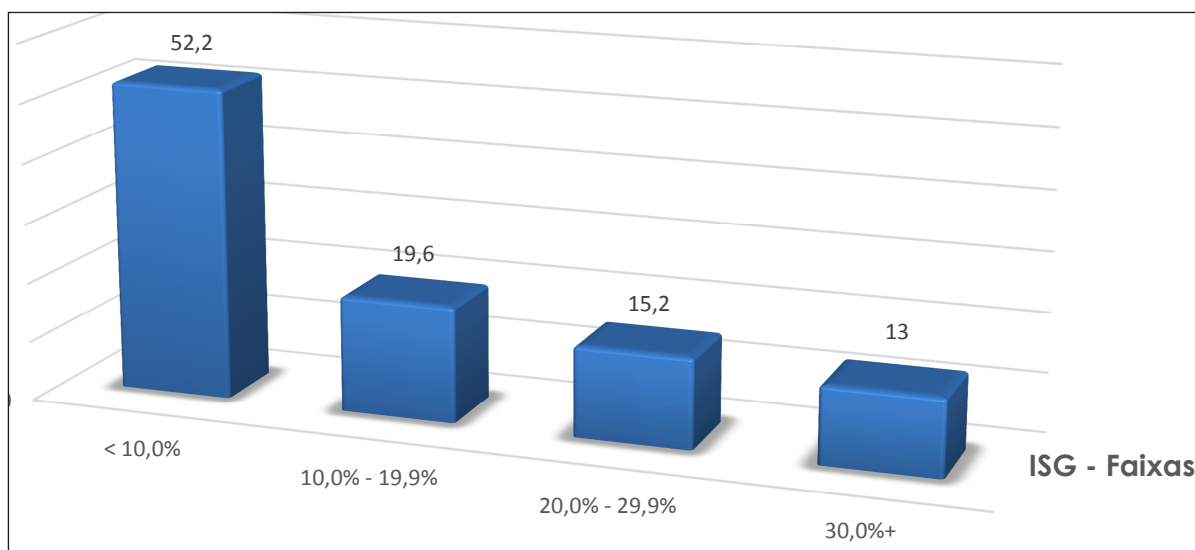


Gráfico 2 – ISG (Faixas)



Fonte: Dados da pesquisa.

Dados encontrados no histórico médico da instituição revelam que 10 pacientes (13,15%), que participam da pesquisa, não estão na fila do transplante. As medicações mais utilizadas são: a eritropoetina (63 pacientes – 82,9%), hidróxido de ferro (81,6%), ácido fólico (89,5%), complexo B (88,2%) e o carbonato de cálcio (67,1%). Outras medicações administradas, que são relevantes para o estudo, são: o ácido acetilsalicílico (32,9%), enalapril (21,1%) e a sertralina (7,9%).

4 DISCUSSÃO

A inter-relação entre o perfil de higiene bucal e a condição sistêmica dos pacientes que frequentam clínicas de terapia renal substitutiva não é um tema discutido dentro dos centros de hemodiálise. Atualmente, novas pesquisas comprovam que há necessidade da inclusão do Cirurgião-dentista no seu tratamento multidisciplinar para uma melhor qualidade de vida a estes pacientes (SOUZA et al., 2005; ALMEIDA et al., 2011; BARROS et al., 2014; LACERDA et al., 2015; JAIN et al., 2014; ROSSI; GLICK, 1996; FUJIMAKI; ROSA; TORRES, 1998; COSTA FILHO; PADILHA; SANTOS, 2007). Sendo assim, esta pesquisa buscou contribuir com os estudos preexistentes, enriquecendo a literatura nessa área que ainda necessita ser desbravada.

Foram avaliados 76 pacientes, com faixa etária de 22 a 89 anos, dos quais 59,21% são do gênero masculino e 30 pacientes (39,47%) utilizam prótese total. O índice de placa visível teve como média 54,137%, e o índice de sangramento gengival de 16,765%. As principais doenças que levaram os pacientes à insuficiência renal crônica foram a hipertensão (92,10%), diabetes (40,78%), litíase por repetição (13,15%), glomerulonefrite membranosa (6,57%) e câncer renal (5,26%), resultados que concordam com os estudos brevemente realizados (SESSO et al., 2016; ALMEIDA et al., 2011; ROSSI; GLICK, 1996).

Ao analisar o percentual de pacientes que possuem prótese, o número de indivíduos que utilizam somente prótese total superior é significativamente grande (30%). Esses, apresentam dificuldade para se alimentar, o que é um fator prejudicial



para sua qualidade de vida, segundo a nutricionista da instituição.

Estudo realizado comprova que os pacientes edêntulos têm melhor saúde bucal quando se trata de aptidão para transplante, isso devido a baixos níveis de infecções oportunistas bucais. O mesmo estudo, publicado em 2015, relacionou o maior índice de cáries em pacientes que estão há mais tempo em hemodiálise e que não tiveram orientação de higiene bucal durante esse tempo (LACERDA et al., 2015).

A partir dos resultados, tivemos a prevalência da perda de dentes por cárie (84%) que, junto às lesões endodônticas e periodontites, são a porta de entrada para os micro-organismos patógenos se restabelecerem na corrente sanguínea, aumentando a mortalidade dos pacientes renais crônicos (BOTS et al., 2004; DIAS et al., 2007).

Esses processos infecciosos, quando em pacientes em terapia imunossupressora pós-transplante, tornam-se mais agressivos ainda, podendo lesar o órgão transplantado (BOTS et al., 2004; FUJIMAKI; ROSA; TORRES, 1998). Dos participantes da pesquisa, 5 pacientes tiveram rejeição do enxerto por infecções e nefropatia crônica do enxerto que levaram à hemodiálise novamente.

Outro fator que deve ser discutido é a redução do fluxo salivar integral, que aumenta a suscetibilidade à cárie e à destruição dental. Isso ocorre devido à incapacidade de remoção do biofilme acumulado na superfície dental que, unido à má higiene bucal, resulta em processo carioso (FUJIMAKI; ROSA; TORRES, 1998).

Pesquisa publicada em 2004 revela que o fluxo salivar dos pacientes em hemodiálise é, em média, 0,60 ml/min, o que caracteriza hipossalivação, devido à restrição à ingestão hídrica e à administração de medicamentos. Várias são as medicações, utilizadas por pacientes em hemodiálise, que influenciam nessa condição bucal, induzindo à hipossalivação. A população participante desta pesquisa utiliza, principalmente, antidepressivos, anti-hipertensivos, analgésicos, relaxantes musculares e diuréticos (MIGUEL; LOCKS; NEUMAN, 2006).

Há literaturas que evidenciam a administração da eritropoetina por pacientes renais crônicos, devido à presença de anemia normocítica, que leva a uma menor produção de células vermelhas por haver deficiência do hormônio eritropoetina (LACERDA et al., 2015; SONIS; FAZIO; FANG, 1996). Como resultado desta pesquisa, 82,9% dos pacientes da UNI-RIM utilizam essa medicação. Sendo a palidez na mucosa bucal característica da anemia, pode ser notada na maioria dos pacientes examinados (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; COSTA FILHO; PADILHA; SANTOS, 2007). A redução da proteína C reativa ocorre quando há um tratamento da doença periodontal em pacientes renais crônicos que, unido à adequada condição nutricional, melhora a resposta a eritropoetina (SIRIBAMRUNGWONG; YOTHASAMUTR; PUANGPANNGAM, 2014).

Os estudos encontrados confirmam que pacientes renais crônicos apresentam elevado acúmulo de placa e cálculo dentário (SOUZA et al., 2005; ROSSI; GLICK, 1996; FUJIMAKI; ROSA; TORRES, 1998), o que pode ser justificado pela menor produção salivar e a suplementação de cálcio e fósforo usada por estes pacientes (SOUZA et al., 2005; FUJIMAKI; ROSA; TORRES, 1998; DIAS et al., 2007).

Os níveis elevados da ureia aumentam o pH salivar, pois a ureia salivar é



degradada em amônia, levando à alcalinização bucal; com isso, ocorre uma maior formação de cálculo dental (MIGUEL; LOCKS; NEUMANN, 2006; ROSSI; GLICK, 1996). Tal evidência também foi significativa nesta pesquisa, já que a maioria dos pacientes (30,4%) apresentou 80% ou mais faces com a presença de cálculo dental.

A presença de sangramento gengival não teve influência das variáveis analisadas e não justifica a grande presença de placa e cálculo avaliados nesta pesquisa. O que pode ser relevante para o entendimento deste fato é que os pacientes em hemodiálise apresentam uma reduzida resposta inflamatória comparados a pacientes saudáveis (SOUZA et al., 2005). Outros estudos evidenciam que a gengiva marginal apresenta-se frequentemente inflamada, com ocorrências de hemorragias, fato que contrapõe os presentes resultados (DIAS et al., 2007; MIGUEL; LOCKS; NEUMANN, 2006).

A diminuição do fluido gengival crevicular (FGC) possivelmente tem influência sobre essa resposta inflamatória gengival deficiente. Visto que o FGC (fosfatase alcalina, β -glucuronidase, aspartato aminotrans-ferase, prostaglandinas, imunoglobulinas G4, inter leucina-1) está presente em maior quantidade em sítios de agressão tecidual periodontal (CHIBEBE et al., 2008).

Com a hipossalivação há sua redução no meio bucal e no sulco gengival, podendo haver uma menor resposta à agressão, resultando em baixos índices de sangramento gengival. Essa possibilidade não foi encontrada em estudos anteriores, o que nos leva a cogitar essa hipótese pelos conhecimentos obtidos em estudos sobre a resposta inflamatória gengival e o mecanismo de defesa periodontal.

O tempo em que os pacientes se encontram em hemodiálise, relacionado ao perfil de higiene bucal, tem grande relevância, comprovada nos dados da pesquisa e também em pesquisas anteriores, pois, ao passar dos anos, há uma redução da capacidade funcional, piora a autoestima, aumenta a idade e aparecem outras complicações clínicas, aumentando o seu tempo de hemodiálise. Quanto maior o período, em anos, que o paciente passa dentro dos centros de hemodiálise, menos ele procura ações de prevenção e terapêutica em saúde bucal, diminuindo a qualidade de vida (LACERDA et al., 2015; JAIN et al., 2014; GUEDES; GUEDES, 2012).

Somente 25 pacientes relataram frequentar o dentista, mesmo que com frequência reduzida. Dentre esses, estão os pacientes mais jovens, que estão em hemodiálise há menos tempo. A maioria dos pacientes com idade mais avançada utilizam prótese total ou tem a necessidade de utilizá-las.

Segundo os resultados encontrados na população avaliada, 13,15% da população não está apta a realizar o transplante renal por apresentar idade avançada, condição cardiovascular comprometida ou infecção odontogênica sem indicação para exodontia do elemento de origem. Alguns destes pacientes não aptos procuraram serviço de assistência odontológica privada ou pública, mas por apresentarem cardiopatias e diabetes descompensada, não tiveram condições ou liberação médica para realizarem o procedimento, fato que foi discutido também em outro estudo (ALMEIDA et al., 2011).

Todo encaminhamento, para a realização do transplante, é definido conforme o centro transplantador. Logo, o encaminhamento ao dentista previamente à recepção renal como condição para que a cirurgia possa ser realizada não é universal



(MANTOVANI et al., 2009). Com isso, muitos centros de diálise não preconizam a promoção de saúde bucal dos seus pacientes para que, futuramente, possam entrar na fila para transplante.

No entanto, estudos revelam que a doença periodontal (decorrente dos hábitos de higiene bucal, evoluindo para inflamação gengival e periodontal) pode levar à deterioração mais rápida da função renal dos enxertos, já que após passar pela cirurgia de transplante, os pacientes transplantados passam por imunossupressão, período em que qualquer infecção pode ser agravada, tornando-se muitas vezes fatais (IOANNIDOU et al., 2010; CRAWFORD, 2011; COSTA FILHO; PADILHA; SANTOS, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é responsável pelo regulamento que possibilita o funcionamento dos serviços de diálise. Em sua última sessão sobre os cuidados com pacientes renais crônicos, definiu a obrigatoriedade de esses serviços possuírem uma equipe formada de: médico, corpo de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem), psicólogo, nutricionista e assistente social (BRASIL, 2014).

A saber disso, após todas as evidências relevadas nos estudos discutidos, e com a comprovação da importância da presença do Cirurgião-dentista em centros de hemodiálise, questiona-se a possibilidade de o Ministério da Saúde repensar sobre a equipe de atenção a pacientes com doença renal crônica.

5 CONCLUSÃO

Apesar de a maioria dos pacientes (80,43%) autoavaliarem sua saúde bucal como ótima a regular, salienta-se o perfil de higiene bucal precário, com alto índice de placa e cálculo dental, o que levou à grande prevalência de perdas dentárias (98,68%). Quanto à frequência de consulta ao Cirurgião-dentista, ou à atenção odontológica que tiveram durante o tempo que estão em hemodiálise, foi encontrado um índice muito baixo quando comparado à importância da saúde bucal frente à saúde geral e à qualidade de vida.

Com isso, podemos concluir que os pacientes renais crônicos avaliados necessitam de atenção odontológica diversificada e integral para uma melhor saúde bucal. Com o avanço da odontologia hospitalar, a possibilidade da inserção do cirurgião-dentista, também em centros de hemodiálise, é de extrema importância. Por conseguinte, poderá ser realizada a prevenção e a promoção em saúde bucal dentro dos centros de terapia substitutiva, bem como a possibilidade de maior sucesso em casos de transplantes renais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.C. et al. Relação bidirecional entre doença periodontal e doença renal crônica: da progressão da doença renal crônica à terapia renal substitutiva de diálise. *Revista de Periodontia*, v.21, n.1, p. 73-9, 2011.



BARROS, D.C.P. et al. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de pacientes em hemodiálise do hospital regional do Vale do Paraíba. *Braz J Periodontol*, v.24, n. 3, p. 7-18, 2014.

BAYRAKTAR, G. et al. Effect of educational level on oral health in peritoneal and hemodialysis patients. *Int. J Dent.*, n. 3, 2009.

BHATSANGE, A.; PATIL, S.R. Assessment of periodontal health status in patients undergoing renal dialysis: A descriptive, cross-sectional study. *J Indian. Soc. Periodontol*, v.16, p. 37-42. 2012.

BOTS, C. P. et al. Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. *Kidney Int.*, v. 66, n. 4, p. 1662-8, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº 389/2014, de 14 de março de 2014. Estabelece o regulamento para o funcionamento dos serviços de diálise. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, 14 mar 2014 [citado 2014 Maio 26]; Seção 1. p. 35. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/67580734/dou-secao-1-14-03-2014-pg-35>>.

CHIBEBE, P.C. et al. Uma visão atual do fluido gengival crevicular como método de diagnóstico periodontal. *Rev. Ciênc. Méd.*, v. 17, n. 3-6, p. 167-173, 2008.

COSTA FILHO, J.Z.; PADILHA W.S.M.; SANTOS E.K.N. Cuidados odontológicos em portadores de insuficiência renal crônica. *Rev. Cir. Traumat. Buco-maxilo-fac.*, v. 7, n. 2, 2007.

CRAWFORD, J.M. Periodontitis and cardiovascular disease. *Dis Mon.*, v. 57, n. 4, p. 203-5, 2011.

DIAS, C.R.S. et al. Avaliação da condição bucal em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Rev Assoc. Med. Bras.*, v.56, n.6, p. 510-4. 2007.

FUJIMAKI, M.; ROSA, O.P.S.; TORRES, S.A. Microrganismos cariogênicos em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev Odontol. Univ. São Paulo*, v.12, n.2, p. 149-58, 1998.

GUEVARA, H.G. et al. Manejo odontológico em pacientes com doença renal crônica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.12, n.40, 2014.

GUEDES, K. D.; GUEDES, H. M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciência & Saúde*, v. 5, n. 1, p. 48-53, 2012.

IOANNIDOU, E. et al. Periodontitis case definition affects the association with renal function in kidney transplant recipients. *Oral Dis.*, v. 16, n. 7, p. 636 – 42, 2010.

JAIN, S. et al. Underlying kidney disease and duration of hemodialysis: an assessment of its effect on oral health. *J Clin Diagn Res.*, v. 8, n. 5, p. 65-9, 2014.

LACERDA, M.C.S.R. et al. Caracterização da saúde bucal de indivíduos renais crônicos aptos a transplante. *Rev Odontol UNESP*, v. 44, n. 5, p. 292-298, 2015.

LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy i. prevalence and severity. *Acta Odont. Scand.*, v.21, n.6, p. 533-551, 1963.

MANTOVANI, F.F. et al. Avaliação odontológica em pacientes diabéticos candidatos



a transplante renal. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v. 63, n. 1, p. 36-42, 2009.

MIGUEL, L.C.M.; LOCKS A.; NEUMANN V. Redução do fluxo salivar em hemodialisados. *J. Bras Nefrol.*, v. 8, n. 1, p. 20-4, 2006.

ROSSI, S.S.; GLICK, M. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am. Dent. Assoc.*, v.127, n.2, p.211-9. Feb. 1996.

SESSO, R.C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 38, n. 1, p. 54-61. 2016.

SIRIBAMRUNGWONG, M.; YOTHASAMUTR K.; PUANGPANNGAM K. Periodontal treatment reduces chronic systemic inflammation in peritoneal dialysis patients. *Ther Apher Dial.*, v. 18, n. 3, p. 305-8, 2014.

SONIS, S.T.; FAZIO, R.; FANG, L.S.T.; *Princípios e prática de medicina oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 251-260.

SOUZA, C.R.D. et al. Avaliação da condição periodontal de pacientes renais em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.51, n.5, p.285-9, 2005.

SUSIN, C.; RÖSING, C. K. *Praticando odontologia baseada em evidências*. 2. ed. Canoas: Ed. da ULBRA, 181 p. 2002.



PROJETO “QUEM É MEU PAI?” E O ESTÍMULO AO RECONHECIMENTO VOLUNTÁRIO DE PATERNIDADE EM CAPÃO DA CANOA – RS¹

Andressa Campestrini dos Santos²

Daniel Gonçalves Farias³

Geórgia Sperling Garcia⁴

Maria Eduarda Costa Borges⁵

Pedro Jorge Pedersen Baptista⁶

Karina Meneghetti Brendler⁷

1 INTRODUÇÃO

Os números mais do que impressionam, assustam. De acordo com dados do censo escolar de 2009, mais de cinco milhões de crianças e adolescentes matriculados nas escolas do país não possuíam o nome do pai nas certidões de nascimento (Conselho Nacional de Justiça - CNJ, 2012). Possuíam somente o nome da mãe.

As consequências dessa omissão são severas. Subtrai do filho o direito à identidade, o mais significativo atributo da personalidade. Também afeta o seu pleno desenvolvimento, pois deixa de contar com o auxílio de quem deveria assumir as responsabilidades parentais. Por outro lado, a mãe acaba onerada por assumir sozinha um encargo que não é só seu.

Visando reverter essa realidade, o Conselho Nacional de Justiça – CNJ instituiu o “Programa Pai Presente”, por meio do Provimento 12/2010, determinando às Corregedorias de Justiça dos Tribunais de todos os Estados que encaminhem aos juízes os nomes dos alunos matriculados sem o nome do pai, para que deem início ao procedimento de averiguação da paternidade.

1 Trabalho premiado na VII edição do Prêmio Honra ao Mérito do VII Salão de Ensino e de Extensão da Unisc 2016.

2 Acadêmica do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. E-mail: andressacampestrinisantos@hotmail.com

3 Acadêmico do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. E-mail: danielgfarias@mx2.unisc.br

4 Acadêmica do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. E-mail: georgia.sperlingg@gmail.com

5 Acadêmica do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. E-mail: dudacostaborges@hotmail.com

6 Acadêmico do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. E-mail: peposonic@ig.com.br

7 Docente e Coordenadora do Curso de Direito da Unisc – Capão da Canoa. Doutora em Direito pela Universidade de Burgos - Espanha. Coordenadora do Projeto de extensão “QUEM É MEU PAI?”. E-mail: karina@unisc.br.



O presente projeto objetiva, pois, dar ênfase a essa determinação do CNJ, propondo-se a concretizar no município de Capão da Canoa – RS um projeto que vise incentivar e propiciar o reconhecimento espontâneo de paternidade, garantindo ao maior número possível de crianças e adolescentes um nome paterno em seus registros de nascimento.

A abrangência do projeto é local, restrita à comarca de Capão da Canoa, objetivando inicialmente incluir crianças e adolescentes da rede pública de ensino em situação de vulnerabilidade social.

Para sua concretização, o projeto conta com a parceria de diversas instituições como promotoria de justiça, poder judiciário, e secretaria municipal de educação que auxiliam no mapeamento das crianças e adolescentes sem anotação do nome paterno em seus assentos de nascimento. Posteriormente objetiva contar com o apoio de acadêmicos de cursos de técnico de enfermagem, biologia, psicologia e serviço social que auxiliarão na condução das demais fases do projeto, que consiste no chamamento das mães, na localização dos supostos pais culminando com a audiência de reconhecimento espontâneo da paternidade.

Caso esse reconhecimento não ocorra espontaneamente em audiência, o projeto prevê a coleta de material genético dos envolvidos e a posterior realização de exames de investigação genética através do método do exame de DNA (com apoio dos acadêmicos e professores do departamento de biologia/farmácia).

A atual legislação preconiza que o reconhecimento do estado de filiação é um direito da criança que deve ser garantido. Nesse sentido é que o projeto busca contemplar o reconhecimento da paternidade como direito fundamental da criança e do adolescente, uma vez que uma parcela significativa de crianças e adolescentes, no Brasil, ficam sem esse reconhecimento.

De forma paralela ao projeto de extensão, com apoio do grupo de pesquisa em direitos humanos e família, tem sido realizado um estudo acerca dos direitos à filiação e ao reconhecimento da paternidade. Esse grupo de pesquisa está dedicado ao aprofundamento teórico sobre a questão da paternidade, das influências no desenvolvimento infantil e as consequências da ausência da figura paterna na personalidade da criança e do adolescente.

2 FAMÍLIA E FILIAÇÃO

Com a evolução da sociedade ao longo do tempo, as estruturas sociais foram se modificando, dentre elas a estrutura da família que passou de uma concepção tradicional, composta pelo modelo ideológico fundamentado na figura paterna e na sua responsabilidade dentro da família e da sociedade, para um modelo monoparental (DIAS, 2012).

Esse novo modelo tem em sua constituição um único responsável pela família e por sua manutenção, o que na maioria das vezes é caracterizado pela figura materna. A figura materna assume todos os encargos decorrentes dessa estrutura familiar, com responsabilidade financeira e, também, educacional e social dos integrantes desta família. Além dos aspectos acima referidos, na família monoparental também ocorre



a questão do não reconhecimento da paternidade da criança, em face da opção da genitora ou da omissão do genitor.

Esse reconhecimento do estado de filiação é um direito da criança que extrapola a vontade dos genitores. É um direito da criança e do adolescente conhecer sua origem paterna, saber quem é o seu pai. Tanto que assim estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 27. O reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e imprescritível, podendo ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem qualquer restrição, observado o segredo de Justiça. (BRASIL, Lei 8.069, 1990).

E o fato de desconhecer o seu genitor, ou melhor, de não ter o nome paterno devidamente registrado no seu assento de nascimento, poderá proporcionar consequências em seu comportamento e desenvolvimento na vida adulta.

Trabalhar o reconhecimento da paternidade e o direito à filiação como direitos fundamentais da criança justificam o projeto em questão. Investigar a relação estabelecida entre esses direitos e suas implicações em relação à criança, complementa o trabalho.

Os pontos principais onde estão assentadas as premissas da pesquisa são o direito da criança no reconhecimento da paternidade; a ausência do reconhecimento paterno como um fenômeno atual; e o papel paterno no desenvolvimento psíquico da criança e do adolescente.

2.1 O direito da criança no reconhecimento da paternidade

Todo ser humano ao ser gerado precisa de um pai e de uma mãe. Surge a filiação, que é o vínculo existente entre pais e filhos; vem a ser a relação de parentesco consanguíneo em linha reta de primeiro grau entre uma pessoa e aqueles que lhe deram a vida.

Esta filiação tem muita importância e acarreta consequências para todos aqueles envolvidos: pai, mãe e o filho. A Constituição Federal estabelece a proteção da criança na questão da filiação e reconhecimento da paternidade ao prever que os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.⁸

O Estatuto da Criança e do Adolescente dando efetividade ao disposto pelo legislador constituinte, estabelece, além do artigo 27 já citado, o seguinte:

Art. 26. Os filhos havidos fora do casamento poderão ser reconhecidos pelos pais, conjunta ou separadamente, no próprio termo de

8 BRASIL. Constituição da República Brasileira, art. 227, § 6º.



nascimento, por testamento, mediante escritura ou outro documento público, qualquer que seja a origem da filiação.

Parágrafo único. O reconhecimento pode preceder o nascimento do filho ou suceder-lhe ao falecimento, se deixar descendentes. (BRASIL, Lei 8.069, 1990).

O Código Civil de 2002 também foi sensível a esta questão e estabeleceu um capítulo específico a respeito do reconhecimento dos filhos. Merece destaque:

Art. 1609 – O reconhecimento dos filhos havidos fora do casamento é irrevogável e será feito:

I – no registro de nascimento;

II – por escritura pública ou escrito particular, a ser arquivado em cartório.

III – por testamento, ainda que incidentalmente manifestado;

IV – por manifestação direta e expressa perante o Juiz, ainda que o reconhecimento não haja sido o objetivo único e principal do ato que o contém. (BRASIL, Lei 10.406, 2002).

Ainda a respeito do reconhecimento da paternidade foi editada a Lei n. 8.560, de 29 de dezembro de 1992, que regulamentou a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento.

Afora isso, o Conselho Nacional de Justiça instituiu o “Programa Pai Presente”, por meio do Provimento 12/2010, determinando às Corregedorias de Justiça dos Tribunais de todos os Estados que encaminhem aos juízes os nomes e dados dos alunos matriculados nas escolas sem o nome do pai, para que deem início ao procedimento de averiguação da paternidade, instituído pela Lei 8.560/92.

O recente Provimento 16, de 17/2/2012, autorizou a adoção do procedimento inoficioso não só por ocasião do registro do nascimento. Agora tanto a mãe, como o filho maior de idade, podem comparecer perante qualquer Cartório do Registro Civil e apontar o suposto pai. O Oficial do Registro Civil toma por termo a informação e comunica ao juiz para que dê início à averiguação da paternidade. O magistrado, depois de ouvir a mãe sobre a alegada paternidade, notifica o genitor para que se manifeste sobre a paternidade que lhe é atribuída. Sempre que houver silêncio, omissão ou negativa, ao Ministério Público cabe propor ação investigatória de paternidade (DIAS, 2012).

Em síntese, existe toda uma preocupação legal quanto ao direito da criança em ter a paternidade reconhecida, entretanto, mesmo assim, a realidade se mostra preocupante.

Em pesquisa realizada por Thurler (2008), após cruzar informações de cartórios e dados do IBGE, chegou-se a um índice que indicou que 30% das crianças nascidas no Brasil ficam sem reconhecimento paterno. Segundo essa estimativa, a cada ano,



cerca de 800 mil cidadãos recebem certidão de nascimento sem o nome do pai. A pesquisadora desenvolveu seu estudo a partir da análise de 180 mil certidões de nascimento, que revelou como meninos e meninas sem o nome do pai em seus registros tendem a continuar nessa condição (THURLER, 2008). Esta pesquisa demonstra que, apesar do direito garantido à criança de ter a paternidade reconhecida, o mesmo não ocorre para uma parcela significativa.

2.2 O reconhecimento da filiação

Apesar de toda a evolução verificada no direito de família, continua sendo importante o reconhecimento da filiação, pois mediante esse ato a pessoa alcança o *status* de filho, com todos os direitos daí decorrentes. O reconhecimento é importante, porque corresponde à confissão da paternidade ou da maternidade em relação à determinada pessoa (RIZZARDO, 2009).

O reconhecimento de filiação pode ocorrer de três formas: voluntário, administrativo e judicial. Ocorre o reconhecimento voluntário por ato dos pais, conjunta ou separadamente, no registro de nascimento, em testamento, em escritura pública, documento escrito ou por manifestação expressa e direta perante o juiz. Cuida-se de reconhecimento através do qual há a declaração da paternidade ou maternidade, conforme procede do pai ou da mãe, relativamente ao filho havido fora do casamento, em cujo registro não consta a filiação e um dos pais ou de ambos. Ocorre em geral esse tipo de registro quando apenas um dos genitores aparece no registro civil, e posteriormente, por deliberação espontânea do progenitor ausente do registro, completa-se o vínculo jurídico, isto é, aparece o nome do progenitor que faltou (RIZZARDO, 2009).

O reconhecimento administrativo ocorre nos casos em que o pai se recusa ao reconhecimento voluntário. Efetua-se por declaração da mãe ao oficial do registro civil, no ato de registro do filho, apontando o nome e a qualificação do genitor. O oficial encaminhará a certidão integral do registro e os dados qualificadores do suposto pai ao juiz.

O reconhecimento judicial ocorre mediante ação de investigação de paternidade ou de maternidade, em que se admitem todos os meios de prova, notadamente a pericial, que hoje assume grande relevância em face da evolução hematológica, com destaque para o exame de DNA. Aplica-se aos filhos não registrados no curso do casamento dos pais ou que nasceram enquanto ainda solteiros os mesmos, ou que foram frutos de uniões extraconjugais ou mesmo incestuosas, e que ambos ou um dos progenitores recusaram o reconhecimento (RIZZARDO, 2009). Diante deste quadro, quando o reconhecimento não ocorre voluntariamente, outras formas podem ser pensadas.

Ocorrido o reconhecimento, vários efeitos são decorrentes. Se foi o pai o reconhecente, é comum que a guarda siga com a mãe, embora o poder familiar passe ao exercício também do pai. Se ambos reconhecerem, o interesse do filho determinará o exercício da guarda pois deverá ser levado em conta o princípio do melhor interesse da criança ou do adolescente. Tendo sido reconhecido, o filho passa a usufruir dos mesmos direitos admitidos aos demais. Passa a ter direito ao nome de seu



genitor e também dos avós paternos; também passa a ter direito à pensão alimentícia, faz jus à participação sucessória frente ao falecimento do genitor, e também pode usufruir do benefício de auxílio reclusão caso o pai seja preso. Conforme arremata Rizzardo (2009) os efeitos valem relativamente a todos: reconhecedor, reconhecido e terceiros.

3 O PROJETO “QUEM É MEU PAI?” E O RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE DE CRIANÇAS SEM PAI REGISTRAL NO MUNICÍPIO DE CAPÃO DA CANOA - RS

Ocorrendo a ausência da filiação por um dos responsáveis é retirado o direito à identidade, sendo esse um importante elemento constituidor da personalidade da criança em questão, além de afetar o desenvolvimento em amplos aspectos, tais como financeiro, afetivo, familiar, figurativo, entre outros.

Sabendo disso e com o conhecimento das estatísticas nacionais de registro de crianças sem o vínculo paterno, fornecidas pelo projeto “Pai Presente”⁹ (CNJ, 2012), foi iniciada a ideia do projeto “Quem é Meu Pai” na cidade de Capão da Canoa tendo em vista ser o direito à filiação um direito fundamental inalienável e irrenunciável desde 1988 com a Constituição Federal.

A atual legislação preconiza que o reconhecimento do estado de filiação é um direito da criança que deve ser garantido. Neste sentido é que o projeto busca contemplar o reconhecimento da paternidade como direito fundamental da criança e do adolescente, uma vez que uma parcela significativa de crianças e adolescentes, no Brasil, fica sem esse reconhecimento. A partir desse reconhecimento, outros tantos direitos serão decorrentes, dentre os quais, de notória importância: o direito de requerer a pensão alimentícia ao genitor investigado que tem o dever legal de auxiliar a manutenção dessa criança.

Iniciou-se então no ano de 2013 uma parceria entre a Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc (curso de Direito), Promotoria de Justiça, Defensoria Pública, Secretaria de Educação e Assistência Social e Cartório de Registro de Pessoas Naturais de Capão da Canoa, tendo como principal objetivo garantir o direito de registro paterno a todas as crianças da cidade.

O “Quem é meu pai” atua de forma independente, dispondo apenas dos recursos financeiros repassados pela Universidade de Santa Cruz do Sul para a aquisição de materiais de trabalho. As entidades parceiras que integram o projeto fornecem apoio institucional, recursos humanos, exames laboratoriais de DNA e certidões de nascimento, todos gratuitamente, e indispensáveis para a realização do mesmo.

O projeto teve início em 2013 com previsão de encerramento em dezembro de 2014. Entretanto, devido ao grande número de crianças e adolescentes assistidos pelo projeto, bem como a grande gama de genitores envolvidos demandando

9 O Projeto Pai Presente tem o intuito de garantir que as Corregedorias de Justiça dos Tribunais de todos os Estados do País tornassem de conhecimento dos juízes todos os alunos matriculados nas escolas sem o nome do pai, para que os mesmos dessem início a averiguação do possível genitor. Porém houve a ineficiência do Estado na proposta inicial visto o engarrafamento na atmosfera jurídica presente em nosso país.



muitas buscas, solicitou-se prorrogação do mesmo. O objetivo é que o projeto siga em fluxo contínuo, enquanto houver demanda da população de Capão da Canoa.

O projeto busca assegurar o reconhecimento paterno das crianças matriculadas nas escolas públicas do Município de Capão da Canoa, incluindo também as que são registradas no cartório da cidade, que remete ao “Quem é Meu Pai?” os casos de crianças registradas apenas pela mãe. Também ocorrem ingressos de modo informal, no “boca a boca” daqueles que tomam conhecimento do desenvolvimento do Projeto no município.

Pelo bem maior e exercendo a vontade de justiça dos idealizadores, o projeto engajou estudantes e professores do curso de direito, defensores públicos, promotores de justiça, além de profissionais da psicologia, da pedagogia e do serviço social, ligados aos órgãos assistenciais do município, que vêm garantindo a execução do projeto através da cooperação entre todos.

Para tanto foi realizado mapeamento de todas as escolas existentes no município de Capão da Canoa, chegando ao total de 24 escolas, sendo 09 Escolas Municipais de Educação Infantil, 11 Escolas Municipais de Ensino Fundamental, 03 escolas estaduais e 01 escola de Educação Especial.

O projeto, coordenado pela Professora Karina Meneghetti Brendler, está vinculado ao curso de Direito da UNISC Capão da Canoa e conta com o trabalho de 04 alunos bolsistas remunerados e 01 voluntário, cada um exercendo 10 horas semanais de atividade.

Segundo dados obtidos no projeto, até o final do mês de outubro de 2016 foram cadastradas pelo projeto 704 crianças que não possuem nome do pai no registro de nascimento. Vale ressaltar que esse número é crescente a cada dia que passa, tendo em vista os dados de novos nascimentos recebidos do Cartório de Registro de Pessoas Naturais de Capão da Canoa e os ingressos espontâneos de mães que procuram o projeto.

Finalizado o processo de mapeamento das escolas e do público-alvo, foram agendadas as primeiras reuniões com as mães das crianças na Promotoria de Justiça de Capão da Canoa, notificadas através de carta, atividades que terão continuidade enquanto houver demanda.

Nessas reuniões é enfatizada de forma simples e didática para as mães a importância da figura paterna na vida da criança, em diversos aspectos, tanto psicológicos quanto jurídicos. Também são elaborados dois questionários para preenchimento. Um deles contém questionamentos sobre dados da criança/adolescente, da mãe e/ou responsável e do suposto genitor; o outro consiste em analisar as condições socioeconômicas da família da criança/adolescente para níveis de pesquisa e catalogação.

Dada a reunião e concluídos os cadastros, é feita a apresentação do projeto por meio de palestra com orientação e participação da coordenadora e dos bolsistas do projeto, de dois psicólogos, de uma assistente social e do Promotor de Justiça. Nesse encontro é aberto um espaço para questionamentos onde são sanadas as possíveis dúvidas e onde as mães manifestam voluntariamente se desejam ou não o reconhecimento da paternidade.



Das 704 crianças mapeadas, 507 mães ou responsáveis atenderam ao chamado do projeto. Dessas, 459 trouxeram dados sobre o possível genitor, referentes à localização, nome, sobrenome, endereço, local de trabalho e nome da mãe. O restante alegou desinteresse por motivos variados como estupro e ameaças por parte do genitor, e outra parte referiu não ter qualquer dado sobre a identidade ou paradeiro do suposto genitor. Dessas, a maioria refere que a gravidez foi ocasionada de um único encontro, e que, portanto, desconhecem inclusive seu primeiro nome, e não raro conhecem apenas sua alcunha.

Partindo do desejo das mães ou responsáveis de incluir um pai no registro de seus filhos, é iniciada a procura dos genitores. Desses, uma parte não é localizada por falta de informações básicas de paradeiro e outra parte são falecidos. No entanto, em sua maioria os genitores são conhecidos e identificados. A partir dessa coleta de dados, são notificados esses pais para comparecerem na sede da Promotoria de Justiça ou na UNA, espaço da Universidade destinado ao projeto, onde também, assim como as mães, recebem orientação jurídica no sentido de incentivar o reconhecimento desta paternidade. Em caso de dúvida, é considerada a possibilidade de realização de exame genético pelo método de DNA.

Com base nos dados indicados pelas mães, 343 dos supostos genitores não foram encontrados e 161 foram encontrados nos endereços indicados. Esse dado indica que se tem muito trabalho a desempenhar na busca pelos supostos genitores nos cadastros judiciais.

Dos genitores encontrados, que receberam a convocação através de ofício do Ministério Público, poucos compareceram. Diante do não comparecimento, foram retomadas ligações e/ou encorajamentos às genitoras a ingressar com ação judicial de investigação de paternidade.

Para os pais que almejam voluntariamente o reconhecimento, são preenchidos termos de reconhecimentos espontâneos de paternidade e, a partir daí, com o apoio do Cartório de Registro de Pessoas Naturais de Capão da Canoa, são lavradas as respectivas certidões de nascimento; para os pais que desejam obter certeza da paternidade, são encaminhados pais e filhos para coleta de material para exame de DNA, que é realizado mediante a parceria com a Defensoria Pública, em prazo não superior a 40 dias.

Concluiu-se que os resultados são mais positivos em relação aos recém-nascidos, pois a relação e a proximidade do nascimento facilita o acesso e o contato com o genitor.

Para melhor desempenho e andamento, no ano de 2014, o projeto “Quem é Meu Pai?” passou a ser informatizado, sendo criado um programa específico para o projeto, intitulado de SIGPai. Através dele, tornou-se mais ágil a coleta e o armazenamento de dados de crianças, adolescentes e genitores. Com o SIGPai é possível verificar qualquer informação e andamento do processo no sistema, sem a necessidade de examinar a pasta física. Essa verificação pode ser feita somente pelos membros do projeto em qualquer dispositivo conectado à internet. Assim, foi possível dinamizar o atendimento, diminuindo o tempo de espera dos assistidos.

A principal dificuldade do projeto é disparadamente a ausência de informações



sobre os supostos genitores. Muitas vezes as genitoras desconhecem a identidade, o paradeiro e maiores informações sobre o suposto genitor, tendo em vista relações muitas vezes únicas ou breves nas quais as genitoras sequer têm conhecimento do nome completo do parceiro. Por outro lado, também se mostra preocupante o número de genitoras que se negam a informar a origem biológica de seus filhos por receio de ter que passar a compartilhar guarda e visitas do filho com o genitor, reconhecendo também casos configurados como alienação parental. É de salientar que os resultados negativos de DNA também são de extrema importância, pois apontam para situações sociais preocupantes.

Entretanto, com esse proceder o projeto já tem colecionado resultados positivos. Embora seja variável o andamento de cada caso, uma vez que eles surgem de forma contínua, já é possível contabilizar até o momento 93 reconhecimentos voluntários de paternidade, 48 através do exame de DNA, além de 24 exames de DNA que estão em andamento de forma extrajudicial.

Não obstante isso, são encaminhadas diversas ações de adoção, quando a criança/adolescente possui um pai afetivo e o biológico não é localizado, e ações de investigação de paternidade *post mortem* quando o suposto genitor é falecido. Quando há consenso entre as partes, também são firmados acordos referentes a alimentos.

Nesses casos, se o genitor reconhecer a paternidade, tudo será resolvido através da assinatura de um instrumento de reconhecimento de paternidade. Mas caso isto não ocorra ou ele não compareça à reunião, a genitora é encaminhada para o Gabinete de Assistência Judiciária, que integra o Núcleo de Prática Jurídica da UNISC, para a propositura da competente ação.

A ação a ser proposta dependerá de cada caso. Se a genitora pretende que o pai biológico regularize a paternidade do filho, será proposta Ação de Investigação de Paternidade. No entanto, o que ocorre com mais frequência é o padrasto, em razão da afetividade que possui com o enteado, ingressar com a ação de Adoção Unilateral. Ou ainda, se o menor não mora com nenhum dos pais, pode ser proposta, pelos guardiões, a ação de Adoção com Destituição do Poder Familiar ou regularização de guarda.

Porém, independentemente do tipo de ação a ser proposta, o mais importante é que a criança não fique sem o reconhecimento da paternidade, o que será feito observando-se o princípio do melhor interesse da criança.

Com o passar do tempo o projeto ganha novos objetivos como iniciar o chamamento de crianças cuja paternidade já foi reconhecida, para verificar o reflexo do reconhecimento em suas vidas. Nesse sentido já há duas acadêmicas do curso de direito que estão realizando seus trabalhos de conclusão de curso sobre o projeto. Uma delas, investigando os reflexos do reconhecimento na construção do vínculo paterno-filial, e para tanto, objetiva entrar em contato com todas as genitoras e genitores que efetuaram o reconhecimento; outra, avaliando a possível alienação parental gerada pela genitora que nega ao genitor o reconhecimento da paternidade.

Por outro lado, o grupo já tem participado de eventos de iniciação científica,



tendo sido aprovada neste ano a participação no Congresso de Direito de Família do MERCOSUL, em Gramado. Os dados obtidos no projeto, e as demandas dele decorrentes, também têm dado azo a outros artigos científicos em andamento. Há em projeção, ainda, a elaboração de um documentário, entre outras propostas elaboradas pela equipe, uma vez que o projeto busca a resolução dos problemas sociais ligados à filiação paterna no Município. Tratando-se de sociedade, no entanto, a situação é mutável. É notório que muito já foi feito pela comunidade de Capão da Canoa, mas ainda há muito o que fazer. Por isso, o projeto será mantido enquanto houver demanda, sempre buscando sanar os desafios impostos pelo cotidiano.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto “Quem é Meu Pai?” vem atuando de uma forma muito significativa na comunidade, tornando-se cada vez mais conhecido no município, na medida em que muitos genitores já começam a chegar nas reuniões com o reconhecimento da paternidade efetivado, pois já estão conscientes e sabedores dos propósitos do projeto.

Além disso, tem-se percebido que o número de crianças registradas sem o nome paterno vem diminuindo significativamente no município. Logo, o projeto é de grande relevância para toda a comunidade de Capão da Canoa, principalmente para as crianças e adolescentes que estão tendo seus direitos violados por não possuírem o nome do pai no registro de nascimento.

Não obstante isso, convém salientar que muitas vezes os pais não registram seus filhos por questões burocráticas, como perda de documentos. Muitos casos, que chegam ao projeto, envolvem situações em que os genitores convivem maritalmente, todavia, por falta de conhecimento, nunca regularizaram o registro dos filhos. Outra questão que assume papel relevante, em relação ao não reconhecimento da paternidade, está relacionada com a relação pessoal da genitora com o genitor, havendo, inclusive, casos de alienação parental por parte da mãe, que, magoada com o pai, nunca permitiu, ou omitiu, a gravidez para que o pai não reconhecesse a paternidade do filho.

Todavia, independentemente de qualquer situação, ter conhecimento sobre sua própria paternidade é um direito legítimo da criança. É direito de toda criança e adolescente conhecer suas origens e ter sua paternidade reconhecida. Esse direito vem expresso desde há muito por diversos documentos internacionais garantidores dos direitos humanos, os quais foram incorporados pela legislação pátria nos níveis constitucional e infraconstitucional. É pressuposto que atende ao consagrado princípio do melhor interesse da criança, na ótica constitucional e infraconstitucional, pois o direito à paternidade é um direito constitucional fundamental, relacionado com os princípios da paternidade responsável, da dignidade da pessoa humana, com o direito personalíssimo de filiação e o direito à origem genética, visto que o nome e a origem são características de identidade da pessoa, sendo, portanto, elementos intrínsecos da personalidade humana.

Não possuir o devido reconhecimento da paternidade significa ter violado o direito fundamental de filiação. O reconhecimento da paternidade, seja ela



biológica ou afetiva, assume relevante papel no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, corolário lógico do princípio do melhor interesse da criança e da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Código Civil Brasileiro*. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, art. 27. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 28 out. 2015.

CNJ. *Conselho Nacional de Justiça*. Campanha Pai Presente. O reconhecimento que todo filho espera, 2012. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/infancia-e-juventude/pai-presente>>. Acesso em: 28 out. 2015.

DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

RIZZARDO, Arnaldo. *Direito de Família*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

THURLER, Ana Liése. *Paternidade e deserção – Crianças sem reconhecimento - Maternidades Penalizadas pelo Sexismo*. Brasília: Universidade de Brasília. Tese de Doutorado, 2008.





Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul
www.unisc.br/edunisc