

CIÊNCIA, SOCIEDADE, TECNOLOGIA
E OS DESAFIOS DO MUNDO CONTEMPORÂNEO

VOL.2

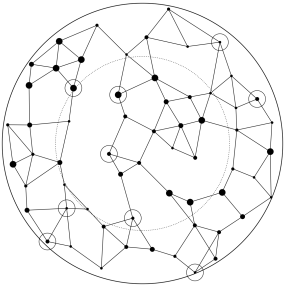
Helena Portes Sava de Farias
Organizadora

epi taya Editora

CIÊNCIA, SOCIEDADE, TECNOLOGIA E OS DESAFIOS DO MUNDO CONTEMPORÂNEO

VOLUME 02

HELENA PORTES SAVA DE FARIAS
ORGANIZAÇÃO



1ª EDIÇÃO
RIO DE JANEIRO · 2026

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda 1ª Edição – Copyright © 2026 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98. Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
ASSISTENTE EDITORIAL	Equipe Editorial
MARKETING / DESIGN	Equipe MKT
DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	
REVISÃO	Autores

COMITÊ CIENTÍFICO

PESQUISADORES	Profa. Dra Kátia Eliane Santos Avelar
	Profa. Dra Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Dra Maria Lelita Xavier
	Profa. Dra Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Dra Pauline Balabuch
	Prof. Dr. Daniel da Silva Granadeiro
	Prof. Dr. Rômulo Terminelis da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

Farias, Helena Portes Sava de.

F228p Ciência, sociedade, tecnologia e os desafios do mundo contemporâneo [livro eletrônico]: vol. 02 / Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2026.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-5132-063-7

1. Pesquisa científica. 2. Interdisciplinaridade. 3. Conhecimento científico. 4. Produção acadêmica. 5. Educação superior. I. Título.

CDD 001.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda

Rio de Janeiro / RJ

contato@epitaya.com.br

http://www.epitaya.com.br

APRESENTAÇÃO

VIVEMOS UM TEMPO em que a ciência é chamada a responder, com rapidez e responsabilidade, a perguntas que atravessam a vida de todos: como garantir direitos que já estão escritos na lei, como cuidar melhor de quem sofre, como incorporar novas tecnologias sem perder de vista as pessoas. É desse cruzamento entre conhecimento, sociedade e técnica que nasce este segundo volume de *Ciência, sociedade, tecnologia e os desafios do mundo contemporâneo*.

A obra reúne quinze capítulos de autores de diferentes formações e instituições, organizados em dois grandes movimentos. O primeiro se dedica às relações entre direitos, educação e políticas públicas. Abre-se com uma reflexão sobre estratégias preventivas da pedofilia que propõe olhar o tema pela via do tratamento e da prevenção, e segue com três estudos sobre as relações étnico-raciais no Brasil: as comissões de heteroidentificação como garantia do acesso da população negra às universidades federais, os desafios da implementação da Lei 11.645/2008 no ensino da cultura afro-brasileira e indígena e o lugar do Estatuto da Igualdade Racial na construção de uma escola antirracista.

O segundo movimento volta-se ao campo da saúde. A educação permanente aparece como estratégia de formação e de política pública no cuidado em saúde mental, tema que se aprofunda no estudo sobre o papel da psicologia junto a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no SUS. Na sequência, uma série de capítulos mais breves percorre questões clínicas atuais: o impacto dos agonistas do receptor de GLP-1 sobre a massa muscular, a disfunção erétil em homens jovens, o acidente vascular cerebral isquêmico em adultos jovens e o tempo de atendimento que define seu prognóstico, o uso da inteligência artificial na previsão de deterioração clínica em serviços de emergência, a segurança dos procedimentos estéticos injetáveis, a síndrome do olho seco, o transtorno do espectro autista em meninas e, por fim, a telemedicina e a saúde digital, com seus desafios éticos e regulatórios.

Embora tratem de objetos distintos, os capítulos compartilham uma mesma inquietação: a distância entre o que se sabe e o que efetivamente chega à vida das pessoas. Seja na sala de aula, na banca de heteroidentificação, no CAPS ou no pronto-socorro, os autores mostram que produzir conhecimento é também assumir um compromisso com a realidade que se estuda.

Que esta coletânea contribua para o diálogo entre áreas, estimule novas pesquisas e reafirme o valor da ciência como caminho para práticas mais justas, seguras e humanas.

Desejamos a todos uma excelente leitura.

Helena Portes Sava de Farias

ORGANIZADORA

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	3
01	ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE PEDOFILIA SEM JULGAMENTO: UMA REALIDADE POSSÍVEL *Vilma Correia Alves Silva*	7
02	ENTRE A NORMA E A EFETIVIDADE: POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS E A COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO NEGRA ÀS UNIVERSIDADES PÚBLICAS FEDERAIS *Douglas Luiz de Oliveira Moura*	24
03	EDUCAÇÃO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 11.645/2008: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O ENSINO DA CULTURA AFRO-BRASILEIRA E INDÍGENA. *Douglas Luiz de Oliveira Moura*	37
04	O ESTATUTO DA IGUALDADE RACIAL E A ESCOLA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO ANTIRRACISTA *Douglas Luiz de Oliveira Moura*	51
05	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA SAÚDE E SUA APLICABILIDADE COMO POLÍTICA PÚBLICA *Clariana Casagrande da Silva; Michele Schmid; Brenda Gonçalves Donay Alves*	62
06	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: O PAPEL DA PSICOLOGIA JUNTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES *Gustavo de Jesus Siqueira; Karolayne Ketlen B. Paiva; Leanny de Souza; Milla Karolini Ventura dos Santos; Paloma Fernandes Santana*	70
07	IMPACTO DO USO DE AGONISTAS DO RECEPTOR DE GLP-1 SOBRE A MASSA MUSCULAR, COMPOSIÇÃO CORPORAL E DESEMPENHO FÍSICO: EVIDÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO *Luiz Fernando Jun Aoyagi*	103
08	DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS JOVENS: FATORES DE RISCO E TRATAMENTO *Allison De Souza Cortes Real*	105
09	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM ADULTOS JOVENS: EPIDEMIOLOGIA, FATORES DE RISCO E ETIOLOGIAS *José Vitor Sousa Ferreira*	107

10 INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PREVISÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA 109
João Lucas Watrin Braga

11 SEGURANÇA CLÍNICO-CIRÚRGICA E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS INJETÁVEIS MINIMAMENTE INVASIVOS 111
Eduardo Patrik Dimas Oliveira; Gabriela Reginato Prates Martins; Tiago Picolo Fernandes; Leony Carneiro Nunes

12 ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA SÍNDROME DO OLHO SECO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 113
Bruna Tífani Bitzcof; Alessandra Almeida Rocha; Beatriz Loureiro Nobis; Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Tiago Picolo Fernandes

13 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM MENINAS 115
Erik Nobuyoshi Ishida; Giovanna Sousa Fazzolari; Gabriela Stephanie Piera Zuniga Marchant; Malu Assis Mandetta; Raquel da Silva Rogaciano Ferreira

14 TEMPO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO 117
Mariana Bertucco Bazan; Leony Carneiro Nunes; Alessandra Almeida Rocha; Igor Wilke Dalla Rosa

15 TELEMEDICINA E SAÚDE DIGITAL: REGULAMENTAÇÃO, DESAFIOS ÉTICOS E IMPACTO CLÍNICO 120
Luiz Fernando Jun Aoyagi; Gabriel Mendes Nascimento; Tiago Picolo Fernandes; Gabriela Stephanie Piera Zuniga Marchant; Aline Soares da Silva

01 | CAPÍTULO

ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE PEDOFILIA SEM JULGAMENTO: UMA REALIDADE POSSÍVEL

Vilma Correia Alves Silva
Centro Universitário do Norte de São Paulo (UNORTE), São José do Rio Preto-SP, Brasil
Graduação em Psicologia, do Centro Universitário do Norte Paulista de São José do Rio Preto.

RESUMO

As parafilias podem ser definidas como comportamentos sexuais atípicos, que nem sempre são patológicos, mas que fazem parte de fantasias ou fetiches com os quais se consegue chegar mais rápido à excitação sexual. Um tipo específico de parafilia é a pedofilia. Tal questão tem se revelado um grande problema social, uma vez que os abusos sexuais infantis fazem milhões de vítimas todos os anos no mundo todo. Pedofilia pode ser definida como parafilia, na qual atos ou fantasias sexuais que são praticadas com crianças pré-púberes, é uma prática persistentemente preferida ou exclusiva para se obter excitação sexual. Sendo assim, o presente estudo pretende realizar uma revisão bibliográfica baseada na busca de artigos científicos e trabalhos acadêmicos indexados a partir da base de dados: PubMed (U. S. National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) no período de janeiro a outubro de 2023, utilizando os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: Parafilia (Paraphilia); Transtornos Parafílicos (Paraphilic Disorders); Pedofilia (Pedophilia). A pedofilia existe desde os tempos primórdios da sociedade, sendo praticada dentro de várias culturas e religiões, transcendendo gerações. Pessoas com pedofilia têm sido rotuladas e isoladas e, às vezes, apenas encarceradas, sem a devida preocupação com seu tratamento, para que haja uma adequada ressocialização. Indivíduos com pedofilia podem enfrentar dificuldades no controle de seus impulsos e desejos sexuais em relação a crianças, indicando um possível comprometimento da capacidade volitiva. Nesse contexto, é essencial que essas pessoas recebam atenção médica adequada, com avaliação constante do risco de reincidência, sendo seu tratamento gerenciado por profissionais qualificados. É essencial garantir que o tratamento esteja prontamente disponível para indivíduos que lidam com a pedofilia, sempre que necessário e recomendado.

Palavras-chave: Parafilia; Transtornos Parafílicos; Pedofilia

1 INTRODUÇÃO

AS PARAFILIAS PODEM ser definidas como comportamentos sexuais atípicos, que nem sempre são patológicos, mas que fazem parte de fantasias ou fetiches com os quais se consegue chegar mais rápido à excitação sexual (SOUSA, 2022).

Ainda nas palavras de Sousa (2022), a procura incessante pela satisfação do desejo de realização sexual de uma pessoa, de forma primitiva, acarreta o fato de que algumas parafilias passem a ser de grande risco tanto para o sujeito, quanto para quem convive com ele. Isso porque a necessidade de realização de fantasias e desejos sexuais de forma constante começa a se constituir em uma fase doentia da parafilia.

Um tipo específico de parafilia é a pedofilia. Tal questão tem se revelado um grande problema social, uma vez que os abusos sexuais infantis fazem milhões de vítimas todos os anos no mundo todo. (SOUSA, 2022). Pedofilia pode ser definida como "parafilia, na qual atos ou fantasias sexuais que são praticadas com crianças pré-púberes, é uma prática persistentemente preferida ou exclusiva para se obter excitação sexual". (VANDENBOS, 2010 apud ETAPECHUSK, SANTOS, 2018, p.02)

Ainda de acordo com os autores, dentro da teoria da constituição da personalidade, deve-se ressaltar que o pedófilo não é necessariamente um criminoso e que alguém pode sentir atração por crianças e manter-se afastada dessa prática sem cometer nenhum tipo de abuso. Além disso, o pedófilo não comete o crime por "safadeza", uma vez que, muitas vezes, não busca por tratamento quando nota que começa a ter fantasias sexuais que envolvem crianças, por falta de conhecimento, vergonha ou mesmo pela ausência de profissionais gabaritados para tratar de determinado assunto (SILVA, 2013, apud ETAPECHUSK, SANTOS, 2018).

Na atualidade, a pedofilia se converteu em fonte de grande preocupação em diferentes setores da sociedade, constituindo-se em uma questão de saúde pública. Diante de tal questão, nota-se que a pedofilia tenta ser explicada por diversas áreas das ciências, resultando em diversos estudos, inclusive controversos acerca dessa conduta tão peculiar. (ETAPECHUSK, SANTOS, 2018)

Sendo assim, o presente estudo pretende realizar uma revisão bibliográfica, de caráter qualitativo, sobre o que se há de produção acerca do tema pedofilia. Para isso, foram levantadas, informações de estudos e pesquisas em livros, artigos, monografias e revistas científicas, trazendo maior compreensão acerca do assunto,

objetivando evidenciar a importância da implementação de políticas públicas de tratamento para indivíduos com transtorno pedofílicos, evidenciando a prevenção primária.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema abordado, baseada na busca de artigos científicos e trabalhos acadêmicos indexados a partir da base de dados: PubMed (U. S. National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) no período de janeiro a outubro de 2023, utilizando os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: Parafilia (Paraphilia); Transtornos Parafílicos (Paraphilic Disorders); Pedofilia (Pedophilia).

Incialmente, buscou-se pelo termo "Pedofilia", verificando a incidência de tal termo em *sites* acadêmicos. Em seguida, foi realizada uma seleção de material que poderia ser utilizado na elaboração desse artigo. Após esse passo, foi realizada a leitura de tal material, selecionando aspectos importantes que foram utilizados no momento da escrita. Todos esses trechos selecionados e utilizados na escrita do artigo foram devidamente citados e creditados a seus respectivos autores.

A escrita do trabalho procurou realizar a articulação entre os diversos trabalhos estudados, na busca da coerência e coesão do texto. Ao final, foi realizada uma revisão textual, para, então, escrever as conclusões do trabalho e, em seguida, elaborar o resumo e as palavras-chave.

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1 Parafilia: Significado

Em resumo, o ser humano, como ser sexuado, busca sua satisfação formas variadas, com predileções e fetiches diferentes para cada indivíduo. Apesar disso, cada sociedade compreende a sexualidade de uma forma, delimitando o que é ou não permitido, e o indivíduo necessita se adequar a tais regras, apesar de, algumas vezes, sentir o que é certo ou errado de forma contraria ao social. Muitos conceitos já foram se alterando no decorrer dos tempos, mas essas imposições sociais ainda geram muito tabu sobre a sexualidade (BARRETO, 2023).

Ademais, as preferências, predisposições ou experiências sexuais, na experimentação e descoberta da identidade humana e atividade sexual, ao longo da sua existência, afasta-se da noção simplista de mera reprodução animal, que se associa ao coito, se prendendo apenas ao nível físico do ser humano, para se apresentar

no plano psicológico do indivíduo. Nesse sentido, além dos fatores biológicos, a sexualidade humana é fortemente construída pelo ambiente sociocultural e religioso em que a pessoa está inserida. A energia sexual é a grande força motriz da vida humana e das incontáveis formas de sua manifestação (NETO, 2010 apud BARRETO, 2023)

É dentro desse contexto da sexualidade humana que aparece a questão da parafilia, considerando que, na definição de Sampaio (2015), a palavra parafilia vem da língua grega que significa "Para" de paralelo ao lado de "filia" de amor à, apego à. Quer dizer, uma forma de amor paralela às chamadas comuns. Dessa forma, para estabelecer uma parafilia, está implícito o reconhecimento daquilo que é convencional para, em seguida, detectar-se o que estaria "ao lado" desse convencional. Atrelar o termo "convencional" e evitar o termo "normal" as condições parafílicas evita que as pessoas confundam o "não normal" com o "patológico".

Já nas palavras de Silva (2017), indivíduos com parafilia não conseguem responder ao estímulo erótico típico e o comportamento sexual exclui e prejudica a ligação entre as pessoas. Nos seres humanos, o comportamento sexual auxilia a criação do vínculo, a cooperação, a expressão e o estímulo do amor entre os parceiros. No entanto, a parafilia se associa à não completude do desenvolvimento necessário ao ajustamento sexual, compromete os relacionamentos, bem como a capacidade para obter intimidade. Ora a "libido se desloca ao objeto inanimado (fetichismo), ora lida com a ansiedade de castração (exibicionismo e voyerismo) e compensa a impotência edípica (pedofilia e sadismo sexual), não canalizando o impulso ao comportamento sexual normofílico". (SILVA, 2017, p.129)

As parafilias quando causam dor, sofrimento e/ou prejuízo à pessoa parafílica ou risco às pessoas na sociedade, pode ser um transtorno mental. Tais questões aparecem no livro O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, que afirma que está configurada a parafilia quando há necessidade de se substituir a atitude sexual chamada de convencional por qualquer outro tipo de expressão sexual, sendo a preferida ou única maneira da pessoa conseguir excitar-se. Ou seja, na parafilia os meios se transformam em fins, e de maneira repetitiva, o que configura um padrão de conduta rígido o qual, na maioria das vezes, acaba por se transformar numa compulsão opressiva que impede alternativas sexuais (SAMPAIO, 2015).

A pessoa que pratica alguma parafilia pode tentar várias vezes deixar de lado essa prática que, como já citado anteriormente, causa dor e sofrimento, pois não consegue ter uma prática sexual convencional, que a sociedade espera das pessoas consideradas "normais".

Nota-se, então, a partir do que os teóricos acima mencionam, que o sujeito com parafilia não pratica tais atos simplesmente porque quer ou deseja, mas porque não consegue encontrar outras formas de prazer e de se satisfazer sexualmente. Por não se enquadrar naquilo que se espera dele socialmente, junto à parafilia podem vir outros transtornos de ordem psicológica que podem afetar a pessoa de diversas formas.

3.2 Aspectos dos Transtornos Parafílicos

A Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association* – APA) é a responsável pela publicação do já citado Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM). Tal documento, trata de uma classificação de transtornos mentais e critérios associados, elaborados como facilitadores do estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis de tais transtornos. Dentre os transtornos apresentados na última edição desse manual, o DSM-5, o capítulo sobre as parafilias é denominado de Transtornos Parafílicos. Enquanto a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), vigente, em sua 10ª versão (a CID-10) enquadra as parafilias como transtorno da preferência sexual SAMPAIO, 2015).

Sampaio (2015) traz que o DSM-5 cita oito transtornos parafílicos mais comuns em comparação a outros transtornos parafílicos. Além disso, alguns deles podem implicar em ações classificadas como delitos criminais. A saber: transtornos voyeurista, transtorno exibicionista, transtorno frotteurista, transtorno do masoquismo sexual, transtorno do sadismo sexual, transtorno pedofílico, transtorno fetichista e transtorno transvéstico. A ordem de apresentação no DSM-5 dos transtornos parafílicos considerou no primeiro grupo as preferências por atividades chamadas anormais, que "são subdivididos em transtorno do namoro (componentes distorcidos do comportamento de namoro) e transtorno da algolagnia (envolve dor e sofrimento); e o segundo grupo levou em consideração as preferências por alvos anômalos" (SAMPAIO, 2015. p.19).

> *No período da adolescência e da puberdade é comum os indivíduos terem grande curiosidade nas atividades sexuais, sendo assim faz-se necessário levar em consideração a idade dos parafílicos antes de diagnosticar com um transtorno parafílico. Inclusive o DSM-5 propõe uma idade mínima de 18 anos para diagnosticar alguns transtornos parafílicos. Os transtornos parafílicos podem estar relacionados com mais de uma parafilia em um mesmo indivíduo ou ainda não ser o transtorno parafílico a origem do sofrimento do indivíduo e sim a hipersexualidade ou outros transtornos mentais, por exemplo.*
>
> (SAMPAIO, 2015, P.19-20)

A hipersexualidade, na definição de Sampaio (2015), trata-se do aumento da sexualidade (desejo, fantasias e atividade) para além do socialmente habitual. Os sintomas hipersexuais têm sido rotulados como compulsivos e/ou impulsivos, como acontece com o vício em jogos ou em drogas. Apesar de tais comportamentos hipersexuais serem distintos da parafilia, há, porém, alta comorbidade com ela. Assim, alguns autores requerem que tal transtorno seja classificado como uma das parafilias ou relacionado a elas.

Pode haver relação entre outros transtornos mentais com os transtornos parafílicos, podendo um influenciar o outro ou não. De acordo com a APA, os transtornos mentais mais comuns relacionados com os parafílicos são: transtorno da conduta, transtorno da personalidade antissocial, transtornos por uso de substância, transtorno obsessivo-compulsivo (SAMAPAIO, 2015).

Algumas parafilias e/ou transtornos parafílicos podem ocasionar atos delinquentes, inclusive com repercussões jurídicas. Porém, vale ressaltar que as parafilias não são por si mesmas, obrigatoriamente, produtoras de delitos, e nem os delitos sexuais são mais frequentemente produzidos por pessoas parafílicas. Quer dizer, "a existência pura e simples da parafilia não caracteriza um delito parafílico, desde que essas pessoas não transgridam e vivam em sua privacidade sem prejudicar terceiros". (SAMPAIO, 2015, p.22)

Neste trabalho, tem-se a intenção de tratar especificamente a questão da pedofilia.

3.3 A Pedofilia e sua Etiologia

Segundo Moraes (2023) a palavra pedofilia é derivada do idioma grego e tem como sentido literal "amor por crianças". É uma alteração que promove a intensa atração de uma pessoa adulta, independentemente do sexo, por crianças pré-púberes, também de ambos os sexos, existindo desde os primórdios da humanidade**.**

De acordo com as observações de Baltieri (2013), a pedofilia é reconhecida como um transtorno psiquiátrico inserido na categoria dos chamados transtornos da preferência sexual ou parafilias. Este distúrbio é caracterizado por envolver fantasias, atividades, comportamentos ou práticas sexuais intensas e repetitivas direcionadas a crianças ou adolescentes.

Trindade (2007) enfatiza que, indivíduos com transtornos pedofílicos apresentam uma variedade de características, incluindo comportamentos que podem parecer "naturais". Não existe um perfil único que os descreva com precisão, podendo ser qualquer pessoa, independente de gênero, relação familiar, proximidade com a criança, nível educacional ou status social.

Hisgail (2007) traz sua visão psicanalítica sobre a pedofilia, afirmando que essa condição representa uma perversão sexual que envolve fantasias sexuais da primeira infância abrigadas no complexo de Édipo, que é um período de intensa ambivalência das crianças com os pais. O ato pedófilo, segundo a autora, tem como característica a atitude de desafiar a lei simbólica da interdição do incesto. Dessa forma, o adulto seduz e impõe um tipo de ligação, na tentativa de mascarar o abuso sexual. E assim, sem defesa, a criança reage até onde pode, mas, uma vez submetida ao gozo do pedófilo.

Uma pessoa com pedofilia não sofre, necessariamente, de comprometimento intelectivo, conhecendo as repercussões negativas de suas ações. Porém, também pode ter comprometimento da sua capacidade volitiva, ou seja, da sua capacidade de controlar seus impulsos, desejos e comportamentos sexuais dirigidos aos menores de idade. Com isso, a pessoa com pedofilia, que "cometeu crime sexual, deve receber tratamento adequado, ter seu risco de reincidência sempre avaliado e suas necessidades criminogênicas manejadas por profissionais qualificados na matéria". (BALTIERI, 2013, p.01)

Existem várias teorias psicossociais sobre a gênese da pedofilia, que variam desde as psicanalíticas, até as com relação ao aprendizado precoce e condicionamento. Nesses estudos, a exposição de crianças a determinado estímulo, que de alguma forma adquiriu significado erótico, condicionaria o futuro adulto a responder sexualmente a esse estímulo. Por outro lado, pesquisas divergentes não apresentam indícios de qualquer forma de condicionamento a estímulos eróticos específicos no desenvolvimento das parafilias ou comportamentos parafílicos (BALTIERI, 2013).

O citado Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), traz elementos que caracterizam a pedofilia, cujas características diagnósticas não são apenas para aquelas pessoas que se dizem abertamente sexualmente atraídas por crianças na pré-puberdade, como também aquelas que também possuem desejo enraizado de forma oculta, não vindo a se exteriorizar abertamente (MORAES, 2023).

Ainda de acordo com o autor, a pedofilia por si só, não é capaz de configurar a agressão sexual. Mas, os pedófilos que convertem suas fantasias sexuais em atos reais, que transformam em agressores sexuais, consequentemente em criminosos. Portanto, deve-se pontuar que, nem todos que agridem sexualmente são pedófilos em sentido clínico (MORAES, 2023).

Em termos de fatores de risco e prognóstico para o transtorno pedofílico, o DSM-5 elenca três fatores: Temperamentais (parece haver correlação entre pedofilia e comportamento antissocial); ambientais (parece haver correlação entre abuso na infância e prática pedofílica na fase adulta, embora não existam dados conclusivos sobre isso); genéticos e fisiológicos (todo fator que eleve a probabilidade de pedofilia também pode elevar o risco de transtorno pedofílico). O DSM-5 aponta a existência de certos indícios de que perturbações do neurodesenvolvimento na vida intrauterina podem elevar a probabilidade de desenvolvimento de uma orientação pedofílica, mas não especifica tais evidências. (BARROS, 2017)

Compreendendo o que os autores disseram até então, verifica-se que não se pode ver quem pratica pedofilia apenas como um pervertido, que mereça ser preso e permanecer encarcerado sem nenhum tratamento para o transtorno que apresenta.

3.4 Possíveis Diagnósticos e Tratamentos

Considerando, portanto, que a pedofilia seria uma condição para toda a vida, podemos comparar o transtorno pedofílico ao diabetes. Em outras palavras, uma vez diagnosticado, o indivíduo será portador ao longo da vida e o tratamento adequado variará conforme o grau da condição. Assim como é disponibilizado tratamento para diabetes, enfatizamos a importância do tratamento para pedófilos nesse contexto.

Apesar da existência de uma variedade de estudos e pesquisas sobre as origens da pedofilia e os fatores que contribuem para sua manifestação, a comunidade cientifica ainda não chegou a um consenso sobre as causas dessa parafilia. No entanto, diversas teorias têm sido propostas para evidenciar possíveis diagnósticos e tratamentos para esse transtorno.

A exemplo dos estudos científicos que utilizam técnicas de imagem cerebral, como a ressonância magnética, que tem se mostrado ferramentas valiosas para explorar o desenvolvimento cerebral e suas implicações. De acordo com as pesquisas conduzidas por Ponseti, et al. (2013), da Seção de Medicina Sexual da Universidade Clinica Universitária de Schleswig-Holstein (UKSH), o uso da ressonância magnética tem contribuído significativamente para o entendimento da pedofilia. Suas pesquisas revelaram a capacidade de identificar mudanças nas áreas do cérebro relacionadas ao controle emocional, tomada de decisões e autocontrole em indivíduos com pedofilia. Isso permite a identificação de diferenças na estrutura cerebral de pedófilos em comparação com pessoas que não apresentam essa orientação sexual, revelando características típicas que podem auxiliar no diagnóstico.

Ainda nessa linha de raciocínio, entre as observações destacadas por Spizzirri (2010, p. 43), é importante notar que ele detectou em sua pesquisa uma "considerável diminuição do volume e da massa cinzenta da amígdala direita, do hipotálamo bilateral, das regiões septais, da substância innominata e do núcleo da estria terminal" em indivíduos com pedofilia. Além disso, também foi observada uma "diminuição do volume da massa cinzenta do núcleo estriado ventral, do córtex orbito frontal e do cerebelo" nessas pessoas. Essas descobertas corroboram a associação entre a pedofilia e alterações neurológicas, visto que segundo Blanchard et al. (2003) acrescentam à discussão, sugerindo que danos cerebrais ocorridos durante o período de desenvolvimento neurológico podem estar relacionados ao subsequente diagnóstico de pedofilia.

Entretanto, é importante ressaltar que, mesmo considerando a relevância da conexão entre a pedofilia e aspectos neurológicos, não devemos ignorar as associações estabelecidas entre essa parafilia e fatores hormonais. Um exemplo notável dessas influências hormonais ocorre durante a puberdade masculina, na qual a testosterona, o principal hormônio sexual masculino, desempenha um papel crucial no desenvolvimento físico e emocional dos meninos (SPIZZIRRI, 2010).

De acordo com Spizzirri (2010), é possível identificar níveis elevados de hormônio luteinizante e testosterona em pedófilos. Isso sugere que alterações nos níveis hormonais podem estar relacionadas à pedofilia. Portanto, a compreensão das origens dessa parafilia deve abranger amplamente às alterações neurológicas suas influências hormonais, especialmente durante a puberdade.

Cabe enfatizar que, a neurociência demonstra que o cérebro de adolescentes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, passa por transformações significativas durante a puberdade, que estão associadas a mudanças hormonais. É importante destacar que, embora os meninos não necessitem de consultas ginecológicas como as meninas, ainda é fundamental que recebam os cuidados de saúde apropriados durante a puberdade, incluindo exames clínicos e acompanhamento especializado (SPIZZIRRI, 2010).

Inúmeras pesquisas exploram a influência de desequilíbrios hormonais e fatores genéticos na predisposição à pedofilia. Acredita-se que um dos fatores contribuintes para o transtorno pedofílico possa ser um distúrbio no neurodesenvolvimento, ou seja, a pessoa pode já nascer com traços que a predisponham a essa condição. Portanto, por meio de um acompanhamento precoce e cuidados adequados, é possível além de detectar, controlar fatores que, de forma preventiva, podem reduzir a ocorrência de incidentes criminais relacionados à pe-

dofilia. Sendo assim, compreender as complexas interações entre o desenvolvimento cerebral, as mudanças hormonais e os fatores genéticos são fundamentais para abordar a pedofilia de maneira mais ampla, enfatizando a importância do acompanhamento médico e preventivo nas fases pré-púberes e púberes de meninos e meninas (MELLIS, 2019).

Dentre os métodos para auxiliar no diagnóstico, destacam-se os questionários de autorrelato, associados a entrevistas clínicas para avaliação subjetiva da experiência do paciente. Além disso, a pletismografia peniana é utilizada para avaliação objetiva. Também são empregados diferentes métodos de análise indireta, que consideram a resposta cognitiva ou comportamental do paciente (CARVALHO et al., 2019).

No entanto, é importante ressaltar que o exame de falometria, apesar de não ser utilizado no Brasil, merece atenção. Esse método mede, a partir do perímetro do órgão genital masculino, a resposta peniana a determinados estímulos, como a visualização de imagens de adultos, adolescentes e crianças (BALTIERI, 2013).

Conforme descreve Blanchard et al. (2001), o método falométrico e uma técnica psicofisiológica para avaliar interesses eróticos em adultos e adolescentes do sexo masculino. Nos testes falometricos para orientação de sexo e idade, o volume sanguíneo penível do indivíduo e monitorado enquanto ele e apresentado a um conjunto padronizado de estímulos laboratoriais.

Mesmo havendo inúmeros contrapontos nesse método, no que tange a validade e eficácia do exame de falométria para Blanchard et al. (2001), através do seu estudo destinado a aferir a sensibilidade e especificidade do teste falometrico para a pedofilia em agressores sexuais não-admitidos, concluiu-se que a especificidade do exame correspondeu a 96% e a sensibilidade correspondeu a 61%. A partir da interpretação de tais resultados, seria possível considerar o teste de falometria um método de confiabilidade e um importante aliado no processo de diagnóstico da pedofilia.

Ademais, os pesquisadores vêm se dedicando a estudar as origens psicodinâmicas da pedofilia, uma vez que é crucial considerar os aspectos psicológicos relacionados à atração sexual por crianças pré-púberes e impúberes. Seguindo esse enfoque, é possível explorar a hipótese de que o surgimento de fantasias e desejos pedofílicos possa estar relacionado ao histórico de abuso sexual e/ou emocional na infância, um fenômeno que é comum entre os pedófilos (SPIZZIRRI, 2010).

Com base nos sistemas de crenças e pressupostos, que podem variar entre funcionais e disfuncionais, o indivíduo desenvolve pensamentos automáticos diante das diferentes situações da vida. Como resultado, emergem reações emocionais e

comportamentais. Nesse contexto, quando confrontado com uma situação problemática, pensamentos distorcidos podem ser acionados, desencadeando emoções e comportamentos negativos tanto para o próprio sujeito quanto para as pessoas em seu contexto social (BECK, 2013)

Segundo Gibbels et al (2019), os pacientes portadores desse transtorno devem ser tratados a partir da terapia cognitivo-comportamental (TCC), a qual possui o objetivo de reestruturar as cognições distorcidas do indivíduo e ajudá-lo a aprender novas habilidades cognitivas, gerando, portanto, a capacidade de controle do impulso sexual, como também a elaboração de estratégias para o controle dos impulsos e resolução de problemas diante das situações de estresse e de riscos, que associados ao tratamento medicamentoso possuem resultados significativos.

Apesar da ausência de um consenso sobre a abordagem ideal para o diagnóstico, é geralmente reconhecido que este é predominantemente clínico. Em determinados casos, podem ser associados exames de imagem para avaliação de estruturas cerebrais e exames laboratoriais para investigação de alterações hormonais. Destaca-se a importância de uma abordagem focada no tratamento precoce, especialmente durante a puberdade (COSTA, et al. 2021).

Diante dessas considerações, observa-se que, na prática, apesar da diversidade de métodos que podem ser utilizados para identificar um pedófilo, nenhum deles é infalível e está isento de controvérsias e críticas. A complexidade dos fatores associados à incidência da pedofilia e seu tratamento torna a determinação precisa de sua etiologia ainda um desafio para os pesquisadores. Contudo, reconhecer que a origem da pedofilia é multifatorial e possuir algum conhecimento das características observadas nos portadores da parafilia já representa uma contribuição relevante na escolha de abordagens preventivas.

3.5 Ações Preventivas e suas Consequências na Sociedade

É considerado um avanço, conforme Baltieri (2013), o reconhecimento de que o tratamento adequado para agressores sexuais parafílicos pode efetivamente controlar impulsos sexuais inadequados. Contudo, muitos países, incluindo o Brasil, negligenciam o assunto, com pouca discussão sobre o tratamento destinado a indivíduos com pedofilia.

O estigma social, o medo e a falta de compreensão representam barreiras significativas para a abordagem e tratamento dos transtornos parafílicos, especialmente no caso da pedofilia. A própria complexidade desse transtorno torna desafiadora a intervenção clínica. A discriminação social enfrentada por aqueles com pedofilia, combinada à vergonha associada à revelação de seu comportamento sexual, pode

contribuir para a relutância em buscar tratamento e apoio terapêutico quando disponíveis. Em relação à pedofilia, ainda é limitado o volume de publicações e pesquisas abordando sua etiologia, evolução, tratamento e mesmo sua conceituação (BARROS, 2017).

Ainda de acordo com a autora, destaca a necessidade de reexaminar as fronteiras sociais, legais e clínicas associadas às parafilias, especialmente à pedofilia. Ela destaca a importância de identificar, compreender e comunicar as diferenças entre pedófilo e abusador/molestador sexual infantil, entre transtorno mental e conduta criminosa, entre punição e tratamento, e entre normal e patológico (BARROS, 2017).

É crucial compreender e aceitar que a presença da pedofilia não implica necessariamente que a pessoa com essa condição cometerá atos criminosos. Isso vai além da redução do estigma em torno dos pedófilos, evitando rotulá-los automaticamente como criminosos. A verdadeira prioridade reside na criação de um ambiente propício para a concepção e implementação de métodos de tratamento que possam prevenir a transição da condição diagnosticada para a criminalidade. Nesse contexto, é imperativo reconhecer que a formulação de uma política preventiva eficaz é uma possibilidade real. Para concretizar essa iniciativa, é essencial adquirir um entendimento aprofundado dos aspectos técnicos da pedofilia, abrangendo sua natureza, diferentes manifestações, causas subjacentes e formas de apresentação (ANDRADE, 2015).

Considerando que, o melhor caminho a trilhar se encontra na prevenção primária, antecedente a prática do delito, abrangente à educação, habitação, convívio social, identificação do indivíduo diante do meio social, criar mecanismos a introjetar fatores fortalecedores que promovam no cidadão, a capacidade social para dotá-lo de recursos internos e externos a demover, de forma positiva, possíveis conflitos ocorrentes no dia a dia (ANDRADE, 2015).

De acordo com as considerações de Serafim (2009), Baltieri (2003) e Neto e Junior (2001), destaca-se a necessidade premente de promover campanhas de conscientização direcionadas à pedofilia, ultrapassando a abordagem exclusiva centrada na vítima. Estas campanhas reconhecem a pedofilia como uma condição que requer tratamento, buscando transmitir esclarecimentos para incentivar aqueles que enfrentam esse transtorno a buscar ajuda.

Cabe destacar a importância da intervenção dos órgãos estatais na formulação de políticas públicas para garantir, por meio do Sistema Único de Saúde, exames preventivos a partir da fase da pré-puberdade, acompanhados de tratamentos adequados respaldados por evidências científicas.

É notável que o Estado, como defensor dos Direitos Fundamentais, deve proporcionar um tratamento digno aos pedófilos que, efetivamente, apresentem transtornos de personalidade sexual. Essas avaliações devem ser conduzidas por profissionais de saúde, fornecendo laudos que embasem as decisões. A abordagem mais adequada não se resume apenas à prisão e à imposição de violências, mas sim a intervenções embasadas em avaliações clínicas e tratamentos específicos. Este enfoque visa garantir o respeito aos direitos e à dignidade do indivíduo, mesmo quando confrontado com comportamentos considerados transgressores (ANDRADE, 2015).

A ciência atual classifica a pedofilia como uma psicopatologia que requer acompanhamento vitalício, apresentando elevados custos sociais e risco significativo de reincidência. Portanto, é crucial disponibilizar serviços de saúde para o tratamento adequado dessa condição complexa (SILVA, et al. 2017).

De acordo com as conclusões de Silva et al. (2012), a aplicação de terapia e medicamentos, quando iniciada no momento apropriado, utilizando técnicas eficazes e sob a supervisão de profissionais capacitados, pode resultar em melhorias significativas no tratamento de indivíduos com tendências pedófilas.

Conforme observado por Barros (2017), a oferta de tratamento clínico psicossocial para pedófilos ainda é limitada no Brasil. Uma considerável barreira no tratamento desse transtorno é a tendência do pedófilo em não reconhecer sua condição como uma patologia.

O autor afirma ainda que o indivíduo pedófilo é encaminhado ao tratamento por imposição judicial, fato que não ajuda muito em termos de colaboração e adesão ao tratamento. No caso da existência de um quadro de pedofilia "cursando com outro transtorno psiquiátrico, como o transtorno de personalidade antissocial (mesmo que apenas alguns de seus sintomas), dificilmente o sujeito pedófilo apresentará boa adesão a qualquer tipo de tratamento". (FIGUEIREDO, 2009 apud BARROS, 2017)

Nos casos em que o sujeito pedófilo procura ajuda psicológica por conta própria, e não simplesmente por determinação judicial, em geral é para resolver o desconforto provocado pelas consequências negativas de seu comportamento, como problemas no trabalho, crises familiares, críticas sociais, e não por sentir-se culpado (MUSE; FRIGOLA, 2003 apud BARROS, 2017).

Contudo, é importante ressaltar que as conversas em torno do estigma da pedofilia devem ter como objetivo não apenas desmantelar os estereótipos ligados a essa questão na comunidade em que o pedófilo está inserido, mas também desafiar

as representações internalizadas pelo próprio pedófilo. Ao promover essa desconstrução de conceitos arraigados, busca-se efetivar a prevenção do abuso infantil. Isso implica em uma mudança na percepção da sociedade, que precisa deixar de enxergar o pedófilo como um predador a ser simplesmente neutralizado, sem considerar a possibilidade de tratamento. Em contrapartida, destaca-se a importância de o pedófilo reconhecer sua condição e buscar voluntariamente um tratamento humanizado (BERTOLI, et al. 2018).

Assim, a superação do estigma da pedofilia surge como um elemento crucial para alcançar a máxima eficácia no combate aos crimes sexuais contra crianças e adolescentes. Isso se deve ao fato de que muitas das medidas desejadas contra a pedofilia encontram obstáculos constitucionais no contexto brasileiro.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, notou-se que a pedofilia existe desde os tempos primórdios da sociedade, sendo praticada dentro de várias culturas e religiões, transcendendo gerações. Pessoas com pedofilia têm sido rotuladas e isoladas e, às vezes, apenas encarceradas, sem a devida preocupação com seu tratamento, para que haja uma adequada ressocialização.

Indivíduos com pedofilia podem enfrentar dificuldades no controle de seus impulsos e desejos sexuais em relação a crianças, indicando um possível comprometimento da capacidade volitiva. Nesse contexto, é essencial que essas pessoas recebam atenção médica adequada, com avaliação constante do risco de reincidência, sendo seu tratamento gerenciado por profissionais qualificados.

É essencial garantir que o tratamento esteja prontamente disponível para indivíduos que lidam com a pedofilia, sempre que necessário e recomendado. É imperativo esclarecer que o tratamento não deve ser equivocado como uma forma de punição, mas sim como uma resposta humanitária a uma condição devidamente reconhecida nos manuais de Medicina. O acesso ao tratamento para a pedofilia é um direito humano fundamental, e sua oferta deve ser estendida àqueles que buscam ativamente cuidar dessa condição.

Diante desse cenário há a necessidade de implementação de políticas públicas específicas para pessoas com pedofilia. Essa ênfase decorre da constatação incontestável de que as atuais medidas em vigor não estão alcançando os resultados necessários para reduzir esses comportamentos alarmantes. A proposta ressalta, de forma incisiva, a necessidade de uma abordagem mais abrangente e informada,

que não se restrinja à punição, mas busque efetivamente a prevenção e o tratamento para abordar as raízes profundas desse complexo problema.

Obviamente, não se pode ser contrário à criminalização de ofensas sexuais, mas é crucial questionar a notável ausência de iniciativas sérias para envolver pessoas com transtornos da sexualidade em tratamentos médicos e psicossociais adequados. Apesar de ser um comportamento socialmente condenável, é fundamental proporcionar ao pedófilo uma atenção e tratamento diferenciados dos demais infratores, visando sua reintegração social e prevenção de reincidências.

Paralelamente ao processo prisional, é necessário implementar cuidados paliativos adicionais para auxiliar o pedófilo a lidar com seus desejos considerados socialmente inaceitáveis. Nesse contexto, o tratamento torna-se imperativo, oferecendo ao indivíduo pedófilo a oportunidade não apenas de compreender o mal provocado, mas também de desenvolver um sentido de responsabilidade em relação aos outros, conscientização do dano causado e o desejo genuíno de buscar reparação.

Assim, o tratamento adequado não só se torna um componente essencial para a reintegração do pedófilo na sociedade, mas também representa uma chance valiosa de promover uma transformação pessoal profunda, conduzindo a uma visão mais ampla sobre suas ações e consequências.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, V., S., T. Pedófilo: tratamento em busca de dignidade, cidadania, inclusão e Segurança. Revista Âmbito Jurídico [online]. Disponível em <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/pedofilo-tratamento-em-busca-de-dignidade-cidadania-inclusao-e-seguranca/>. Acesso em 21 jan 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

BALTIERI, D. A. Pedofilia como transtorno comportamental psiquiátrico crônico e transtornos comportamentais assemelhados. **Revista Brasília Médica**. v 50, n. 2. 2013. Disponível em: <https://rbm.org.br/details/97/pt-BR/pedofilia-como-transtorno-comportamental-psiquiatrico-cronico-e-transtornos-comportamentais-assemelhados>. Acesso em 22 jan.2023.

BARRETO, L. Distinção Entre Parafilia e Transtornos Parafílicos. **Monografias Brasil Escola [online]**. Disponível em: <https://monografias.brasilescola.uol.com.br/psicologia/distincao-entre-parafilia-e-transtornos-parafilicos.htm>. Acesso em: 28 abr. 2023.

BARROS, C.A. Parafilias, pedofilia e intervenções em terapias cognitivo-comportamental. **Revista Psique**, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 78-94, 2017. Disponível em: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/psq/article/viewFile/1239/852>. Acesso em: 20 out 2023.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática**. psicoterapia cognitivas comportamentais. Porto Alegre: Artmed, v.2, 2013.

BERTOLI, C. BENATO, R. H., MACHADO, P., G., B. Pedofilia: um estudo teórico sob a ótica da análise do comportamento. Cad. da Esc. de Educ. e Human., v.12 n.1, p.44-58. 2018. Disponível em <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernoseducacaoehumanidades/article/view/3872/3143>. Acesso em 22 abr 2023.

BLANCHARD, Ray et al. Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment. **Archives of Sexual Behavior**, n. 6, v. 32, p. 573-581, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/9042340_Self-Reported_Head_Injuries_Before_and_After_Age_13_in_Pedophilic_and_Nonpedophilic_Men_Referred_for_Clinical_Assessment>. Acesso em 15 out 2023.

CARVALHO, J. et al. Measuring Pedophilic Sexual Interest**. The Journal Of Sexual Medicine**, v.17, n.3, p. 378-392, 2020. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609519318673>. Acesso em 24 set 2023.

COSTA, S., A., L. et al. Avaliação e tratamento do Transtorno Pedofílico. Brazilian Journal of Health Review,Curitiba, v.4, n.2, p.4366-4390. 2021. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25634/20391>. Acesso em 10 jul 2023.

ETAPECHUSK, J.; SANTOS, W.D.V. Estudo sobre o sujeito pedófilo, uma visão da Psicologia. **Psicologia. pt – O portal dos Psicologos.** 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1176.pdf>. Acesso em: 24 set 2023.

GIMENES, E.A.S.G. Crimes Virtuais. **Revista de Doutrina da 4ª região - Publicação da escola da Magistratura do TRF da 4ª região - EMAGIS**. 2013. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/64929/crimes_virtuais_gimenes.pdf>. Acesso em: 22 abr 2023.

HISGAIL, F. **Pedofilia: Um Estudo Psicanalítico**. Iluminuras: São Paulo, 2007.

MONTEIRO, D.V.X. Crimes sexuais contra crianças: pedófilo vs. molestador sexual. **Psicologia. pt – O portal dos Psicologos.** 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0640>. Acesso em: 22 abr.2023.

MORAES, K.R. Pedofilia: uma prática virtual. **Monografias Brasil Escola**. Disponível em: <https://monografias.brasilescola.uol.com.br/direito/pedofilia-uma-pratica-virtual.htm>. Acesso em: 22 jan.2023

PONSETI, J. et al. Expectation of sexual images of adults and children elicits differential dorsal anterior cingulate cortex activation in pedophilic sexual offenders and healthy controls. **Neuroimage Clin**., v.23, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101863 . Acesso em: 10 jul.2023 MELLIS, F. Pedofilia não tem cura, mas tem controle, afirma psiquiatra. Portal R7 Saúde [matéria online]. 2019. Disponível em <https://noticias.r7.com/saude/pedofilia-nao-tem-cura-mas-tem-controle-afirma-psiquiatra-14102019>. Acesso em 15 out 2023.

SAMPAIO, C., R., C. Tópicos sobre as parafilias e os transtornos parafílicos. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Sexualidade. **Universidade Cândido Mendes. Salvador**, 2015. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53378.pdf>. Acesso em: 23 jan.2023.

SERAFIM, A. P.; SAFFI, F.; RIGONATTI, S. P.; CASOY, I.; BARROS, D. M. Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.36, n.3, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vHCDkd9cw7cKpnLRLDgfLXk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set 2023.

SILVA, F.R.C.S. Considerações sobre o transtorno parafílico: a interface entre a psiquiatria, a psicologia e a justiça criminal. **Revista Diagn Tratamento**. n. 22, v. 3, p.127-33, 2017. Disponível

em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848021/rdt_v22n3_127-133.pdf>. Acesso em: 23 jan 2023.

SPIZZIRRI, G.. Pedofilia: considerações atuais. **CEP**, v. 1060, p. 43, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n1/RDTv15n1a1148.pdf.> Acesso em: 10 jul 2023 SOUSA, F.G. Pedofilia: o que é este transtorno parafílico em psicanálise. **Psicanálise Clínica** (Site). Publicado em 28 abr.2022. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/pedofilia-o-que-e/>. Acesso em: 22 set.2023.

TRINDADE, J. Aspectos psicológicos; BREIER, Ricardo. **Pedofilia aspectos psicológicos e penais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

02 | CAPÍTULO

ENTRE A NORMA E A EFETIVIDADE: POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS E A COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO NEGRA ÀS UNIVERSIDADES PÚBLICAS FEDERAIS

Douglas Luiz de Oliveira Moura
Doutorando e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), com estágio de doutoramento no Departamento de Antropologia Social e Psicologia Social da Universidad Complutense de Madrid (UCM/Espanha). Licenciado em Sociologia e Especialista em Cultura Afro-Brasileira e Direitos Humanos.

RESUMO

Este capítulo busca compreender a implementação das políticas de ações afirmativas no ensino superior brasileiro, lançando um olhar sobre o papel das comissões de heteroidentificação. Mais do que meras estruturas burocráticas, esses colegiados são pensados aqui como autênticos dispositivos de segurança e acolhimento, desenhados para proteger o direito de acesso da população negra. Tendo como horizonte a engrenagem da Lei nº 12.711/2012 e os rearranjos profundos trazidos pela sua revisão na Lei nº 14.723/2023, investigo a transição histórica de um modelo de alocação de vagas sustentado unicamente na autodeclaração para um desenho institucional mais denso, que assume a necessidade da validação fenotípica complementar. No plano metodológico, o trabalho se ancora em uma revisão crítico-documental da literatura especializada, costurando decisões fundamentais do Supremo Tribunal Federal (STF), relatórios de órgãos de controle e as principais vozes da sociologia e do direito que se dedicam às relações raciais no país. Longe de operarem como instâncias punitivas ou de mera conferência fria de papéis, as comissões de heteroidentificação revelam-se como instrumentos vivos de justiça distributiva, indispensáveis para frear fraudes oportunas, resguardar o fôlego emancipatório das cotas e arrancar a igualdade do papel, transformando-a em matéria concreta. Por fim, as reflexões sinalizam que o fortalecimento e a sobrevivência dessas bancas, através da padronização sensível de seus ritos, do letramento racial permanente de quem as compõe e de uma blindagem institucional firme contra os atropelos da judicialização, constituem a própria condição de sustentabilidade da equidade racial no coração das universidades federais brasileiras.

Palavras-chave: Ações Afirmativas. Comissões de Heteroidentificação. Ensino Superior. Relações Raciais. Justiça Distributiva

INTRODUÇÃO

A REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA e a promulgação da Constituição Federal de 1988 inauguraram um cenário de disputa em torno da redefinição da cidadania, exigindo do Estado posturas que ultrapassassem a igualdade puramente formal. No âmbito da educação superior, historicamente caracterizada como um espaço de reprodução de privilégios das elites brancas, a demanda por inclusão tensionou as estruturas acadêmicas tradicionais. Foi nesse horizonte que as políticas de ações afirmativas emergiram não como concessões governamentais, mas como conquistas históricas dos movimentos negros organizados, culminando na sanção da Lei nº 12.711 em 2012. A referida legislação estabeleceu marcos vinculantes para a reserva de vagas em instituições federais, associando critérios sociais e raciais, e transformou radicalmente a demografia universitária do país ao longo da última década.

Contudo, a passagem da norma jurídica para a sua efetividade cotidiana revelou que a positivação do direito representava apenas a primeira batalha de um longo processo de disputa pelo espaço público. À medida que o ingresso por meio das cotas raciais se consolidava, o sistema passou a enfrentar o desafio das fraudes e dos desvios de finalidade. Universidades de norte a sul do país viram-se confrontadas com o ingresso de indivíduos que não guardavam qualquer correspondência com o grupo de destino da reparação histórica. Diante da insuficiência do modelo original, baseado unicamente na autodeclaração, e sob forte pressão social, o desenho das políticas públicas precisou ser repensado. Emergiram, assim, os primeiros procedimentos complementares de heteroidentificação, provocando intensos debates jurídicos, éticos e sociológicos.

A necessidade de compreender o funcionamento desses colegiados justifica o escopo deste trabalho. Afinal, como garantir que uma política de reparação racial atinja efetivamente os sujeitos submetidos ao racismo estrutural em um país historicamente marcado pelo mito da democracia racial e pelo ideal de branqueamento? A pergunta norteadora que guia este trabalho indaga de que maneira as comissões de heteroidentificação se consolidaram como dispositivos fundamentais para a eficácia das ações afirmativas nas universidades públicas federais. Como objetivos específicos, busca-se recuperar o histórico normativo da transição procedimental pós-2012, discutir os fundamentos teóricos que validam a verificação social do pertencimento racial e analisar os principais entraves políticos e jurídicos enfrentados por essas bancas na atualidade.

Para dar conta desses desafios, o restante deste texto está estruturado em quatro seções de desenvolvimento, seguidas pelas considerações finais. Inicialmente, discutem-se as matrizes teóricas das ações afirmativas e a superação do paradigma da igualdade formal. Em seguida, o foco se desloca para a genealogia do controle e a necessidade histórica das comissões frente ao fenômeno das fraudes. No terceiro subtema, analisam-se os critérios fenotípicos e o julgamento social à luz das decisões dos tribunais superiores. Por fim, debate-se a institucionalização desses colegiados na qualidade de garantidores do direito à educação da população negra, apontando caminhos para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

DESENVOLVIMENTO

1. Matrizes Teóricas das Ações Afirmativas e a Crítica à Igualdade Formal

A compreensão das políticas de cotas nas universidades federais exige o desmonte prévio da neutralidade estatal e do mérito abstrato. Autores como Joaquim Barbosa Gomes (2001) apontam que as ações afirmativas se sustentam no princípio da igualdade substancial ou material, cuja premissa aristotélica preconiza tratar os desiguais na medida de suas desigualdades. A igualdade formal, expressa na letra fria da lei que declara todos os indivíduos idênticos perante o Estado, desconsidera as heranças acumuladas por séculos de escravização e marginalização socioeconômica. Sem mecanismos de discriminação positiva, os processos de seleção acadêmica operam como simples correias de transmissão de vantagens herdadas, convertendo privilégios de classe e raça em suposto mérito individual. Esta igualdade meramente declaratória funciona, na prática, como um anteparo jurídico que preserva o *status quo* sob o manto de uma aparente justiça procedimental.

No terreno da filosofia política contemporânea, a fundamentação dessas políticas encontra eco nos debates sobre a justiça distributiva. Ao evocar a obra clássica de John Rawls, *Uma Teoria da Justiça* (2016), depara-se com o princípio da diferença, o qual estabelece que as desigualdades sociais e econômicas só são justificáveis se redundarem nos maiores benefícios possíveis para os membros menos favorecidos da sociedade. Rawls argumenta que os talentos individuais e as posições de nascimento são contingências arbitrárias do ponto de vista moral. Portanto, uma estrutura institucional justa deve atuar ativamente para mitigar os efeitos dessas arbitrariedades.

No entanto, a transposição dessa ótica para a realidade de um país de passado colonial exige uma calibração analítica profunda, como a proposta por Amartya Sen (2010) por meio da abordagem das capacidades. Sen postula que a justiça não

deve ser medida apenas pela distribuição igualitária de bens primários ou recursos financeiros, mas sim pela liberdade real que os indivíduos possuem para escolher os modos de vida que valorizam. No contexto brasileiro, o racismo estrutural opera precisamente como uma barreira que mutila as capacidades funcionais da população negra. O acesso ao ensino superior público, nesse sentido, transborda a mera conquista de uma vaga em sala de aula; configura-se como um dispositivo de expansão dessas capacidades, fraturando o monopólio do conhecimento que historicamente alijou os corpos negros dos espaços de formulação política e produção intelectual.

Sob a ótica sociológica, essa engrenagem de exclusão ganha contornos nítidos quando tensionada pelo instrumental teórico de Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron (2014) acerca da reprodução cultural. Bourdieu demonstra como o sistema de ensino tende a sancionar e valorizar um tipo específico de capital cultural e um *habitus* que pertencem originariamente às classes dominantes. No caso brasileiro, esse capital cultural é indissociável da branquitude. O vestibular e o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), ao se apresentarem como mecanismos neutros e universais de aferição de competência, operam na verdade um duplo processo de violência simbólica: eliminam os candidatos provenientes das escolas públicas e das periferias, majoritariamente negros e convencem os próprios excluídos de que sua eliminação decorre de uma suposta incapacidade cognitiva ou falta de esforço pessoal. A igualdade formal valida esse filtro, mascarando o privilégio de cor e de classe sob a chancela do mérito técnico individual.

No cenário nacional, a desconstrução desse mérito universalista esbarra no impacto duradouro do mito da democracia racial, formulado ideologicamente ao longo do século XX. Como bem adverte Kabengele Munanga (2020), a narrativa de um país harmônico e miscigenado serviu como um poderoso anestésico social, obscurecendo as assimetrias profundas entre brancos e negros e postergando a adoção de políticas públicas de recorte explicitamente racial. Ao diluir as fronteiras da opressão sob o manto de uma suposta identidade nacional mestiça, o Estado brasileiro furtou-se por décadas de enfrentar o racismo como um elemento estruturante e estruturador das desigualdades de acesso aos bens materiais e simbólicos. A ideologia do branqueamento, sutilmente introjetada nas instituições públicas, transformou a miscigenação não em um símbolo de igualdade, mas em uma estratégia de diluição da identidade e da força política do contingente negro.

A recuperação desse atraso histórico exigiu uma virada epistêmica radical que reposicionou a raça como uma categoria política e de análise sociológica indispensável, retirando-a do determinismo biológico para situá-la no campo das relações

de poder. Conforme as formulações fundamentais de Lélia Gonzalez (2020) sobre a articulação entre racismo e sexismo na cultura brasileira, o espaço institucional acadêmico sempre foi demarcado por barreiras invisíveis que reservavam aos corpos negros os lugares de subalternidade jurídica e econômica. Gonzalez descortina como a divisão racial do espaço público confina o negro a territórios específicos de servidão, enquanto a alta cultura e a burocracia estatal permanecem higienizadas. A introdução das ações afirmativas representa, portanto, uma tentativa de fraturar essa lógica de exclusão geométrica. Longe de instituir privilégios espúrios, como alegavam os setores conservadores durante o nascedouro das primeiras experiências da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Universidade de Brasília (UnB) no início dos anos 2000, as cotas visam redistribuir poder e representação em uma sociedade cindida pelo preconceito.

Esta mudança paradigmática realinha o Brasil com as demandas globais por reparação histórica, aproximando a legislação nacional de conceitos discutidos por teóricos contemporâneos sobre a necessidade de conciliação entre políticas de redistribuição e políticas de reconhecimento. O foco deixa de ser a busca por uma neutralidade de procedimentos que sabidamente beneficia os grupos dominantes, passando a centrar-se na produção de resultados concretos de inclusão e na alteração substancial da demografia do poder. O ingresso de estudantes negros nos cursos de alta demanda e prestígio social, como Medicina, Direito e Engenharias, desloca as fronteiras do visível e reconfigura as formas de produção do conhecimento, desafiando o eurocentrismo acadêmico por meio da presença de novas subjetividades e vivências históricas no seio da universidade pública. A presença negra na academia tensiona as epistemologias vigentes e força o currículo a dialogar com saberes historicamente subalternizados.

Além disso, importa ressaltar que o movimento negro, ao atuar como um autêntico formulador e educador de políticas públicas (GOMES, 2017), logrou êxito em demonstrar que a democratização do ensino superior não reduzia a qualidade acadêmica, argumento falacioso frequentemente esgrimido pelos opositores das cotas. Pelo contrário, as pesquisas acumuladas na primeira década de vigência da Lei nº 12.711/2012 atestam que o rendimento dos estudantes cotistas empata ou supera o dos estudantes da ampla concorrência na maioria dos cursos, com o bônus de reduzir as taxas de evasão institucional. A ação afirmativa provou-se, assim, um mecanismo eficiente de oxigenação da própria excelência universitária. No entanto, o sucesso dessa transição demográfica ficaria estritamente condicionado à capacidade do Estado em monitorar a execução da norma, fazendo com

que a discussão migrasse da validade teórica das cotas para a urgência da vigilância prática sobre os seus canais de ingresso.

2. Do Abstrato ao Concreto: A Genealogia do Controle e o Fenômeno das Fraudes

A promulgação da Lei nº 12.711/2012 unificou os critérios de reserva de vagas no plano federal, estabelecendo um sistema de gatilhos que combinava a origem escolar do candidato (escola pública), a renda familiar e um percentual mínimo de pretos, pardos e indígenas proporcional à presença desses grupos em cada unidade da federação, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O desenho inicial da lei ancorou-se na autodeclaração do candidato como o mecanismo exclusivo e suficiente para a validação da identidade racial. Presumia-se que o princípio da boa-fé, norteador das relações administrativas, seria suficiente para regular o fluxo de ingressantes, confiando na responsabilidade ética dos sujeitos. Todavia, essa engenharia institucional desconsiderou a plasticidade histórica com que as elites brasileiras manipulam as categorias de classificação racial em benefício próprio sempre que posições de prestígio estão em disputa.

A prática institucional, no entanto, revelou uma realidade substancialmente mais complexa e problemática. À medida que a concorrência pelas vagas reservadas se acirrava, multiplicaram-se denúncias de fraudes em diversas universidades federais. Casos de candidatos notoriamente brancos, sem qualquer histórico de discriminação racial ou traços fenotípicos correspondentes, que se valiam de leituras distorcidas sobre ancestrais distantes para ocupar as vagas destinadas a pretos e pardos, ganharam as páginas dos jornais e mobilizaram as redes sociais. Estudos como os de Marcilene Garcia de Souza (2018) demonstram que a ausência de mecanismo de fiscalização transformou a autodeclaração em uma porta aberta para o oportunismo e para a perpetuação do privilégio branco por vias transversas, esvaziando a dimensão reparatória da política pública.

Ao analisar as tipologias de fraudes que emergiram nessa primeira década, a literatura sociológica identifica uma apropriação oportunista e descontextualizada do conceito de mestiçagem. Candidatos de estratos socioeconômicos elevados, munidos de letramento jurídico, passaram a reivindicar o direito à vaga de cotas com base em exames de ancestralidade genética (testes de DNA) ou fotografias de bisavós e tataravós negros. Esse estratagema tenta transferir o debate do campo político-estrutural para o biológico-genealógico. O argumento ignora que o racismo opera no nível das relações cotidianas e da leitura social imediata. Um teste genético indicando percentual de ancestralidade africana guardado no bolso não blinda um indivíduo de pele clara e traços europeus de passar ileso por abordagens policiais ou de acessar mercados de trabalho altamente seletivos.

O impacto dessas ocupações fraudulentas revelou-se especialmente destrutivo nos chamados cursos de alta demanda e prestígio social, como Medicina, Direito e Engenharias. Nesses nichos acadêmicos, onde a barreira de entrada da ampla concorrência exige investimentos vultosos em cursinhos preparatórios privados, a usurpação das vagas de cotas raciais por jovens brancos de classe média operou um esvaziamento imediato do caráter redistributivo da política. Em vez de promover a mobilidade social e a oxigenação demográfica das profissões de elite, o sistema acabou por financiar o reingresso de indivíduos que já acumulavam todas as formas de capital social e econômico disponíveis. Foi a partir da constatação empírica desse desvio que coletivos estudantis negros e movimentos sociais de base assumiram o papel de instâncias de vigilância e auditoria do direito, tensionando as instâncias burocráticas das universidades federais a assumirem uma postura ativa de fiscalização.

O fenômeno das fraudes expôs o cinismo de parcelas da classe média e alta que, após combaterem ferozmente a constitucionalidade das cotas no campo das ideias, não hesitaram em usurpar o direito dos destinatários legítimos quando a lei entrou em vigor. Diante desse cenário, movimentos sociais e coletivos de estudantes negros passaram a exigir a criação de barreiras burocráticas que salvaguardassem o espírito da legislação. Tornava-se evidente que a identidade racial no Brasil não poderia ser tratada como um assunto de foro puramente íntimo ou espiritual, descolado das leituras sociais que operam a discriminação no cotidiano. Se o racismo opera de fora para dentro, marcando o corpo do sujeito, o controle do acesso à política de combate ao racismo precisaria, obrigatoriamente, adotar uma dimensão externa de validação.

Foi nesse ambiente de crise de legitimidade que as comissões de heteroidentificação começaram a ser desenhadas no plano administrativo. A transição não ocorreu sem resistências; setores acadêmicos e jurídicos acusavam os novos colegiados de instituírem "tribunais raciais" ou de violarem a dignidade humana. O argumento conservador tentava capturar a linguagem dos direitos humanos para proteger os fraudadores, alegando que a verificação externa agrediria a autonomia do candidato. Essa reação demonstra como o debate sobre o controle de políticas públicas esbarra em sensibilidades históricas e na dificuldade de o aparato burocrático brasileiro lidar de maneira franca e científica com a classificação racial, habituado que estava à leniência e à ambiguidade do branqueamento. Romper com essa inércia burocrática exigiu a consolidação de um novo entendimento metodológico e legal sobre a marca do racismo no tecido social do país.

3. O Critério Fenotípico e a Validação Social: O Reconhecimento dos Tribunais Superiores

A legitimidade que ampara os procedimentos de heteroidentificação ganha contornos nítidos quando resgatamos a clássica diferenciação de Oracy Nogueira (2006) entre o preconceito de origem e o de marca. Se em realidades como a norte-americana a engrenagem da discriminação se estruturou historicamente pela ascendência, a célebre regra da "gota de sangue", no tecido social brasileiro a opressão toma corpo na leitura imediata da aparência. É o fenótipo em sua dimensão viva (a tonalidade da pele, a textura do cabelo, os traços do rosto e o desenho dos lábios) que dita as margens da exclusão ou do privilégio, tornando o corpo, e não a árvore genealógica, o alvo preferencial do racismo estrutural. É a marca visível no corpo, e não a árvore genealógica, que ativa os mecanismos de exclusão social, a violência policial e a precarização no mercado de trabalho. Por conseguinte, se o racismo brasileiro é de marca, a política pública de mitigação desse racismo deve focar estritamente no fenótipo, desconsiderando árvores genealógicas ou certidões de nascimento de avós distantes.

Essa racionalidade sociológica recebeu o aval definitivo do Poder Judiciário em um dos julgamentos mais importantes da história recente do constitucionalismo brasileiro. Ao analisar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 186 em 2012, que discutia a constitucionalidade das cotas na UnB, o Supremo Tribunal Federal, sob a relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski, fixou expressamente a legalidade da utilização de critérios subsidiários de verificação, desde que respeitassem a dignidade humana e garantissem o direito ao contraditório e à ampla defesa. O entendimento da corte sedimentou que o Estado tem o dever de fiscalizar a alocação de seus recursos escassos, e que a heteroidentificação constitui uma ferramenta legítima para garantir que a igualdade material atinja o seu público-alvo histórico.

No bojo dos debates da ADPF 186, a Suprema Corte enfrentou diretamente o argumento da suposta impossibilidade técnica de classificação racial em uma população miscigenada. Os votos dos ministros convergiram para o entendimento de que, se o Estado e a sociedade civil foram capazes de identificar e segregar os corpos negros ao longo de séculos de vigência de leis restritivas de direitos, o mesmo aparato estatal possui competência e dever de identificar esses corpos para fins de inclusão e reparação. O acórdão consagrou que a autoatribuição racial não possui caráter absoluto quando se trata do acesso a políticas públicas de ação afirmativa que envolvem a concessão de bens escassos e disputados, como vagas no ensino superior gratuito ou cargos na burocracia do Estado. A partir daquele momento, a validação social passou de opção administrativa a imperativo de justiça.

O estabelecimento desse marco jurisprudencial gerou um confronto inevitável entre paradigmas distintos no interior do próprio sistema de justiça. De um lado, encontra-se a avaliação sociológica e multidisciplinar realizada pelas comissões, cuja centralidade reside na leitura social do corpo; do outro, ergue-se a tentativa de candidatos desclassificados de reintroduzirem uma suposta "verdade biológica" ou médica no processo, valendo-se de laudos emitidos por dermatologistas fundamentados na Escala de Fitzpatrick. Esse embate epistemológico demonstra a incompreensão de setores do direito acerca da natureza do racismo. A pele, sob o prisma puramente médico, constitui um órgão biológico regulador e pigmentado; sob o prisma das relações raciais, contudo, ela funciona como um território político de significação social, cujas marcas determinam o grau de sujeição do indivíduo às violências estruturais do cotidiano.

Posteriormente, o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, por meio de normativas como a antiga Portaria Normativa nº 4/2018 da Secretaria de Gestão de Pessoas, estenderam a obrigatoriedade desses procedimentos para os concursos públicos e seleções acadêmicas no âmbito federal. As diretrizes nacionais fixaram que os colegiados devem ser compostos por membros que tenham passado por cursos de formação e letramento racial, garantindo a diversidade de gênero, raça e origem institucional. Determinou-se também que a avaliação das bancas deve ser exclusivamente presencial e focada nos aspectos fenotípicos contemporâneos ao certame, vedando-se a análise de fotografias avulsas ou documentos passados que pudessem mascarar as características reais do candidato sob condições artificiais de iluminação.

A consolidação jurídica dessas bancas demonstra como o direito administrativo precisou se oxigenar com as leituras das ciências sociais para construir um conceito de legalidade que não fosse cúmplice da injustiça. Quando uma comissão avalia um candidato, ela não está emitindo um juízo de valor sobre a sua identidade psicológica ou sobre os seus sentimentos de pertencimento cultural; ela está realizando um julgamento social focado em uma única pergunta: esse indivíduo, ao circular pelos espaços públicos da sociedade brasileira, é lido como uma pessoa negra e, portanto, está sujeito às desvantagens estruturais provocadas pelo racismo? Caso a resposta seja negativa, a eliminação do candidato do sistema de cotas não configura punição, mas mero rearranjo administrativo para preservar o bem público e garantir a integridade da ação afirmativa.

4. O Dispositivo em Ação: Desafios de Institucionalização e Blindagem das Comissões

A inserção das comissões de heteroidentificação no organograma das universidades federais transformou esses colegiados em autênticos dispositivos de segurança institucional da política de cotas. No entanto, a operação diária dessas bancas enfrenta uma série de gargalos práticos e pressões políticas que ameaçam a sua estabilidade e a segurança jurídica das seleções. O primeiro grande desafio reside na necessidade premente de uniformização dos procedimentos metodológicos entre as diferentes instituições de ensino. A ausência de um protocolo nacional rígido faz com que os critérios de avaliação e o tempo dedicado às entrevistas variem substancialmente entre uma universidade e outra, abrindo flancos para contestações judiciais baseadas na suposta falta de isonomia procedimental.

Para compreender o funcionamento material desse dispositivo, faz-se necessário esmiuçar o rito administrativo e metodológico que confere legitimidade às bancas de heteroidentificação. Longe de ser um espaço de avaliações subjetivas ou arbitrárias, o procedimento obedece a um protocolo rígido de neutralidade espacial e técnica. O candidato é recepcionado em uma sala dotada de condições de iluminação padronizadas, projetadas para evitar distorções na percepção da pigmentação cutânea causadas por sombras ou superexposição de luz. Todo o processo é registrado em vídeo por câmeras de alta definição, gerando uma prova pericial arquivada que serve tanto de salvaguarda para a administração pública quanto de garantia para o direito de defesa do próprio estudante em eventuais instâncias de recurso.

A dinâmica interna da entrevista baseia-se na deliberação coletiva e consensual entre os membros do colegiado. Cada comissão é estruturada de modo a refletir a diversidade de gênero e raça, sendo composta por servidores técnicos, docentes e representantes da sociedade civil ou dos movimentos sociais, todos previamente submetidos a cursos de formação em letramento racial e relações sociais brasileiras. Os avaliadores não emitem notas ou pareceres individuais isolados durante a abordagem; a decisão final decorre de uma verificação conjunta das características fenotípicas expressas, cor da pele, conformação labial, base nasal e textura do cabelo. Esse método de colegialidade reduz a margem de variação individual e dilui eventuais vieses cognitivos de cada avaliador, conferindo objetividade sociológica ao ato administrativo.

Outro ponto de tensionamento contínuo diz respeito à intensa judicialização dos resultados das bancas. Candidatos desclassificados frequentemente recorrem ao Poder Judiciário, munidos de laudos dermatológicos que atestam a sua classificação na escala de Fitzpatrick ou fotografias de infância, tentando forçar juízes e

magistrados, em sua esmagadora maioria brancos e distantes do debate racial contemporâneo, a reverterem decisões administrativas de mérito técnico. Conforme aponta a literatura jurídica especializada, as decisões judiciais que atropelam a soberania das comissões de heteroidentificação demonstram a resistência de um legalismo ingênuo, que prefere a frieza de um documento cartorial ou médico à avaliação sociopolítica coletiva realizada por um colegiado de especialistas em relações raciais. Essa intromissão judicial desautoriza a autonomia das universidades e vulnerabiliza a eficácia das cotas.

Para mitigar esses riscos e assegurar a eficiência do dispositivo, as universidades federais têm investido na profissionalização contínua de seus servidores e na criação de instâncias recursais robustas. O processo ideal exige que a banca de heteroidentificação seja gravada em vídeo de alta definição, gerando um registro pericial indelével que possa ser auditado em caso de disputa. Ademais, a fase recursal deve ser conduzida por membros completamente diferentes daqueles que participaram da primeira avaliação, assegurando a imparcialidade do duplo grau de jurisdição administrativa. Esse rigor técnico é fundamental para desarmar as narrativas difamatórias da mídia hegemônica, que por vezes tenta pintar as comissões como órgãos inquisitoriais ou arbitrários.

Finalmente, a aprovação da Lei nº 14.723/2023, que atualizou e renovou os marcos da Lei de Cotas para os próximos anos, consolidou em definitivo a necessidade de manutenção de mecanismos rigorosos de controle. Ao incluir novos grupos vulneráveis e alterar a dinâmica de disputa (estabelecendo que todos os candidatos concorram inicialmente na ampla concorrência), a nova legislação aumentou a complexidade da gestão das vagas. Sob essa nova lógica, o candidato que obtém nota suficiente para ingressar pelas vagas gerais deixa de ocupar as vagas reservadas, as quais ficam disponíveis para os candidatos subsequentes da lista de cotistas. Esse arranjo amplia a demanda operacional sobre as Pró-Reitorias de Graduação, uma vez que o processamento das matrículas exige uma triagem muito mais ágil e interconectada. Nesse novo cenário, as comissões de heteroidentificação consolidam-se não apenas como instrumentos de triagem inicial, mas como sentinelas permanentes da justiça racial no interior da academia brasileira. O seu fortalecimento político e orçamentário é, por conseguinte, uma pré-condição para que a universidade pública continue mudando de cor e cumprindo a sua função social emancipatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória das ações afirmativas no Brasil revela que a positivação dos direitos da população negra exige vigilância constante e aperfeiçoamento institucional permanente frente às estratégias de reacomodação das elites dominantes. O surgimento e a consolidação das comissões de heteroidentificação nas universidades públicas federais representam uma resposta técnica, jurídica e sociológica legítima ao desafio ético das fraudes, reposicionando o fenótipo como a categoria central de uma política que visa combater um racismo que, historicamente, atua sobre a marca visível dos corpos. Longe de representarem um retrocesso ou uma burocratização excessiva, esses colegiados operam como garantidores da eficácia da norma, assegurando que o patrimônio público da reparação atinja os seus destinatários históricos legítimos.

Os desafios apontados ao longo deste capítulo, que transitam pela necessidade de padronização metodológica, pelo letramento racial continuado dos avaliadores e pela resistência diante das ondas de judicialização, indicam que a estabilidade das cotas raciais depende da blindagem técnica desses dispositivos de controle. As comissões não inventam raças nem promovem segregações; elas simplesmente constatam e regulam administrativamente uma clivagem social que a sociedade brasileira criou e insiste em reproduzir cotidianamente por meio de suas práticas discriminatórias estruturais.

O horizonte que se descortina a partir da revisão promovida pela Lei nº 14.723/2023 exige um compromisso ainda mais profundo das reitorias e das instâncias deliberativas das instituições federais de ensino com o financiamento e a autonomia funcional dessas bancas. Garantir o pleno funcionamento da heteroidentificação, sob o império do contraditório e do respeito absoluto à dignidade humana, é o caminho fundamental para que a universidade pública brasileira rompa com o seu passado colonial e se consolide, em definitivo, como um território democrático e comprometido com a justiça social e a soberania do povo negro.

REFERÊNCIAS

BARBOSA GOMES, Joaquim Benedito. **Ação afirmativa & princípio constitucional da igualdade**: o direito como instrumento de transformação social. A experiência dos EUA. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2014.

BRASIL. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. **Lei nº 14.723, de 13 de novembro de 2023**. Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre o programa de reserva de vagas para ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018**. Estabelece regras de procedimento a serem observadas na aplicação do procedimento de heteroidentificação. Brasília, DF: MPOG, 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 186**. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Julgamento: 26/04/2012. Brasília, DF: STF, 2012.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

DIAS, Gleidson Renato Martins; TAVARES JÚNIOR, Paulo Roberto Faber (Orgs.). **Heteroidentificação e cotas raciais: dúvidas, metodologias e procedimentos.** Canoas: IFRS Campus Canoas, 2018.

FERES JÚNIOR, João et al. **O impacto das ações afirmativas no ensino superior brasileiro**: uma análise da última década. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2018.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

GONÇALVES, Tiago Luiz; RODRIGUES, Rogério. Heteroidentificação e justiça racial: desafios do critério fenotípico no contexto das ações afirmativas. **Aracê**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e11827, 2026. DOI: 10.56238/arev8n1-105. Disponívelhttps://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/11827. Acesso em: 18 jun. 2026.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Organização de Flavia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

NOGUEIRA, Oracy. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do aspecto brasileiro do preconceito de raça. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 287-308, 2006.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Jailson de Souza e. **Por que uns e não outros?** Caminhada de jovens da Baixada Fluminense para a universidade pública. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.

SOUZA, Marcilene Garcia de. Ações afirmativas e comissões de verificação: a luta pela garantia do direito à cota racial na educação superior. **Revista da ABPN**, v. 10, n. 25, p. 452-478, 2018.

03 | CAPÍTULO

EDUCAÇÃO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 11.645/2008: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O ENSINO DA CULTURA AFRO-BRASILEIRA E INDÍGENA.

Douglas Luiz de Oliveira Moura
Doutorando e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), com estágio de doutoramento no Departamento de Antropologia Social e Psicologia Social da Universidad Complutense de Madrid (UCM/Espanha). Licenciado em Sociologia e Especialista em Cultura Afro-Brasileira e Direitos Humanos.

RESUMO

A materialização do ensino de história e cultura afro-brasileira e indígena nas salas de aula esbarra, frequentemente, em um abismo entre o texto legal e a práxis pedagógica. Diante desse descompasso, esta investigação se debruça sobre os bastidores da implementação da Lei nº 11.645/2008 no Brasil. do ensino da história e cultura afro-brasileira e indígena nas salas de aula esbarra, frequentemente, em um abismo entre o texto legal e a práxis pedagógica. Diante desse descompasso, esta investigação se debruça sobre os bastidores da implementação da Lei nº 11.645/2008 no Brasil. O foco está em identificar as barreiras que impedem que essa normativa se efetive plenamente, analisando de perto o peso da fragilidade na formação docente, os limites dos materiais didáticos e as estruturas eurocêntricas que ainda ditam o que se ensina nas escolas. Longe de uma análise puramente burocrática, busca-se cartografar tanto os pontos de resistência que paralisam a diretriz quanto as brechas pedagógicas que abrem caminhos para uma real transformação curricular no cotidiano escolar. No plano metodológico, a investigação estrutura-se por meio de uma revisão crítico-documental e bibliográfica, analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais, relatórios de monitoramento da sociedade civil e as contribuições fundamentais do pensamento decolonial e do movimento negro educador. As reflexões desenvolvidas sinalizam que, embora a legislação tenha oxigenado o debate sobre a pluralidade identitária do país, sua aplicação material esbarra na resistência eurocêntrica dos currículos tradicionais, na escassez de material didático contextualizado e na fragilidade da formação continuada de docentes. Evidencia-se que a inserção desses conteúdos frequentemente ocorre de forma folclorizada e pontual, restrita a datas comemorativas fixas no calendário escolar. O caminho para romper com esse engessamento e caminhar rumo a uma escola pluriversal exige ações concretas: estruturar políticas consistentes de letramento racial, descentralizar os polos de produção do saber acadêmico e conferir real

legitimidade aos pensadores negros e indígenas. Só assim a engrenagem jurídica deixa de ser uma promessa abstrata no papel para se converter em um dispositivo dinâmico de descolonização mental e social na ponta do sistema educativo.

Palavras-chave: Práticas Decoloniais; Currículo Afro-Indígena; Letramento Racial; Chão da Escola.

INTRODUÇÃO

AS BASES EUROCÊNTRICAS e homogeneizadoras que sustentaram a escolarização brasileira por séculos sofreram um abalo profundo com a redemocratização e o arranjo jurídico fundado em 1988. Quando o texto constitucional de 1988 assumiu a diversidade étnica como base da identidade do país, o choque com a tradição de silenciamento imposta às minorias tornou-se inevitável. Esse embate, que envolve tanto a reparação material quanto a disputa pela memória, ganhou tração através da articulação política de intelectuais negros e indígenas. Diante dessa pressão contínua, o poder público foi constrangido a mexer na estrutura da educação básica, o que abriu caminho para a aprovação da Lei nº 10.639/2003 e, na sequência, para o texto expandido da Lei nº 11.645/2008. O impacto dessa mudança não ficou restrito ao cumprimento de protocolos administrativos. Ao cravar o tema de forma obrigatória em disciplinas como artes, literatura e história, a nova legislação exigiu, fundamentalmente, uma guinada na forma de encarar o passado e a cultura nacional. O alvo central era o monopólio eurocêntrico nos materiais didáticos, que há séculos reduzia os povos originários e a população negra a papéis de submissão, exotismo, passividade, servidão ou subalternidade nos manuais didáticos de circulação nacional. A sanção da lei materializou a exigência de uma reparação simbólica estrutural, reposicionando esses sujeitos coletivos como protagonistas políticos, econômicos, filosóficos e intelectuais da construção da sociedade nacional.

Todavia, o transcurso de quase duas décadas desde a promulgação dessa alteração legal revela um abismo persistente entre a ousadia do texto normativo e a realidade material das salas de aula brasileiras. A passagem da legalidade para a efetividade cotidiana expôs as amarras estruturais que sustentam o racismo institucional no interior das redes de ensino. Escolas de diferentes regiões brasileiras enfrentam enormes dificuldades para incorporar esses conteúdos de maneira orgânica, interdisciplinar, sistemática e contínua. Como garantir o cumprimento de uma lei de descolonização curricular em um sistema que continua a formar seus

docentes sob o signo do eurocentrismo acadêmico e que tolera a reprodução de estereótipos depreciativos no cotidiano escolar?

Soma-se a esse cenário um tensionamento que transcende as barreiras estritamente pedagógicas: a emergência de discursos neoconservadores e o avanço do racismo religioso nas comunidades escolares.

A tentativa de inserção dos saberes ancestrais, das cosmologias indígenas e das mitologias africanas frequentemente depara-se com barreiras ideológicas intransigentes, alimentadas pelo fundamentalismo religioso que demoniza as manifestações de matriz africana e marginaliza os modos de vida dos povos originários. Esse conflito aberto transforma o chão da escola em uma arena de disputa de valores, onde o imperativo legal de tolerância e diversidade é constantemente sufocado por lógicas excludentes que interditam o debate sobre as relações étnico-raciais.

O desejo de compreender e enfrentar esses nós interpretativos e operacionais justifica a realização deste trabalho. A pergunta norteadora que conduz esta investigação questiona de que maneira os entraves epistemológicos, o racismo religioso institucionalizado e a fragilidade da formação docente comprometem a consolidação da Lei nº 11.645/2008 como instrumento de transformação das relações étnico-raciais na educação básica. Diante disso, este trabalho fixa como objetivos específicos resgatar os fundamentos teóricos da decolonialidade e do movimento negro educador, esquadrinhar as evidências empíricas acerca da aplicação marginal e folclorizada da lei, analisar o impacto do racismo religioso no esvaziamento desses conteúdos e apontar caminhos pedagógicos viáveis que transformem a obrigatoriedade legal em prática curricular emancipatória, transversal e duradoura.

Para dar conta dessa complexa e extensa arquitetura argumentativa, o restante deste capítulo estrutura-se em cinco seções principais de desenvolvimento, seguidas pelas considerações finais. Inicialmente, discutem-se os fundamentos conceituais do giro decolonial e o papel do movimento negro como formulador de políticas educacionais de reparação. Na sequência, analisa-se a realidade empírica da aplicação da lei, enfocando as armadilhas da folclorização e o confinamento das temáticas ao mês de novembro ou a datas comemorativas isoladas. O terceiro subtema mergulha na problemática do racismo religioso e do fundamentalismo ideológico como fatores de censura aos conteúdos afro-indígenas. A quarta seção esquadrinha os nós da formação docente e o racismo editorial que restringe o acesso a materiais didáticos de qualidade. Por fim, a quinta seção debate a urgência de uma pedagogia da encruzilhada, capaz de articular saberes ancestrais e práticas dialógicas nas redes públicas de ensino.

DESENVOLVIMENTO

1. O Giro Decolonial e o Movimento Negro como Agente Educador

A introdução da Lei nº 11.645/2008 no ordenamento jurídico nacional não pode ser encarada como um simples desdobramento da discricionariedade técnica do parlamento brasileiro, mas sim como o resultado de uma longa, dolorosa e pioneira insurgência epistêmica. Para compreender a real profundidade e o alcance dessa mudança, faz-se necessário recorrer ao instrumental crítico do pensamento decolonial, especialmente às formulações de Aníbal Quijano (2005) sobre o conceito de colonialidade do poder e do saber. Quijano demonstra que, embora o colonialismo político formal tenha chegado ao fim com os processos de independência das nações americanas ao longo dos séculos XVIII e XIX, a colonialidade sobreviveu como uma estrutura profunda de longa duração, operando como uma engrenagem invisível que continua a hierarquizar as raças, subalternizar os conhecimentos produzidos no Sul Global e colocar o pensamento euro-norte-americano como o único padrão universal, racional e válido de ciência.

A instituição escolar, historicamente edificada à imagem e semelhança dos Estados-nação modernos de raiz eurocêntrico, funcionou por séculos como o principal aparelho ideológico de reprodução e legitimação dessa colonialidade do saber. Os currículos escolares tradicionais organizaram-se sob o que a intelectual Sueli Carneiro (2011) define de maneira cirúrgica como epistemicídio: o processo planejado, sistemático e contínuo de deslegitimação, apagamento e destruição dos saberes, das visões de mundo, das tecnologias e da herança intelectual das populações negras e indígenas. O epistemicídio atua em duas frentes complementares: elimina esses conteúdo dos programas oficiais de ensino e, simultaneamente, convence os estudantes de que os povos não brancos são desprovidos de capacidade abstrata, filosofia e agência histórica, reduzindo suas ricas trajetórias ao cativeiro da escravidão ou ao estado primitivo e estático da pré-história colonial.

Romper com essa engrenagem de desumanização simbólica e alienação mental exigiu uma postura ativa daquele que Nilma Lino Gomes (2017) apropriadamente denomina como o movimento negro educador. Em suas análises fundamentais, Gomes demonstra que o movimento negro organizado no Brasil agiu, ao longo de todo o século XX e início do XXI, como um autêntico produtor de saberes políticos, sociais e pedagógicos, tensionando o Estado, o legislador e a academia a reconhecerem a raça como uma categoria analítica e política indispensável para se pensar

a justiça distributiva, a equidade e a própria viabilidade da democracia. A conquista da Lei nº 10.639/2003 e de sua extensão na Lei nº 11.645/2008 representa o momento em que esse movimento logrou êxito em converter sua bagagem de lutas comunitárias, terreiros e quilombos em diretrizes curriculares nacionais obrigatórias, forçando a burocracia educacional a encarar e reparar suas próprias omissões racistas.

Essa virada paradigmática sintoniza-se perfeitamente com as discussões propostas por teóricos decoloniais como Catherine Walsh (2009), que advoga vigorosamente por uma interculturalidade crítica. Walsh estabelece uma clivagem nítida entre a interculturalidade meramente funcional, aquela que tolera a presença do subalterno, do negro e do indígena desde que estes aceitem se submeter às regras do jogo, aos valores e à linguagem eurocêntrica dominante, e a interculturalidade crítica, cujo escopo consiste em implodir as bases do poder colonial, construindo novos arranjos de coexistência e novos espaços de enunciação epistêmica. A lei que obriga o ensino da história e cultura afro-brasileira e indígena não nasceu para ser um adendo decorativo ou uma concessão tolerante nos currículos; ela se configura como um dispositivo de rasura ativa na hegemonia da branquitude, exigindo a reescrita da própria historiografia nacional a partir da perspectiva de quem resistiu às violências e do esbulho territorial originário.

A ancoragem teórica dessa legislação afasta, portanto, qualquer tentativa de redução do debate a uma pauta identitária menor ou a um capricho ideológico de facções partidárias. Trata-se de uma exigência de adequação do direito educacional à realidade sociológica de um país cuja demografia é majoritariamente não branca e cujas bases materiais dependeram da espoliação desses corpos. Ao positivar a obrigatoriedade desses saberes, o Estado brasileiro reconheceu implicitamente que a qualidade da educação nacional está diretamente condicionada à sua capacidade de se mostrar plural e eticamente honesta com a memória coletiva de seus povos fundadores, instituindo o direito à diversidade como cláusula pétrea do fazer pedagógico.

2. Evidências Empíricas e a Armadilha da Folclorização Curricular

A despeito da robustez teórica e do imperativo legal que dão sustentação à Lei nº 11.645/2008, a sua materialização no cotidiano das escolas de educação básica depara-se com táticas de esvaziamento político altamente sofisticadas, que operam de forma silenciosa nas estruturas escolares. Pesquisas empíricas de acompanhamento nacional, como os diagnósticos qualitativos e quantitativos promovidos por instituições de prestígio como a Ação Educativa, o Geledés Instituto da Mulher Negra e o próprio Ministério da Educação em gestões progressistas, apontam que

a aplicação da lei nas redes estaduais e municipais de ensino dá-se de maneira profundamente fragmentada, assistemática e, não raro, marginal. O principal sintoma dessa execução claudicante corporifica-se naquilo que a literatura sociológica e pedagógica contemporânea define como a armadilha da folclorização curricular.

A folclorização opera como um mecanismo de domesticação da diferença. Ela ocorre quando as culturas afro-brasileira e indígena são arrancadas de seus contextos filosóficos, tecnológicos, geográficos e políticos reais para serem apresentadas de forma exótica, caricaturada, infantilizada e pontual. Em vez de integrar os programas das disciplinas basilares como história, ciências, matemática, geografia e literatura de maneira transversal de janeiro a dezembro, a temática é confinada a datas isoladas do calendário civil, como o Dia dos Povos Indígenas em abril ou o Dia Nacional da Consciência Negra em novembro. Nessas ocasiões específicas, as instituições escolares mobilizam-se para realizar feiras culturais de comidas típicas, danças estereotipadas ou confecção de cartazes de cartolina, esgotando a complexidade civilizatória de povos inteiros em elementos estéticos, performáticos ou gastronômicos desprovidos de densidade histórica e crítica.

Essa abordagem pontual e episódica opera um duplo e nefasto desserviço pedagógico: acalma a consciência burocrática da gestão escolar e do corpo docente, que simula o cumprimento burocrático da lei para responder aos relatórios das secretarias, e simultaneamente reforça o preconceito sutil no imaginário dos estudantes. Ao associar a cultura indígena exclusivamente ao passado bucólico da floresta intocada e o negro unicamente ao sofrimento físico do pelourinho ou ao batuque festivo do samba, a escola falha gravemente em discutir esses grupos como sujeitos contemporâneos de direitos, que disputam as universidades, a produção literária de vanguarda, os tribunais e as arenas de inovação tecnológica. Como questiona a própria inconsistência da prática cotidiana: de que adianta exaltar a capoeira, o jongo ou o artesanato indígena em um dia de festa se, nos outros duzentos dias do ano letivo, o currículo permanece higienizado, celebrando apenas os heróis da expansão europeia e os filósofos do iluminismo francês?

A raiz sociológica profunda dessa resistência curricular reside na persistência do racismo institucionalizado, que dita sutilmente o que é considerado "alta cultura", "conhecimento universal" ou "ciência legítima" e o que é sumariamente rebaixado à condição de crença popular, folclore, artesanato ou mito. O saber produzido nos terreiros de candomblé sobre botânica, farmacologia e preservação ambiental, ou as sofisticadas técnicas de manejo ecológico, rotação de culturas e arquitetura sustentável desenvolvidas pelas sociedades indígenas, raramente ga-

nham o status de conteúdo programático nas aulas de biologia, química ou geografia. Permanece uma clivagem puramente colonial que reserva aos sujeitos brancos a exclusividade do pensamento abstrato e universal, enquanto aos negros e indígenas concede-se apenas o lugar do corpo que dança, da manualidade artesanal e da força de trabalho desqualificada.

Esse cenário deixa claro que ter uma lei aprovada é um passo fundamental, mas que sozinho não desestabiliza práticas construídas sobre séculos de centralidade eurocêntrica. A Lei nº 11.645/2008 precisa de sustentação prática. Sem uma cobrança firme e constante por parte do Ministério Público e dos conselhos de educação, incluindo punições administrativas e cortes de verba para as redes que boicotam a norma, o texto vira letra morta. O risco iminente é que a legislação sirva apenas como uma maquiagem democrática, um selo de tolerância que no fundo deixa intacta a engrenagem excludente da escola brasileira.

3. Racismo Religioso e Fundamentalismo Ideológico como Barreiras de Censura

Uma análise realista e contemporânea dos obstáculos à implementação da Lei nº 11.645/2008 não pode se esquivar de enfrentar um dos fenômenos mais violentos e crescentes no interior das escolas públicas e privadas brasileiras: o racismo religioso de base fundamentalista. A inserção dos conteúdos referentes à história e cultura afro-brasileira e indígena esbarra, de forma sistemática, na oposição de setores religiosos ultraconservadores que ocupam postos na gestão escolar, no corpo docente e nas associações de pais e responsáveis. Sob a influência de uma leitura teológica excludente e maniqueísta, elementos centrais das cosmologias indígenas e das tradições de matriz africana são rotulados de forma pejorativa como "feitiçaria", "paganismo" ou "demoníacos", gerando um clima de veto e perseguição aberta a projetos pedagógicos legítimos.

Esse fenômeno transborda a mera divergência de crenças e configura-se como um desdobramento direto da colonialidade do poder que tenta reatualizar o projeto de catequização compulsória e destruição das alteridades. Como bem discutido na literatura sobre as metodologias negras de ensino, a burocracia escolar muitas vezes aciona o pretexto da laicidade de forma distorcida para interditar o debate de matriz afro-indígena, demonstrando como o racismo institucional atua para patologizar ou classificar essas expressões apenas sob a ótica do "desvio religioso" e não como conhecimentos válidos.

Assim, quando um professor de história tenta abordar o papel dos orixás na organização social dos reinos iorubás ou a importância do culto aos ancestrais na resistência quilombola, não é raro que enfrente a resistência aberta de alunos e a

contestação formal de pais, que acusam a escola de violar a liberdade de consciência religiosa da família. Esse discurso, frequentemente amparado por movimentos de censura ideológica como o "Escola sem Partido" e cruzadas morais congêneres, constrange o profissional da educação e esvazia a autonomia didática da escola, gerando um recuo defensivo por parte de docentes que, temendo retaliações, sindicâncias ou linchamentos virtuais, optam por omitir tais conteúdos de seus planejamentos.

Como demonstra a sociologia das relações raciais, o racismo religioso atua de maneira diferenciada a depender da cor do símbolo atacado. Ele não se confunde com a intolerância religiosa genérica, pois possui um alvo racializado muito bem definido: o patrimônio civilizatório negro e indígena. Enquanto as mitologias grega, romana e nórdica são lidas e ensinadas nas aulas de literatura e história como patrimônios universais da humanidade, sem que nenhum pai de aluno questione a presença de Zeus ou Thor nos livros de texto, os mitos de criação dos povos indígenas e as divindades africanas são sumariamente interditados do espaço público escolar.

Há, portanto, uma operação de rebaixamento ontológico que retira dessas tradições o status de filosofia e teologia para confiná-las ao lugar do perigo moral e da ameaça espiritual, reatualizando a lógica inquisitorial em pleno século XXI. Trata-se de uma verdadeira barreira colonial que tenta impedir a escola de se tornar uma "encruzilhada viva" de saberes, isto é, um espaço de trânsito epistêmico, onde a pluralidade das memórias comunitárias e as corporeidades negras e indígenas possam coexistir fora da linearidade eurocêntrica tradicional.

O impacto pedagógico desse veto religioso é devastador para a construção da subjetividade e da autoestima das crianças e adolescentes negros e indígenas que frequentam as redes de ensino. Ao presenciarem a demonização institucionalizada de suas práticas familiares, de suas heranças comunitárias e de suas tradições ancestrais no espaço que deveria acolhê-los e protegê-los, esses estudantes são empurrados para o silenciamento, para a vergonha de suas origens ou para processos violentos de conversão e negação de si.

4. Os Nós da Formação Docente e o Racismo Editorial

O sucesso real de qualquer reforma curricular profunda está estritamente condicionado à qualidade, à profundidade e ao compromisso ético e político da formação dos professores que operam na ponta do sistema educativo. No que tange à aplicação material da Lei nº 11.645/2008, esse nó formativo apresenta-se como uma das barreiras mais complexas e urgentes de serem desatadas pelas políticas de Estado. A esmagadora maioria dos docentes que hoje se encontram em exercício nas salas

de aula do ensino fundamental e médio concluiu suas graduações em instituições de ensino superior cujas matrizes curriculares permanecem estruturadas sob modelos marcadamente eurocêntricos. Cursos de História, Letras, Pedagogia, Geografia e Artes nas universidades brasileiras passaram por poucas alterações estruturais em suas disciplinas de núcleo duro nas últimas duas décadas, mantendo a centralidade dos saberes ocidentais e relegando a história da África, a diáspora negra e as sociedades indígenas a disciplinas optativas ou ementas secundárias de pouca carga horária e prestígio institucional.

O resultado direto desse apagamento e dessa negligência acadêmica é a reprodução contínua de um ciclo de insegurança conceitual, anacronismos e despreparo pedagógico crônico. Professores bem-intencionados, ao tentarem cumprir de forma voluntariosa a obrigação legal, veem-se desprovidos de um letramento racial e histórico mínimo para conduzir discussões complexas sobre racismo, etnocentrismo, colorismo e diversidade religiosa sem incorrer em novos estereótipos. O medo do confronto com a comunidade escolar, combinado com o avanço de discursos de censura, empurra os docentes para o silenciamento defensivo ou para a reprodução acrítica dos mesmos manuais didáticos tradicionais que a lei visava combater na raiz. A formação continuada, que deveria suprir essa lacuna estrutural, é frequentemente oferecida pelas secretarias de educação de forma fragmentada, descontinuada e superficial, na forma de palestras esporádicas de pouca eficácia prática na alteração do *habitus* pedagógico.

A essa fragilidade formativa crônica soma-se o obstáculo mercadológico do racismo editorial que historicamente regulou e estruturou o mercado de livros didáticos no país. Embora o Programa Nacional do Livro e do Material Didático (PNLD) tenha incorporado, nos últimos anos, critérios rigorosos de avaliação que barram obras com conteúdos explicitamente racistas, sexistas ou discriminatórios, a estrutura narrativa dominante e a economia política dos manuais de grande circulação comercial permanecem eivadas de sutilezas coloniais e eurocêntricas. Como demonstra a literatura crítica que se debruça sobre materiais escolares, a história africana e afro-brasileira costuma ser inaugurada no livro didático a partir do século XVI, tendo a escravidão mercantil atlântica como ponto de partida absoluto. Ope-se um apagamento brutal sobre a existência de reinos milenares, impérios tecnológicos avançados, rotas comerciais complexas, universidades antigas, como a de Timbuktu, no Mali, e estruturas sofisticadas de organização jurídica e filosófica anteriores ao contato violento com o colonizador europeu.

No caso das populações originárias, o cenário de violência e apagamento editorial é igualmente alarmante e persistente. Os povos indígenas continuam a ser

retratados de forma genérica e homogeneizante, como uma massa humana sem individualidade, congelada no ano mítico de 1500 e descrita em termos que remetem ao "bom selvagem" rousseauniano ou ao "selvagem hostil" das crônicas jesuíticas. Desconsidera-se de forma acintosa a existência de mais de 300 povos distintos e mais de 150 línguas vivas que habitam o território nacional contemporâneo e que disputam ativamente os rumos ecológicos e políticos do país. Raramente as obras didáticas dominantes dão voz direta aos intelectuais indígenas, como Ailton Krenak, Davi Kopenawa ou Daniel Munduruku para que estes contem a história do esbulho de suas terras e da resistência secular de seus povos sob a sua própria perspectiva filosófica e cosmológica. O indígena é desenhado como um elemento passivo da paisagem natural que desaparece gradativamente à medida que o progresso da civilização branca avança.

Essa conjunção desfavorável e perversa entre professores sem formação adequada e materiais didáticos de viés colonial sabota por completo o potencial emancipatório e reparador da Lei nº 11.645/2008. A escola acaba por reproduzir o que Kabengele Munanga (2020) chama de preconceito por omissão ou por negligência: ao não oferecer aos estudantes negros e indígenas referências intelectuais, científicas e estéticas positivas de seus próprios grupos de origem, o sistema escolar atua na destruição sistemática da autoestima e do pertencimento dessas crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que hipervaloriza o narcisismo intelectual e estético dos estudantes brancos, perpetuando e naturalizando as hierarquias de valor humano no chão da escola contemporânea.

5. Pedagogias da Encruzilhada: Caminhos para uma Prática Dialógica

Romper com o impasse que paralisa a eficácia da Lei nº 11.645/2008 demanda ir muito além de remendos superficiais ou da mera burocracia de gabinete. A saída exige uma transformação profunda, daquelas que mexem no esqueleto organizativo da escola. A questão central não é entulhar um currículo já saturado com novas disciplinas ou ementas isoladas. Trata-se, na verdade, de desestabilizar os critérios tradicionais de validação e hierarquia do saber escolar. É nesse horizonte de virada metodológica que a pedagogia da encruzilhada se consolida como uma resposta potente e necessária. A encruzilhada, aqui tomada não apenas como metáfora poética, mas como conceito operativo e epistêmico de matriz afro-brasileira, representa o espaço por excelência de trânsito, de diálogo horizontal, de mistura, de comunicação e de produção de novas sínteses de saberes. Educar na encruzilhada significa colocar o pensamento ocidental clássico em diálogo com a cosmopercepção africana e o bem-viver indígena, destituindo qualquer pretensão de centralidade absoluta ou monopólio da verdade.

Uma das principais possibilidades de materialização desse horizonte decolonial e pluriversal reside na valorização e na inserção da oralidade como metodologia legítima de ensino, pesquisa e avaliação no espaço escolar da educação básica. Enquanto a tradição ocidental moderna supervaloriza o documento escrito, cartorial e arquivístico que quase sempre foi produzido pelo colonizador vitorioso ou pela burocracia estatal excludente, as culturas negra e indígena preservaram suas memórias, suas filosofias, suas tecnologias de sobrevivência e suas ciências na tradição oral, através da voz viva dos Griôs, dos pajés, dos mestres de sincretismo, dos anciãos e dos contadores de histórias das comunidades periféricas. Trazer esses mestres do saber tradicional para dentro da sala de aula, reconhecendo-os formalmente como autoridades intelectuais legítimas e detentores de saberes complexos, rasura a burocracia acadêmica clássica e permite que os estudantes acessem conhecimentos históricos profundos que nunca foram registrados pelas penas oficiais do Estado colonial.

Além disso, a prática de um currículo dialógico impõe a necessidade de um letramento racial transdisciplinar, que rompa de uma vez por todas com o confinamento guetificado das temáticas étnico-raciais às disciplinas de Ciências Humanas (História, Geografia e Sociologia). É perfeitamente possível, viável e urgente discutir a história e a cultura afro-brasileira e indígena nas aulas de Matemática, Física e Ciências da Natureza. Na prática, isso se traduz em levar para a sala de aula o sistema de contagem vigesimal iorubá ou as estruturas fractais encontradas tanto na arquitetura tradicional africana quanto nos grafismos e tecelagens dos povos indígenas americanos. O mesmo movimento cabe às aulas de ciências, química e biologia. Há um vasto repertório botânico, farmacológico e fitoterápico preservado por quilombolas e comunidades da floresta através da observação empírica. Discutir esses pontos ajuda a mostrar aos alunos como a ciência moderna, muitas vezes, incorpora saberes ancestrais sem fazer o devido resgate histórico ou prever a justa repartição de benefícios.

No terreno da literatura e das artes, a efetivação plena da lei exige a substituição do cânone estético eurocêntrico por uma ecologia de saberes literários que contemple a diversidade da produção nacional. Em vez de limitar o repertório escolar aos autores do romantismo e realismo europeizados do século XIX, a escola cumpre o comando legal ao adotar obras de escritoras negras como Carolina Maria de Jesus e Conceição Evaristo, cujo conceito operativo de escrevivência reposiciona a vivência material e o sofrimento das mulheres negras como matéria-prima de alta literatura e reflexão teórica sobre a condição humana. No mesmo sentido, a inserção da poesia, da prosa e da cosmologia de autores indígenas contemporâneos

permite que os estudantes compreendam que a floresta e a terra não são mercadorias a serem exploradas pelo capital predatório, mas matrizes de vida, parentesco e subjetividade indissociáveis do futuro ecológico e climático do planeta.

Esses caminhos pedagógicos demonstram de forma cristalina que a aplicação da Lei nº 11.645/2008 não constitui um fardo burocrático, uma punição administrativa ou uma imposição ideológica constrangedora para o corpo docente. Trata-se, pelo contrário, de uma oportunidade inédita e preciosa de oxigenação, renovação e elevação da própria excelência pedagógica e científica da educação básica brasileira. Ao complexificar, enriquecer e diversificar as visões de mundo, os saberes e as epistemologias oferecidas aos estudantes, a escola abandona de vez o seu papel histórico de reprodutora da violência colonial e do silenciamento racista para transformar-se em um autêntico território de cura social, emancipação política e soberania intelectual, onde a pluralidade étnica deixa de ser vista como um problema administrativo para converter-se na maior riqueza pedagógica do povo brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O detalhado e extenso itinerário reflexivo percorrido ao longo deste capítulo evidencia que a promulgação da Lei nº 11.645/2008 representou um dos marcos mais avançados, necessários e urgentes do processo de redemocratização e reparação histórica no cenário institucional brasileiro. A legislação logrou positivar no coração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional as demandas seculares e os acúmulos teóricos dos movimentos negros e indígenas organizados, sinalizando de forma clara a necessidade de superação do epistemicídio curricular, do eurocentrismo acadêmico e do formalismo abstrato que historicamente higienizaram os espaços escolares do país. Exigiu-se, a partir de sua sanção, que o sistema de ensino se descolasse das amarras coloniais para se comprometer ativamente com a edificação de uma igualdade substancial assentada no reconhecimento pleno e na valorização da pluralidade identitária, cultural e científica da nação.

Contudo, o balanço de sua aplicação material após quase duas décadas de vigência revela que a força transformadora da norma legal permanece fortemente sitiada por barreiras estruturais, ideológicas e burocráticas decorrentes do racismo institucional que organiza as redes públicas e privadas de ensino. Os desafios aqui mapeados, desde a armadilha da folclorização que confina culturas vivas e complexas a datas comemorativas isoladas, passando pela profunda precariedade da formação inicial e continuada de docentes nas universidades, até a permanência

de um racismo editorial que insiste em reproduzir visões subalternizadas e anacrônicas nos manuais didáticos, atestam que a descolonização mental do aparato burocrático escolar exige um esforço orçamentário, político e pedagógico que transborda a mera edição de textos legais ou portarias normativas de fachada.

Soma-se a isso a urgência de se combater o racismo religioso de base fundamentalista que, ao demonizar os saberes de matriz africana e marginalizar as cosmologias indígenas, atua como uma força de censura explícita dentro das comunidades escolares, cerceando a autonomia docente e violentando a subjetividade de estudantes pertencentes a esses grupos tradicionais. Os horizontes traçados ao longo deste ensaio apontam que o futuro da Educação das Relações Étnico-Raciais no Brasil depende, de maneira irrevogável, da transformação dessas diretrizes em práticas pedagógicas permanentes, transdisciplinares e cotidianas. O fortalecimento de pedagogias da encruzilhada, o acolhimento metodológico da oralidade tradicional, o letramento racial continuado dos corpos docentes e a diversificação radical do cânone literário e científico das escolas constituem as únicas ferramentas capazes de conferir eficácia material e fôlego histórico ao espírito emancipatório da lei. Somente através desse compromisso ético, político e orçamentário renovado, assumido de forma coletiva e intransigente pelas secretarias de educação, universidades, instâncias de controle do Estado e comunidades locais, será possível arrancar a Lei nº 11.645/2008 da letargia do papel, garantindo que a escola brasileira converta-se, em definitivo, em um território democrático, decolonial, plural e soberano, apto a formar cidadãos plenamente conscientes da riqueza, da complexidade e da dignidade de sua própria ancestralidade.

REFERÊNCIAS

AÇÃO EDUCATIVA; GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Práticas pedagógicas de cumprimento da Lei 10.639/03**: relatório de monitoramento nacional da educação das relações étnico-raciais. São Paulo: Ação Educativa, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996.

BRASIL. **Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira". Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. **Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". Brasília, DF: Presidência da República, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília, DF: MEC/CNE, 2004.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução**: elements para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2014.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

EVARISTO, Conceição. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Organização de Flavia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MOURA, Clóvis. **Dialética da radicalização negra**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2020.

MOURA, Douglas Luiz de Oliveira *et al*. **Metodologias negras de ensino - pedagogias de terreiro, encruzilhadas e do enegrecimento segundo Nilma Lino Gomes, Lélia Gonzalez e bell hooks.** Revista Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 7, p. 36951-36993, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev7n7-101. Acesso em: [inserir a data do seu acesso, ex: 6 jun. 2026].

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

NOGUEIRA, Oracy. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do aspecto brasileiro do preconceito de raça. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 287-308, 2006.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

SILVA, Jailson de Souza e. **Por que uns e não outros?** Caminhada de jovens da Baixada Fluminense para a universidade pública. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: influxos e caminhos de outro modo. In: CANDAU, Vera Maria (Org.). **Pedagogias decoloniais: memórias, saberes e saberes**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009. p. 23-44.

04 | CAPÍTULO

O ESTATUTO DA IGUALDADE RACIAL E A ESCOLA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO ANTIRRACISTA

Douglas Luiz de Oliveira Moura
Doutorando e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), com estágio de doutoramento no Departamento de Antropologia Social e Psicologia Social da Universidad Complutense de Madrid (UCM/Espanha). Licenciado em Sociologia e Especialista em Cultura Afro-Brasileira e Direitos Humanos.

RESUMO

O debate em torno dos direitos educacionais e das políticas de reparação ganha contornos de centralidade jurídica e administrativa com a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010). Diante da necessidade de superar as amarras do racismo estrutural que molda as redes de ensino brasileiras, esta investigação se debruça sobre as barreiras institucionais e burocráticas que obstaculizam a transição da igualdade formal para a equidade material no cotidiano das escolas. O foco está em mapear os pontos de estrangulamento normativo e as resistências institucionais que impedem a capilarização plena das diretrizes protetivas do Estatuto, analisando o peso da fragilidade na formação de gestores, a seletividade dos órgãos de controle e o impacto do racismo religioso como dispositivo de veto aos conteúdos de matriz africana. No plano metodológico, a investigação estrutura-se por meio de uma abordagem crítico-analítica de natureza bibliográfica e documental, cruzando os dispositivos regulatórios do Estatuto com relatórios de monitoramento das políticas de promoção da igualdade racial, além de acionar contribuições do pensamento decolonial e das metodologias negras de ensino. As reflexões desenvolvidas sinalizam que, embora o Estatuto opere como um potente catalisador normativo, sua aplicação material esbarra na inércia burocrática dos sistemas de ensino, no racismo editorial e na escassez de mecanismos coercitivos de fiscalização. Evidencia-se que a inserção desses direitos frequentemente ocorre de forma periférica e fragmentada, asfixiada por um racismo institucional que negligência as assimetrias sofridas pela população negra. O caminho para romper com esse engessamento e caminhar rumo a uma gestão pública democrática exige ações concretas: estruturar políticas consistentes de letramento racial na administração, assegurar o enegrecimento dos polos de tomada de decisão e fortalecer os canais de controle social e auditoria étnico-racial. Só assim o arcabouço protetivo deixa de ser uma promessa abstrata no papel para se converter em um dispositivo dinâmico de descolonização mental, jurídica e social na ponta do sistema educativo.

Palavras-chave: Estatuto da Igualdade Racial. Direitos Educacionais. Racismo Institucional. Justiça Racial.

INTRODUÇÃO

A PROMULGAÇÃO DO Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) consolidou um marco divisor na história das políticas públicas no Brasil, ao condensar em texto de lei as reivindicações históricas por justiça distributiva e reparação simbólica. Diferentemente de intervenções normativas anteriores, que operavam de forma segmentada na legislação educacional, o Estatuto ergueu-se como um plano sistêmico e transversal, destinado a combater as manifestações do racismo estrutural nas mais diversas esferas da vida pública e privada. No campo da educação, a legislação não se limitou a reiterar obrigações curriculares, mas estabeleceu o nexo indissociável entre o direito à instrução e o direito à identidade, incumbindo o Estado de adotar ações afirmativas para corrigir o primitivo quadro de desvantagens acumulado pela população negra.

No entanto, o exame da trajetória dessa política pública revela que a positivação dos direitos educacionais no Estatuto depara-se com um tecido institucional refratário a mudanças estruturais. As redes de ensino brasileiras, cujas engrenagens burocráticas foram historicamente forjadas sob o signo da exclusão e da hierarquização social, manifestam uma acentuada dificuldade em absorver as diretrizes de igualdade racial fora do espectro meramente formal. O que se observa, na práxis administrativa das escolas, é o isolamento dos comandos protetivos do Estatuto, que acabam geridos de modo pontual pelas equipes pedagógicas, esvaziando a dimensão impositiva e o caráter reparador pretendidos pelo legislador.

Esse descompasso entre a densidade protetiva do Estatuto e sua efetividade material ganha contornos de urgência diante do recrudescimento de manifestações de racismo religioso e de fundamentalismos doutrinários nos ambientes de aprendizagem. A garantia assegurada pela Lei nº 12.288/2010 para a salvaguarda e divulgação do patrimônio cultural de matriz africana é frequentemente violada por movimentos de censura ideológica que deslegitimam esses saberes, rotulando-os como ameaças à integridade moral das famílias. Essa ofensiva reacionária restringe a atuação dos profissionais da educação, gerando um clima de veto institucional que fragiliza a laicidade do Estado e compromete o livre trânsito de saberes no espaço escolar.

Diante desse cenário complexo, impõe-se a necessidade de investigar as causas que paralisam a força transformadora dessa legislação. A pergunta norteadora que

conduz esta investigação questiona de que maneira os entraves burocráticos, as lacunas na formação continuada de gestores e a ausência de mecanismos coercitivos de fiscalização comprometem a consolidação do Estatuto da Igualdade Racial como instrumento de democratização e descolonização das redes de ensino brasileiras. Para responder a essa indagação, este ensaio fixa como objetivos específicos esquadrinhar a fundamentação jurídica do Estatuto no tocante às políticas de reparação, mapear os obstáculos institucionais que reduzem suas diretrizes a protocolos formais, analisar o impacto do racismo religioso como barreira de veto aos direitos culturais e propor diretrizes de gestão pública orientada ao fortalecimento do controle social e da eficácia normativa.

Para dar conta dessa complexa e extensa arquitetura argumentativa, o restante do texto estrutura-se em cinco seções principais de desenvolvimento, seguidas pelas considerações finais. Inicialmente, discutem-se os fundamentos da justiça reparadora e o papel do Estatuto na ressignificação do direito educacional brasileiro sob uma ótica multicultural. Na sequência, aborda-se a burocratização e o racismo institucional como entraves para a execução plena das ações afirmativas na rotina escolar. O terceiro subtema examina o racismo religioso sob a perspectiva da violação dos direitos culturais garantidos em lei. A quarta seção analisa as deficiências na formação administrativa dos gestores públicos, as armadilhas editoriais e os limites do monitoramento estatal. Por fim, a quinta seção debate as propostas de enegrecimento da gestão, o uso da pedagogia da encruzilhada e o fortalecimento de redes de fiscalização como caminhos para a consolidação material do Estatuto.

DESENVOLVIMENTO

1. O Estatuto da Igualdade Racial e os Fundamentos da Justiça Reparadora

A inserção do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) como vetor de transformação na esfera educacional exige resgatar os fundamentos da justiça reparadora aplicado às políticas públicas contemporâneas. Distante da igualdade puramente formal — que simula uma neutralidade estatal diante de sujeitos historicamente desiguais —, a justiça reparadora assume que as desvantagens acumuladas pela população negra não são frutos de contingências individuais, mas sim de um processo sistemático de expropriação material e de violência epistêmica iniciado no período colonial. No ordenamento jurídico brasileiro, o Estatuto positiva o princípio da equidade substancial, legitimando o uso do aparato administrativo e orçamentário do Estado para promover discriminações positivas e

corrigir as assimetrias produzidas pelo racismo estrutural. Sob a ótica dos direitos educacionais, essa virada normativa desafia o monopólio do positivismo clássico e abre espaço para uma ecologia de saberes (SANTOS, 2009), validando o protagonismo negro e as descolonizações curriculares como mecanismos indissociáveis da distribuição de justiça e da transformação do conhecimento nacional (SANTOS et al., 2024).

No âmbito dos direitos educacionais, essa virada conceitual ganha relevância teórica ao confrontar o mito da democracia racial que orientou a formulação de políticas públicas no Brasil por décadas. Ao instituir ações afirmativas e estabelecer a obrigatoriedade da valorização do patrimônio cultural negro, o Estatuto opera uma desnaturalização dos índices de fracasso escolar e de distorção idade-série que penalizam majoritariamente os corpos negros. O direito à educação passa a ser interpretado não apenas como o acesso universal à escolarização, mas como o direito de usufruir de um espaço formativo que não violente a subjetividade, a memória e a dignidade ontológica dos estudantes não brancos. É nesse horizonte regulatório que se faz urgente a superação do monopólio do positivismo clássico por meio de uma ecologia de saberes (SANTOS, 2009), capaz de descolonizar as matrizes curriculares e validar o protagonismo negro na transformação do conhecimento nacional (SANTOS et al., 2024).

Sob a ótica da governança pública, o Estatuto da Igualdade Racial redefine o papel das agências educacionais ao transformar a promoção da igualdade racial em um dever administrativo vinculante. Não se trata mais de uma recomendação de caráter ético de conteúdo transversal para escolha dos sistemas de ensino; as diretrizes fixadas pela Lei nº 12.288/2010 possuem natureza cogente, exigindo das instâncias burocráticas a elaboração de planos formais, metas de inclusão e alocação de recursos específicos para a sua execução. A legislação retira a temática racial do campo da discricionariedade política e a insere de forma definitiva na agenda de responsabilidades fiscais e administrativas do Estado.

O impacto dessa mudança reflete-se na necessidade de reconfiguração dos próprios indicadores de qualidade da educação básica. Uma gestão educacional alinhada aos preceitos do Estatuto não pode mensurar sua eficácia apenas por meio de avaliações padronizadas de proficiência técnica em leitura e cálculo. Torna-se imperativo incorporar critérios que avaliem a redução das disparidades raciais na permanência escolar, a implementação efetiva de currículos decoloniais e a capacidade das instituições de mitigar as práticas de racismo institucionalizado em suas dependências, convertendo a equidade em vetor de avaliação da eficiência pública.

2. Barreiras Institucionais e o Esvaziamento Burocrático das Ações Afirmativas

Apesar do avanço doutrinário representado pelo Estatuto da Igualdade Racial, a sua tradução em práticas administrativas no interior das escolas esbarra em uma crônica cultura de esvaziamento burocrático. As instituições de ensino, como reflexos da burocracia estatal brasileira, tendem a neutralizar o potencial disruptivo das leis de reparação por meio de estratégias de cumprimento meramente protocolar. Esse fenômeno ocorre quando as instâncias gestoras incorporam a linguagem dos direitos raciais em seus discursos formais e relatórios institucionais, mas mantêm inalteradas as rotinas excludentes e as prioridades orçamentárias que preservam o *status quo* eurocêntrico.

A manifestação mais evidente desse esvaziamento traduz-se no isolamento das ações afirmativas dentro do planejamento escolar, que passam a ser tratadas como demandas satélites e desprovidas de centralidade orçamentária. As secretarias de educação e as direções escolares frequentemente cumprem as exigências formais do Estatuto por meio do preenchimento de formulários e do agendamento de atividades pontuais, sem que haja uma revisão estrutural nos Planos de Desenvolvimento da Escola (PDE) ou nas dotações de recursos para a aquisição de acervos bibliográficos especializados. Como demonstrado originalmente na formulação clássica de Hamilton e Carmichael (1967), a engrenagem burocrática atua de forma impessoal e silenciosa para assegurar privilégios raciais específicos sob o manto da neutralidade técnica, gerando uma barreira que asfixia a materialização dos direitos e perpetua as assimetrias históricas.

Esse processo de neutralização normativa é alimentado por um racismo institucional que opera por omissão e negligência deliberada nos órgãos de supervisão e controle das redes de ensino. Os conselhos municipais e estaduais de educação, que possuem a prerrogativa legal de autorizar o funcionamento e avaliar o desempenho das escolas, raramente condicionam a homologação de regimentos escolares à comprovação material da aplicação das diretrizes do Estatuto. Ocorre uma tolerância sistêmica com a ausência de planos institucionais de combate à discriminação, fruto de uma alienação que blinda a máquina do Estado e protege o narcisismo epistêmico da branquitude frente à urgência de reparação.

Dessa forma, cria-se um cenário de conformidade cosmética, no qual o sistema educacional exibe uma fachada de pluralismo e adesão aos direitos humanos nos canais de comunicação oficial, enquanto preserva intacta a engrenagem monocultural que penaliza os estudantes negros. A lei, destituída de dentes fiscalizatórios e de mecanismos coercitivos de cobrança, é empurrada para o campo das legisla-

ções simbólicas. Superar esse impasse exige deslocar o debate da mera proclamação de princípios para a esfera da responsabilização jurídica e financeira dos gestores públicos, instituindo a igualdade racial como critério de regularidade fiscal e administrativa das redes de ensino.

3. Direitos Culturais sob Ataque: O Racismo Religioso como Dispositivo de Veto

As garantias consagradas no Estatuto da Igualdade Racial para a proteção, difusão e preservação das manifestações culturais de matriz africana enfrentam uma barreira de censura imposta pelo crescimento do racismo religioso nas comunidades escolares. Esse fenômeno transcende o conceito de intolerância individual e se caracteriza como uma violência institucional estruturada, operada por setores fundamentalistas que utilizam posições de poder na gestão escolar e nos conselhos pedagógicos para vetar o trânsito de saberes ancestrais. O patrimônio civilizatório negro, assegurado por lei como elemento constituinte do direito à educação, é submetido a um processo de perseguição burocrática que tenta impedir sua livre manifestação nos espaços públicos de aprendizagem, num reflexo nítido daquilo que Gonzalez (2020) define como a neurose cultural brasileira: a recusa psicossocial em assumir a fratura colonial e a herança africana que constituem a nossa própria formação histórica.

A burocracia das escolas frequentemente aciona o pretexto da laicidade de forma distorcida para interditar o debate de matriz afro-indígena, demonstrando como o racismo institucional atua para patologizar ou classificar essas expressões apenas sob a ótica do "desvio religioso" e não como conhecimentos válidos (MOURA *et al.*, 2025). Sob o argumento de manter a neutralidade confessional da instituição, gestores interditam a análise de filosofias, cosmologias e linguagens ancestrais, enquanto autorizam e naturalizam a presença de símbolos e celebrações da tradição judaico-cristã ocidental. Há uma nítida assimetria regulatória: as manifestações da Europa são tratadas como cultura universal e ciência secular, ao passo que as expressões do Sul Global são patologizadas e confinadas ao campo do perigo moral.

Essa postura institucionalizada vulnerabiliza a atuação dos professores que buscam cumprir as determinações do Estatuto, deixando-os desprotegidos frente às pressões e contestações formais de associações de pais e movimentos neoconservadores de vigilância ideológica. O receio de sofrer retaliações ou sindicâncias constrange a autonomia didática do corpo docente. O resultado prático desse clima de coerção silenciosa é o recuo pedagógico, gerando um recuo defensivo por parte de docentes que, temendo retaliações, optam por omitir tais conteúdos de

seus planejamentos. Trata-se de uma verdadeira barreira colonial que tenta impedir a escola de se tornar uma "encruzilhada viva" de saberes, isto é, um espaço de trânsito epistêmico, onde a pluralidade das memórias comunitárias e as corporeidades negras e indígenas possam coexistir fora da linearidade eurocêntrica tradicional (MOURA *et al.*, 2025).

O impacto pedagógico desse veto religioso é devastador para a construção da subjetividade e da autoestima das crianças e adolescentes negros que frequentam as redes de ensino. Ao presenciarem a demonização institucionalizada de suas práticas familiares, de suas heranças comunitárias e de suas tradições ancestrais no espaço que deveria acolhê-los e protegê-los, esses estudantes são empurrados para o silenciamento, para a vergonha de suas origens ou para processos violentos de conversão e negação de si. A reversão desse quadro exige que a escola assuma o enegrecimento de seus currículos não como um cumprimento formal de tabelas burocráticas, mas como um gesto de rehumanização radical e de acolhimento ético da inteireza de seus sujeitos (MOURA *et al.*, 2025).

4. Lacunas de Monitoramento e as Fragilidades na Gestão Pública de Relações Raciais

A efetivação das diretrizes educacionais do Estatuto da Igualdade Racial é comprometida pela ausência de canais estruturados de monitoramento e pela escassa qualificação técnica dos gestores públicos na área das relações étnico-raciais. A administração educacional no Brasil foi historicamente constituída sob a premissa da neutralidade racial, o que resultou na falta de ferramentas gerenciais adequadas para coletar dados desagregados por raça e cor e avaliar o impacto das políticas de inclusão. Sem indicadores diagnósticos precisos e contínuos, as secretarias de educação operam no escuro, elaborando planos genéricos que não atacam as raízes das desigualdades no interior de seus próprios territórios.

O gargalo formativo que afeta o corpo docente estende-se com igual gravidade aos quadros de liderança administrativa, incluindo diretores de escola, supervisores de ensino e secretários municipais. A formação em nível de pós-graduação e os cursos de aperfeiçoamento em gestão pública e administração escolar raramente incorporam o letramento racial como competência técnica obrigatória para o exercício de cargos de comando. Como adverte Munanga (2020), o despreparo que impera nas redes não constitui um mero acidente de percurso, mas sim a expressão de um preconceito por omissão e negligência planejada que perpetua a subalternização por meio do silêncio institucionalizado das instâncias formadoras e universitárias.

A essa fragilidade formativa crônica soma-se o obstáculo mercadológico do racismo editorial que historicamente regulou e estruturou o mercado de livros didáticos no país. A estrutura narrativa dominante e a economia política dos manuais de grande circulação comercial permanecem eivadas de sutilezas coloniais e eurocêntricas. Como demonstra Moura (2020) ao analisar a dialética da radicalização e os bloqueios ideológicos das elites intelectuais, o mercado aciona um autêntico filtro colonial que mercantiliza e esvazia o potencial crítico da diversidade: as editoras incorporam ilustrações de corpos negros para obter aprovação formal nos editais públicos, mas preservam a narrativa histórica subordinada ao império eurocêntrico, iniciando o registro das populações negras invariavelmente sob o signo da escravidão e da negação de sua agência civilizatória e científica pré-colonial.

A ausência de punições ou sanções financeiras tangíveis para os gestores que descumprem as metas de promoção da igualdade racial esvazia a coercitividade da norma jurídica. O Estatuto da Igualdade Racial acaba competindo em desvantagem com outras demandas regulatórias que possuem consequências fiscais imediatas para as prefeituras e governos estaduais. Para inverter essa lógica de prioridades, torna-se indispensável vincular as transferências voluntárias de recursos e a aprovação de contas de gestão à implementação efetiva das diretrizes de equidade racial, introduzindo a justiça étnico-racial no núcleo duro das obrigações fiscais do país.

5. O Enegrecimento da Gestão e o Fortalecimento do Controle Social

A superação do impasse que paralisa a eficácia do Estatuto da Igualdade Racial exige o abandono definitivo de saídas paliativas e a adoção de estratégias que atuem diretamente na reformulação das estruturas de poder da administração pública. Romper com o impasse que paralisa a eficácia da lei demanda ir muito além de remendos superficiais ou da mera burocracia de gabinete. A saída exige uma transformação profunda, daquelas que mexem no esqueleto organizativo da escola. A questão central não é entulhar um currículo já saturado com novas disciplinas ou ementas isoladas. Trata-se, na verdade, de desestabilizar os critérios tradicionais de validação e hierarquia do saber escolar. É nesse horizonte de virada metodológica que a pedagogia da encruzilhada se consolida como uma resposta potente e necessária (MOURA *et al.*, 2025).

A encruzilhada, compreendida como categoria analítica e metodológica de resistência, reposiciona o espaço público como um local de trânsito epistêmico e horizontalidade, onde o conhecimento ocidental é forçado a dialogar com as visões de mundo negras e indígenas (MOURA *et al.*, 2025). Essa governança plural e de-

colonial impõe a necessidade de enegrecer a própria gestão pública através do fortalecimento do controle social e do reconhecimento da inteireza política de sujeitos historicamente marginalizados (CARNEIRO, 2011). Trata-se de validar a oralidade, os saberes tradicionais e a vivência comunitária de Griôs e mestres de saberes como metodologias e tecnologias perfeitamente legítimas de ensino e avaliação institucional, estruturando uma escola que atue como comunidade de resistência e cura pedagógica (hooks, 2013).

Na prática, isso se traduz em levar para a sala de aula o sistema de contagem vigesimal iorubá ou as estruturas fractais encontradas na arquitetura tradicional africana e nos desenhos geométricos das tecelagens e pinturas corporais dos povos indígenas sul-americanos. O mesmo movimento cabe às aulas de ciências, química e biologia. Há um vasto repertório botânico, farmacológico e fitoterápico preservado por quilombolas e comunidades da floresta através da observação empírica. Discutir esses pontos ajuda a mostrar aos alunos como a ciência moderna, muitas vezes, incorpora saberes ancestrais sem fazer o devido resgate histórico ou prever a justa repartição de benefícios.

No terreno da literatura e das artes, a efetivação plena das diretrizes antirracistas exige a substituição do cânone estético eurocêntrico por uma ecologia de saberes literários que contemple a diversidade da produção nacional. A adoção de obras de escritoras negras como Carolina Maria de Jesus e Conceição Evaristo (2016), cujo conceito operativo de escrevivência reposiciona a vivência material e a subjetividade das mulheres negras como matéria-prima de alta literatura, enriquece a reflexão teórica sobre a condição humana. Longe de constituir um fardo burocrático ou uma imposição ideológica constrangedora para o corpo docente, a aplicação do Estatuto da Igualdade Racial configura uma oportunidade inédita de renovação e elevação da própria excelência pedagógica e científica da educação básica brasileira, convertendo a escola em um autêntico território de cura social e emancipação política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O detalhado e crítico itinerário analítico desenvolvido ao longo deste capítulo evidencia que a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial representou um dos passos mais avançados e inovadores na consolidação dos direitos da população negra na história republicana brasileira. Ao conferir estatuto de política pública de Estado às exigências de reparação, a legislação deslocou o debate sobre o racismo

do campo da moralidade privada e o inseriu definitivamente no núcleo das obrigações administrativas do poder público. Exigiu-se, a partir de sua vigência, que o sistema de ensino nacional abandonasse a pretensa neutralidade eurocêntrica para assumir a responsabilidade civil de combater as assimetrias históricas que impedem o pleno exercício do direito à educação pela juventude negra.

Contudo, o balanço de sua trajetória demonstra que a transição da igualdade formal para a efetividade concreta permanece obstruída pelas engrenagens invisíveis do racismo institucional que organiza os sistemas de ensino. Os entraves mapeados, que englobam desde o esvaziamento burocrático e o cumprimento meramente cosmético de relatórios, passando pela fragilidade na formação continuada de gestores públicos e pelo racismo editorial, até o avanço do racismo religioso como força de censura aos direitos culturais, revelam que o aparato escolar desenvolve táticas sofisticadas de resistência que visam preservar os privilégios da branquitude e neutralizar a força transformadora da lei.

O caminho para romper com esse engessamento e caminhar rumo a uma escola democrática exige ações concretas: estruturar políticas consistentes de letramento racial, descentralizar os polos de produção do saber acadêmico e conferir real legitimidade aos pensadores negros. Só assim a engrenagem jurídica deixa de ser uma promessa abstrata no papel para se converter em um dispositivo dinâmico de descolonização mental e social na ponta do sistema educativo. Somente mediante a introdução da igualdade racial como critério de regularidade fiscal e administrativa das prefeituras e governos estaduais, aliada ao fortalecimento do controle social e ao enegrecimento dos espaços de poder da gestão pública, será possível converter o Estatuto da Igualdade Racial em uma ferramenta viva de emancipação civilizatória, assegurando que o chão da escola brasileira se consolide, em definitivo, como um território plural, democrático, laico e comprometido com a dignidade de sua própria ancestralidade.

REFERÊNCIAS

AÇÃO EDUCATIVA; GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Práticas pedagógicas de cumprimento da Lei 10.639/03**: relatório de monitoramento nacional da educação das relações étnico-raciais. São Paulo: Ação Educativa, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília, DF: MEC/CNE, 2004.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

EVARISTO, Conceição. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, interventions e diálogos. Organização de Flavia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HAMILTON, Charles; CARMICHAEL, Stokely. **Black Power**: the politics of liberation in America. New York: Vintage Books, 1967.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

MOURA, Clóvis. **Dialética da radicalização negra**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2020.

MOURA, Douglas Luiz de Oliveira *et al*. **Metodologias negras de ensino - pedagogias de terreiro, encruzilhadas e do enegrecimento segundo Nilma Lino Gomes, Lélia Gonzalez e bell hooks.** Revista Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 7, p. 36951-36993, 2025.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

SANTOS, A. N. S. dos *et al*. Descolonizando os currículos – O protagonismo negro na transformação do conhecimento e dos currículos no processo de descolonização educacional brasileira. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 11, e7980, 2024.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal**: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Coimbra: Almedina, 2009.

05 | CAPÍTULO

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA SAÚDE E SUA APLICABILIDADE COMO POLÍTICA PÚBLICA

Clariana Casagrande da Silva
Mestranda no Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde FAMED/UFRGS
https://lattes.cnpq.br/0434252228458535
E-mail:enfermeiraclariana@gmail.com
Michele Schmid
Mestre em Enfermagem pela UFRGS
http://lattes.cnpq.br/8202217236436615
E-mail:schmidmichele73@gmail.com
Brenda Gonçalves Donay Alves
Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS
http://lattes.cnpq.br/1149478513925595
E-mail:brenda.donay@gmail.com

RESUMO:

Introdução: Dentre as estratégias de formação e desenvolvimento dos profissionais em saúde mental, sob a perspectiva do aperfeiçoamento do cuidado, cita-se a aplicabilidade de ações continuadas e articuladas à atuação assistencial. **Objetivo:** Compartilhar as práticas de educação permanente em saúde realizadas em âmbito hospitalar com vistas a qualificar a assistência ao paciente psiquiátrico. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de ações de educação permanente realizadas em 2025 por enfermeiras que atuam na unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Universitário no Sul do Brasil. **Resultados:** As ações, em distintas apresentações pedagógicas, oportunizaram a revisão das práticas em saúde ao que tange o aprendizado técnico abarcando a abordagem da teoria e da prática contemplando ainda a padronização dos registros de enfermagem. O reconhecimento e a construção de encaminhamentos, deu-se pelo espaço de escuta sensível proporcionada aos profissionais assistenciais, almejando uma atuação alinhada aos propósitos institucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS). **Conclusão:** A educação permanente, ancorada como política pública, aplicada e inserida à prática cotidiana corroborou para promover a eficiência, segurança e assertividade da assistência bem como contribuiu para a manutenção da cultura institucional acerca desta prática.

Palavras-Chave: Educação Permanente. Política Pública de Saúde. Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

EM NOSSA ATUALIDADE, devido ao aumento considerável de novos casos, a saúde mental vem tornando-se expressiva no contexto dos atendimentos em saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) aponta a saúde mental como uma importante política a ser fortalecida, sendo que em 2023 aumentou-se o orçamento desses serviços em 27%.

Na América Latina, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão, além de ser o segundo país com maior prevalência nas Américas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023). Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde, a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com esse transtorno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Neste âmbito é oportuno reconhecer que as demandas de saúde mental são oriundas de vários fatores, tais como biológico, genético, psicossocial e mesmo ambiental, portanto, o adoecimento mental emerge de diferentes contextos. Associados a esses fatores já conhecidos, situações extremas como a pandemia por Covid-19 e as enchentes ocorridas em maio de 2024 no Rio Grande do Sul, impactaram significativamente na vida das pessoas e também potencializaram experiências emocionais negativas em expressiva parte da população, proporcionando maior vulnerabilidade ou mesmo desencadeando sintomatologias como ansiedade, estresse e depressão, entre outros.

Visto a constante manifestação de quadros de saúde mental, concomitante à necessidade de qualificação dos processos, Cyrino e Toralles-Pereira (2004) apontam que as instituições têm sido estimuladas a transformar-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade, a qualidade da assistência, bem como a eficiência e a relevância do trabalho em saúde. Nesse sentido, ampliar os ensinos teórico-práticos no âmbito hospitalar representa compactuar com uma formação de profissionais mais mobilizada com o indivíduo em sofrimento psíquico, potencializando os recursos instrumentais para os mesmos.

Entende-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processos de trabalho em saúde, e relaciona o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social (BRASIL, 2018). Nesse sentido, este estudo tem por objetivo relatar a experiência de ações de educação permanente

realizadas em 2025 por enfermeiras que atuam na unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Universitário no Sul do Brasil

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A educação permanente em saúde (EPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2004 enquanto política transversal, associada a necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do país. Constitui-se enquanto estratégia que agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica bem como a promoção da saúde nos diferentes âmbitos de atuação.

Tal política foi fortalecida e complementada em 2007, pela Portaria GM/MS 1.996/07 (BRASIL, 2007) à qual considera a implementação das diretrizes para sua ocorrência.

A adoção da EPS como referência conceitual para as políticas de reorientação da educação para o SUS deve-se à necessidade de construção de práticas inovadoras de cuidado e de gestão voltadas aos princípios do SUS. Em concomitância, aponta-se a crítica de que o formato pedagógico tradicionalmente adotado no ensino em cursos e treinamentos tradicionais, focados somente na transmissão do conhecimento, sem articulação entre teoria e cotidiano das práticas, entre ensino e serviço. Assim, a EPS propõe que a educação e formação dos trabalhadores de saúde ocorra numa relação recíproca e dialética com as práticas de atenção à saúde, dialogando com a transformação dos processos de trabalho, considerando a reflexão do cotidiano vivenciado nos diferentes escopos dos cenários problematizando vivências e na contribuição para a construção coletiva de novas formas de fazer gestão e cuidado. Conforme apontam Ogata *et al*. (2021), para a construção de um processo de mudança ou inserção de novas práticas, é necessário identificar incômodos, insatisfações ou insuficiências vivenciadas e percebidas como fatores que contribuem para mudanças.

A EPS se fundamenta em conceitos advindos da vertente histórico-estrutural e dialética como trabalho e processo de trabalho em saúde e concepção de saúde, doença e cuidado do campo da Saúde Coletiva. Nesse contexto, a saúde possui relação direta com as condições de vida e suas ações e práticas estão ligadas ao modo de produção capitalista, às desigualdades sociais e às questões econômicas. A saúde e a educação são tomadas como práticas políticas no sentido de possuir finalidades e intencionalidades propondo interrogar a naturalização da diferença histórica de poderes entre gestores e trabalhadores, trabalhadoras e trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. A valorização dos diferentes saberes profissionais

e da participação dos usuários é fundamental na EPS, pois a principal finalidade desses movimentos está no compromisso com a atenção às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade, na perspectiva da integralidade do cuidado no SUS (OGATA *et al*., 2021).

Nos serviços de saúde, a prática interprofissional, reconhecida como componente da organização dos processos de trabalho, permite a problematização e por consequência um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Desta forma, destaca-se a possível contribuição para aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões de cuidados, esperas e adiamentos desnecessários, além de ampliar e melhorar a comunicação, bem como a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI, 2013).

Destacando ações de educação permanente em nível nacional, para ampliar o suporte dado à população, o Ministério da Saúde e o Hospital Albert Einstein propuseram-se capacitar os profissionais da atenção primária, dispositivo este designado como porta de entrada do SUS. O treinamento visa à identificação precoce dos transtornos mentais e sintomas relacionados, como ansiedade, depressão, surtos psicóticos, ideação suicida, crises de agitação e agressividade. A referida capacitação conta com a parceria com o Hospital Albert Einstein, por meio do instrumento chamado *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) criado pela Organização Mundial da Saúde. Trata-se de um protocolo que aborda o manejo integrado de condições prioritárias e mais comuns em saúde mental, com protocolos que auxiliam as equipes de saúde nos encaminhamentos; direcionado para não especialistas, que utilizam algoritmos de diagnóstico de tratamento na atenção primária. O *Mental Health Gap* é um programa de ação desenvolvido para reduzir as lacunas em saúde mental na atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Desta forma, compreende-se que o aperfeiçoamento em saúde oferta contribuições que impactam diretamente no atendimento efetivo ao paciente, além de ser uma forma de reconhecimento e investimento ao profissional. Assim, a modalidade de educação permanente coloca os processos em constante reflexão e visibilidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de ações de educação permanente realizadas em 2025 por enfermeiras que atuam na unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Universitário no Sul do Brasil.

As referidas temáticas da proposta educacional foram advindas de roteiro institucional ou das necessidades oriundas da unidade de internação, contendo diferentes abordagens pedagógicas, porém todas com o propósito de qualificar a assistência. Determinadas temáticas foram pensadas à partir da necessidade de qualificar os indicadores institucionais, bem como o aprimoramento assistencial considerando os padrões globais de segurança ao atendimento ao paciente, foram ainda elencadas temáticas através da identificação das inconformidades existentes nas avaliações dos registros em prontuário, visto essa revisão tratar-se de uma prática cotidiana.

A metodologia empregada elucidou-se através de oficinas temáticas e rodas de conversa, escolhidas pelas suas características de atividades dinâmicas focadas em temas centrais e que permitem a participação ativa dos participantes.

No que se refere à realização das oficinas temáticas, estas foram desenvolvidas em formato teórico-prático, com duração de 30 minutos, destinadas a técnicos de enfermagem e enfermeiros. As atividades foram ofertadas no turno de trabalho dos profissionais, distribuídas ao longo de quatro dias consecutivos por mês, durante um período aproximado de sete meses. No que concerne à composição metodológica, as instrutoras foram previamente capacitadas por meio de um curso preparatório, no qual foram abordados aspectos técnicos e éticos, além de oportunizado espaço para alinhamento das estratégias de abordagem e fortalecimento do conhecimento técnico-científico. No desenvolvimento das oficinas, a proposta pedagógica fundamentou-se na articulação entre teoria e prática, contemplando, além da exposição teórica, a utilização de casos clínicos. Esses recursos contribuíram para a problematização e a elucidação de condutas aplicáveis ao contexto hospitalar.

Dentre as temáticas abordadas, destaca-se a contenção mecânica, procedimento este desempenhado pela equipe de enfermagem, a oficina contou com apresentação de material em *Power Point* ilustrando a técnica em sua minuciosidade, bem como abordando a indicação terapêutica, cuidados aplicáveis, reavaliação e as boas práticas dos registros. Concomitante, realizou-se a prática da contenção mecânica com faixas apropriadas, onde os participantes exerceram a técnica da contenção , de modo a reforçar ou adquirir conhecimento.

Ainda, foi oportunizado espaço para os trabalhadores realizarem apontamentos das fragilidades existentes no processo de trabalho, para estas serem repassadas aos escopos responsáveis. Os conteúdos foram fundamentados nos

Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) institucionais, contemplando as práticas assistenciais e os registros em conformidade com a Resolução do COFEN Nº 746/2024.

Ainda dentre as ações, destacam-se as rodas de conversa realizadas após as passagens de plantão, acrescidas de material didático impresso, as quais tiveram como objetivo convocar os profissionais para o fortalecimento das práticas institucionais que necessitavam ser aprimoradas ou implementadas.

A exemplo das rodas de conversa, destaca-se a temática da avaliação da dor, considerando que essa abordagem em pacientes psiquiátricos exige métodos adaptados que preservem a assertividade do processo. Assim, realizou-se o mapeamento dos registros internos referentes ao indicador de dor e a confecção de material ilustrativo contendo a revisão dos métodos subjetivos que devem ser considerados na avaliação, tais como características, localização e intensidade da dor. Realizou-se a capacitação no formato de rodas de conversa junto às equipes de enfermagem, após as passagens de plantão, com o objetivo de elucidar dúvidas acerca da avaliação e reavaliação da dor após conduta farmacológica ou não farmacológica, bem como orientar quanto ao alinhamento do registro técnico. Foram suscitadas discussões no que tange ao perfil dos pacientes assistidos, especialmente quanto à compreensão e colaboração destes, considerando as particularidades dos transtornos mentais.

Ainda, com o intuito de diversificar as estratégias e fomentar o aperfeiçoamento, parte da equipe participou da dinâmica "quiz", a qual abordou questões relacionadas ao cuidado ao paciente psiquiátrico, estimulando a interação e revisão de processos assistenciais. Além disso, os novos profissionais da enfermagem contratados, dentre a programação de admissão, foram acompanhados e orientados quanto ao manuseio do sistema com vistas à promoção da segurança e uniformização dos registros.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Durante os encontros das oficinas temáticas, emergiram dúvidas, discussões técnicas, desafios e relatos de boas práticas que evidenciaram e sustentaram o referido espaço como potente estratégia ao que tange a aplicabilidade da educação permanente enquanto política pública. Aponta-se que a adesão se apresentou mais assertiva quando a educação permanente transcorreu no próprio turno de trabalho e com carga horária reduzida tencionando o aprendizado focado em determinado tópico.

Observou-se, por meio da simulação de procedimentos, a discussão técnica no que se refere às indicações, cuidados e padronização dos registros, além do aprendizado mútuo entre as instrutoras e os profissionais participantes.

Contudo, aponta-se que alguns resultados de melhoria ocorreram em curto prazo, enquanto outros ainda poderão ser medidos e acompanhados a longo prazo, considerando-se a resistência que por vezes permeia os profissionais. Dessa forma, sugere-se a continuidade da aplicação das ações, bem como sua reavaliação.

Todas as ações contribuem para a padronização do cuidado, especialmente no que concerne a grandes instituições com significativa circulação de profissionais em formação de graduação ou pós-graduação. A implementação da política de educação permanente fortaleceu a atuação dos trabalhadores, proporcionando maior segurança, reduzindo falhas no processo de trabalho e reforçando o papel da enfermagem como propulsora do conhecimento.

Aponta-se a importância da chefia da área em mostrar-se engajada e compreender a relevância da educação permanente em saúde, bem como os impactos que a qualificação contínua oferece no cuidado assistencial ao paciente psiquiátrico.

5. CONCLUSÃO

As estratégias adotadas reforçam o desenvolvimento da educação permanente, devido ao foco no exercício da prática assistencial cotidiana. Dessa forma, consolida-se como uma cultura institucional integradora no que se refere à valorização do conhecimento, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado pelos profissionais. A aplicabilidade da educação permanente, por meio das ações desenvolvidas, corroborou o fortalecimento do papel formativo, fomentando a padronização da realização das técnicas, bem como promovendo o crescimento profissional das instrutoras. As enfermeiras desenvolveram protagonismo ao desempenharem esse papel educativo, o qual convoca para uma prática de aprendizado contínuo, tanto para quem conduz quanto para quem participa. Estima-se, ainda, que a escuta sensível permite valorizar os apontamentos dos profissionais, conforme suas percepções e constatações, potencializando a troca de conhecimentos.

Assim, evidencia-se que a educação permanente é uma ferramenta que contribui para a qualificação e a uniformização das práticas institucionais, bem como para a promoção da integração ativa dos profissionais no aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. **SUS e a Saúde Mental.** Saúde Mental e Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/sus-e-a-saude-mental>. Acesso em 18 março 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão.** Ministério da Saúde, 22 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>. Acesso em: 18 março 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021>. Acesso em: 18 março 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf>. Acesso em: 17 março 2026.

CYRINO, Eliana Goldfarb.; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>. Acesso em 14 março 2026.

OGATA, Márcia Niituma; SILVA, Jaqueline Alcantara Marcelino; PEDUZZI, Marina; COSTA, Marcelo Viana; FORTUNA, Cinira Magali; FELICIANO, Adriana Barbieri. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da escola de enfermagem USP.** 2021 Disponível em: < https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=pt&f>. Acesso em 14 março 2026.

PEDUZZI, Marina; NORMAN, Ian James; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; SOUZA, Geisa Colebrusco. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem USP** v. 47, n.04 agosto 2013. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?lang=pt>. Acesso em 17 março 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br. Acesso em: 18 março 2026.

06 | CAPÍTULO

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: O PAPEL DA PSICOLOGIA JUNTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES

Gustavo de Jesus Siqueira
Karolayne Ketlen B. Paiva
Leanny de Souza
Milla Karolini Ventura dos Santos
Paloma Fernandes Santana
UNIVERSIDADE PAULISTA DE BRASÍLIA · Instituto de Ciências Humanas · Curso de Psicologia
Brasília - DF · 2019

RESUMO

A esquizofrenia é considerada um tipo de transtorno mental grave e persistente, que acomete cerca de 1% da população mundial atualmente. Historicamente, as pessoas acometidas pela esquizofrenia no Brasil, eram vítimas de violação dos direitos humanos, isolamento social, baixa qualidade de vida, ou submetidas a tratamentos considerados desumanos diante da realidade atual. A Reforma Psiquiátrica e a implementação do SUS possibilitou a inserção do psicólogo no cuidado em saúde mental. O objetivo do presente estudo consiste em verificar como se dá a atuação do psicólogo junto ao paciente sob hipótese diagnóstica da esquizofrenia. Para isso, foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa com o uso de uma entrevista semiestruturada, com 10 psicólogos que atuam no SUS do Distrito Federal. A partir dos dados colhidos foi possível entender a atuação do psicólogo no SUS, essa é voltada para a compreensão do sujeito inserido em seu contexto biopsicossocial, retratando visões de cuidado para além dos diagnósticos apresentados.

Palavras-Chaves: Psicologia, SUS, saúde mental, esquizofrenia, reforma psiquiátrica, transtornos mentais graves e persistentes.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos mentais graves e persistentes

OS TRANSTORNOS MENTAIS são classificados em três grupos pelo Ministério da Saúde, sendo eles: transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de ál-

cool e outras drogas, composto por 6% da população, estimado em 11 milhões de pessoas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares, presumido em 12% da população, o que seria em média 22 milhões de pessoas; transtornos mentais graves e persistentes, ponderado em 3% da população, totalizando aproximadamente 5,5 milhões de pessoas. Dados estes referentes a população Brasileira (ANS, 2008).

Segundo a ANS (2008), o termo transtornos mentais graves e persistentes, têm sido utilizado para caracterizar uma série ampla e heterogênea de indivíduos que apresentam características e necessidades muito diferentes e singularizadas, como alucinações, delírios e discursos desconexos. Alguns rótulos estigmatizantes são utilizados nesses transtornos como "crônico" e "cronicidade", as quais estão associadas ao estado do transtorno, ao estágio do sofrimento psíquico, e ao grau de comprometimento. Essa condição reflete de forma direta nas relações interpessoais, habilidades sociais e até mesmo no diagnóstico psiquiátrico.

Os transtornos mentais graves e persistentes são compostos pelos transtornos psicóticos, não inclui apenas o transtorno esquizoafetivo e a esquizofrenia, envolve também psicoses atípicas e afetivas, que englobam comprometimento em várias esferas da vida de um sujeito. Um dos fatores mais preocupantes nessa condição, estão ligados às tentativas de autoextermínio e ao ato do suicídio, haja visto que o número de tentativas praticadas por indivíduos portadores de algum transtorno mental cresce a cada dia, como por exemplo, pessoas com depressão, esquizofrenia, entre outros estressores sociais (ANS, 2008).

Embora no Sistema Único de saúde(SUS) exista cuidado e atenção para todos os transtornos mentais graves e persistentes, será abordado nesta pesquisa, especificamente, a esquizofrenia que faz parte dessa classificação, principalmente pela alta incidência do transtorno na população brasileira, que segundo dados da Organização Mundial de Saúde, chega a totalizar cerca de mais de 2 milhões de casos no Brasil (MARI; LEITÃO, 2000).

1.2 Esquizofrenia

O histórico da esquizofrenia é constatado no final do século XIX a partir da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin foi quem estabeleceu uma classificação de transtornos mentais baseados no modelo médico, delineando a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Uma dessas entidades, ele chamou de demência precoce, pois começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Alguns dos sintomas característicos desse quadro, incluíam alucinações, esvazia-

mento afetivo, sintomas catatônicos, perturbações em atenção e em fluxo de pensamento. A etiologia era endógena, pois o transtorno surgia por causas internas (SILVA, 2006).

Breuler (1857-1939) criou o termo (esquizo = divisão, phrenia = mente) substituindo o termo demência precoce. Conceituou desse modo, para indicar a presença de uma cisma entre pensamentos, emoções e comportamentos nos pacientes afetados (SILVA, 2006).

Dentro do campo da saúde mental a esquizofrenia ganha atenção pela complexidade na qual se apresenta, que de acordo com o Louzã Neto (2010, n.p):

> *É uma doença mental crônica que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. Não se sabe quais são as causas da esquizofrenia. A hereditariedade tem uma importância relativa, sabe-se que parentes de primeiro grau de um esquizofrênico tem maiores chances de desenvolver a doença do que outras pessoas em geral. Por outro lado, não se sabe o modo de transmissão genética da esquizofrenia. Os principais sintomas são: delírios, alucinações, alterações do pensamento, alteração da afetividade e redução da motivação.*

De forma geral a esquizofrenia é considerada um transtorno mental crônico, com grupos e etiologias diversas, tendo variações em seus sintomas de acordo com cada indivíduo. Sua etiologia não está bem definida, tem como única certeza, que é uma doença multifatorial que envolve fatores genéticos e ambientais (RANGEL; SANTOS, 2013).

O diagnóstico da esquizofrenia é realizado a partir das manifestações apresentadas, não existindo nenhum exame específico que ateste a presença da doença (NETO, 2010). O quadro é caracterizado pelo DSM-V por apresentar ao menos dois dos sintomas por um período mínimo de um mês, sendo eles: delírios, alucinações, discursos desconexos, comportamentos desorganizados ou catatônicos (ABP, 2014).

A doença não se inicia com traços marcantes iguais aos encontrados em seu estágio intermediário, como por exemplo os sintomas catatônicos. Os primeiros sintomas geralmente aparecem mascarados de "esquisitices", o indivíduo começa a se isolar, a ficar desatento aos assuntos familiares, passa a adotar comportamentos considerados como incomuns pela sociedade, como por exemplo falar sozinho (ABP, 2014). Nem sempre o indivíduo irá perceber que os seus comportamentos sofreram alterações, sendo comum que a família note primeiro, e em muitos casos o indivíduo não tem controle sobre a sua forma de se comportar. Normalmente na fase inicial, é notável a presença de delírios, que podem aparecer em intervalos maiores de tempo (ABP, 2014).

O DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014) cita que, ao longo da vida a prevalência da esquizofrenia pode ser de 0,3 a 0,7%, sendo maior entre as pessoas do sexo masculino. Quando o indivíduo é diagnosticado com a doença, usa-se o código 295.90 seguido pelo CID F20 para fazer a identificação da esquizofrenia. Segundo o Data SUS (2008, n.p), o CID 10 afirma:

> *Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.*

1.3 Reforma psiquiátrica e o tratamento da esquizofrenia

Apesar do espaço e voz que a saúde mental vem ganhando ao longo dos anos, sabe-se que nem sempre esse foi o cenário vivenciado no Brasil. Há alguns anos as pessoas que não eram consideradas sãs, não podiam conviver com os demais, logo eram excluídas, deixadas às margens da sociedade e internadas em manicômios, onde sofriam maus tratos e excesso de medicalização, os tratamentos que recebiam, eram nomeados por muitos como "desumanos" (BARROSO; SILVA, 2011). Em muitos casos, os "tratamentos" recebidos nos manicômios, contribuíam para uma piora significativa do paciente e cronificação da doença, já que o foco muitas vezes não era o cuidado e a recuperação do sujeito, e sim o isolamento, esses indivíduos eram dados como "casos perdidos" (BARROSO; SILVA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica se consolidou por meio da Reforma Sanitária, que aconteceu nos anos 70, e reivindicavam transformações nos modelos de atenção e direção nas práticas de saúde, defendendo a saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, de forma a proporcionar aos trabalhadores e usuários dos serviços a participação no processo de gestão da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A princípio, o movimento da Reforma Sanitária era composto apenas por intelectuais e técnicos, no entanto, com o passar do tempo foi recebendo forças de lutas singulares que estavam presentes na sociedade. Um dos marcos desse movimento foi a 8º Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986 (TRABUCO; SANTOS, 2015).

O capítulo da Constituição que se culminou adjunto a Conferência resultou em, na criação da Lei Orgânica de Saúde, a Lei 8.080, que também foi responsável pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), e determina a promoção, proteção e

restauração da saúde, com a organização e o funcionamento dos serviços equivalentes. Junto a esse movimento social, manifestaram-se alguns desdobramentos, dentre eles, as lutas pela qualidade dos serviços de saúde mental. Dessa forma, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os quais começaram a questionar as políticas e modelos de assistência psiquiátrica que existiam na época (TRABUCO; SANTOS, 2015).

A partir do movimento desses trabalhadores conjuntamente com as denúncias e reivindicações, a ação foi ganhando força, sendo inspirada em influentes lideranças, como o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), que contribuiu para o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália, e pela criação de serviços substitutivos na comunidade (TRABUCO; SANTOS, 2015). Dessa forma, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi o primeiro e principal protagonista para o aprimoramento do campo de saúde mental no Brasil, estabelecendo um registro para a área, sob o título de Reforma Psiquiátrica, que tinha como proposta, estratégias de desinstitucionalização das políticas públicas, mobilizando e formalizando a Reforma desde a década de 70 até os dias atuais (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Ressalta-se que um dos maiores motivadores para iniciar o movimento que mais tarde ganharia o título de Reforma Psiquiátrica, foram as denúncias, não apenas daqueles que eram tidos como pacientes, mas também dos participantes do MTSM (AMARANTE; NUNES, 2018).

Entre os ganhos que a reforma psiquiátrica proporcionou ao campo da saúde mental, alguns envolvem o SUS, como por exemplo, o direito e a proteção às pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação. Essas pessoas podem receber tratamento especializado com assistência completa, incluindo serviços médicos, de assistência social e psicológico, garantindo também auxílio para reinserção social fora da instituição onde se esteve internado com assistência, acompanhamento e integração social. Em meio aos ganhos que se obteve, pode-se citar a criação dos centros de atenção psicossocial (CAPS), e dos centros de atenção psicossocial infantil (CAPSI), que são constituídos por equipes multiprofissionais compostas geralmente por assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e psicólogo, sendo esse último de suma importância no acompanhamento e tratamento da esquizofrenia, vale ressaltar que essa equipe é montada de acordo com a necessidade de cada região, podendo sofrer alterações em sua composição. Funcionam como redes de apoio para os tratamentos, a fim de promover melhorias no quadro da doença, bem como qualidade de vida (BARROSO; SILVA, 2011).

No que se refere ao tratamento da esquizofrenia, Zampiva e Santos (2013) descrevem que, o cuidado aos pacientes com transtornos mentais no Brasil permaneceu durante um longo período seguindo modelos manicomiais, baseado no isolamento e exclusão social, e sendo realizados a partir de trancafiamento em hospitais psiquiátricos, conjuntura que teve transformação após a Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70. Ainda existem muitos aspectos sociais que carecem dos efeitos da reforma, pois não são todos os municípios que possuem tratamentos eficazes disponíveis. Assim sendo, faltam ainda atendimentos baseados no cuidado integral, redes de apoio como o CAPS, psicólogos e outros profissionais devidamente preparados, o que faz com que vários municípios sigam adotando os modelos manicomiais como referência no tratamento para esses indivíduos. No entanto, essa demanda vem aos poucos ganhando lugar em debates, uma vez que se trata de uma doença com aspectos psicológicos e sociais, logo, necessitam de estratégias inovadoras para o tratamento. Com a implementação do SUS novas diretrizes foram formuladas para atender tal demanda, foi estabelecido a importância de profissionais capacitados de acordo com a necessidade e com a cooperação familiar junto ao tratamento do sujeito.

Nesse novo cenário, o sujeito sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia, segundo Zanini (2000), passa por tratamentos sistematizados como a psicoterapia e farmacologia, apresentados como importantes recursos terapêuticos para a reabilitação e recuperação do mesmo, oferecendo assim as contingências e suporte necessários, bem como informações sobre a doença e estratégias para lidar com ela. Diante disso, é restabelecido o contato com a realidade por meio de intervenção direta do terapeuta e até mesmo de outros pacientes quando a psicoterapia é em grupo. Nesse momento, o usuário torna-se capaz de reconhecer e diferenciar experiências reais das alucinações e delírios, identificando os fatores estressores e sabendo lidar com eles.

Zanini (2000), afirma que as novas práticas de trabalhos em saúde mental possibilitam que o sujeito compreenda as situações que vivencia, por meio de estratégias que visam a busca de alternativas para os problemas, junto ao planejamento de metas, trabalhando de forma complementar a independência, construindo conjuntamente com o sujeito um projeto terapêutico singular voltado ao resgate da autonomia e das habilidades. Dessa forma é dada ao paciente a possibilidade de generalização dos resultados adquiridos, e resultados positivos, como a melhora na qualidade de vida e na adaptação social, agindo em contraposição ao que o modelo manicomial propunha (ZANINI, 2000).

Segundo Zanini (2000), as terapias em grupo, por exemplo, abrem espaço para discussões acerca do tema e ampliam a visão restrita de um setting terapêutico, pois são compartilhados relatos de situações vivenciadas pelos pacientes, para que um possa ajudar o outro, compreendendo melhor a doença para que juntos possam elaborar metas e objetivos para o grupo. Esse momento proporciona aos participantes maior independência e autonomia, pois partilham experiências positivas e negativas, podendo assim vir a aumentar a autoestima, e diminuir o isolamento social.

1.4 Acolhimento nas práticas de produção de saúde mental no SUS

Acolher pode ser entendido como "dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender (FERREIRA, 1975, p. 27)". Portanto, a ideia central do acolhimento se direciona para uma atitude de aproximação, um "estar junto", "estar com", ou seja, uma primeira ação de inclusão. A partir disso é que se pode considerar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/ estética/ política da Política Nacional de Humanização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Habitualmente a concepção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada por um lado como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, e por outro lado, como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os dois pontos de vista são importantes, porém, quando aplicados isoladamente nos serviços de saúde, se reduzem a uma ação pontual, isolada, e descomprometida com os procedimentos de responsabilização e produção de vínculo. Portanto, é necessário se atentar a essas colocações e entender o acolhimento simultaneamente como uma diretriz ética/ estética/política característica das formas de se produzir saúde e recursos tecnológicos de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A partir disso, pode-se considerar o acolhimento como o primeiro dispositivo que o sujeito entra em contato no serviço de saúde, mais especificamente ao que se refere a este estudo, no serviço de saúde mental. Baseado em toda essa análise, entende-se que o acolhimento não se caracteriza por um espaço ou local, mas sim por uma postura ética que não necessita de hora ou profissional específico para realizá-lo, implica em compartilhamento de saberes, angústias e invenções, absorvendo a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" o outro em suas demandas, com uma escuta responsável, e resolutividade indicada pelo caso em questão. É

nesse ponto que o acolhimento se diferencia de uma triagem, pois este não pertence apenas a uma parte do processo, mas sim como uma continuidade de ações que ocorrem em vários momentos do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 19) para colocar o acolhimento em ação é necessário atentar-se ao que fazer, já que esse implica em:

- *protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;*
- *a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;*
- *uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;*
- *elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);*
- *mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;*
- *uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;*
- *uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.*

Dessa forma, o foco principal durante o acolhimento é o reconhecimento do protagonismo do sujeito, ou seja, incluí-lo como responsável não mais apenas pela doença, mas também pela "resolução" dessa. O momento do acolhimento funciona como parte estratégica de todo o processo, uma vez que é a partir dele que acontece o vínculo, e a passagem para as demais etapas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

1.5 Papel do psicólogo frente a esquizofrenia no SUS

De acordo com Neto (2010), a presença do psicólogo vem sendo cada vez mais frequente na saúde pública, haja visto o reconhecimento da importância da atuação desse profissional. Essa necessidade cresceu em conjunto com a reforma psiquiátrica. Entre os anos de 1976 a 1984, os empregos em psicologia na saúde cresceram cerca de 21,47%, outros dados mais atuais do ano de 2010, chegaram a

contabilizar 14.407 psicólogos atuando no SUS, o que é equivalente a 10% dos psicólogos registrados no Conselho Regional de Psicologia (NETO, 2010).

Dentro do cenário do SUS, pode-se citar o psicólogo como um dos profissionais que constituem a equipe interdisciplinar (NETO, 2010). A partir da reforma e com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), o SUS passou por diversas mudanças, entre elas a organização na forma de trabalho na saúde mental, passando a ser responsável pelo apoio às equipes de atenção básica. As transformações acabaram por gerar avanços significativos na atuação dos psicólogos, como a prática não somente direcionada para a área clínica, mas também com ações extra clínicas, como por exemplo, atividades realizadas no território focalizada na reinserção social do indivíduo (NETO, 2010).

É notório que o profissional de psicologia encontra diversos impasses em sua atuação frente a esquizofrenia no SUS, pois ainda existe uma visão social muito distorcida da atuação desses profissionais, como por exemplo a de que o psicólogo "só pode" atender em consultório. Tais concepções acabam dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe, bem como a forma que os psicólogos podem se colocar e manter suas posições no SUS. Esses profissionais também encontram impasses na estrutura física, que por vezes é precária, que não proporciona um espaço apropriado para as atividades que são desenvolvidas, o que pode interferir no desenvolvimento do tratamento dos portadores de esquizofrenia (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A ausência de uma equipe multidisciplinar para acompanhar os pacientes e a falta de apoio dos familiares, são fatores que impactam o tratamento. Um dos pontos mais críticos que os psicólogos encontram, é a falta de conhecimento sobre a sua atuação por parte dos demais profissionais, o que pode resultar em uma interpretação errônea adotada por esses (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A atuação do psicólogo no tratamento da esquizofrenia é de suma importância, haja visto que está ligada aos três pilares principais da saúde: o da prevenção, promoção e proteção. Esse profissional irá atuar com a finalidade de melhorar os sintomas, bem como na prevenção de possíveis recaídas, e com o objetivo de evitar a institucionalização (CINTRA; BERNARDO, 2017). Durante todo o tratamento, o psicólogo tem como foco a promoção da saúde, independente da sua atuação ser de forma preventiva ou remediativa. Em momentos de crise, esse profissional irá atuar de forma a tentar tranquilizar o paciente, e se necessário, trabalhará junto com o sujeito, para que este entenda a necessidade de uma possível internação no momento, ou seja, irá agir de forma a prevenir situações de risco. Mais do que isso, o psicólogo trabalha na autonomia do paciente para que este seja o mais funcional

possível respeitando a sua realidade. Vale esclarecer que esse tipo de trabalho não se limita ao portador da doença, é importante que se estenda a família, uma vez que essa tem papel fundamental durante todo o tratamento, podendo auxiliar para que se obtenha melhores resultados (CINTRA; BERNARDO, 2017).

Pinho (2013), relata um estudo realizado com as famílias de pacientes, a fim de ratificar a importância da atuação do psicólogo, não apenas junto aos pacientes, mas também a seus familiares: Nesse estudo, utilizou-se uma amostra composta por 20 familiares de pacientes esquizofrênicos, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 69 anos, que faziam tratamento no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Foram divididos em dois grupos, A e B, e posteriormente foi aplicado o questionário de problemas familiares (FPQ). Ambos os grupos, apresentaram sobrecargas objetivas e subjetivas, ou seja, sobrecarga familiar elevada. O grupo A participou de intervenções psicoeducativas multifamiliares, e o B não sofreu nenhuma intervenção. Em seguida, houve a aplicação do FPQ novamente, com o intuito de avaliar a eficácia das intervenções nas emoções expressas e na sobrecarga familiar. Após a segunda aplicação, foi constatado no grupo A, a redução da sobrecarga familiar, diminuição do criticismo, bem como o aumento das atitudes positivas, já no grupo B, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Dessa forma, concluiu-se a eficácia da aplicação do programa psicoeducacional na promoção da saúde e bem-estar dos familiares e dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Verificar o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento do paciente esquizofrênico no SUS.

2.2 Objetivos específicos

1) Verificar dados sociodemográficos e acadêmicos dos psicólogos que atuam com saúde mental no SUS.
2) Compreender principais ferramentas de atuação dos psicólogos frente a esquizofrenia no SUS.
3) Verificar os locais de atuação dos psicólogos junto a paciente com diagnóstico de esquizofrenia.
4) Analisar os principais desafios da atuação do psicólogo que trabalha com esquizofrenia no SUS.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Para o seguinte trabalho foi realizada uma pesquisa de campo, onde incluiu o uso do método qualitativo e quantitativo (quali-quanti) para a coleta de dados e informações. Segundo Gunther (2006) o que contrapõe a pesquisa qualitativa da pesquisa quantitativa é o estudo de um determinado fenômeno no seu contexto natural versus estudá-lo no laboratório. Ainda segundo Gunther (2006, p. 203):

> *A primeira estratégia – da pesquisa qualitativa – implica em relativa falta de controle de variáveis estranhas ou, ainda, a constatação de que não existem variáveis interferentes e irrelevantes. Todas as variáveis do contexto são consideradas como importantes. Na segunda estratégia – da pesquisa quantitativa – tenta-se obter um controle máximo sobre o contexto, inclusive produzindo ambientes artificiais com o objetivo de reduzir ou eliminar a interferência de variáveis interferentes e irrelevantes. Entre as variáveis irrelevantes e potencialmente interferentes, incluem-se tanto atributos do pesquisador, por exemplo, seus valores, quanto variáveis contextuais ou atributos do objeto de estudo que "não interessam" naquele momento da pesquisa.*

3.2 Sujeito/amostra

Para efeito deste trabalho foram entrevistados dez psicólogos que atuam no SUS com pacientes esquizofrênicos há no mínimo seis meses. Foram incluídos apenas psicólogos que são servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e/ou residente da Secretaria de Saúde há pelo menos 1 (um) ano e que atuam diretamente com saúde mental. Não foram incluídos servidores de outras especialidades, que não atuam com saúde mental e/ou que não assinaram o Termos de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

3.3 Local

Os dados foram coletados em horário contrário ao expediente de trabalho dos entrevistados, em ambiente externo ao local de atuação destes, com iluminação apropriada, bem ventilado, e com espaço adequado para o sigilo da pesquisa.

3.4 Material utilizado

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados:

- Formulário de entrevista semi-estruturada (Anexo A);
- Caneta;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B);
- Gravador.

3.5 Procedimento para coleta de dados

Realizou-se contato com os psicólogos selecionados para agendar a data e o horário da entrevista. Chegando no local, foi realizado a apresentação do trabalho bem como dos pesquisadores, em seguida, foi solicitado que o sujeito (psicólogo) assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e explicado para o mesmo que a entrevista seria gravada para posteriormente ser transcrita. Em seguida, o psicólogo recebeu o formulário de entrevista e respondeu às questões. As entrevistas tiveram duração de 30 a 60 minutos. Após colher as informações, os alunos transcreveram as entrevistas.

3.6 Procedimentos para análise de dados

Para a análise de dados foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, com o uso de uma entrevista semiestruturada com 10 psicólogos que atuam diretamente com o cuidado em saúde mental no SUS do Distrito Federal. Os dados sociodemográficos foram analisados pelo EXCEL, e no caso dos dados qualitativos, realizou-se uma análise de conteúdo evidenciando aspectos não mensuráveis quantitativamente.

3.7 Ressalvas éticas

O presente estudo se apresenta em conformidade com a avaliação realizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sobre número de protocolo CAAE 15432919.9.0000.5512, respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os preceitos éticos estabelecidos no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 10 profissionais, mais especificamente, psicólogos que atuam pela Secretaria de Saúde no Distrito Federal, divididos entre 9 servidores e 1 residente, (entrevistado B). Os resultados permitem observar como esses profissionais entraram na área de saúde mental no SUS, o tempo de atuação, como é o trabalho com pessoas diagnosticadas ou sob hipótese de esquizofrenia, as principais ferramentas, os desafios, e o trabalho da equipe. Ou seja, os resultados do estudo, de modo geral, explanam o sistema de atuação desses profissionais nas

instituições de cuidado em saúde mental do Distrito Federal, e de acordo com o objetivo deste estudo, pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

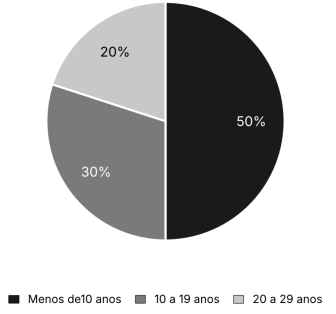
4.1 Resultados quantitativos

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

SUJEITO	SEXO	IDADE	TEMPO/ ATUAÇÃO	ESPECIALIDADE
A	Feminino	38 anos	12 anos	Não possui
B	Feminino	25 anos	02 anos	Não possui
C	Feminino	43 anos	09 anos	Educação em saúde, Acompanhamento Terapêutico, Mestrado e Doutorado em área clínica
D	Masculino	36 anos	09 anos	Saúde mental e concluindo doutorado em saúde mental
E	Feminino	56 anos	26 anos	Em saúde mental na Unb, Psicodrama, gestalt e biodança
F	Masculino	48 anos	06 anos	Políticas públicas infanto juvenil
G	Feminino	34 anos	09 anos	Saúde mental, álcool outras drogas e Gestalt
H	Feminino	29 anos	01 ano	Terapia familiar e de casal
I	Masculino	32 anos	10 anos	Mestrado em psicologia clínica da cultura
J	Feminino	33 anos	10 anos	Saúde Mental

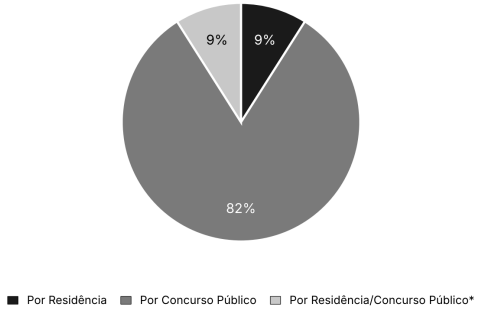
De acordo com a tabela 1 a predominância dos entrevistados é do sexo feminino, sendo 03 sujeitos do sexo masculino (D, F e I). As idades variam entre 25 (B) e 56 anos (E), o tempo de atuação é em média de 9,4 anos. Nota-se que a maioria dos entrevistados possui especialização, e 02 sujeitos (A e B) não são especialistas. A área com maior semelhança nas especializações é voltada para saúde mental (sujeitos D, E, G e J), que constitui o público alvo dos CAPS, onde o atendimento é voltado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Figura 1 - Tempo de inserção dos psicólogos na área da saúde mental.



A figura 1 representa o gráfico do tempo de inserção dos entrevistados na área de saúde mental. De acordo com o Gráfico, 50% dos entrevistados tem menos de 10 anos de atuação na área de saúde mental. 30% possui entre 10 e 19 anos de atuação e 20% entre 20 e 29 anos.

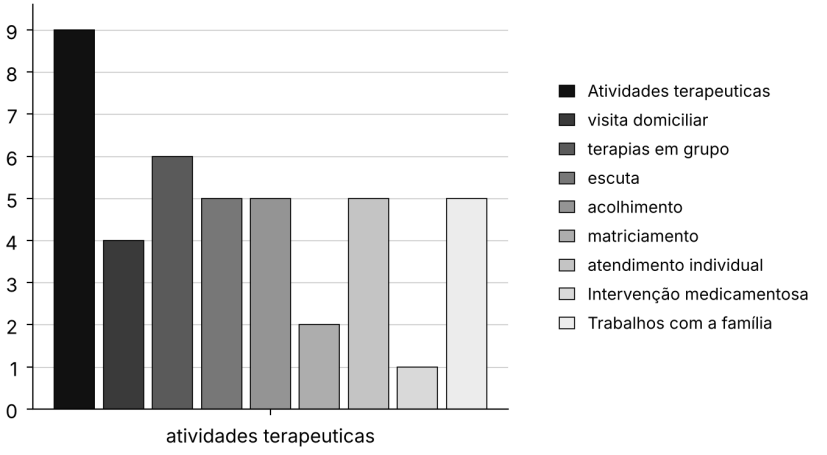
Figura 2 - Forma de inserção dos entrevistados na saúde mental.



*Entrevistados que entraram por Residência, mas realizaram Concurso Público posteriormente.

Os entrevistados entraram na área de saúde mental de duas formas, por residência ou concurso público. Existe também a possibilidade de ingresso por residência e posteriormente realizar concurso público. De acordo com o gráfico apresentado na Figura 2, 8(82%) dos entrevistados entraram na área de saúde mental diretamente por concurso público, 1(9%) entrou por residência e posteriormente realizou concurso público e somente 1(9%) entrou diretamente por residência.

Figura 3 - Ferramentas e recursos utilizados no trabalho com sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia.



A Figura 3 apresenta as técnicas e/ou ferramentas que foram citadas como sendo utilizadas com o sujeito sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia. Nove dos entrevistados citaram atividades terapêuticas, sendo elas: *"pintura, mosaico, horta, costura, caminhada e yoga"* (A); *"artesanato, artes e atividades físicas*" (C); *"desenho"* (E); *"a produção material"* (F); *"música"* (I).

A visita domiciliar foi citada por 4 entrevistados (A, B, G e I). *"Nem sempre é possível ser feita essa visita, mas em alguns casos exigem esse contato, muitas vezes o paciente não tem condições de ir até o CAPS, então a equipe faz esse trabalho"* (Entrevistado G).

Dos entrevistados, 6 citaram as terapias em grupo (entrevistados A, B, C, D, G e H).

Os entrevistados C, D, E, G e J citaram o acolhimento, como principal recurso utilizado no tratamento, em que todos pacientes do CAPS são expostos a esse dispositivo. "*a questão do acolhimento é fundamental para qualquer paciente, seja o diagnóstico que for, o campo que for, ele é fundamental*" (Entrevistado D).

O atendimento individual foi citado pelos psicólogos A, B, C, F e G, sendo que esses atendimentos acontecem eventualmente, como por exemplo em um momento de crise. *"O atendimento individual no CAPS existe, mas são atendimentos pontuais para resolver uma demanda muito específica, porque o foco do nosso atendimento é em grupo, porque não temos profissionais para fazer atendimento individual" (Entrevistado G).*

Os entrevistados C e I indicaram o matriciamento: *"é um dispositivo que foi criado no âmbito do SUS especialmente na saúde mental que é quando os profissionais prestam suporte para as equipes da atenção básica, por exemplo: os usuários do CAPS que já estão estabilizados ou que precisam de uma atenção contínua, mas em casa, a gente faz essa parceria com centros de saúde que agora são as unidades básicas de saúde, as equipes das UBS"* (Entrevistado C).

Foi citado pelo entrevistado J a intervenção medicamentosa, recurso este utilizado pela maioria dos sujeitos.

Os trabalhos com as famílias foram citados por 5 dos entrevistados A, C, D, G e J, que relataram envolver reuniões acerca do paciente, com a presença dele ou não. Nesse trabalho também é fornecido aos familiares orientações e apoio, pois muitas vezes se encontram desgastados com a situação. Com isso o entrevistado J relata que oferecem grupos de acolhimento familiar uma vez por semana, *"é aberto para que eles possam trazer também as angústias que vivem e para que possam nos auxiliar no trabalho com o seu familiar"*.

O entrevistado E, relatou a afetividade como ferramenta e ressaltou: *"A nossa escuta, o nosso carinho, a nossa atenção, a gente já é um instrumento de trabalho para aquela pessoa se sentir melhor, com aquele sofrimento todo"*.

Tabela 2 - Principais desafios do SUS citados pelos entrevistados

PROBLEMAS CITADOS	ENTREVISTADOS QUE CITARAM
Falta de recursos	A, D, E, F, G, H, J
Poucos profissionais	A, E, G, H
Políticas Públicas	B, G, I, J
Muita demanda	C, E, G
Formação do psicólogo pouco voltada para o SUS	D, G, J
Estrutura ruim do CAPS	G, H
Sucateamento do SUS	C, J
Rede de apoio deficitária	B, H
Escolarização baixa dos pacientes	F, G
Sistema do SUS é cheio de protocolos para seguir	C
Baixa renda dos pacientes	F
Baixa informação dos familiares	G
Falta de conhecimento entre as redes de cuidado	H
Falta de supervisão institucional	G
Dificuldade de acesso ao médico quando o paciente precisa	H
Trabalho em equipe	J

A Tabela 2 indica os principais desafios que o psicólogo encontra atuando no SUS: Falta de recursos (A, D, E, F, G, H e J), Poucos profissionais (A, E, G, H), Políticas Públicas (B, G, I e J), Muita demanda (C, E, G), formação do psicólogo que é pouco voltada para o SUS (D, G e J), Estrutura física ruim (G, H), sucateamento do SUS (C e J), rede de apoio deficitária (B, H), baixa escolarização dos pacientes (F, G), sistema protocolar do SUS (C), má gestão do CAPS (E), baixa renda dos pacientes (F), baixa informação dos familiares (G), falta de conhecimento entre as redes de cuidado (H), falta de supervisão institucional (G), dificuldade de acesso ao médico quando o paciente precisa (H) e o trabalho em equipe (J).

A Tabela 3 abaixo, diz respeito às possíveis soluções desses desafios, sendo que a mais comentada foi a criação de mais concursos públicos para aumentar o número de profissionais (A e H), todas as outras soluções foram comentadas por menos de 2 entrevistados, como: Mais recursos (A); Mostrar resultados do trabalho da psicologia (C); Formação continuada para psicólogos que atuam no SUS (D); Criação de mais CAPS (H); Ampliação física da rede de apoio (H) e Articulação e

compreensão do contexto do SUS com as políticas públicas (I), ou seja, em comparativo entre as tabelas 2 e 3, todos os psicólogos citaram desafios que encontram no SUS, contabilizando 16 principais desafios comentados, enquanto que as soluções contabilizam apenas 7 principais comentadas, sendo que 40% dos entrevistados não deram soluções.

Tabela 3 - Soluções citadas pelos entrevistados para resolver os desafios do SUS

SOLUÇÕES CITADAS PELOS ENTREVISTADOS	ENTREVISTADOS QUE CITARAM
Mais concurso público para aumentar os profissionais	A H
Mais recursos	A
Mostrar resultados do trabalho da psicologia	C
Formação continuada para psicólogos que atuam no SUS	D
Criação de mais CAPS	H
Ampliação física da rede de apoio	H
Articulação e compreensão do contexto do SUS com as políticas públicas	I
Não deram soluções	B E F J

4.1.1 Quantidade de atendimentos diários com usuários sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia.

Com relação a quantidade de sujeitos sobre hipótese diagnóstica de esquizofrenia atendidos nos serviços de saúde mental, nenhum dos entrevistados conseguiu quantificar em números exatos. O entrevistado A relatou que atende em média mais ou menos 5 usuários, mas não exatamente esquizofrênicos, ressaltando a variedade de diagnósticos. O entrevistado C disse que possuem ativos mais ou menos 400 sujeitos, sendo 60% "psicóticos", e desses psicóticos uma boa parcela é esquizofrênico. O entrevistado D relatou que o número varia dependendo do dia e da atividade na qual ele está inserido dentro do CAPS, pois em grupos terapêuticos ele está em contato com maior público do que quando tem encontros e conversas informais, variando entre 5 a 15 sujeitos sobre hipótese diagnóstica de esquizofrenia por dia. O entrevistado F relatou que o número varia bastante dependendo do dia, pois tem dias que tem 1 ou 2 grupos, como o de caminhada, e não sabe ao certo a quantidade, mas disse que tem grupos que vão de 15 a 20 pessoas, se houver 2 grupos no dia, podem ter até 40 sujeitos atendidos e desses números, ⅔ são psicóticos. O entrevistado G arriscou um número de mais ou menos 10 sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia sendo atendido por semana. O entrevistado I apontou que em atendimentos marcados, atende 1 ou 2 sujeitos

esquizofrênicos, e nos grupos uma média de 10. Os entrevistados B, E, H e J não souberam responder quantos sujeitos esquizofrênicos atendem por dia.

4.2 Resultados qualitativos

Abaixo, serão descritos os principais dados qualitativos obtidos nas entrevistas. Ressaltam-se os dados referentes ao: trabalho em equipe e o papel da família durante o tratamento.

4.2.1 Trabalho de equipe

Todos os entrevistados citaram a existência de uma equipe de profissionais que trabalham em conjunto com os psicólogos nos CAPS, e o trabalho em equipe foi colocado como importante. *"Eu não acho possível trabalhar com esquizofrênicos, com pacientes psicóticos se não for em equipe, não é que não tem como trabalhar, tem, mas aí seria um trabalho capenga, porque acho que são pessoas que têm capacidades muitos fragmentadas, então precisa desse olhar interdisciplinar, de várias pessoas cuidando, até porque é uma forma de relacionamento."* (Entrevistado C)

Com relação aos tipos de profissionais que atuam no CAPS e compõem a equipe, foram citados: Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos em enfermagem, Enfermeiros, Psiquiatras, Médicos, Nutricionistas e Assistentes sociais. O entrevistado B mencionou que o vigilante e o pessoal da limpeza, embora não sejam considerados do grupo técnico, também fazem parte da equipe: *"Mas assim, em saúde mental além dessa equipe técnica, a gente também considera a equipe o vigilante, as pessoas da limpeza, porque a gente vê que todo mundo vai fazer parte do serviço, da convivência ali"*.

4.2.2 Papel da família durante o tratamento

A partir dos resultados expostos, 100% dos profissionais dos serviços enxergam a família como importante no tratamento do sujeito, contudo, encontram dificuldades em ter essa rede de apoio presente, por diversos motivos, o principal citado, foi a questão dos horários disponíveis, uma vez que esses geralmente trabalham o dia inteiro e não encontram flexibilidade/apoio das empresas para acompanharem mais de perto o familiar que utiliza o serviço, tendo assim uma participação reduzida ou nula. *"É claro que isso tem muita dificuldade, porque a família muitas vezes não consegue acompanhar, na minha pesquisa de Doutorado eu trabalhei com familiares e geralmente o familiar é penalizado, porque ele tem que abrir mão da vida dele, do trabalho pra poder cuidar daquela pessoa, então não é um trabalho fácil"* (Entrevistado C).

As duas principais atividades realizadas nesse contexto são as rodas de conversa, e o acolhimento inicial. *"No CAPS geralmente fazemos acolhimento com o paciente, mas se a família está, primeiro escuto o sujeito e faço o atendimento, depois procuro a familia pra acrescentar alguma coisa, pra pactuar essa parceria com a família, se a pessoa for ficar no CAPS, ela passa por um grupo, que é o grupo de boas-vindas, nesse grupo de boas-vindas a gente exige que a família vá, pois é onde vai ser fechado o contrato terapêutico, onde a pessoa vai escolher o grupo que ela vai participar e é muito importante ter esse acordo da família"* (Entrevistado C).

Um ponto levantado por 2 dos entrevistados (B e G), foi a presença quase que unânime de mulheres, em que dificilmente vai um membro da família do sexo masculino. Diante disso, o entrevistado B citou *"lá a maioria eram mulheres, é importante destacar isso, que geralmente o cuidado é de responsabilidade da mulher, raramente vinha homens e quando vinha eram um ou dois no máximo"*.

Destacou-se também, o espaço que a família ganhou nesse novo modelo de atuação, uma vez que, antes (no modelo hospitalocêntrico) a família era excluída desse processo, atuava de forma distante, diante disso, o entrevistado C cita: *"porque no modelo hospitalocêntrico a família era excluída do tratamento e culpabilizada, o cara é doido porque olha a família de merda que ele tem"*.

Foram apontados alguns pontos principais que comprometem a participação das famílias no tratamento, são eles: o desgaste da relação com o sujeito, cansaço, e a ausência, no sentido de abandono.

5 DISCUSSÃO

O objetivo geral deste trabalho, é verificar o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento do paciente esquizofrênico no SUS. Com base no levantamento realizado, foi possível identificar que a atuação do psicólogo no SUS com esses pacientes se dá a partir da psicologia da saúde, sendo estabelecida de forma diferente dos modelos convencionais de um consultório (psicologia clínica), onde o atendimento na maioria das vezes é centrado apenas no sujeito, sem haver constantes articulações de redes, mais respectivamente seguindo o modelo de atenção psicossocial. O psicólogo nessa circunstância, visa considerar todo o contexto do sujeito e como esse se insere no mundo. Portanto, o trabalho do profissional de psicologia não é caracterizado como acompanhamento psicoterápico contínuo, o mesmo visa atuar na instituição promovendo cuidado em saúde mental voltado para o coletivo, uma vez que a demanda na rede pública é muito grande, e uma das formas de atender essa demanda é fazer um trabalho cuidadoso e minucioso,

porém, com grupos de pessoas, voltado para a coletividade e para a convivência. Os atendimentos individuais ocorrem de forma pontual, quando surgem situações emergenciais e se faz necessário uma escuta mais individualizada. Como citado pelo entrevistado F: "*a gente faz um atendimento individual eventualmente, no momento de crise do paciente, que ele está precisando de mais escuta*"

O campo da psicologia clínica, visa quase que estritamente o trabalho remediativo, ou seja, o foco se mantém nos diagnósticos, no sofrimento e na amenização dos sintomas. Na maioria das vezes não se envolve outros atores no processo, como os familiares. O atendimento costuma ser apenas com o paciente em consultório, o conhecimento que se tem das pessoas envolvidas na vida deste, se limita ao conteúdo apresentado em suas falas, diante disso, o processo terapêutico tende a se limitar a horários, locais específicos e a um setting terapêutico (MOREIRA *et al.*, 2007).

Já a psicologia da saúde, tem seu trabalho pautado principalmente na promoção e prevenção, ou seja, seu foco está ligado na melhoria da qualidade de vida do sujeito. Um dos objetivos desse campo de atuação, é a compreensão de como se dá a relação entre os fatores do estado físico, biológico, social e psicológico do paciente, que resulta na utilização do modelo biopsicossocial. De acordo com esse modelo, os fatores se relacionam e influenciam uns aos outros de forma direta, diante disso, quando um desses não está em seu perfeito funcionamento, é comum que os demais sofram interferências, logo a principal vantagem desse modelo, é a possibilidade de entender o sujeito em toda sua totalidade (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Segundo Almeida e Malagris (2011, p. 185), conforme citado por Matarazzo (1980, p. 815) a psicologia da saúde é definida como:

> *O conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.*

O psicólogo da saúde, atua não apenas com o sujeito como acontece muitas vezes na clínica, neste campo o seu trabalho se dá de forma mais ampla, tendo três pilares como principais: os pacientes, as famílias e os profissionais da área da saúde. Vale ressaltar, que leva-se sempre em consideração a sociedade como parte fundamental do processo, já que não se pode falar em homem sem analisar o contexto no qual esse está inserido. Logo, o intuito é fazer com que a atuação terapêutica vá além de uma sala, que ultrapasse paredes, que se encontre em lugares comuns que

o paciente costuma frequentar, tornando dessa forma o processo mais assertivo e rápido (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Em relação aos profissionais e tratamento oferecido no serviço, foram citados conceitos como equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Para melhor entendimento de como funciona o trabalho de equipe, dentro dos CAPS's, o conceito multidisciplinar pode ser definido como o modo de trabalho de equipe no qual o conjunto de diferentes disciplinas tratam de um mesmo assunto, mas não existe efetivamente trocas de conhecimentos entre os profissionais, ou seja, cada um levanta suas próprias teorias e empregam suas técnicas apresentando uma visão múltipla sobre o mesmo assunto. A interdisciplinaridade diz respeito ao modo de trabalho de equipe no qual o conjunto de disciplinas interagem entre si, possibilitando a troca de conceitos, técnicas, e metodologias, ampliando assim o conhecimento e compreensão de cada campo do saber, resgatando a singularidade do sujeito, visto que existe maior respeito sobre as diferentes visões acerca do mesmo assunto; e por fim, a Transdisciplinaridade, que refere-se ao trabalho de equipe onde a interação das disciplinas transcendem seus próprios limites, produzindo assim algo a mais, uma nova visão sobre o assunto (GALVAN, 2007)

É importante salientar que a maioria dos entrevistados denotam que o trabalho desempenhado dentro do serviço é interdependente, ou seja, obtêm dependência uns dos outros, demandando acolhimento mútuo. Com isso, se faz necessário que constantemente as informações coletadas sejam repassadas à equipe, sendo importante para o funcionamento do serviço, já que a demanda é consideravelmente significativa, e por meio do compartilhamento, o trabalho flui de forma complementar e equilibrada. As informações são compartilhadas principalmente por meio de reuniões de grupo, como citado pelo entrevistado G *"eu acho que a gente consegue ter uma coerência muito grande nas nossas ações sabe, as decisões são tomadas em conjunto, a gente combina ter uma mesma postura frente ao paciente, frente ao familiar, algumas decisões a gente precisa rever volta e meia, e aí tudo isso é feito em uma reunião de equipe, o que eu acho muito bom".*

Entre os tipos de profissionais que atuam no CAPS, foram citados: Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos em enfermagem, Enfermeiros, Psiquiatras, Médicos, Nutricionistas, Assistente social. O trabalho de equipe foi visto como algo primordial no tratamento dos sujeitos que são atendidos no CAPS, e apesar de relatarem algumas dificuldades do trabalho em equipe como momentos que se tem ausência de sintonia no grupo e divergências de opiniões, houve consenso da importância e necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo levantados diversos

aspectos positivos dessa relação e trabalho conjunto como: maior eficácia no tratamento de pacientes, produção e evolução do conhecimento de cada membro e da equipe como um todo, ajuda mútua e tomada de decisões mais assertivas. O entrevistado H enfatiza a reunião de equipe como meio de troca de informações, *"Tem uma reunião semanal, com a gerente onde todos devem estar presentes, a escala é organizada de forma que todos tenham um tempo pra se reunir na semana, nessa reunião são discutidos assuntos importantes, como conduta e boas práticas, e tem um bom espaço para darmos um Feedback, um espaço importante até para a descontração do grupo"*

Em suma, é possível citar que o trabalho com o sujeito no contexto da esquizofrenia, foi pontuado de forma unânime como um trabalho conjunto, no qual outros profissionais são envolvidos. Além disso, apresentaram como fator relevante, o fato de ser um trabalho diferenciado do que se faz na clínica, que se caracteriza por ser mais centrado no indivíduo, no que se leva ao consultório, não tendo um contato diário com outros profissionais. Portanto, o cuidado oferecido nos CAPS's se diferencia pois tem como foco principal acolher todas as particularidades dos indivíduos, promovendo a autonomia dos mesmos, de forma a entender a subjetividade de cada um, tornando-os sujeitos ativos no processo e não apenas participantes. Outro ponto levantado, foi a questão de todo o ambiente se tornar terapêutico, a equipe tenta fazer com que isso aconteça a partir da ligação entre todos que frequentam a instituição, ou seja, a partir da valorização da convivência, assim como diz o entrevistado D "*...então o trabalho com esquizofrenia, no meu ponto de vista, ele dá mais certo nos espaços de convivência, onde vai criando encontros espontâneos. O paciente esquizofrênico tem uma capacidade de perceber questões de afeto, muito fortes, então questões burocráticas, marcadas, muito enquadrada onde tem essa distância muito grande entre profissional e paciente, eles não se enquadram nisso…"*

Quanto às principais ferramentas e/ou técnicas utilizadas, a maioria dos psicólogos citaram a escuta e o acolhimento, seguidos pelo trabalho em grupo, e grupos terapêuticos, onde se é possível ter espaço para fala, para expressão e ainda produção material. Nestes grupos é visível uma constante evolução dos pacientes, estes podem se colocar enquanto sujeitos sem serem julgados pelas suas condições, e compartilham suas experiências e sintomas com os outros pacientes, promovendo assim um espaço de troca e convivência, que é tido como crucial para a reinserção social desses sujeitos. Foram citados diversos exemplos de grupos terapêuticos como: Grupo de caminhada, Grupo de fala, Grupo de bordado, Grupo de dança e Grupo de terapia comunitária. Esses profissionais mencionaram também exemplos de oficinas como: Trabalho com pintura, Mosaico, Horta, Yoga e Costura. Segundo o entrevistado G: "*a atividade é algo que o paciente se identifica e gosta,*

mas é como se fosse uma desculpa, para ele ir ali e a gente trazer ele de volta, proporcionar essa inserção".

A escuta qualificada, também entra como ferramenta de trabalho, é um dos dispositivos utilizados no cuidado com esses pacientes trata-se de um recurso leve, que são práticas de relações, assim como o acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização que possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir do sujeito, valorizando assim suas experiências e atento às suas necessidades e para os diferentes aspectos que compõem seu dia a dia (ROSSI; LIMA, 2015). É um instrumento que colabora com o desenvolvimento da autonomia, inclusão social, e no agenciamento de modos menos endurecidos de trabalho, por meio dela é também possível a produção de relações de acolhimento, a construção de vínculos, o respeito à diversidade e a singularidade entre quem atende e quem recebe esse atendimento (MAYNART *et al.*, 2014).

Referente aos principais desafios encontrados pelo psicólogo da saúde que atua no SUS, surgiram respostas em relação a falta de recursos, estrutura e equipe pequena para uma grande demanda, sendo estas quase unânimes. Foram citados também, falta de informação sobre a prática durante a formação de capacitação continuada para o psicólogo, de supervisão institucional, de interesse político nas políticas públicas de saúde mental, e políticas públicas desfavoráveis para o trabalho no CAPS. Portanto, diante do desafio citado que é identificado ainda no preparo acadêmico de alguns profissionais, é possível pensar que a formação em psicologia ainda é pouco voltada para a atuação no SUS, ou seja, muitos são capacitados e preparados para atuar no campo da psicologia clínica. Portanto, situações como essas, acabam gerando profissionais com déficit na formação, sem muita apropriação do Sistema Único de Saúde, muito menos da rede de atenção psicossocial que rege a atuação dos profissionais em saúde mental. Diante disso, a composição acadêmica do psicólogo no Brasil e na América Latina ainda é baseada no modelo clínico voltado para o tratamento individual. Com a demanda de trabalho no âmbito sanitário, profissionais despreparados seguem trabalhando no modelo clínico e atuam na área da saúde sem ter o devido conhecimento das ferramentas necessárias para atuar no coletivo na prevenção e intervenção (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Ressalta-se que alguns entrevistados mencionaram que a falta de recursos é tão significativa que por vezes acabam tendo que conseguir dinheiro para captar verbas através de bazar, rifas, doações, e até mesmos tirando do próprio bolso. Com isso, entra-se em outro ponto importante citado por eles, relacionado ao sucateamento do Sistema Único de Saúde, pois o serviço, vem sofrendo consequências

com falta de estruturas, de profissionais para a quantidade de pessoas atendidas e a ausência de materiais para desempenhar o trabalho como citado pelo entrevistado C *"adoro o SUS, super acredito no sistema, mas é um sistema que vem sendo sucateado"*. O entrevistado J disse *"A segunda dificuldade do psicólogo no SUS, é o sucateamento do sistema único de saúde né que infelizmente a gente hoje vê que não há muita prioridade para política de saúde mental, principalmente do Distrito Federal"*.

Diante desse cenário, deve-se considerar a importância do fortalecimento do território como um espaço de implementação das práticas de vigilância da saúde, algo que foge da proposta inicial da recente resolução Nº 583, de 09 de maio de 2018, p. 11/51.

> *Garantir nos orçamentos municipais, estaduais e federal recursos orçamentários para o funcionamento e manutenção de toda a estrutura física, financeira e de recursos humanos necessários aos Conselhos, e para formação de conselheiros, garantindo o cumprimento das Resoluções emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Revogar imediatamente a Emenda Constitucional n.º 95/2016 permitindo que a destinação dos recursos para investimentos públicos considere a progressão do PIB, o avanço da economia, a inflação e a exploração do Pré-Sal, garantindo otimização, melhoria e ampliação do piso dos recursos da saúde com financiamento das três esferas, alcançando 10% do PIB e participação de um percentual de recursos de royalties.*

Ainda no que se refere ao sucateamento do SUS, é citado nas entrevistas como um grande desafio o retrocesso que as políticas públicas de saúde mental vem sofrendo nos últimos anos, o que pode comprometer mais ainda os moldes de trabalho desses profissionais, bem como o funcionamento da rede de atenção psicossocial que norteia o funcionamento do CAPS.

Amarante e Nunes (2018, n.p) afirmam que mediante a tantas lutas e conquistas algumas mudanças contrárias passam a ocorrer em 2015 por meio de negociações no Ministério da Saúde.

> *E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite[31] aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira.*

Portanto, esse retrocesso é caracterizado por uma construção de anos de indiferença política diante da causa, e pode ser englobado tanto na lógica manicomial que atinge a sociedade, quanto nas políticas públicas, que são consideradas recen-

tes e passaram a ser discutidas dentro da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Recentemente no ano de 2017 foi imposto através da portaria 3.588 publicada pelo Ministério da Saúde, o retorno dos hospitais psiquiátricos que passaram a integrar a (RAPS) Rede de Atenção Psicossocial (SIQUEIRA, 2019).

Outro fator que trouxe grande referência ao modelo manicomial foi a nota técnica publicada pelo Ministério da Saúde no início de 2019, que segundo Siqueira (2019) prevê mudanças drásticas no cenário da saúde mental, entre os itens apresentados, o documento destaca o financiamento para compra de aparelhos de eletrochoque, incentivo às comunidades terapêuticas, aumento dos leitos psiquiátricos, e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes . Ou seja, através desses acontecimentos é possível perceber uma fragmentação da atenção psicossocial, interferindo na proposta do cuidado em liberdade, do cuidado humanizado e no território, caracterizando um incentivo á volta do modelo manicomial de reclusão e exclusão da loucura. Sendo assim, é possível entender o porquê desse sucateamento, uma vez que o incentivo político tem sido voltado para outra modalidade de tratamento, o que contribui para a falta de materiais, falta de estrutura, e a ausência de investimento em profissionais para atender a grande demanda (SIQUEIRA, 2019).

Ao indicarem possibilidades para que haja melhorias nos CAPS's, fica claro que não depende apenas do profissional de psicologia, é preciso ir além. Trata-se de um problema macro, que carece de atenção principalmente do estado. É necessário o desenvolvimento de novas estratégias, para que os tratamentos oferecidos possam ser cada vez mais efetivos, com níveis mais elevados de qualidade. É válido pontuar que tais estratégias precisam ser implantadas como parte do sistema, e não apenas como uma resolução de forma pontual. Um dos pontos mais delicados é a parte de investimento, uma vez que não se tem uma aplicação contínua de acordo com as necessidades de um CAPS (BAPTISTA; SIMON, 2011).

No que se refere a rede de apoio, mais especificamente se o tratamento geralmente conta com a família, todos os psicólogos responderam que sim, e ressaltaram a importância desse apoio durante o tratamento. Porém, pontuaram que às vezes não se pode contar com essa rede, por motivos diversos, pois o paciente pode não ter família, ou às vezes a família está cansada demais, desgastada, entre outros. Algo que também costuma dificultar a participação da família no processo, está relacionada ao horário de atendimento na instituição, uma vez que em sua maioria o atendimento ocorre até 18h, impossibilitando aqueles que trabalham em horário comercial de participarem. Grande quantidade das instituições conta com grupos familiares como meio para auxiliar na evolução dos quadros dos pacientes, uma

alternativa adotada, são as visitas domiciliares. Uma rede social e fortalecida contribui para que o indivíduo enfrente situações estressantes, como por exemplo, ter alguém com transtorno mental na família. Sendo assim, quanto mais contextos e relações diversificadas, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais à disposição da pessoa (BRUSAMARELLO *et al*., 2011).

É possível identificar uma diferença significativa nos tratamentos dos pacientes que têm os familiares envolvidos no processo de forma efetiva, havendo uma mudança expressiva no quadro do paciente, ampliando as possibilidades desses sujeitos e amparando sua rede de apoio intra e extrafamiliar. Vale ressaltar que a participação da família não se limita apenas ao que se refere a rede familiar propriamente dita, essa tem papel de facilitador no processo de reinserção do paciente na sociedade, iniciando com o apoio emocional. Nesse momento o usuário tende a se fortalecer internamente, o que facilita o acesso dos profissionais ao mesmo. Diante disso as expectativas e possibilidades passam a ficar mais claras, as informações também chegam com mais rapidez, tudo isso faz parte mesmo que de forma indireta para que eles voltem a conviver (em muitos casos), de forma ativa em sociedade, com autonomia e poder de escolha (COSTA *et al*., 2013).

Ao se pensar em diagnóstico, a maioria dos profissionais não souberam responder quantos pacientes sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia eles atendem ao certo por dia. Um dos fatores que dificultam essa quantificação, pode estar ligado ao elevado número de pessoas que buscam por atendimento no CAPS, mas que nem sempre essas têm os critérios necessários para serem atendidas nesse local. Isso é percebido principalmente nos acolhimentos, em que esse elevado número às vezes está ligado a falta de informação. Outro dificultador, é a questão de geralmente os pacientes sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia estarem nos grupos, mas nem sempre estão em todos os encontros. Alguns profissionais ainda tentaram quantificar a média de atendimentos, o entrevistado A respondeu: "*5 por dia*", entrevistado B: "*5 por semana*", entrevistado C: *"60 %"*, entrevistado D "*Varia de 5 para 15*". Alguns dos entrevistados relataram também a existência de confusão de diagnósticos, ou seja, alguns sintomas se assemelham aos da esquizofrenia, o que acaba dificultando ainda mais a quantificação. Diante disso, é importante ressaltar a importância da subjetividade de cada pessoa, e respectivamente de cada sintoma. Rey (2005) cita que a subjetividade é a condição para a compreensão do psiquismo, descrevendo-a como "um sistema complexo capaz de expressar através dos sentidos subjetivos a diversidade de aspectos objetivos da vida social que concorrem em sua formação".

O principal motivo para tamanha dificuldade no momento de quantificação, se deu pelo modelo de trabalho exercido no CAPS, uma vez que o diagnóstico quando existe, é entendido como uma condição associada ao sujeito e não como uma definição de todos os seus aspectos. Diante disso, o trabalho não se dá apenas pensando nos CID's presentes, e sim na necessidade do indivíduo, o que nos traz uma boa referência de cuidado, em que o indivíduo é considerado como um ser inserido no mundo e não reduzido a um diagnóstico. Vale ressaltar, que a dificuldade de identificação não se limitou apenas a esquizofrenia, mas também a todos os casos atendidos no CAPS.

Por fim, no que se refere a informações, em muitos casos, as pessoas recebem orientações em postos de saúde para procurarem o CAPS devido a demandas aleatórias que não seriam necessariamente trabalhadas nesse local, o que demonstra a falta de comunicação/conhecimento que há na própria rede de saúde. O entrevistado (H) cita em determinado momento da entrevista que muitas vezes a rede de atenção básica, não sabe quais são os serviços oferecidos em um CAPS, e por isso realizam diversos encaminhamentos de forma incorreta, causando no paciente constrangimento e frustração, pois o mesmo terá que procurar cuidado em um terceiro órgão, sendo que essa informação poderia ter sido passada em sua primeira busca pelo serviço, sendo ainda que esse tipo de situação pode até desmotivar o sujeito na busca por ajuda. É válido pontuar que em algumas circunstâncias, os profissionais do CAPS também não sabem o que a rede de atenção básica faz, com isso, é possível identificar uma falha na capacitação dos profissionais, que expõem a necessidade de informações mais amplas, de cursos que possam aprimorar e complementar suas capacitações, como um estudo continuado para que toda rede de cuidado possa oferecer um tratamento de forma complementar.

6 CONCLUSÕES

De modo geral, um dos resultados mais impactantes foi a desmistificação causada no próprio objetivo do trabalho e nas concepções dos membros participantes, quando se esperava encontrar resultados concretos sobre "um sujeito esquizofrênico". Porém, no decorrer das entrevistas foi possível perceber que o CID tido como requisito para o trabalho foi o menos importante, uma vez que os entrevistados apresentaram visões de cuidado para além de um sujeito esquizofrênico, considerando não a esquizofrenia, mas sim a pessoa que está sendo cuidada. Isso

explica também a dificuldade desses profissionais de quantificar quantos pacientes com esquizofrenia atendiam por dia, e mostra que mesmo diante de tantas dificuldades encontradas no trabalho, esses profissionais ainda se abrem a possibilidades de vida, de acreditar nas potencialidades que essas pessoas têm no mundo, não se resumindo à um diagnóstico.

Os atendimentos nos CAPS não são pautados ou divididos em grupos por patologias similares, todos os frequentadores são atendidos coletivamente, salva as exceções, respeitando suas limitações e particularidades. Logo os atendimentos são baseados no que os profissionais conhecem do sujeito, por meio de toda convivência inserida no contexto, sejam por atendimentos, grupos, oficinas ou conversas de corredores, e não pelas descrições de um diagnóstico. Algo que merece admiração, pois assim o sujeito não é minimizado a patologia, podendo ser o que se é em essência.

Ficou claro que a atuação desses profissionais se dá muitas vezes em um ambiente pouco estruturado e com escassez de recursos, dessa forma, esses são quase que obrigados a se reinventarem diariamente, durante um processo de desconstrução, reformulando muitas vezes o que se vê durante a graduação, pois é necessário se abrir para o novo, um mundo pouco conhecido para quem vê de fora, e nada cristalizado, com isso, não se pode contar com uma estrutura fechada de trabalho, como muitos esperam ao sair do curso de psicologia.

É válido problematizar que a graduação se dá como um processo de introdução, não rígido e imutável, sendo interessante que a atuação do psicólogo seja renovadora e reflexiva, causando em si e no outro o desejo e a possibilidade de reinventar-se nas mais diversas situações. Toma- se como base, atendimentos muitas vezes improvisados, prevalecendo a necessidade do sujeito no momento solicitado, e não os recursos disponíveis.

Um dos objetivos do presente trabalho foi o de identificar como se dá a atuação do psicólogo no SUS, mesmo diante da complexidade da atuação desse profissional, foi possível identificar e alcançar esses objetivos. Porém, é importante salientar que um dos desafios encontrados para a atuação nas instituições é a falta de preparo de alguns profissionais, que muitas vezes não conhecem o funcionamento do SUS, o que foi mencionado como um problema vindo ainda da graduação. Diante disso, é importante ressaltar como esse problema advém também dos cursos de graduação em psicologia no Brasil, que é voltado mais para a atuação na área clínica, que ainda é a área mais valorizada atualmente, ou seja, a atuação da psicologia voltada para a área da saúde fica em segundo plano, possivelmente apenas para cumprir com conteúdos programáticos, isso é evidenciado ainda nos estágios,

em que uma pequena parte é destinada para atuação dentro do SUS, o que contribui para o fenômeno e dificuldades relatados pelos entrevistados, e que precisa ser exposto para que assim seja repensado dentro de uma perspectiva geral na atuação desses profissionais.

Diante do estudo exposto, foi possível compreender que a atuação do psicólogo no SUS, e respectivamente na saúde mental, vai além de apenas tratar os diagnósticos existentes, o trabalho é amplo, trata-se de oferecer aos usuários possibilidades de enxergar nesses, as suas potencialidades e ajudar os mesmos a encontrarem utilidades para essas, é um trabalho de ressignificação diária, de inquietar-se com o que é tido como normal e comum, de buscar melhorias para além do CAPS, com uma proposta de que todos conheçam e entendam como se dá esse tipo de trabalho.

É importante evidenciar o quanto a atuação do psicólogo da saúde no SUS ainda é desconhecida por muitos, o que causa confusão sobre o entendimento do serviço realizado, em que diversas pessoas acreditam que se trata do mesmo trabalho realizado na área clínica, inclusive chegam a buscar o CAPS com intuito de serem atendidas individualmente, e acompanhadas em processos psicoterápicos, diante dessa demanda, observou-se que nem sempre os profissionais que trabalham no CAPS ou na atenção básica como um todo, conseguem explicar que tipo de trabalho o psicólogo realiza neste espaço, o que evidencia falta de conhecimento dos próprios funcionários, e dificulta a disseminação de informações sobre a atuação do profissional de psicologia.

Esse estudo apresenta como contribuição para a área, uma desconstrução da visão que se tem do psicólogo que atua no SUS, pois estes têm suas práticas voltadas para um contexto biopsicossocial, baseado no estar junto, compreendendo de perto a alteridade da sociedade e como isso tem refletido no adoecimento das pessoas, respeitando o desejo, e usando suas diversas possibilidades para restabelecer a autonomia dos sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes, conectando-os à esperança, a possibilidades de estar no mundo, de estar em vida, lutando cotidianamente pela garantia de direitos, e para que essas pessoas possam ser o que quiserem e que possam ser respeitadas por isso.

A partir dos resultados expostos, é importante se pensar como uma nova linha de investigação, em como se estabelece a formação desses profissionais em nosso país, pois, ficou evidente que uma das dificuldades da atuação no SUS advinham de déficits encontrados ainda na formação acadêmica, já que essa tem suas práticas e atuações em campo pouco voltadas para a saúde pública e para a área social. Ou

seja, muitos profissionais chegam para atuar, porém não tem o conhecimento necessário do que é e como se estabelece o Sistema Único de Saúde, muito menos a Rede de atenção Psicossocial, o que dificulta ainda mais a articulação com a rede e o atendimento nas demanda que os serviços possuem atualmente.

Uma das limitações encontradas para a realização desse estudo, foi a dificuldade de acesso aos profissionais no seu local de trabalho, o que foi justificado pela alta demanda de que esses têm e também pela parte burocrática estabelecida pelo órgão que direciona o funcionamento das instituições, diante dessas limitações foi necessário articular com esses profissionais fora de seus ambientes de trabalho, e mesmo diante desses empecilhos, todos se mostraram solícitos, prestativos e dispostos a contribuir.

Apesar dessas limitações, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados na medida em que se obteve os resultados sociodemográficos e acadêmicos dos entrevistados, o que nos traz uma perspectiva de como se constitui a preparação acadêmica e a prática desses profissionais para o cuidado com sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia, em que a maioria se mostram preparados, exercem um cuidado de forma responsável e com qualidade. Foi possível também verificar onde se constitui os locais de atuação dos psicólogos junto a pacientes esquizofrênicos, em sua maioria se constitui nos CAPS's, ou seja, a atuação desses profissionais é voltado para o cuidado em liberdade, de reinserção social. Outro objetivo alcançado foi a compreensão dos principais desafios da atuação do psicólogo que trabalha com sujeitos esquizofrênicos, neste ponto foram identificados que esses não estão relacionados a técnicas da psicologia ou dificuldades de lidar com essa patologia em si, mas sim a falta de recursos para se exercer a profissão, que está diretamente ligado ao sucateamento do SUS, a falta de profissionais para atender a grande demanda e a falta de informação e instrução de alguns profissionais relacionados ao funcionamento do próprio SUS e da rede de atenção psicossocial.

Portanto, diante dos objetivos propostos para o presente estudo, foi possível compreender qual o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento de pacientes esquizofrênicos no SUS, isso só foi possível através de uma compreensão de como funciona a atenção psicossocial, e através da desconstrução de paradigmas a respeito da profissão e a respeito da própria patologia. Mais especificamente, foi possível compreender também o sujeito com esquizofrenia não mais como um sujeito apenas com esse rótulo, mas sim como um indivíduo inserido no mundo, com uma história de vida, deveres e com direitos. E apenas a partir disso que se é possível olhar para esses indivíduos e pensar em possibilidades de cuidado a partir

da psicologia e das técnicas que ela possui, ou seja, oferecendo a esses sujeitos possibilidades de existir. Foi possível entender que só se pode cuidar de um paciente com esquizofrenia ou em qualquer outra condição, a partir do momento em que se permite conhecer o contexto de vida desses indivíduos e respeitar as suas diversas formas de se colocar no mundo, respeitando suas singularidades e desejos, para que assim possamos usar as técnicas da psicologia e trabalhar as potencialidades desses.

Levando em consideração esses aspectos, fica evidente que este trabalho de conclusão de curso, mais especificamente para avaliação na disciplina Temáticas de pesquisa em Psicologia favoreceram a qualificação técnica, possibilitando conhecer alguns aspectos de natureza psicológica, ajudando a articular conceitos teóricos junto à prática com o levantamento dos dados colhidos, propiciando também o desenvolvimento de raciocínio clínico e desempenho ético profissional.

REFERÊNCIAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **ABP esclarece: Esquizofrenia.** 7 fevereiro, 2014. Disponível em: <https://www.abp.org.br/portal/archive/17204> Acesso em: 1 de mai. 2018.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Ministério da saúde. Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf> Acesso em: 17 de fev. 2019.

ALMEIDA, R; MALAGARIS, L. **A prática da psicologia da saúde.** 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012> Acesso em: 12 de out. 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/> Acesso em: 14 de ago. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM V. 2014. 948 p. 102. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> Acesso em: 01 de mai. 2018.

BAPTISTA, T; SIMON, A. **O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil.** 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100016> Acesso em: 02 de out. 2019.

BARROSO, S; SILVA, M. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008> . 23 de set. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois

de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> Acesso em: 25 de ago. 2019.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26 de out. 2019.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 12 de out. 2019.

CINTRA, M.; BERNARDO, M. **A atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>. Acesso em: 06 de set. 2018.

COSTA, L.; FERNANDES, C; MACÊDO, T. **Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: Estudo explanatório**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a12v18n4.pdf>. Acesso em: 29 de set. 2019.

DATA SUS, **F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes**. 2018. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm>. Acesso em: 06 de set. 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

GALVAN, Gabriela Bruno. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 05 de set. 2019.

GUNTHER. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2> Acesso em: 26 de set. 2018.

MARI, Jair J; LEITÃO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 15-17, May 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

MAYNART, Willams Henrique da Costa *et al*. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, agosto. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Dicas em Saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> Acesso em: 25 de ago. 2019.

MOREIRA, J; ROMAGNOLI, R; NEVES, E. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde.** 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004> Acesso em: 12 de out. 2019.

NETO, J. **A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses.** 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n2/v30n2a13.pdf. >. Acesso em: 07 de abr. 2018.

NETO, M. **Prof. Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto**. **Doenças: Esquizofrenia,** Psiquiatria-Psicanálise. 2010. Disponível em : <http://www.saudemental.net/o_que_e_esquizofrenia.htm >. Acesso em: 07 de abr. 2018.

PINHO, L. M. G. **Esquizofrenia: eficácia de um programa de psicoeducação com familiares** 2013. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/12810> Acesso em: 11 de out. 2018

RANGEL, B.; SANTOS, A. **Aspectos Genéticos da Esquizofrenia Revisão de Literatura.** Vol. 16., n. 3., p. 27-31. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1477/1090> Acesso em: 10 de abr. 2018.

RESOLUÇÃO Nº 583, DE 09 DE MAIO DE 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso583.pdf>. Acesso em: 11 de out. 2019.

REY, G. F. L. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Thompson Learning, 2005.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, Junho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de out. 2019.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicol. USP, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 15 de mai. 2018.

SIQUEIRA, E. **"É um retrocesso de 30 anos na saúde mental", crítica do presidente do CNDH**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2019. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>. Acesso em: 27 de set. 2019.

TRABUCO, K.; SANTOS, D. **Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: Os movimentos sociais e a conquista de direitos.** 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

ZANINI, M. **Psicoterapia na esquizofrenia.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.1 São Paulo May 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500016> Acesso em: 25 de set. 2018.

ZAMPIVA, C.; SANTOS, L. **Saúde Mental no Sistema Único de saúde: Uma Revisão Teórica.** Copyright@. 2013. Disponível em: <http://campusaraguatins.ifto.edu.br/portal/saude/index.php/artigos/111-saude-mental-no-sistema-unico-de-saude-uma-revisao-teorica> Acesso em: 10 de abr. 2018.

07 | CAPÍTULO

IMPACTO DO USO DE AGONISTAS DO RECEPTOR DE GLP-1 SOBRE A MASSA MUSCULAR, COMPOSIÇÃO CORPORAL E DESEMPENHO FÍSICO: EVIDÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO

Luiz Fernando Jun Aoyagi

RESUMO

INTRODUÇÃO: A epidemia global da obesidade tem impulsionado transformações substanciais nas abordagens farmacoterapêuticas voltadas ao manejo do peso corporal e das alterações cardiometabólicas associadas. Nos últimos anos, os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1 RA), como a liraglutida e a semaglutida, consolidaram-se como pilares centrais no tratamento da obesidade devido à sua expressiva capacidade de induzir saciedade central, retardar o esvaziamento gástrico e promover perdas ponderais de magnitude sem precedentes (WILDING et al., 2021). Todavia, a redução substancial do peso corporal decorrente da severa restrição calórica voluntária desperta crescente preocupação clínica quanto às alterações qualitativas na composição corporal. Estudos recentes apontam que parcelas significativas do peso eliminado durante intervenções baseadas exclusivamente em análogos de GLP-1 podem ser atribuídas à massa livre de gordura (FFM), levantando alertas fundamentados sobre o risco potencial de sarcopenia secundária, declínio da taxa metabólica basal e prejuízos no rendimento funcional e neuromuscular de indivíduos tratados (SARGEANT et al., 2019). **OBJETIVO**: Este capítulo tem como objetivo analisar de forma crítica o impacto do uso de agonistas do receptor de GLP-1 sobre a composição corporal, com foco direcionado na massa muscular e no desempenho físico. **DESENVOLVIMENTO**: A análise da cinética da composição corporal durante o tratamento medicamentoso revela que a perda de peso promovida por agonistas do receptor de GLP-1 é acompanhada por uma redução proporcional de massa magra que fre-

quentemente varia entre 20% e 40% do total de massa corporal eliminada, conforme avaliado por absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA) em grandes ensaios clínicos (WILDING et al., 2021). Embora essa proporção seja fisiologicamente esperada em qualquer protocolo de emagrecimento induzido por restrição energética acentuada, a rapidez com que o déficit calórico se instala e o perfil anoréxico gerado pelo fármaco podem acelerar a perda de proteínas contráteis e água intracelular, caso não haja estímulo mecânico adequado para manter a sinalização da via mTORC1 no miócito (CAVA; YEAT; MITTENDORFER, 2017). Essa redução da musculatura esquelética acarreta prejuízos diretos na potência muscular e no metabolismo periférico de glicose, visto que o tecido muscular é o principal sítio de captação e depuração glicêmica mediada por insulina, de modo que a preservação muscular se estabelece como determinante de longevidade funcional. **CONCLUSÃO**: Em síntese, os agonistas do receptor de GLP-1 configuram ferramentas terapêuticas de notável eficácia na redução da adiposidade e controle metabólico, porém a sua administração isolada acarreta perda concomitante de massa livre de gordura que pode comprometer a funcionalidade e a taxa metabólica do paciente. Conforme demonstrado por evidências clínicas rigorosas, a associação sinérgica entre a farmacoterapia incretínica, o treinamento físico estruturado — com destaque para os exercícios resistidos — e a orientação nutricional individualizada constitui a conduta padrão-ouro indispensável para atenuar o risco de sarcopenia secundária, assegurar a integridade do desempenho físico e consolidar um emagrecimento sustentável e qualitativamente saudável.

REFERÊNCIAS

CAVA, E.; YEAT, N. C.; MITTENDORFER, B. Preserving healthy muscle during weight loss. Advances in Nutrition, Bethesda, v. 8, n. 3, p. 511-519, 2017. DOI: https://doi.org/10.3945/an.116.014506.

LUNDGREN, J. R. et al. Healthy weight loss maintenance with exercise, liraglutide, or both combined. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 384, n. 18, p. 1719-1730, 2021. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2028198.

SARGEANT, J. A. et al. The role of exercise in mitigating muscle loss during calorie restriction and incretin-based therapy for obesity. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Chevy Chase, v. 104, n. 11, p. 5211-5222, 2019. DOI: https://doi.org/10.1210/jc.2019-00623.

WILDING, J. P. H. et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 384, n. 11, p. 989-1002, 2021. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183.

08 | CAPÍTULO

DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS JOVENS: FATORES DE RISCO E TRATAMENTO

Allison De Souza Cortes Real

RESUMO

INTRODUÇÃO: A disfunção erétil (DE), definida pela dificuldade persistente de obter ou manter ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória, também acomete homens com menos de 40 anos. Nessa faixa etária, atribuir a queixa exclusivamente à ansiedade pode retardar a identificação de alterações cardiometabólicas e hormonais. A literatura descreve mecanismos orgânicos e psicogênicos frequentemente concomitantes, com repercussões na qualidade de vida e nos relacionamentos. Assim, a questão clínica não é escolher antecipadamente uma origem, mas reconhecer os fatores predominantes para orientar uma avaliação integral e um tratamento proporcional às necessidades do paciente. **OBJETIVO:** Este capítulo tem como objetivo discutir os principais fatores psicogênicos e metabólicos associados à DE em homens jovens. **DESENVOLVIMENTO:** A ansiedade de desempenho, sintomas depressivos, estresse e dificuldades relacionais podem contribuir para o início ou a manutenção da DE; por outro lado, episódios de falha erétil também podem intensificar a ansiedade, formando um ciclo de antecipação negativa. Esses componentes não excluem etiologias orgânicas. Obesidade, diabetes, dislipidemia e hipertensão associam-se à disfunção endotelial e à redução da função erétil, enquanto tabagismo, sedentarismo, uso de substâncias e determinados medicamentos podem agravar o quadro. A distinção rígida entre "psicogênico" e "orgânico" é, portanto, limitada: as diretrizes europeias destacam que muitos casos apresentam etiologia mista. A investigação começa com escuta sem julgamentos e história sexual e médica, incluindo início e circunstâncias da dificuldade, ereções espontâneas, desejo, saúde mental, medicamentos e hábitos de vida. Questionários validados podem auxiliar na avaliação da gravidade, sem substituir a entrevista. O exame físico deve contemplar pressão arterial, adiposi-

dade e sinais vasculares, genitais ou endócrinos. Conforme as diretrizes, a avaliação laboratorial básica inclui glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, perfil lipídico e testosterona total matinal; exames adicionais dependem dos achados clínicos. Avaliar risco cardiovascular é relevante mesmo quando o paciente é jovem, pois a DE pode sinalizar fatores de risco ainda não diagnosticados. O tratamento deve combinar educação sexual, abordagem dos fatores modificáveis e decisão compartilhada. Atividade física, controle de peso e de doenças metabólicas e cessação do tabagismo integram o cuidado; quando houver sofrimento psíquico ou dificuldades relacionais, o aconselhamento psicossexual ou a psicoterapia podem complementar a conduta médica. Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 são opções farmacológicas eficazes, após avaliação individual e orientação de uso; sua associação a nitratos é contraindicada pelo risco de hipotensão. A prescrição não substitui a investigação da causa, e a reposição de testosterona não deve ser adotada empiricamente, sobretudo em homens com planos reprodutivos. Persistência dos sintomas ou suspeita de alteração vascular específica justificam avaliação especializada e eventual investigação complementar. **CONCLUSÃO:** A DE em homens jovens exige abordagem clínica que ultrapasse a oposição entre causas psicológicas e metabólicas. A investigação cuidadosa permite identificar fatores potencialmente reversíveis e condições cardiometabólicas concomitantes, enquanto o tratamento individualizado articula mudanças de estilo de vida, apoio psicossexual e farmacoterapia quando indicada. Evitar tanto a medicalização automática quanto a atribuição precipitada da queixa à ansiedade favorece um cuidado urológico mais seguro e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Management of erectile dysfunction. In: EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem: EAU, 2026. Disponível em: https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/management-of-erectile-dysfunction. Acesso em: 14 out. 2026.

SAFA, Ali; WAKED, Chady. Erectile dysfunction in young adults: a narrative review. Cureus, v. 17, n. 8, e89918, 2025. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.89918. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12349891/. Acesso em: 14 out. 2026.

09 | CAPÍTULO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM ADULTOS JOVENS: EPIDEMIOLOGIA, FATORES DE RISCO E ETIOLOGIAS

José Vitor Sousa Ferreira

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) é tradicionalmente associado ao envelhecimento, mas sua ocorrência em adultos jovens, de 18 a 50 anos, vem aumentando em países desenvolvidos e em desenvolvimento (BOOT *et al*., 2020). Como esses pacientes têm longa expectativa de vida após o evento, as sequelas geram impacto prolongado sobre a funcionalidade, a vida produtiva e os sistemas de saúde. Além disso, o AVC no jovem é mais heterogêneo que no idoso quanto às causas, e esse grupo raramente é incluído em ensaios clínicos, o que limita as recomendações específicas de manejo (EKKER *et al*., 2018). **OBJETIVO:** Analisar as evidências sobre a epidemiologia, os fatores de risco e as principais etiologias do AVC isquêmico em adultos jovens. **MÉTODO:** Trata-se de revisão narrativa da literatura. Foram selecionados, por pertinência temática, estudos de coorte, estudos populacionais e revisões publicados entre 2009 e 2025. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Nos Estados Unidos, as hospitalizações por AVC isquêmico quase dobraram entre homens de 18 a 44 anos desde 1995, acompanhadas do aumento da prevalência de hipertensão, dislipidemia, diabetes, tabagismo e obesidade (GEORGE; TONG; BOWMAN, 2017). Estudos populacionais documentaram crescimento semelhante em países de média renda, incluindo aumento de 35% na incidência em Joinville, no Brasil; parte dos casos, porém, ocorre sem fatores de risco tradicionais, o que sugere a contribuição de fatores emergentes, como poluição do ar, estresse psicossocial e uso de drogas ilícitas (NEHME; LI, 2025). No registro de Helsinque, com 1.008 pacientes de 15 a 49 anos, os fatores de risco mais frequentes foram dislipidemia (60%), tabagismo (44%) e hipertensão (39%); as etiologias mais comuns foram cardioembolia (20%) e dissecção arterial cervicocefálica (15%), e um terço dos casos permaneceu com causa indeterminada

(PUTAALA *et al.*, 2009). Avanços recentes têm permitido identificar subgrupos de risco elevado, como os portadores de forame oval patente (EKKER *et al.*, 2018). **CONCLUSÃO:** O AVC isquêmico em adultos jovens é um problema crescente, com etiologias diversas e expressiva proporção de casos sem causa definida. A prevenção depende do controle precoce dos fatores de risco tradicionais e da investigação dos emergentes, enquanto a ausência de diretrizes específicas para essa população reforça a necessidade de estudos dirigidos ao seu manejo e prognóstico.

REFERÊNCIAS

BOOT, E. *et al.* Ischaemic stroke in young adults: a global perspective. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 91, n. 4, p. 411-417, 2020. DOI: 10.1136/jnnp-2019-322424.

EKKER, M. S. *et al.* Epidemiology, aetiology, and management of ischaemic stroke in young adults. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 9, p. 790-801, 2018. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30233-3.

GEORGE, M. G.; TONG, X.; BOWMAN, B. A. Prevalence of cardiovascular risk factors and strokes in younger adults. **JAMA Neurology**, v. 74, n. 6, p. 695-703, 2017. DOI: 10.1001/jamaneurol.2017.0020.

NEHME, A.; LI, L. The rising incidence of stroke in the young: epidemiology, causes and global impact. **International Journal of Stroke**, v. 21, n. 1, p. 14-23, 2025. DOI: 10.1177/17474930251362583.

PUTAALA, J. *et al.* Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry. **Stroke**, v. 40, n. 4, p. 1195-1203, 2009. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.529883.

10 | CAPÍTULO

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PREVISÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

João Lucas Watrin Braga

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os serviços de emergência concentram pacientes de alta complexidade, sob superlotação e recursos limitados, o que favorece a deterioração clínica não reconhecida; cerca de 10% das paradas cardíacas intra-hospitalares ocorrem nesse setor (MITCHELL; EDELSON; ABELLA, 2020). Sistemas convencionais de triagem dependem de avaliação subjetiva e discriminam mal o risco, sobretudo nos níveis intermediários. Modelos de inteligência artificial (IA), alimentados por dados rotineiros, como sinais vitais, queixa principal e comorbidades, surgem como alternativa para a estratificação precoce de risco (BIESHEUVEL; DONGELMANS; ELBERS, 2024). **OBJETIVO:** Analisar as evidências sobre o desempenho, os benefícios e as limitações dos modelos de IA na previsão de deterioração clínica em pacientes atendidos em serviços de emergência. **MÉTODO:** Trata-se de revisão narrativa da literatura, com busca na base PubMed. Foram selecionados, por pertinência temática, estudos originais, revisões sistemáticas e revisões narrativas publicados entre 2017 e 2025. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Em estudo multicêntrico com 172.726 atendimentos, a triagem eletrônica baseada em floresta aleatória obteve áreas sob a curva (AUC) entre 0,73 e 0,92 e reclassificou mais de 10% dos pacientes do nível 3 do Emergency Severity Index que apresentavam maior risco de cuidados críticos (LEVIN *et al.*, 2018). Com dados nacionais norte-americanos, uma rede neural profunda alcançou AUC de 0,86 na previsão de desfecho crítico, contra 0,74 do modelo de referência (RAITA *et al.*, 2019). Revisão sistemática com 26 estudos confirmou a superioridade frequente dos modelos de aprendizado de máquina sobre ferramentas tradicionais, ressaltando a escassez de ensaios prospectivos (EL ARAB; AL MOOSA, 2025). No ambiente hospitalar, um sistema automatizado de alerta associou-se à redução da mortalidade em 30 dias

(ESCOBAR *et al.*, 2020); em contrapartida, a validação externa de um modelo comercial de sepse revelou discriminação fraca (AUC de 0,63) e elevada carga de alertas (WONG *et al.*, 2021). **CONCLUSÃO:** A IA demonstra potencial para antecipar a deterioração clínica e qualificar a triagem nos serviços de emergência, superando os escores convencionais em estudos retrospectivos. Sua incorporação segura, contudo, exige validação externa e prospectiva, integração ao prontuário eletrônico, transparência dos algoritmos e monitoramento contínuo do desempenho em cada contexto assistencial.

REFERÊNCIAS

BIESHEUVEL, L. A.; DONGELMANS, D. A.; ELBERS, P. W. G. Artificial intelligence to advance acute and intensive care medicine. **Current Opinion in Critical Care**, v. 30, n. 3, p. 246-250, 2024. DOI: 10.1097/MCC.0000000000001150.

EL ARAB, R. A.; AL MOOSA, O. A. The role of AI in emergency department triage: an integrative systematic review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 89, p. 104058, 2025. DOI: 10.1016/j.iccn.2025.104058.

ESCOBAR, G. J. *et al.* Automated identification of adults at risk for in-hospital clinical deterioration. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 20, p. 1951-1960, 2020. DOI: 10.1056/NEJMsa2001090.

LEVIN, S. *et al.* Machine-learning-based electronic triage more accurately differentiates patients with respect to clinical outcomes compared with the Emergency Severity Index. **Annals of Emergency Medicine**, v. 71, n. 5, p. 565-574.e2, 2018. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2017.08.005.

MITCHELL, O. J. L.; EDELSON, D. P.; ABELLA, B. S. Predicting cardiac arrest in the emergency department. **Journal of the American College of Emergency Physicians Open**, v. 1, n. 4, p. 321-326, 2020. DOI: 10.1002/emp2.12015.

RAITA, Y. *et al.* Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. **Critical Care**, v. 23, n. 1, p. 64, 2019. DOI: 10.1186/s13054-019-2351-7.

WONG, A. *et al.* External validation of a widely implemented proprietary sepsis prediction model in hospitalized patients. **JAMA Internal Medicine**, v. 181, n. 8, p. 1065-1070, 2021. DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.2626.

11 | CAPÍTULO

SEGURANÇA CLÍNICO-CIRÚRGICA E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS INJETÁVEIS MINIMAMENTE INVASIVOS

Eduardo Patrik Dimas Oliveira
Gabriela Reginato Prates Martins
Tiago Picolo Fernandes
Leony Carneiro Nunes

RESUMO

Introdução: Os procedimentos estéticos injetáveis minimamente invasivos, em especial a aplicação de toxina botulínica tipo A e de preenchedores dérmicos à base de ácido hialurônico, estão entre as intervenções mais realizadas na prática estética contemporânea. A expansão de sua utilização tem sido acompanhada pelo aumento dos relatos de eventos adversos, dos quais os mais graves são de natureza vascular (BELEZNAY et al., 2015). Em estudos clínicos com toxina botulínica, os eventos relacionados ao tratamento incluíram blefaroptose (2,5%), ptose de supercílio (3,1%) e distúrbios sensoriais oculares (3%) no terço superior da face, além de assimetrias labiais no terço inferior (6,9%), todos com resolução espontânea (CAVALLINI et al., 2014). Quanto aos preenchedores de ácido hialurônico, a maioria das reações é leve e transitória; entretanto, podem ocorrer complicações precoces, como comprometimento vascular, reações inflamatórias e posicionamento inadequado do produto, e tardias, como nódulos, granulomas e discromias (SIGNORINI et al., 2016). A perda visual configura a complicação mais devastadora: entre 2015 e 2018 foram descritos 48 novos casos na literatura, 81,3% deles associados ao ácido hialurônico, com recuperação visual completa em apenas 20,8% (BELEZNAY et al., 2019). Diante desse cenário, torna-se essencial sistematizar o conhecimento sobre segurança, prevenção e manejo dessas intercorrências.

Objetivo: Analisar as evidências científicas sobre a segurança clínico-cirúrgica e as complicações associadas aos procedimentos estéticos injetáveis minimamente invasivos, com ênfase nas estratégias de prevenção, reconhecimento precoce e manejo.

Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
Conclusão: Os procedimentos estéticos injetáveis apresentam perfil de segurança favorável, com predomínio de eventos adversos leves e transitórios; contudo, as complicações vasculares, embora raras, podem resultar em necrose cutânea, perda visual e sequelas irreversíveis (SIGNORINI et al., 2016; BELEZNAY et al., 2019). A maior parte das intercorrências pode ser evitada mediante planejamento adequado, conhecimento detalhado da anatomia facial, seleção criteriosa do paciente e do produto e emprego de técnica apropriada, devendo o profissional estar preparado e dispor dos recursos necessários para o tratamento imediato (SIGNORINI et al., 2016). Na oclusão vascular com ameaça à integridade cutânea, a hialuronidase em altas doses e de forma pulsátil constitui a base terapêutica, associada a medidas adjuvantes aplicadas de forma escalonada (LOYAL et al., 2022). Já nos casos de cegueira, nenhuma estratégia demonstrou sucesso consistente, o que reforça a prevenção como principal medida de segurança (BELEZNAY et al., 2019). Assim, a capacitação técnica dos profissionais e a adoção de protocolos estruturados de atendimento às intercorrências são indispensáveis para a prática segura desses procedimentos.

Palavras-chave: Toxinas Botulínicas Tipo A; Ácido Hialurônico; Preenchedores Dérmicos; Técnicas Cosméticas; Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

BELEZNAY, K. et al. Avoiding and treating blindness from fillers: a review of the world literature. **Dermatologic Surgery**, v. 41, n. 10, p. 1097-1117, 2015. DOI: 10.1097/DSS.0000000000000486.

BELEZNAY, K. et al. Update on avoiding and treating blindness from fillers: a recent review of the world literature. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 39, n. 6, p. 662-674, 2019. DOI: 10.1093/asj/sjz053.

CAVALLINI, M. et al. Safety of botulinum toxin A in aesthetic treatments: a systematic review of clinical studies. **Dermatologic Surgery**, v. 40, n. 5, p. 525-536, 2014. DOI: 10.1111/dsu.12463.

LOYAL, J. et al. Cutaneous vascular compromise and resolution of skin barrier breakdown after dermal filler occlusion: implementation of evidence-based recommendations into real-world clinical practice. **Dermatologic Surgery**, v. 48, n. 6, p. 659-663, 2022. DOI: 10.1097/DSS.0000000000003452.

SIGNORINI, M. et al. Global aesthetics consensus: avoidance and management of complications from hyaluronic acid fillers – evidence- and opinion-based review and consensus recommendations. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 137, n. 6, p. 961e-971e, 2016. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002184.

12 | CAPÍTULO

ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA SÍNDROME DO OLHO SECO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bruna Tífani Bitzcof
Alessandra Almeida Rocha
Beatriz Loureiro Nobis
Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Tiago Picolo Fernandes

RESUMO

Introdução: A síndrome do olho seco, atualmente denominada doença do olho seco (DOS), é uma condição multifatorial e sintomática caracterizada pela perda da homeostase do filme lacrimal e/ou da superfície ocular, na qual a instabilidade e a hiperosmolaridade lacrimal, a inflamação e o dano da superfície ocular e as anormalidades neurossensoriais atuam como fatores etiológicos (WOLFFSOHN *et al.*, 2025). Sua prevalência varia de 5% a 50% entre as populações estudadas, aumenta com a idade e é mais elevada em mulheres, com impacto expressivo sobre a visão, a qualidade de vida e a produtividade laboral (STAPLETON et al., 2017). Do ponto de vista fisiopatológico, as formas por deficiência aquosa e evaporativa são compreendidas como um continuum, e a disfunção das glândulas de Meibômio destaca-se como contribuinte central do quadro (CRAIG et al., 2017; STAPLETON et al., 2025). Além disso, fatores de risco ambientais, sistêmicos, comportamentais e iatrogênicos, como o uso de medicamentos, de lentes de contato e a realização de procedimentos cirúrgicos, ampliaram o espectro de pacientes acometidos (STAPLETON et al., 2025). Diante da diversidade de recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e da heterogeneidade das evidências que os sustentam, torna-se relevante sintetizar criticamente a abordagem clínica atual da doença. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão sistemática da literatura, as evidências científicas disponíveis sobre a abordagem clínica, incluindo diagnóstico e classificação, e as estratégias terapêuticas da síndrome do olho seco. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. As buscas foram realizadas nas

bases de dados, PubMed, Lilacs e Scielo. **Conclusão:** A abordagem clínica da síndrome do olho seco deve partir de um diagnóstico padronizado, que associe o rastreamento de sintomas por questionário validado à identificação de ao menos um sinal clínico, como redução do tempo de ruptura lacrimal não invasivo, hiperosmolaridade lacrimal ou coloração da superfície ocular, seguido da subclassificação dos fatores etiológicos envolvidos (WOLFFSOHN et al., 2025). O tratamento deve ser escalonado e direcionado ao subtipo da doença: os lubrificantes oculares permanecem como base terapêutica; a disfunção das glândulas de Meibômio requer compressas mornas, higiene palpebral e terapias em consultório, como a luz intensa pulsada; quadros com componente inflamatório beneficiam-se de corticosteroides tópicos, imunomoduladores e substitutos lacrimais biológicos, como soro autólogo e plasma rico em plaquetas; e as intervenções cirúrgicas ficam reservadas a casos graves ou refratários (JONES et al., 2017; JONES et al., 2025). Modificações ambientais e de estilo de vida, educação do paciente e adesão terapêutica são fundamentais para o controle a longo prazo. Persistem, entretanto, lacunas de evidência de alto nível para diversas terapias, o que reforça a necessidade de ensaios clínicos com desenhos e desfechos alinhados aos subtipos da doença (JONES et al., 2017; STAPLETON et al., 2025).

Palavras-chave: Síndromes do Olho Seco; Lágrimas; Diagnóstico; Terapêutica; Revisão Sistemática.

REFERÊNCIAS

CRAIG, J. P. et al. TFOS DEWS II definition and classification report. **The Ocular Surface**, v. 15, n. 3, p. 276-283, 2017. DOI: 10.1016/j.jtos.2017.05.008.

JONES, L. et al. TFOS DEWS II management and therapy report. **The Ocular Surface**, v. 15, n. 3, p. 575-628, 2017. DOI: 10.1016/j.jtos.2017.05.006.

JONES, L. et al. TFOS DEWS III: management and therapy. **American Journal of Ophthalmology**, v. 279, p. 289-386, 2025. DOI: 10.1016/j.ajo.2025.05.039.

STAPLETON, F. et al. TFOS DEWS II epidemiology report. **The Ocular Surface**, v. 15, n. 3, p. 334-365, 2017. DOI: 10.1016/j.jtos.2017.05.003.

STAPLETON, F. et al. TFOS DEWS III: digest. **American Journal of Ophthalmology**, v. 279, p. 451-553, 2025. DOI: 10.1016/j.ajo.2025.05.040.

WOLFFSOHN, J. S. et al. TFOS DEWS III: diagnostic methodology. **American Journal of Ophthalmology**, v. 279, p. 387-450, 2025. DOI: 10.1016/j.ajo.2025.05.033.

13 | CAPÍTULO

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM MENINAS

Erik Nobuyoshi Ishida
Giovanna Sousa Fazzolari
Gabriela Stephanie Piera Zuniga Marchant
Malu Assis Mandetta
Raquel da Silva Rogaciano Ferreira

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Historicamente descrito e estudado sobretudo em meninos, o TEA é diagnosticado com maior frequência no sexo masculino. Entretanto, evidências crescentes sugerem que parte dessa diferença decorre do subdiagnóstico em meninas, cuja apresentação clínica pode diferir do perfil tradicionalmente descrito e passar despercebida por profissionais, familiares e educadores. **Objetivo:** Analisar, por meio da literatura, as particularidades da apresentação clínica do TEA em meninas, os fatores associados ao subdiagnóstico e ao diagnóstico tardio e suas implicações para a prática clínica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em revisões sistemáticas, metanálises e revisões narrativas sobre diferenças de sexo e gênero na apresentação, no reconhecimento e no diagnóstico do TEA. **Resultados e Discussão:** Metanálise de 54 estudos de prevalência, com mais de 13 milhões de participantes, estimou que a razão entre meninos e meninas com TEA é mais próxima de 3:1 do que da proporção de 4:1 frequentemente citada. A razão foi menor nos estudos de maior qualidade e nos que rastrearam a população geral, o que sugere viés diagnóstico de gênero e maior risco de meninas que preenchem critérios para TEA não receberem diagnóstico clínico (LOOMES; HULL; MANDY, 2017). Revisão sistemática com metanálise identificou diferenças fenotípicas entre os sexos e maior uso de estratégias de camuflagem, como compensação e mascaramento, pelo sexo feminino, reforçando a

hipótese de um viés dos procedimentos diagnósticos em favor do perfil masculino e a importância de considerar um possível fenótipo feminino do autismo (CRUZ et al., 2025). A camuflagem corresponde ao uso de estratégias para ocultar as diferenças e dificuldades autísticas no convívio social; embora também ocorra no sexo masculino, apresenta diferenças entre os sexos e associa-se a pior saúde mental (COOK et al., 2021). Revisão guarda-chuva recente, por sua vez, não encontrou evidência conclusiva de diferenças de sexo ou gênero na comunicação social, mas observou menos comportamentos restritos e repetitivos e maior capacidade de camuflagem em mulheres autistas, ressaltando a necessidade de estudos com amostras mais equilibradas (GUNDESLIOGLU et al., 2026). Essas características podem retardar o reconhecimento do TEA no sexo feminino. Na avaliação diagnóstica de adultos, a literatura recomenda investigar a possibilidade de diagnósticos equivocados, especialmente em mulheres, considerando a sobreposição com ansiedade, depressão e outras condições psiquiátricas (LAI; BARON-COHEN, 2015). **Considerações Finais:** O TEA em meninas permanece subdiagnosticado, em parte devido a instrumentos e critérios baseados predominantemente no perfil masculino e ao uso de estratégias de camuflagem. A capacitação de profissionais de saúde e educação, a atenção a apresentações menos típicas e a avaliação cuidadosa de comorbidades são fundamentais para o diagnóstico precoce, o acesso a intervenções adequadas e a redução do sofrimento psíquico associado ao diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Caracteres Sexuais; Diagnóstico Tardio.

REFERÊNCIAS

COOK, J. et al. Camouflaging in autism: a systematic review. **Clinical Psychology Review**, [s. l.], v. 89, 102080, 2021. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102080.

CRUZ, S. et al. Is there a bias towards males in the diagnosis of autism? A systematic review and meta-analysis. **Neuropsychology Review**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 153-176, 2025. DOI: 10.1007/s11065-023-09630-2.

GUNDESLIOGLU, H. et al. Are there sex or gender differences in autistic characteristics? An umbrella systematic review. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [s. l.], 2026. Publicação on-line antecipada. DOI: 10.1007/s10803-026-07484-0.

LAI, M.-C.; BARON-COHEN, S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 2, n. 11, p. 1013-1027, 2015. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00277-1.

LOOMES, R.; HULL, L.; MANDY, W. P. L. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [s. l.], v. 56, n. 6, p. 466-474, 2017. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.

14 | CAPÍTULO

TEMPO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Mariana Bertucco Bazan
Leony Carneiro Nunes
Alessandra Almeida Rocha
Igor Wilke Dalla Rosa

RESUMO

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a extensão da lesão encefálica aumenta progressivamente enquanto a oclusão arterial persiste. Estima-se que, em um AVC isquêmico típico de grande vaso não tratado, cerca de 1,9 milhão de neurônios sejam perdidos a cada minuto, o que fundamenta o conceito de que "tempo é cérebro" (SAVER, 2006). Por isso, a rapidez no reconhecimento dos sintomas, no transporte, na avaliação diagnóstica e no início da terapia de reperfusão é determinante para o prognóstico.**Objetivo:** Analisar, por meio da literatura, a relação entre o tempo de atendimento e os desfechos clínicos no AVC isquêmico agudo, com ênfase nas janelas terapêuticas da trombólise intravenosa e da trombectomia mecânica e na organização dos sistemas de atendimento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em diretrizes clínicas, ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões sobre o tempo de atendimento e as terapias de reperfusão no AVC isquêmico agudo. **Resultados e Discussão:** Metanálise com dados individuais de 6.756 pacientes de nove ensaios clínicos randomizados demonstrou que a alteplase intravenosa aumenta a chance de desfecho funcional favorável quando administrada em até 4,5 horas do início dos sintomas, com benefício proporcionalmente maior quanto mais precoce o tratamento: a razão de chances foi de 1,75 no tratamento em até 3 horas, 1,26 entre 3 e 4,5 horas e sem benefício significativo após 4,5 horas (EMBERSON et al., 2014). Na trombectomia mecânica para oclusão de grandes vasos, metanálise de cinco ensaios randomizados com 1.287 pacientes mostrou que o benefício diminui com o atraso até a punção arterial e deixa de ser significativo após cerca de 7,3 horas nos pacientes

selecionados por critérios convencionais; entre os que obtiveram reperfusão, cada hora de atraso associou-se a maior incapacidade e menor independência funcional (SAVER et al., 2016). Por outro lado, o ensaio DAWN demonstrou benefício da trombectomia realizada entre 6 e 24 horas em pacientes selecionados por discrepância entre a gravidade clínica e o volume do infarto, com independência funcional em 49% dos pacientes tratados, contra 13% no grupo controle (NOGUEIRA et al., 2018). Esses achados indicam que a seleção por neuroimagem ampliou a janela terapêutica para parte dos pacientes, sem eliminar a importância do tratamento precoce. As diretrizes da American Heart Association/American Stroke Association reforçam a organização de sistemas de atendimento ao AVC nos âmbitos pré-hospitalar e hospitalar (POWERS et al., 2019). No Brasil, a implementação das terapias de reperfusão no sistema público de saúde depende de serviços estruturados, capazes de reduzir atrasos em todas as etapas do atendimento (MARTINS et al., 2023).**Considerações Finais:** O tempo entre o início dos sintomas e a reperfusão é um dos principais determinantes do prognóstico no isquêmico. A redução dos atrasos exige reconhecimento precoce pela população, atendimento pré-hospitalar ágil, protocolos hospitalares integrados, acesso à neuroimagem e redes regionais capazes de oferecer trombólise e trombectomia em tempo oportuno.

Palavras-chave: AVC Isquêmico; Tempo para o Tratamento; Terapia Trombolítica; Trombectomia.

REFERÊNCIAS

EMBERSON, J. et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. **The Lancet**, London, v. 384, n. 9958, p. 1929-1935, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60584-5.

MARTINS, S. C. O. et al. Reperfusion therapy for acute ischemic stroke: where are we in 2023? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 81, n. 12, p. 1030-1039, 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1777721.

NOGUEIRA, R. G. et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 378, n. 1, p. 11-21, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1706442.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. **Stroke**, Dallas, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.

SAVER, J. L. Time is brain—quantified. **Stroke**, Dallas, v. 37, n. 1, p. 263-266, 2006. DOI: 10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.

SAVER, J. L. et al. Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. **JAMA**, Chicago, v. 316, n. 12, p. 1279-1288, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.13647.

15 | CAPÍTULO

TELEMEDICINA E SAÚDE DIGITAL: REGULAMENTAÇÃO, DESAFIOS ÉTICOS E IMPACTO CLÍNICO

Luiz Fernando Jun Aoyagi
Gabriel Mendes Nascimento
Tiago Picolo Fernandes
Gabriela Stephanie Piera Zuniga Marchant
Aline Soares da Silva

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas exigem acompanhamento contínuo, adesão terapêutica e monitoramento frequente de parâmetros clínicos, o que impõe desafios de acesso e de continuidade do cuidado. Nesse cenário, a telemedicina e a saúde digital ganharam relevância, sobretudo após a expansão do atendimento remoto durante a pandemia de COVID-19. No Brasil, a prática foi regulamentada pela Resolução CFM nº 2.314/2022, que define a telemedicina como o exercício da medicina mediado por tecnologias digitais, de informação e de comunicação, e pela Lei nº 14.510/2022, que autoriza e disciplina a telessaúde em todo o território nacional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022; BRASIL, 2022). **Objetivo:** Analisar a regulamentação da telemedicina no Brasil, discutir os desafios éticos de sua prática e examinar as evidências sobre seu impacto clínico no manejo das doenças crônicas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada na legislação federal, em normativas do Conselho Federal de Medicina e em publicações científicas sobre a aplicação da telemedicina às doenças crônicas, com prioridade para revisões sistemáticas e metanálises. **Resultados e Discussão:** A Lei nº 14.510/2022 condiciona a telessaúde ao consentimento livre e esclarecido do paciente, mantém a responsabilidade do profissional, assegura sua autonomia para optar pelo atendimento presencial e exige a observância da Lei Geral de Proteção de Dados, do Marco Civil da Internet, do Código de Defesa do Consumidor e da Lei do Prontuário Eletrônico (BRASIL, 2022). A Resolução CFM nº 2.314/2022, por sua vez, exige o registro do atendimento em prontuário e reconhece que a telemedicina não substitui o atendimento presencial (CONSELHO FEDERAL DE

MEDICINA, 2022). Entre os desafios éticos destacam-se o consentimento informado, o sigilo e a proteção de dados sensíveis, a segurança da informação, as limitações do exame físico, a definição de responsabilidades e a desigualdade no acesso digital. Quanto ao impacto clínico, revisão Cochrane com 93 ensaios clínicos randomizados e 22.047 participantes identificou redução da hemoglobina glicada em pacientes com diabetes (diferença média de −0,31 ponto percentual; alta certeza da evidência) e desfechos semelhantes aos do cuidado usual na insuficiência cardíaca (FLODGREN et al., 2015). Na insuficiência cardíaca, o telemonitoramento não invasivo reduziu a mortalidade por todas as causas (RR 0,80) e as hospitalizações relacionadas à doença (RR 0,71), com evidência de certeza moderada (INGLIS et al., 2015). Na América Latina e no Caribe, metanálise de 2026 observou melhora da hemoglobina glicada e da pressão arterial sistólica com intervenções de telemedicina, mas apontou heterogeneidade dos estudos e escassez de dados sobre efetividade a longo prazo, custo-efetividade e equidade (SALDARRIAGA-BEDOYA et al., 2026). **Considerações Finais:** A telemedicina constitui ferramenta complementar ao atendimento presencial no cuidado às doenças crônicas, com benefícios demonstrados sobretudo no controle glicêmico, pressórico e no acompanhamento da insuficiência cardíaca. Seu potencial depende da integração aos serviços de saúde, da capacitação profissional, da infraestrutura tecnológica, da proteção de dados e da redução das desigualdades de acesso digital.

Palavras-chave: Telemedicina; Saúde Digital; Doença Crônica; Ética Médica; Legislação Médica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 28 dez. 2022. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 84, p. 227, 5 maio 2022. FLODGREN, G. et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD002098, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD002098.pub2. INGLIS, S. C. et al. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, CD007228, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD007228.pub3. SALDARRIAGA-BEDOYA, K. et al. Telemedicine for cardiometabolic disease control in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine Reports**, v. 71, 103633, 2026. DOI: 10.1016/j.pmedr.2026.103633.

Este livro foi composto em Palatino, Arial Narrow e Arial (versão editável).
Formato 16 × 23 cm · e-book (PDF) · ISBN 978-65-5132-063-7
Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda · Rio de Janeiro / RJ · contato@epitaya.com.br ·
www.epitaya.com.br · 2026



CIÊNCIA, SOCIEDADE, TECNOLOGIA
E OS DESAFIOS DO MUNDO CONTEMPORÂNEO

VOL.2

Helena Portes Sava de Farias
Organizadora

epi ταya Editora

ISBN: 978-65-5132-063-7
CBL
9 786551 320637